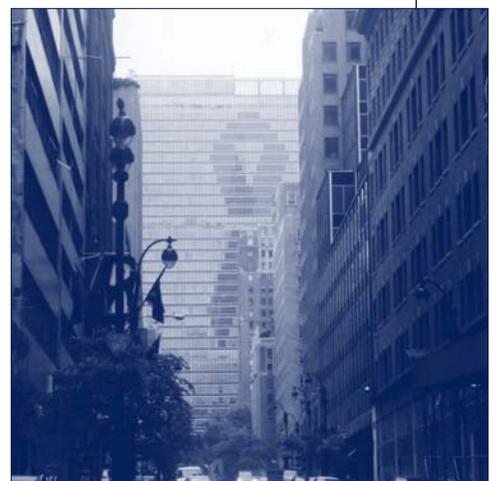


SUIVI ET ÉVALUATION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCLARATION D'ENGAGEMENT DE L'UNGASS SUR LE VIH/SIDA

FRANÇAIS



Remerciements :

Tout d'abord, nous souhaitons exprimer notre gratitude envers les personnes et organisations ayant accepté d'être interviewées ou ayant répondu aux questionnaires. Ce projet a été rendu possible grâce à leur désir de partager leurs expériences.

Nous tenons également à remercier les chercheurs et organisations sur le terrain, qui ont joué un rôle essentiel dans la collecte et l'analyse des données. Les coordonnées de ces personnes et organisations figurent à l'Annexe A.

Ce rapport est dédié à la mémoire de Steve Harvey, un activiste et leader dévoué à la défense des droits des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus vulnérables, qui a été assassiné en Jamaïque, en 2005.

Directeur de projet : Mary Ann Torres, ICASO

Rédacteurs : David Garmaise, Yana Avdeeva et Mary Ann Torres

Recherche complémentaire : Yana Avdeeva

Éditeur : Kieran Daly, ICASO

Droits d'auteur : ICASO 2006

Cette publication peut être reproduite et distribuée sans autorisation, sous forme imprimée ou numérique. Le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) en est l'auteur d'origine. Nous vous serions reconnaissants d'envoyer un exemplaire imprimé ou une adresse Internet en cas de reproduction ou d'adaptation de cette publication.

Des exemplaires de ce document sont disponibles en anglais, en français et en espagnol sur le site Internet de ICASO : www.icaso.org.

Crédits photographiques : ICASO et The Condom Project.

Ce projet a été rendu possible grâce au soutien financier et au partenariat de la Fondation Ford, du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), et de l'Agence canadienne de développement international (ACDI).

Les points de vue exprimés dans ce rapport ne correspondent pas nécessairement à ceux des partenaires susmentionnés.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	2
SECTION 1 : Introduction.....	7
Historique.....	7
Vue d'ensemble de la Déclaration d'engagement.....	9
SECTION 2 : Principaux résultats, thèmes communs et facteurs transversaux ..	12
Niveau de connaissances et utilisation de la Déclaration d'engagement.....	12
Leadership, développement et coordination des stratégies nationales.....	13
Participation du secteur communautaire.....	14
Facteurs et enjeux : les droits humains.....	16
Facteurs et enjeux : les groupes vulnérables.....	17
Facteurs et enjeux : l'accès aux services.....	22
SECTION 3 : Recommandations clés.....	26
SECTION 4 : Points culminants des rapports individuels de pays.....	31
ANNEXE 1 : Coordonnées des chercheurs dans les pays.....	69

ABRÉVIATIONS

ARV	Antirétroviral
CTV	Conseil et test volontaires
HRSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
ICASO	International Council of AIDS Service Organizations (Conseil international des ONG de lutte contre le sida)
ITS	Infection transmissible sexuellement
MCP	Mécanisme de coordination pays
MdS	Ministère de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	Organisation du secteur communautaire
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
S&E	Suivi et évaluation
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session (Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies) sur le VIH/sida

En 2005, l'ICASO a entrepris un projet de recherche ayant pour mission d'évaluer, par le biais d'organismes de suivi indépendants dans les pays concernés, la mise en œuvre par les gouvernements et le secteur communautaire de la Déclaration d'engagement de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida. Plus particulièrement, le projet visait à étudier la manière dont les communautés étaient impliquées dans la mise en œuvre des engagements, et si les mécanismes de suivi du gouvernement en question avaient tenu compte de leurs suggestions.

Le projet a été mené dans 14 pays – le Cameroun, le Canada, El Salvador, le Honduras, l'Indonésie, l'Irlande, la Jamaïque, le Maroc, le Népal, le Nigeria, le Pérou, la Roumanie, la Serbie-Monténégro et l'Afrique du Sud. Ce document, préparé par l'ICASO, synthétise les résultats des 14 pays du projet et propose une série de recommandations à l'intention des gouvernements et du secteur communautaire.

A. Principaux résultats transversaux

Ce qui suit est un sommaire des principaux résultats de l'étude :

- D'une manière générale, le niveau de connaissances et l'utilisation de la Déclaration d'engagement par les responsables et le secteur communautaire sont faibles.
- La participation du secteur communautaire au développement, à la mise en œuvre et au suivi des stratégies nationales reste très limitée dans beaucoup de pays, et notamment la participation à l'examen périodique des progrès de mise en œuvre de la Déclaration d'engagement.
- La plupart des pays manquent encore de leadership politique. Il existe des écarts significatifs entre ce que les politiciens promettent et ce qu'ils délivrent.
- Un écart énorme sépare les politiques anti-discrimination dont il est fait état sur papier de la réalité. La stigmatisation et la discrimination sont très répandues et constituent le principal obstacle à une mise en œuvre réussie des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien.
- La plupart des gouvernements des pays en développement dépensent une très petite proportion du budget national sur le VIH/sida.
- Il existe peu de rapport entre le droit à la santé, légalement garanti, et l'accès réellement disponible aux services de santé, en particulier pour les groupes les plus vulnérables¹.
- Les services fournis aux groupes vulnérables présentent de grandes lacunes.
- Peu d'effort est mis en œuvre pour promouvoir l'autonomisation des femmes et pour éliminer la stigmatisation associée au travail du sexe.

- L'illégalité du travail du sexe et de l'utilisation de drogues, associée à une stigmatisation intense et à des pratiques répressives d'application de la loi, réduisent considérablement l'accès aux services de santé et sociaux de base dont disposent les travailleurs du sexe et les usagers de drogues.
- Bien qu'une amélioration de l'accès aux antirétroviraux (ARV) soit visible depuis quelques années dans tous les pays en développement étudiés, cet accès est loin d'être suffisant pour sauver des millions de vies.

B. Recommandations

En ce qui concerne les actions devant être prises pour assurer l'atteinte des objectifs de la Déclaration d'engagement, voici une liste des recommandations clés basée sur les résultats des rapports des pays :

Niveau de connaissances et utilisation de la Déclaration d'engagement :

1. **Accès accru aux informations** : Les parties prenantes au niveau national, avec le soutien d'ONUSIDA, doivent assurer que la Déclaration d'engagement est disponible dans les écoles et les bibliothèques publiques. Des ressources doivent être utilisées pour traduire le contenu de la Déclaration en langage simple promouvant l'action. Les organisations du secteur communautaire doivent élaborer au niveau national une campagne coordonnée visant à sensibiliser et à renforcer la compréhension de la Déclaration d'engagement (et d'autres outils internationaux).
2. **Amélioration du suivi et de l'évaluation (S&E)** : Des systèmes de S&E doivent être élaborés en tenant compte des caractéristiques de l'épidémie dans le pays, et doivent inclure des indicateurs servant à mesurer la stigmatisation et la discrimination, l'accès aux services par les personnes les plus vulnérables, l'inégalité des sexes, la co-infection tuberculose/VIH (s'il y a lieu) et la qualité des services, notamment les services de conseil et test volontaires (CTV), les outils et les messages de prévention, le traitement et les soins.

Leadership et participation du secteur communautaire

1. **Engagement à l'accès universel** : Les gouvernements doivent s'engager envers un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH/sida au moyen d'un plan d'action stratégique comprenant des objectifs chiffrés intermédiaires et finaux aux niveaux mondial et national, ainsi qu'une attribution claire des responsabilités aux gouvernements, aux agences multilatérales, aux donateurs et aux intervenants du secteur communautaire.

-
1. « Les plus vulnérables » s'applique aux groupes de personnes jouant un rôle clé dans la dynamique du VIH/sida et les réponses à la maladie. Voici quelques exemples de ces groupes : Les personnes vivant avec le VIH, les orphelins et enfants vulnérables, les femmes, les jeunes, les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les migrants, les réfugiés et les détenus.

2. **Financement de la réponse** : Les gouvernements doivent fournir des ressources financières adéquates pour assurer la mise en œuvre rapide de leurs stratégies nationales de lutte contre le sida, et doivent systématiquement effectuer le suivi et l'évaluation du processus de mise en œuvre.
3. **Renforcement de la réponse communautaire** : Les gouvernements et autres parties prenantes doivent investir de façon significative dans le secteur communautaire en renforçant la capacité des OSC à remplir leur rôle dans le cadre de la réponse au VIH/sida. Les stratégies nationales de lutte contre le sida doivent renforcer la mise à disposition de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien au niveau communautaire, et incorporer ceux-ci dans des programmes nationaux compréhensifs pour le développement des personnels de santé.
4. **Soutien ONUSIDA** : ONUSIDA et ses co-commanditaires doivent jouer un rôle plus important dans le soutien du secteur communautaire à l'échelle nationale, qui doit inclure l'incitation à un engagement approprié de la part des structures gouvernementales et des agences nationales, ainsi que le soutien de l'engagement des personnes vivant avec le VIH et des membres de la communauté dans le cadre de l'évaluation des programmes et politiques.
5. **Engagement central** : Les gouvernements doivent s'assurer que la réponse au VIH/sida est réellement multisectorielle, et doivent prendre des mesures pour améliorer la coordination parmi les parties prenantes. Les gouvernements doivent encourager la participation du secteur communautaire y compris, sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH et les représentants des groupes vulnérables. Ils doivent être engagés de manière centrale dans la planification et la conception des programmes nationaux sur le sida, dans les plans pour le développement du secteur de la santé et de ses ressources humaines, dans la mise en œuvre des programmes et la prestation des services, dans le plaidoyer ainsi que le suivi, dans l'évaluation et le reporting.
6. **Auto-sélection** : Les représentants du secteur communautaire doivent être sélectionnés par des processus dirigés par des pairs, démocratiques et transparents.
7. **Rapports fantômes au niveau communautaire** : Outre leur implication dans les processus de reporting dirigés par le gouvernement, le secteur communautaire doit élaborer des rapports fantômes liés à la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS. Ceci l'habilitera à exiger qu'ils soient impliqués dans les processus de suivi, d'évaluation et de reporting dirigés par le gouvernement. L'ONUSIDA doit fournir davantage de soutien au secteur communautaire en développant des cadres pour le suivi et l'évaluation associés à la Déclaration.

Droits humains et groupes vulnérables

1. **Lutte contre les abus en matière de droits humains** : Les gouvernements et autres parties prenantes doivent reconnaître qu'une vaste gamme de violations des droits humains sont à la fois catalyseurs et conséquences de l'épidémie, et que la prise en charge immédiate de ces violations doit faire partie intégrante des réponses au VIH/sida par les donateurs et les gouvernements.
2. **Lutte contre la stigmatisation et la discrimination** : Les gouvernements et les autres parties prenantes doivent s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimina-

tion de façon plus agressive qu'auparavant. La stigmatisation et la discrimination constituent les principaux obstacles à une mise en œuvre universelle réussie des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

3. **Améliorer la compréhension des droits** : Les gouvernements et autres parties prenantes doivent concevoir et mettre en œuvre des programmes pour éduquer leur population sur les lois et les politiques concernant leurs droits et indemnités. La plupart des individus ne comprennent pas qu'ils ont des droits, et n'ont pas connaissance des mécanismes juridiques disponibles pour protéger et faire valoir ces droits.
4. **Application de lois complémentaires** : Le gouvernement doit revoir et assurer la mise en œuvre des lois et politiques en vigueur. Au besoin, le gouvernement doit adopter des lois et politiques additionnelles, et établir des mécanismes d'application concrète, pour soutenir l'égalité entre les sexes et la non discrimination à l'égard des personnes vivant avec ou affectées par le VIH/sida, ainsi que celles qui sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH), les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les détenus et les migrants.
5. **Abolition des lois et des conditionnalités** : Les gouvernements et les donateurs devraient abolir les lois et les conditionnalités qui restreignent ou criminalisent l'usage ou la promotion de biens et de services pertinents au VIH y compris, entre autres, les préservatifs masculins et féminins, le matériel d'injection stérile et les traitements de substitution. Les gouvernements devraient abolir les lois et politiques qui criminalisent certains comportements ou emplois, tels que les rapports sexuels avec des personnes de même sexe, l'usage de drogues ou le travail du sexe.
6. **Augmentation du financement** : Les gouvernements et donateurs doivent augmenter le financement des programmes visant à éliminer les abus des droits humains perpétrés contre les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à haut risque, y compris la violence sexuelle et sexiste, la discrimination et les violations du droit à une information complète et exacte concernant la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida.
7. **Besoins préventifs des femmes** : Afin de prendre en compte l'inégalité et la vulnérabilité des femmes, les messages de prévention doivent être redéfinis et adaptés aux vies et à la réalité des femmes, des hommes, des filles et des garçons. Les femmes ont besoin de méthodes de prévention qu'elles peuvent contrôler – par exemple, un accès amélioré aux préservatifs féminins. Les OSC doivent prôner plus systématiquement un engagement poussé envers le développement d'un microbicide qui sera universellement et librement distribué.

Accès aux services

1. **Obstacles à l'accès** : Les gouvernements doivent abolir les politiques et les pratiques qui entravent l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement, y compris celles suscitant une discrimination en fonction du lieu de résidence ou de la citoyenneté, de l'âge, du sexe, de la sexualité, de la profession ou de l'emploi, des comportements à risque, de l'état de santé, de la race et de l'appartenance ethnique.

2. **Élimination des frais d'utilisateur** : Les gouvernements doivent s'assurer que l'accès à un ensemble complet de services pour le VIH/sida ne dépende en aucune manière de la capacité à payer. En particulier, les frais d'utilisation devraient être éliminés là où ils risquent de limiter l'accès à de tels services.
3. **Renforcement des ressources humaines** : Les gouvernements devraient mettre en œuvre des politiques et des stratégies pour attirer, retenir et former les travailleurs de la santé, ce qui représente encore un gigantesque défi pour le secteur de la santé publique. Si la crise actuelle des personnels de santé n'est pas résolue – y compris les mauvaises conditions de travail, les salaires trop bas, les soucis de développement de carrière, le manque d'incitatifs et le recrutement international des travailleurs de la santé – les programmes de santé vont souffrir.
4. **Réponse aux besoins immédiats et futurs** : Une réponse complète doit tenir compte de la nécessité de respecter l'engagement envers un accès universel aux services dont nous disposons aujourd'hui en matière de prévention, de soins et de traitement et, avec la même urgence, de développer de meilleurs outils – médicaments, technologies diagnostiques et préventives, notamment des vaccins et des microbicides – pour l'avenir.
5. **Accès à l'information** : Les parties prenantes doivent prendre des mesures pour assurer le droit à une information complète, exacte et fondée sur les données en matière de prévention, de soins et de traitement pour le VIH/sida, notamment par le développement et l'amélioration des connaissances sur la santé parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier en ce qui touche la prévention, la prise en charge et le traitement des conditions précoces associées à l'infection à VIH. L'information concernant la sexualité devrait être obligatoire.
6. **Optimisation des tests volontaires et confidentiels** : Les programmes de conseil et test volontaires et confidentiels pour le VIH doivent être renforcés et optimisés. Les gouvernements et autres parties prenantes doivent promouvoir le droit de toute personne de connaître son état sérologique VIH, de recevoir une information médicale exacte au sujet du VIH et du sida, et d'obtenir un accès facile et rapide aux services de test et de conseil ainsi qu'aux services connexes. Les programmes de test VIH doivent demeurer volontaires et non obligatoires, et doivent inclure des services de conseil, le consentement éclairé et les garanties de confidentialité.
7. **Services pour les femmes** : Les OSC devraient promouvoir un accès optimisé aux services de conseil compétents et aux groupes de soutien qui sont sensibles à la réalité des femmes affectées par le VIH/sida.
8. **Exploiter la souplesse prévue par l'accord sur les ADPIC** : Les gouvernements de pays dont les ressources sont limitées devraient s'engager à exploiter la souplesse prévue dans l'accord sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce), afin d'obtenir l'accès à un approvisionnement durable et abordable en médicaments et autres technologies essentielles à la santé. Les pays industrialisés devraient s'engager à cesser d'exercer des pressions sur les pays aux ressources limitées qui tentent d'avoir recours à ces mesures. L'Organisation mondiale de la santé devrait élaborer des directives opérationnelles pour assister les pays dans la mise en œuvre de ces engagements.



NATIONS UNIES, NEW YORK

A. Historique

En juin 2001, les chefs d'État et autres représentants de 189 pays se sont réunis dans le cadre d'une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH/sida. Cette réunion était historique, tenant compte du fait qu'en 20 ans, la pandémie du VIH/sida a entraîné un niveau incroyable de souffrance et de décès à l'échelle mondiale, décimant des communautés entières et renversant les gains dus au développement. Lors de cette réunion, les représentants des pays ont adopté à l'unanimité la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.

La Déclaration d'engagement est un document important car il traduit une volonté politique aux plus hauts niveaux. Ce n'est pas un document exécutoire, mais il énonce ce que les gouvernements ont promis de faire pour inverser le cours de l'épidémie, que ce soit seuls, avec d'autres dans le cadre de partenariats internationaux et régionaux, ou avec le soutien du secteur communautaire. Il définit des objectifs réels (avec des délais) pour l'accès à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien, pour l'autonomisation des femmes, la protection des droits humains des PVVIH et d'autres groupes vulnérables, et pour l'augmentation de l'allocation de ressources.

En 2002, ONUSIDA a élaboré une série d'indicateurs de base pour mesurer et suivre les progrès de mise en œuvre de la Déclaration d'engagement. Les gouvernements utilisent ces indicateurs pour préparer des rapports annuels à l'ONUSIDA concernant les progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration. Ces rapports sont le fondement du rapport annuel global, rédigé et présenté par le Secrétaire général des Nations Unies à l'occasion de la réunion UNGASS annuelle de l'Assemblée générale de l'ONU. Cette réunion annuelle vise à offrir une évaluation complète des performances nationales comparées aux objectifs spécifiques énoncés dans la Déclaration d'engagement de l'UNGASS.

En grande partie, à ce jour, les rapports officiels des pays décrivent uniquement la perspective des gouvernements nationaux. La participation du secteur communautaire à la préparation de ces rapports est différente pour chaque pays, mais laisse à désirer dans l'ensemble.

En 2003, dans le cadre d'un projet pilote mené dans quatre pays, l'ICASO a entrepris une étude dirigée par la communauté et portant sur la participation du secteur communautaire à la mise en œuvre et au suivi de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS. L'étude a confirmé que le leadership des gouvernements, malgré l'adoption de la Déclaration, n'était pas suffisamment fort pour inverser le cours de l'épi-

démie. D'ailleurs, depuis l'adoption de la Déclaration d'engagement, l'épidémie s'était aggravée, suggérant que les gouvernements n'avaient pas respecté les engagements énoncés à la signature de la Déclaration.

En 2005, l'ICASO a entrepris un projet de recherche plus étendu ayant pour mission d'évaluer, par le biais d'organismes de suivi indépendants dans les pays concernés, la mise en œuvre par les gouvernements et le secteur communautaire de la Déclaration d'engagement. Plus particulièrement, le projet visait à étudier la manière dont les communautés participaient à la mise en œuvre des engagements, et si les mécanismes de suivi du gouvernement en question avaient tenu compte de leurs suggestions.

Le projet a été mené dans 14 pays – le Cameroun, le Canada, El Salvador, le Honduras, l'Indonésie, l'Irlande, la Jamaïque, le Maroc, le Népal, le Nigeria, le Pérou, la Roumanie, la Serbie-Monténégro et l'Afrique du Sud. Dans chaque pays, des organisations et des individus, y compris des PVVIH, ont été recrutés comme principaux chercheurs dans le cadre de l'étude.

Les chercheurs ont reçu des directives détaillées concernant l'information à collecter et le format de leurs rapports, ainsi qu'un questionnaire pouvant être adapté spécifiquement au pays. Il leur a été demandé de collecter et d'analyser des données provenant de différentes organisations du secteur communautaire. La collecte des données et la préparation d'un rapport national par les chercheurs sur le terrain se sont déroulées sur une période de plusieurs mois.

L'ICASO a fourni un soutien financier et technique, et la collecte des données s'est effectuée selon une méthodologie similaire d'un pays à l'autre du projet. Les chercheurs eux-mêmes étaient cependant responsables de l'interprétation et de l'analyse des données. Leurs rapports n'ont été ni revus, ni commentés ou influencés d'une quelconque manière par l'ICASO. Ces rapports ont été soumis à l'ONUSIDA en guise de complément au rapport annuel mondial pour 2005 et au rapport du secrétaire général des Nations Unies de 2005 sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS (qui auparavant ne tenaient compte que des données fournies par les gouvernements). D'ailleurs, le rapport du secrétaire général reconnaît que « pour obtenir la représentation la plus complète des progrès de la réponse mondiale depuis la session spéciale, les rapports des pays ont été complétés par des données fournies par le secteur communautaire dans plus de 30 rapports ».

Ce document, préparé par l'ICASO, synthétise les résultats de l'étude portant sur 14 pays et propose une série de recommandations à l'intention des gouvernements et du secteur communautaire. La Section 1 est une introduction au rapport, et se termine par une vue d'ensemble de la Déclaration d'engagement.

La Section 2 présente les principaux résultats, les thèmes communs et les facteurs transversaux. Cette section examine le niveau de connaissances et l'utilisation de la Déclaration d'engagement, le leadership à tous les niveaux et le développement ainsi que la coordination des stratégies nationales, la participation du secteur communautaire, et les facteurs et enjeux touchant plusieurs domaines, notamment les droits humains, les groupes vulnérables et l'accès aux services. La Section 2 contient des encadrés présentant quelques extraits des rapports des pays (les extraits ne sont pas reproduits mot pour mot mais paraphrasés).

La **Section 3** présente une liste des recommandations clés basée sur les résultats de l'étude.

La **Section 4** présente les points forts de chacun des 14 rapports de pays.

B. Vue d'ensemble de la Déclaration d'engagement

La Déclaration d'engagement reconnaît et affirme le rôle clé que remplissent les communautés, les PVVIH et les groupes vulnérables, les ONG, les organisations communautaires et les organisations religieuses dans la réponse au VIH/sida.

La Déclaration d'engagement établit des cibles avec des délais spécifiques dans plusieurs domaines, notamment la prévention, les soins, le soutien et le traitement, les droits humains, la réduction de la vulnérabilité et l'allègement de l'impact socio-économique du VIH/sida. Certains des engagements clé sont énoncés ci-dessous.

Prévention

- Réduire de 25 % la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15 à 24 ans dans les pays les plus touchés (avant 2005).
- Établir des cibles en matière de prévention pour réduire l'incidence du VIH parmi les groupes vulnérables (avant 2003).
- Fournir un accès élargi aux services de base, notamment aux préservatifs masculins et féminins, au matériel d'injection stérile, aux programmes de réduction des méfaits pour les usagers de drogues, aux conseil et test volontaires et confidentiels, et au traitement précoce et efficace des ITS (avant 2005).
- Garantir que 90 % des personnes âgées de 15 à 24 ans ont accès à l'information et à la formation sur le VIH/sida (avant 2005).

Soins, soutien et traitement

- Développer des stratégies visant à renforcer les systèmes de soins (avant 2003).
- Développer des stratégies pour fournir progressivement et durablement le plus haut standard de traitement du VIH, y compris les médicaments antirétroviraux et les traitements contre les infections opportunistes (avant 2003).

Droits humains

- Adopter, renforcer ou appliquer, selon les cas, des lois, des règlements et d'autres mesures visant à abolir toutes les formes de discrimination à l'encontre des PVVIH et des membres de groupes vulnérables, et assurer leur plein exercice des droits humains et des libertés fondamentales (avant 2003).
- Développer et accélérer la mise en œuvre de stratégies nationales visant à promouvoir l'autonomisation des femmes, y compris l'habilitation des femmes à contrôler leur sexualité, et à promouvoir une responsabilité partagée des hommes et des femmes pour assurer des rapports sexuels sans risque (avant 2005).

- Développer et accélérer la mise en œuvre de stratégies nationales visant à promouvoir et à protéger le plein exercice de tous les droits humains par les femmes, ainsi qu'à réduire la vulnérabilité des femmes au VIH/sida par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence à l'encontre des femmes et des filles, y compris les pratiques traditionnelles et coutumières néfastes, les abus, viols et autres formes de violence sexuelle, les coups et la traite des femmes et des filles (avant 2005).

Réduction de la vulnérabilité

- Mettre en œuvre des stratégies, des politiques et des programmes visant à identifier les facteurs qui rendent certains individus particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, et commencer à s'attaquer à ces facteurs (avant 2003).
- Développer et renforcer les stratégies, politiques et programmes nationaux visant à promouvoir et à protéger la santé des groupes présentant des taux élevés ou croissants d'infection à VIH (avant 2003).

Allègement de l'impact social et économique

- Développer et accélérer la mise en œuvre de stratégies nationales visant à éradiquer la pauvreté pour lutter contre l'impact du VIH/sida sur le revenu des ménages, sur les moyens d'existence et sur l'accès aux services sociaux de base (avant 2003).

La Déclaration d'engagement enjoint les leaders des gouvernements à développer et mettre en œuvre des stratégies nationales multisectorielles et des plans de financement visant à lutter contre le VIH/sida qui s'attaquent à la stigmatisation, au silence et à la dénégation; qui abordent les facteurs épidémiques du sexe et de l'âge; qui abolissent la discrimination et la marginalisation; qui établissent des partenariats avec le secteur communautaire et le secteur des affaires et incluent la participation intégrale des PVVIH, des groupes vulnérables et des personnes à risque, particulièrement les femmes et les jeunes; qui sont financés dans la mesure du possible par les budgets nationaux; qui visent à promouvoir et à protéger tous les droits humains et libertés fondamentales, y compris le droit au plus haut standard de santé physique et mentale; qui intègrent une démarche soucieuse d'équité entre les sexes; qui prennent en charge le risque, la vulnérabilité, la prévention, les soins, le traitement, le soutien et visent à réduire l'impact de l'épidémie.

En outre, la Déclaration d'engagement demande que la société civile soit impliquée dans le processus d'examen national périodique destiné à mesurer les progrès de mise en œuvre de ces engagements, à identifier les problèmes et obstacles entravant ces progrès et à assurer une dissémination étendue des résultats de ces examens.

Au mois d'août 2005, le directeur général d'ONUSIDA a rédigé une lettre à l'intention de tous les États membres de l'ONU, dont l'objectif était de leur rappeler leur responsabilité en matière de reporting et de publier un nouveau document : *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS Guidelines on Construction of Core Indicators (Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base : Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida)*. L'objectif principal de ces directives est de fournir aux programmes nationaux de lutte contre le sida des conseils pour mesurer les indicateurs de base du VIH/sida. La lettre appuyait également l'importance d'une collaboration intégrale de la société civile pour le suivi des progrès de l'UNGASS :

« Les directives... soulignent l'importance d'une approche participative et transparente à tous les niveaux du processus de préparation des rapports... ONUSIDA encourage les gouvernements à intégrer au rapport national des données provenant de différentes organisations de la société civile. De plus, ONUSIDA recommande vivement aux gouvernements nationaux d'organiser un groupe d'étude/forum pour présenter le rapport national provisoire sur les progrès et en débattre avant sa soumission; selon les cas, le rapport final devrait refléter ce débat. »

ENCADRÉ 1

- ▶ La plupart des parties prenantes aux différents niveaux de la société civile ont connaissance des engagements pris par l'état lors de l'UNGASS. Certains d'entre eux ont réussi à les transformer en outil de pression pour atteindre leurs propres objectifs. — *Pérou*
- ▶ Le secteur communautaire, en grande partie, connaît l'existence du document, mais seules quelques personnes en ont une connaissance pratique ou s'en servent activement comme outil pour planifier ou guider leur travail. Très peu d'individus savent exploiter la Déclaration dans le cadre de leurs programmes et services en cours. La Déclaration est le plus souvent utilisée comme référence, surtout pour (a) établir des arguments de plaidoyer et rappeler les engagements pris par le gouvernement canadien, et (b) rationaliser les demandes de financement, justifiant l'importance du travail car il est inclus dans la Déclaration. — *Canada*
- ▶ La plupart des groupes communautaires et beaucoup de fonctionnaires (même ceux travaillant sur le VIH/sida) n'ont jamais entendu parler de l'UNGASS ni de la Déclaration d'engagement, et beaucoup d'entre eux étaient réticents de fournir des données pour le rapport fantôme, ayant peur qu'il ne soit publié et ne mette leur carrière en danger. — *Cameroun*

Le manque de leadership et d'engagement politiques a un effet catalyseur sur l'épidémie du sida et constitue un obstacle qui en entrave la lutte. Ce manque de leadership et d'engagement a engendré une mise en œuvre inadéquate de politiques et de programmes efficaces, une omission à consacrer des ressources suffisantes, une négligence à l'égard des droits et de la dignité humains, l'exclusion et la discrimination des personnes les plus vulnérables, des décennies d'inattention aux travailleurs de la santé et aux systèmes de soins, un refus de fonder les interventions préventives sur les données qui démontrent les mesures réellement efficaces, et des politiques de financement et commerciales entravant l'accès aux médicaments salvateurs. Cette section présente un résumé des principaux résultats, des thèmes communs et des facteurs transversaux concernant : le niveau de connaissances et l'utilisation de la Déclaration d'engagement; le leadership et le développement ainsi que la coordination de stratégies nationales; la participation du secteur communautaire; les droits humains; la vulnérabilité; et l'accès aux services de traitement, de prévention et de conseil et test volontaires.

A. Niveau de connaissances et utilisation de la Déclaration d'engagement

Les données suggèrent qu'à son adoption initiale, la Déclaration d'engagement a incité le développement de stratégies et de structures nationales visant à combattre l'épidémie du sida dans quelques pays. Aujourd'hui, le niveau de connaissances et l'utilisation de la Déclaration d'engagement par les responsables sont cependant faibles dans la plupart des pays étudiés. Dans ces pays, la Déclaration ne fait surface généralement que lorsqu'il est temps pour les gouvernements de préparer leur rapport périodique à l'ONUSIDA sur les progrès de mise en œuvre des engagements de la Déclaration.

Le niveau de connaissances et l'utilisation de la Déclaration d'engagement parmi les organisations du secteur communautaire varient selon les pays, mais restent en général insuffisants. Dans beaucoup de pays, seules quelques organisations du secteur communautaire connaissaient l'existence de la Déclaration; c'était en général des organisations nationales engagées dans les structures nationales de lutte contre le sida.

L'utilisation de la Déclaration d'engagement comme outil de pression par les organisations du secteur communautaire était limitée, à l'exception du Pérou et du Canada (voir l'encadré 1).

La participation des organisations du secteur communautaire aux examens périodiques des progrès de mise en œuvre de la Déclaration d'engagement était inexistante ou limitée dans la plupart des pays étudiés.

Il y avait cependant certaines exceptions notable: au Maroc, les organisations du secteur communautaire étaient engagées dans la préparation du rapport gouvernemental. D'ailleurs, les représentants des organisations du secteur communautaire étaient invités à plusieurs réunions organisées par le Ministère de la santé, et leurs suggestions ont été prises en compte. En Irlande, une réunion dédiée a été organisée dans le but de présenter les résultats préliminaires du rapport fantôme et d'en débattre. Elle rassemblait des organisations non gouvernementales (ONG) de développement nationales et internationales, ainsi que les départements gouvernementaux de la santé et des affaires étrangères – l'une des premières réunions relatives à l'épidémie et regroupant quatre parties prenantes. Au Canada, le gouvernement a engagé l'ONG qui avait préparé un rapport fantôme pour rédiger la « Section ONG » du rapport officiel. Cette section du rapport reflétait donc en grande partie le contenu et la perspective du rapport fantôme. Avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour la population, les résultats et recommandations du rapport fantôme sur El Salvador ont été présentés et débattus dans le cadre d'un groupe d'étude avec d'autres parties prenantes.

ENCADRÉ 2

- ▶ Notre leadership n'a pas pris la lutte au sérieux. — *Cameroun*
- ▶ Tous les traités et infrastructures internationaux dont l'Afrique du Sud est signataire n'auront aucun effet si l'engagement politique n'est pas transformé en action politique concrète et coordonnée. — *Afrique du Sud*
- ▶ Le gouvernement du Cameroun a d'excellents programmes qui, s'ils sont mis en œuvre comme il se doit, pourraient considérablement réduire la propagation du virus et améliorer les vies des personnes infectées. L'omission d'instaurer des systèmes de suivi transparents et participatifs, et à poursuivre en justice les cas de corruption, de détournement de fonds et d'abus dans le cadre du VIH/sida, a grandement entravé la lutte contre le VIH/sida au Cameroun. — *Cameroun*
- ▶ Il existe encore un énorme écart entre politiques et pratiques publiques, qui rendent beaucoup des personnes infectées et affectées par le VIH/sida vulnérables aux abus des droits humains et à l'infection à VIH. — *Afrique du Sud*

La plupart des pays participant à l'étude n'ont pas indiqué dans quelle mesure les engagements de la Déclaration ayant des délais spécifiques avaient été satisfaits. Ceci est peut-être dû au fait que les systèmes de suivi et d'évaluation nécessaires pour mesurer la satisfaction des engagements ne sont pas encore suffisamment développés. Les chercheurs en Jamaïque ont cependant rapporté que le gouvernement jamaïcain a fait d'une manière générale de très bons progrès pour ce qui est de la mise en œuvre de ses engagements, bien que ne respectant pas toujours les délais établis dans la Déclaration et ne progressant pas toujours uniformément d'un domaine cible à l'autre.

B. Leadership, développement et coordination des stratégies nationales

Le leadership gouvernemental sur le VIH/sida n'est pas reflété dans les niveaux de financement, ni dans l'allocation bien ciblée et coordonnée des ressources disponibles. Beaucoup de chercheurs ont signalé des obstacles à la « participation intégrale et active » du secteur communautaire et du secteur privé, ou son absence totale.

L'étude a démontré que la plupart des pays étudiés souffrent encore d'un manque de leadership politique. Deux exceptions étaient (a) la Serbie-Monténégro, où un puissant engagement politique a engendré de nouvelles lois modernes courant 2003-2005, et (b) le Maroc, qui faisait preuve d'un leadership politique renforcé démontré par la collaboration entre le secteur communautaire et le ministère de la Santé (MdS).

Tous les pays étudiés ont élaboré une stratégie nationale et une structure de coordination nationale pour le VIH/sida². Ce sont deux des trois principes fondamentaux (« Three Ones ») prônés par l'ONUSIDA après l'adoption de la Déclaration

ENCADRÉ 3

RÔLE DU FONDS MONDIAL

Le Fonds mondial a été cité à plusieurs reprises comme une force positive dans la réponse au VIH/sida, ayant contribué à l'atteinte des objectifs de la Déclaration d'engagement. Une raison évidente est que le Fonds finance à grande échelle des services, notamment et en particulier l'approvisionnement en ARV.

Beaucoup de personnes interviewées dans le cadre de cette étude citaient la contribution positive des processus du Fonds mondial, particulièrement la création des Mécanismes de coordination pays (MCP). La plupart des demandes reçues par le Fonds mondial sont générées par des MCP, qui sont tenus d'inclure des représentants de toutes les parties prenantes sur le terrain travaillant sur le VIH/sida. Les répondants de certains pays ont crédité les MCP d'avoir contribué à réunir les sociétés civiles et les gouvernements pour collaborer sur la réponse au VIH/sida.

Voici certains exemples cités par les chercheurs :

- En Serbie-Monténégro, le processus visant à préparer la demande destinée au Fonds mondial a renforcé la coopération entre les principales parties prenantes.
- En Honduras, le seul mécanisme réunissant le gouvernement et la société civile est le MCP du Fonds mondial.
- Au Maroc, une subvention du Fonds mondial a été un facteur clé pour réunir la société civile et le gouvernement.
- En Afrique du Sud, la participation de la société civile a augmenté quand le Conseil national d'Afrique du Sud sur le sida, entité coordinatrice du pays pour la lutte contre le VIH/sida, a été aussi désigné comme MCP.

De plus, les répondants de certains pays ont crédité les processus du Fonds mondial comme ayant établi des systèmes de suivi et d'évaluation critiques pour surveiller les progrès dans la lutte contre le VIH/sida. En Roumanie par exemple, le suivi et l'évaluation des progrès de mise en œuvre de la stratégie nationale font partie intégrante des exigences de reporting associées à la subvention du Fonds mondial.

d'engagement. Le troisième principe, un système de suivi et d'évaluation unique national pour le VIH/sida, a été mis en place dans la plupart des pays étudiés; dans les pays restants, une structure nationale est en cours d'élaboration.

Bien que la plupart des stratégies nationales reconnaissent l'importance de fournir un effort multisectoriel, de protéger les droits humains et d'aborder le problème de vulnérabilité de certaines populations – il existe un écart entre ce dont il est fait état sur papier et la réalité, et entre ce que promettent les politiciens et ce qu'ils délivrent (voir l'encadré 2).

Le rapport de la Roumanie explique que la stratégie nationale ne peut pas être considérée comme opérationnelle tant que le gouvernement ne s'engage pas à financer sa mise en œuvre. D'ailleurs, la plupart des pays en développement étudiés ont rapporté que leurs gouvernements dépensent une très petite proportion du budget national sur le VIH/sida. Les gouvernements du Népal, du Nigeria, du Cameroun, d'Honduras, d'Indonésie et de la Jamaïque dépensent une très petite proportion de leur budget national sur le VIH/sida. Pour beaucoup de pays, gérer la relation entre les priorités gouvernementales et les exigences des donateurs représente un sérieux défi. Dans les pays développés étudiés, il y avait une incertitude quant à savoir si le VIH/sida était encore une priorité.

C. Participation du secteur communautaire

La Déclaration d'engagement reconnaît la contribution significative des personnes vivant avec le VIH et d'autres intervenants de la société civile dans le cadre de la lutte contre VIH/sida sous tous ses aspects, et reconnaît que leur implication et leur participation

complètes dans la conception, le planning, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes sont essentiels au développement de réponses concrètes à l'épidémie.

La participation du secteur communautaire au développement des stratégies nationales, et au sein des structures de coordination nationales, variait de façon considérable parmi les pays étudiés. Non sans surprise, l'étendue de la participation du secteur communautaire était fonction du type de relation entre le gouvernement et

2. Au Canada (qui est un état fédéral), on déplore qu'aucune instance ne soit en charge de coordonner l'ensemble de la stratégie nationale.

ENCADRÉ 4

- ▶ Peu d'occasions sont survenues pour l'examen du plan national, les interactions et relations avec les organisations clés du secteur communautaire sont plus faibles que jamais.
— *Afrique du Sud*
- ▶ Le programme national de lutte contre le sida a abordé les organisations du secteur communautaire comme de vrais collaborateurs, tenant compte de leurs revendications, et non comme de simples interlocuteurs. — *Maroc*
- ▶ Pour les organisations du secteur communautaire qui ne travaillent pas avec le Comité national de lutte contre le sida (souvent à cause de la distance les séparant de Kingston, où les réunions ont lieu, ou des limitations de personnel ou de ressources), l'accès à l'information et aux données est limité.
— *Jamaïque*
- ▶ Beaucoup de représentants des ONG pensent que leurs efforts ne sont pas reconnus et soutenus par les partenaires du gouvernement. — *Roumanie*
- ▶ Le gouvernement a tendance à trier sur le volet des représentants de la société civile pour participer à certaines structures ou dialogues. — *Afrique du Sud*
- ▶ En Honduras, l'association entre secteur communautaire et gouvernement se caractérise par la division et la difficulté des relations. — *Honduras*
- ▶ Habituellement, la société civile et le gouvernement collaborent harmonieusement pour aborder les questions liées au VIH/sida d'une perspective multisectorielle intégrant les points de vue de toutes les parties prenantes. — *Canada*
- ▶ Les ONG sont d'avis que le modèle du partenariat ne fonctionne pas.
— *Irlande*

le secteur communautaire. Dans certains pays, le manque de participation du secteur communautaire est un problème depuis le début de l'épidémie. Cette étude n'a pas permis de discerner si la Déclaration d'engagement a eu un effet quelconque sur l'augmentation de la participation du secteur communautaire. Il faut cependant noter que les chercheurs de plusieurs pays ont trouvé que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a joué un rôle clé dans l'augmentation de la participation du secteur communautaire (voir l'encadré 3).

La participation du secteur communautaire était très limitée (dans les pays tels que l'Afrique du Sud et la Roumanie), mais très poussée (dans les pays comme le Maroc, la Jamaïque et le Canada). Dans la plupart des pays rapportant une participation très limitée, ces dernières années ont noté une certaine amélioration, bien que légère (voir l'encadré 4). Au Honduras, les chercheurs ont trouvé que les organisations du secteur communautaire étaient d'avis que participer aux réunions constituait une amélioration car ils n'avaient auparavant ni voix, ni vote. D'autre part, le secteur communautaire représentait 51 pour cent des parties prenantes impliquées dans la préparation de la récente stratégie nationale au Honduras.

Les chercheurs au Pérou ont trouvé que bien que la participation du secteur communautaire ait été très limitée, une amélioration sensible a été enregistrée depuis 2003. Les chercheurs au Népal ont signalé que malgré la participation limitée du secteur communautaire au développement de la stratégie nationale, il était davantage engagé dans un plan d'action annuel récemment élaboré. Ceci a mené à l'intégration, dans le plan d'action, de certains points qui manquaient dans la stratégie nationale – tels que l'accès aux ARV et les programmes de prévention pour les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH).

Dans les pays ayant signalé une légère participation du secteur communautaire, les chercheurs ont noté que dans la plupart des cas, les groupes vulnérables (HRSH, usagers de drogues injectables, travailleurs du sexe et détenus) ne participaient pas activement au niveau national.

Les chercheurs de plusieurs pays ont indiqué que la représentation n'est pas équivalente à la participation. Par exemple, les chercheurs ont rapporté que :

- bien que le secteur communautaire soit représenté au niveau du Conseil national de lutte contre le sida, l'impact et une réelle participation restent malheureusement limités; et que
- malgré que le secteur des ONG soit représenté au niveau de plusieurs structures de décision en Irlande, leur capacité à fixer des délais au sein de ces structures est très limitée.

Dans les pays où la participation communautaire était limitée, la raison la plus souvent citée était que les membres du secteur communautaire n'étaient pas perçus comme de vrais collaborateurs ayant quelque chose d'utile à offrir. Au Cameroun, les chercheurs ont trouvé que quelques fonctionnaires perçoivent les organisations du secteur communautaire comme des concurrents plutôt que des collaborateurs. Ils ont aussi trouvé que le partage d'information entre le gouvernement et le secteur communautaire était très insuffisant.

ENCADRÉ 5

► La rhétorique concernant les droits est très développée en Afrique du Sud, mais en réalité peu d'effort est consacré à sa concrétisation. Très peu d'actions sur le terrain soutiennent ce dont il est fait état dans la constitution.

— *Afrique du Sud*

► L'écart entre la théorie d'un État fondé sur une structure égalitaire et la pratique quotidienne axée sur l'accès et la protection des droits, constitue le talon d'Achilles de la réponse du pays au VIH/sida. — *Honduras*

► Les rapports de discrimination abondent, surtout à l'encontre des PVVIH et les HRSH, mais un seul cas juridique lié à cette situation a été identifié (un cas de violence anti-homosexuelle est en cours dans les tribunaux). Les causes de cette sous-représentation incluent la peur des victimes, qui refusent de parler de crainte d'accroître la discrimination ou la violence, de provoquer l'inattention ou même l'abus des autorités, et de subir l'insensibilité des médias.

— *Jamaïque*

D. Facteurs et enjeux : les droits humains

Bien que la Déclaration d'engagement ait fait appel aux gouvernements pour mettre en œuvre des mesures visant à éliminer toutes les formes de discrimination à l'encontre des PVVIH et des membres des groupes les plus vulnérables dans le cadre des épidémies spécifiques à leur pays, et à assurer le plein exercice de leurs droits humains et libertés fondamentales, les chercheurs de cette étude ont noté peu de progrès. La stigmatisation et la discrimination sont toujours très répandues. Pour les PVVIH et les membres des groupes vulnérables, la stigmatisation et la discrimination constituent un obstacle majeur à une mise en œuvre réussie des services de base de prévention, de soins, de traitement et de soutien. Les violations des droits humains sont à la fois catalyseurs et conséquences de l'épidémie. La prise en charge immédiate de ces abus doit faire partie intégrante des réponses au VIH/sida.

Beaucoup des pays étudiés ont des lois qui garantissent le droit à la santé et des lois qui protègent les droits humains des PVVIH et des membres de certains groupes vulnérables. Il n'a pas été cependant possible de déceler si la Déclaration d'engagement avait incité le développement de ces lois.

Même dans les pays bénéficiant de telles lois, il existe peu de rapport entre le droit à la santé, légalement garanti, et l'accès réellement disponible aux services de santé, en particulier pour les groupes vulnérables. Un écart énorme sépare les politiques anti-discrimination dont il est fait état sur papier de la réalité (voir l'encadré 5). Par exemple :

- L'application des lois anti-discrimination est en général inadéquate.
- Bien que les lois discriminatoires à l'encontre des HRSH en Roumanie aient été révoquées, la discrimination persiste en ce qui concerne les services de santé publique de base : les HRSH évitent de montrer ou de divulguer leur orientation sexuelle en public ou devant un médecin en raison d'attitudes préjudiciables.
- Au Pérou, les lois concernant les droits des PVVIH ne sont respectées ni par les autorités, ni par le public.
- En El Salvador, malgré l'existence de lois protégeant l'égalité, la discrimination à l'encontre des PVVIH et des groupes vulnérables survient pour causes de peur et d'ignorance de la part du public.
- Les politiques dont il est fait état sur papier ne se traduisent pas toujours par une compréhension claire des procédures ou des comportements corrects par les travailleurs de la santé.

Même lorsque des gouvernements se sont engagés à fournir des ARV aux PVVIH qui en ont besoin, le manque de financement les empêche souvent de remplir leur engagement.

Dans beaucoup de pays, des lois ayant trait à la légalité découragent certains groupes les plus vulnérables à l'infection à VIH d'accéder aux services de prévention et de traitement. En Jamaïque par exemple, les rapports entre hommes, la possession de matériel d'injection et le travail du sexe sont illégaux.



STEVE HARVEY, ACTIVISTA DE DOMAINE DU SIDA ASSASSINÉ EN JAMAÏQUE EN 2005

ENCADRÉ 6

- ▶ Dans la plupart des cas, il revient aux personnes subissant une discrimination de (a) connaître leurs droits, (b) reconnaître la discrimination perpétrée contre elles, (c) avoir connaissance des mécanismes de recours disponibles, et (d) être capable et vouloir déposer une réclamation. — *Canada*
- ▶ Il existe peu ou aucune sensibilisation parmi les responsables ou les ONG concernant le besoin d'une approche fondée sur les droits pour les usagers de drogues et les travailleurs du sexe. — *Roumanie*
- ▶ Les droits des groupes vulnérables n'ont vu aucune amélioration au cours des quatre dernières années, depuis la signature de la Déclaration d'engagement. — *Honduras*

Les chercheurs ont identifié plusieurs autres obstacles à la mise en œuvre complète des lois et des politiques portant sur les droits humains (voir l'encadré 6) :

- Les gouvernements n'ont pas pris suffisamment de mesures pour créer une culture fondée sur les droits.
- Les gouvernements n'éduquent pas le public en ce qui concerne les lois et politiques.
- La lutte contre la discrimination ne constitue pas une priorité pour les gouvernements.
- Il n'existe aucun système formel pour suivre la mise en œuvre des lois et des politiques, surtout parmi les groupes vulnérables.
- La plupart des individus ne comprennent pas qu'ils ont des droits, et n'ont pas connaissance des mécanismes juridiques disponibles pour protéger ces droits.
- La plupart des gens ne disposent pas des compétences nécessaires pour faire valoir leurs droits.
- Lorsque les gouvernements prennent des mesures, celles-ci sont réactives plutôt que préventives.

Dans la plupart des pays étudiés, aucune loi ou politique n'est mise en œuvre pour protéger les droits humains des travailleurs du sexe et des usagers de drogues injectables. Effectivement, le travail du sexe et l'usage de drogue sont criminalisés, et les personnes qui s'y adonnent sont systématiquement poursuivies en justice. Ceci rend extrêmement difficile l'accès aux services par ces groupes. Dans certains pays, ceci s'applique également aux HRSH. Voir ci-dessous la sous-section E sur les Groupes vulnérables pour plus de renseignements sur ce sujet.

Les chercheurs ont rapporté qu'en Serbie-Monténégro, au Népal et en Jamaïque, il n'existe aucune loi protégeant les droits des PVVIH et des groupes vulnérables. En Jamaïque, plusieurs organisations du secteur communautaire travaillent cependant pour protéger les droits des PVVIH et des groupes vulnérables, parfois même avec l'assistance du gouvernement. Deux des ONG nationales visent en particulier à contrôler la discrimination à l'encontre des PVVIH, et l'une d'entre elles (en collaboration avec une ONG de protection des droits humains) surveille les abus à l'encontre des HRSH.

ENCADRÉ 7

Voici quelques-uns des groupes les plus vulnérables :

- Personnes vivant avec le VIH/sida
- Orphelins et enfants vulnérables
- Femmes
- Jeunes
- Travailleurs du sexe
- Usagers de drogues injectables
- Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
- Migrants
- Réfugiés
- Détenus

E. Facteurs et enjeux : les groupes vulnérables

Malgré le fait que la Déclaration d'engagement enjoint les gouvernements à prendre des mesures axées sur la vulnérabilité (voir l'encadré 7) et la fourniture de services supplémentaires aux plus vulnérables, l'étude a trouvé qu'il existe encore de grands écarts (voir l'encadré 8).

Certains pays fournissent encore peu ou pas de services aux groupes vulnérables. Par exemple :

- En Roumanie, aucun financement n'est alloué par le gouvernement aux programmes de prévention ciblant les groupes vulnérables.
- Au Népal, très peu de mesures ont été prises par le gouvernement, le secteur privé ou les ONG nationales pour les groupes vulnérables.
- En Jamaïque, il n'existe aucune législation protégeant spécifiquement les droits des groupes vulnérables, alors les recours doivent s'effectuer selon les lois générales et les procédures communément disponibles aux citoyens.

ENCADRÉ 8

- ▶ Les travailleurs du sexe, usagers de drogues, HRSH et travailleurs de proximité fournissent de nombreux exemples documentant le harcèlement et la discrimination perpétrés systématiquement par les autorités contre les groupes vulnérables, aggravant leur statut déjà marginalisé et renforçant leur réticence à utiliser les services de santé liés au VIH/sida, y compris l'échange d'aiguilles. — *Roumanie*
- ▶ Les groupes les plus vulnérables font face à des obstacles culturels, institutionnels et juridiques qui limitent leur accès aux services de santé et sociaux, ainsi que les interventions spécifiquement conçues pour ces groupes. — *Roumanie*
- ▶ La position économique de puissance du Canada n'a pas été adéquatement reflétée dans la réduction de la pauvreté, de l'isolement, de la marginalisation et de la vulnérabilité globale de beaucoup de populations. Le Canada n'a pas effectué suffisamment de progrès en ce qui concerne la prise en charge des facteurs de santé déterminants qui rendent les individus vulnérables au VIH, à la toxicomanie et à la violence. — *Canada*
- ▶ Malheureusement, la plupart des OSC et partenaires de développement internationaux rapportent que la stigmatisation et la discrimination constituent toujours le plus gros obstacle à la concrétisation des efforts de prévention et de traitement. — *Jamaïque*

En Roumanie, bien que les OSC aient tenté de venir en aide aux groupes vulnérables en leur offrant des services de prévention et de traitement – une activité alignée sur la stratégie nationale – les intervenants au niveau de l'État, et les autorités en particulier, dissuadent les personnes à risque de profiter de ces services en utilisant des pratiques répressives telles que le harcèlement et la persécution.

Dans plusieurs autres pays, soit les services n'atteignent pas une grande proportion des populations vulnérables, soit des groupes spécifiques sont écartés. Par exemple :

- En Jamaïque, les rapports ont signalé que les efforts de prévention n'atteignaient que 10 % des femmes, des HRSH, des détenus et des travailleurs du sexe. Les réfugiés et les usagers de drogues injectables ne sont pas cités dans la stratégie nationale. Des efforts sont cependant en cours en Jamaïque pour répondre au problème des travailleurs migrants, surtout avec la mise en œuvre de l'économie de marché unique des Caraïbes qui favorisera un mouvement accru parmi les citoyens des pays membres.
- Au Maroc, les migrants n'ont aucun programme, mais le MdS est conscient du problème et un programme spécifique pour les migrants sera inclus dans le Programme national de lutte contre le sida pour 2006-2010.
- En Irlande, les migrants, les usagers de drogues injectables et les travailleurs du sexe ne sont pas suffisamment ciblés.
- La plus grande faiblesse se situe au niveau de la mise en œuvre de politiques axées sur la protection et le soutien des orphelins et des enfants vulnérables. Bien que ce groupe soit à maintes reprises identifié dans la stratégie nationale de lutte contre le sida, le consensus général parmi les personnes étudiées indique un sérieux manque de réalisations dans ce domaine. En Afrique du Sud, une attention renforcée doit être prêtée aux besoins des enfants, et en particulier ceux qui sont vulnérables en raison du VIH/sida. En Jamaïque, des programmes d'éducation pour les enfants sont mis en œuvre par le secteur communautaire et les programmes gouvernementaux.

Personnes vivant avec le VIH

Aucun des chercheurs n'a identifié d'obstacle légal formel concernant l'accès des PVVIH aux services. De fait, les lois et règlements de non-discrimination ont été mis en œuvre dans tous les pays (et tous ces pays ont conclu différents traités internationaux sur les droits humains). Ceci accentue le fait que la discrimination à l'encontre des PVVIH résulte largement de croyances culturelles et sociales.

Au Pérou, les PVVIH sont constamment harcelés par tous types d'abus qui, dans la plupart des cas, constituent une violation de leurs droits fondamentaux ; droits qui sont en théorie protégés par les lois nationales (voir l'encadré 9). En El Salvador, bien que les lois du travail interdisent l'exclusion des PVVIH, ces personnes sont sujettes à la discrimination lors d'une demande d'emploi ou pour garder un emploi une fois leur séropositivité divulguée. De même en El Salvador, une personne diagnostiquée avec une infection à VIH perd automatiquement toute chance d'avoir un crédit bancaire ou des services d'assurance immobilier ou d'assurance vie, car l'accès aux services de ces institutions exige un test VIH.

ENCADRÉ 9

- ▶ Le pays bénéficie d'un réseau étendu de protection des droits humains des PVVIH, mais sa mise en œuvre débute à peine et il manque des protocoles de suivi. — *Pérou*
- ▶ Souvent, les PVVIH perdent leur emploi ou sont refusé l'accès aux services de santé dû à l'ignorance et aux craintes entourant le VIH/sida. On estime qu'environ 60 % des travailleurs de la santé sont d'avis que les PVVIH devraient être isolés des autres patients. — *Nigeria*
- ▶ Les rapports de discrimination à l'égard de PVVIH/sida sont très nombreux, mais une seule affaire juridique a été recensée. Pour expliquer cela, on invoque la crainte des victimes de se manifester, le manque d'intérêt et les abus du secteur de l'application de la loi, et des médias insensibles au problème. — *Jamaïque*

Les organisations du secteur communautaire travaillent pour protéger les droits des PVVIH selon différents degrés, et parfois même avec l'assistance du gouvernement. Certaines organisation surveillent la discrimination à l'encontre des PVVIH (ou des groupes les plus vulnérables). D'autres fournissent des services particuliers tels que les services de CTV, la distribution de préservatifs, la prise en charge par l'évaluation des problèmes et le soutien et traitement psychosociaux.

Femmes

Bien que la Déclaration d'engagement demande la mise en œuvre de stratégies visant à promouvoir l'autonomisation des femmes, peu de mesures ont été prises dans cette direction par les pays inclus dans cette étude (voir l'encadré 10). Les chercheurs ont révélé qu'en Roumanie, au Pérou, au Maroc, au Népal et en Serbie-Monténégro, le problème de l'autonomisation des femmes n'est pas du tout ou très peu pris en charge. Un seul pays en voie de développement étudié, El Salvador, présente un gouvernement qui a pris des mesures concrètes : les chercheurs ont rapporté que ce gouvernement a développé une stratégie visant à protéger et à renforcer la position des femmes. Dans le même pays cependant, les femmes vivant avec le VIH ont dû subir une stérilisation obligatoire en raison de leur séropositivité.

Les chercheurs ont affirmé que dans trois pays – la Roumanie, le Népal et la Serbie-Monténégro – il n'existe que peu ou pas de services ciblant spécifiquement les femmes. La Roumanie possède un programme national de PTME, mais il n'existe aucun programme ciblant spécifiquement la vulnérabilité des femmes. Au Maroc, quelques initiatives ont été mises en œuvre par différents départements gouvernementaux visant à réduire la vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH.

Les chercheurs au Nigeria ont signalé que les pratiques préjudiciables liées au mariage (tels que le mariage précoce et la mutilation génitale féminine) enfreignent les droits humains des femmes et contribuaient à l'accroissement des taux de VIH chez les femmes et les filles; et que la pratique répandue de circoncision féminine ou mutilation génitale chez les femmes mettaient celles-ci à risque de contracter le VIH.

En Jamaïque, selon une agence d'encadrement pour les organisations ciblant les femmes, le gouvernement a renforcé les structures juridiques et législatives dans le cadre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDAW). La Convention vise à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ainsi qu'à réduire la stigmatisation vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/sida ou à risque de contracter la maladie.

ENCADRÉ 10

- ▶ Personne, y compris la société civile, n'est axé sur la mise en œuvre de l'engagement de l'UNGASS à protéger les femmes. — *Serbie-Monténégro*
- ▶ Les usages culturels engendrent encore l'inégalité des sexes, qui rend difficile l'autonomie sexuelle et notamment la négociation du port du préservatif, surtout pour les adolescentes chez qui les taux de diagnostic du sida sont bien plus élevés que chez les garçons du même âge. — *Jamaïque*



INTERPRÈTE CULTURELLE ÉTHIOPIENNE

ENCADRÉ 11

- ▶ Les responsables et les autorités perçoivent les travailleurs du sexe au mieux comme des personnes gênantes, et au pire comme des personnes immorales enfreignant la loi. — *Roumanie*
- ▶ La criminalisation systématique du travail du sexe a contribué à la stigmatisation, à l'isolement et à la violation des droits humains des travailleurs du sexe. — *Afrique du Sud*
- ▶ Comme pour les HRSH, les attitudes préjudiciables et un manque d'intérêt de la part de certains travailleurs de la prévention posent le plus gros obstacle social à la concrétisation de mesures de prévention pour les travailleurs du sexe. — *Jamaïque*

Travailleurs du sexe

Le travail du sexe reste illégal dans la plupart des pays de l'étude. Ce statut d'illégalité, associé à un niveau élevé de stigmatisation liée au travail du sexe, signifie que pour les travailleurs du sexe, les services sont limités et irréguliers et que, même lorsque de tels services existent, il est très difficile pour ces personnes d'y accéder (voir l'encadré 11).

Les exemples suivants identifient les problèmes rapportés par les chercheurs :

- La faiblesse du taux d'utilisation des préservatifs parmi les travailleurs du sexe au Nigeria est due au manque de connaissances concernant la transmission du VIH, ainsi qu'à la mauvaise acceptation des clients masculins.
- Il n'existe en Roumanie qu'un seul programme de proximité ciblant les travailleurs du sexe.
- En Jamaïque, l'interdiction de la loi et le sentiment de honte engendrent une crainte de divulgation parmi les travailleurs du sexe, et un potentiel d'exploitation élevé. De plus, les restrictions de financement imposées par l'USAID, qui interdisent les interventions visant à réduire la stigmatisation des travailleurs du sexe, constituent un obstacle à la prévention efficace du VIH.

En outre, en observant une politique qui criminalise le travail du sexe, les gouvernements perdent l'opportunité de promouvoir les droits de santé et du travail des travailleurs du sexe.



TRAVAILLEUSES DU SEXE « KHOTE » / TRANSGENRES À UNE HALTE ROUTIÈRE POUR CAMIONNEURS



JEUNE EN ÉTHIOPIE PENDANT UNE ACTIVITÉ DE SENSIBILISATION

Jeunes

Tous les pays étudiés ont des programmes de prévention ciblant spécifiquement les jeunes. Les chercheurs au Honduras ont affirmé que l'investissement dans la prévention du VIH parmi les jeunes et les adolescents constituait l'activité la plus importante du pays dans le domaine de la sensibilisation au VIH/sida. Dans d'autres pays, tels que la Roumanie, bien que la stratégie de prévention ait identifié les jeunes des régions rurales comme groupe cible, rien n'a été entrepris pour améliorer la disponibilité des préservatifs.

Il existe cependant des obstacles considérables entravant l'accès des jeunes aux services, et notamment :

- Dans certains pays, la circulation d'informations sur la sexualité est inexistante ou très limitée, en particulier dans les curriculumms scolaires.
- Le consentement parental est requis avant que les mineurs ne puissent passer un test HIV ou recevoir des services de prévention et de traitement.
- Bien que les jeunes jouent aujourd'hui un rôle plus

actif dans la réponse, beaucoup des efforts mis en œuvre pour atteindre les jeunes sont menés par des personnes plus âgées.

- Un sentiment d'ignorance existe chez les jeunes; beaucoup d'entre eux n'identifient pas le VIH/sida comme une préoccupation.

Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes

La question de l'orientation sexuelle n'a été que partiellement abordé par les chercheurs. Certains ont cité en problème le fait que leur stratégie nationale de lutte contre le sida regroupe en une seule catégorie les HRSH, les transgenres et les travailleurs du sexe (voir l'encadré 12). D'autres pays, comme la Jamaïque, ont cité que les rapports entre personnes de même sexe étant jugés comme actes criminels dans le pays, la provision de services à la communauté des HRSH représente un défi de taille pour le MdS : des études indépendantes démontrent que les HRSH représentent le groupe le plus vulnérable en Jamaïque, mais qu'une homophobie poussée (et des obstacles juridiques) rend difficiles la conception et la prestation de services qui leur sont destinés.

Au Canada, la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est interdite dans tous les provinces et territoires toutes les juridictions du pays. En El Salvador, certains HRSH ont signalé qu'ils avaient été enjoins à changer leur comportement car celui-ci allait à l'encontre des « principes de Dieu ».

Le sujet des HRSH n'est pas abordé dans tous les rapports des pays. Bien qu'en Serbie-Monténégro, seuls 15 % des cas rapportés soient identifiés comme des HRSH et que ces derniers ne soient pas considérés comme les « plus à risque » par la stratégie de lutte contre le sida, certains programmes spécifiques de proximité et de prévention ont été mis en œuvre (éducation par des pairs et distribution de préservatifs/lubrifiants) pour ce groupe.

ENCADRÉ 12

- Les taux d'infection élevés et la prévalence de l'infection chez les HRSH sont masqués par le fait que les travailleurs du sexe masculins et les HRSH sont consolidés dans le même groupe.

— Pérou

ENCADRÉ 13

- Les politiques ayant trait aux drogues sont presque exclusivement fondées sur le fait que les autorités forcent les usagers de drogues injectables à se cacher, loin de l'éducation et des services de prévention relatifs au VIH.
— Roumanie

Pour la plupart, la stigmatisation liée à la reconnaissance des rapports sexuels avec des personnes de même sexe (surtout entre les hommes) mène à la non-divulgation et laisse beaucoup des membres de ce groupe à la merci de messages et de services non différenciés.

Usagers de drogues injectables

L'usage de drogues est illégal dans tous les pays étudiés. Les chercheurs dans tous les pays étudiés ont rapporté que le statut d'illégalité de l'usage de drogues, associé (a) à la stigmatisation liée à l'usage de drogues et (b) aux pratiques répressives d'application de la loi, réduisent considérablement l'accès des usagers aux services de santé et sociaux de base (voir l'encadré 13).

Bien que d'une part les OSC aient tenté de venir en aide aux groupes les plus vulnérables en leur offrant des services de prévention et de traitement – une activité alignée sur les stratégies nationales – d'autres intervenants au niveau de l'État, et les autorités en particulier, dissuadent les personnes à risque de profiter de ces services en utilisant des pratiques répressives. En Roumanie par exemple, bien que la stratégie nationale de lutte contre la drogue ait reconnu l'impact positif des programmes de réduction des méfaits, dû en grande partie à la pression du secteur communautaire, il n'existe aucun arrangement institutionnel destiné à soutenir ces programmes.

Dans la plupart des pays étudiés, les services de réduction des méfaits, notamment l'échange d'aiguilles et les programmes de substitution, étaient absents ou extrêmement limités (particulièrement en dehors des grands centres). Par exemple :

- En Roumanie, les programmes d'échange d'aiguilles couvrent moins de 10 % des usagers de drogues injectables à Bucarest, et il n'existe aucun programme de ce type en dehors de la capitale. Bien que des aiguilles et seringues propres soient disponibles sans prescription dans les pharmacies, la plupart des pharmaciens refusent de les vendre aux usagers de drogues injectables.
- En Serbie-Monténégro, une seule ONG travaille sur la réduction des méfaits. Trois villes ont des programmes d'échange d'aiguilles. Les pharmaciens de villes plus petites refusent de vendre les aiguilles et les seringues.
- Seules deux provinces en Indonésie offrent des programmes de substitution de drogue.
- En Irlande, les services offerts aux usagers de drogues sont débordés et principalement basés dans la capitale, Dublin.

F. Facteurs et enjeux : l'accès aux services

Traitements

Bien qu'une amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) soit visible depuis quelques années dans tous les pays en développement étudiés, cet accès est encore loin d'être suffisant pour sauver des milliers (voire des millions) de vies. Dans certains cas, l'amélioration est considérable. Par exemple :

- Au Pérou, l'avancée la plus significative pour ce qui est de la réponse nationale au VIH/sida s'est produite dans le domaine de l'accès aux ARV. La couverture représente 70 % environ de l'objectif.
- En Serbie-Monténégro, le gouvernement garantit l'accès à tous ceux qui se qualifient.
- En Jamaïque, grâce à des ressources en grande partie fournies par le Fonds mondial, l'accès aux ARV a été amélioré.

Même lorsque des gouvernements se sont engagés à fournir des ARV aux PVVIH qui en ont besoin, le manque de financement les empêche souvent de remplir leur engagement. L'accès est souvent limité aux personnes vivant dans la capitale ou les zones urbaines. Les politiques répressives envers les usagers de drogues, les travailleurs du sexe et d'autres groupes vulnérables créent des obstacles entravant l'accès au traitement et aux autres services. Les systèmes de santé inadéquats, la stigmatisation et la discrimination, ainsi que le manque de médicaments en quantité suffisante pour traiter les infections opportunistes constituent des obstacles supplémentaires significatifs en termes d'accès au traitement (voir l'encadré 14). Par exemple, bien que l'accès aux ARV ait noté une amélioration dans le Honduras, ces médicaments ne sont disponibles qu'à 10 % des PVVIH qui en ont besoin. Les chercheurs des pays individuels ont identifié les défis et obstacles suivants entravant l'accès universel aux ARV :

- En général, les ARV sont disponibles seulement dans un nombre limité d'établissements de santé. Le coût du transport peut s'avérer prohibitif, surtout pour les personnes vivant dans les régions rurales.
- L'information et le conseil relatifs aux ARV sont insuffisants.
- Le personnel médical n'est pas suffisamment formé à la gestion des ARV. Souvent, la formation pour l'éducation continue relative au VIH/sida n'est pas obligatoire.
- La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des PVVIH et des membres des groupes vulnérables (y compris au sein même des établissements de santé) entravent l'accès.
- Les ressources sont insuffisantes pour garantir un accès universel. De plus, le manque d'engagement financier à long terme entrave la viabilité des programmes d'approvisionnement en ARV.
- Les infrastructures de soutien pour le traitement par ARV sont insuffisantes.
- Les tests diagnostiques sont chers et les coûts doivent souvent être pris en charge par les patients.
- La disponibilité de l'équipement diagnostique est limitée.
- Les adolescents doivent être accompagnés d'un tuteur pour avoir accès aux ARV.
- L'achat, le stockage et la distribution des médicaments posent des problèmes.
- Il existe un nombre insuffisant de travailleurs de la santé par rapport au nombre de patients ayant besoin de traitement.
- Les accords de libre-échange limitent souvent l'accès en vertu des stipulations TRIPS-plus³ incluses dans les accords.
- Les nouveaux ARV ne sont pas disponibles ou seul un nombre limité d'ARV est disponible.

ENCADRÉ 14

- ▶ La procédure d'obtention pour les médicaments gratuite dissuade certaines personnes honteuses ou stigmatisées lorsqu'elles doivent reconnaître leur situation financière inadéquate. – *Jamaïque*
- ▶ Actuellement, très peu de nigériens ont accès aux services de base de prévention, de soins, de traitement et de soutien pour le VIH/sida. Il est estimé qu'environ 500 000 personnes ont besoin d'ARV, mais seuls 17 000 reçoivent des traitements par le biais de programmes gouvernementaux. – *Nigeria*

3. Se réfère à la pratique selon laquelle une plus grande protection de brevet est accordée aux médicaments de marque par rapport au niveau prévu dans l'accord sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) de l'Organisation mondiale du commerce.

ENCADRÉ 15

► L'accès aux services de prévention pour le VIH/sida est limité par le coût et la situation des personnes sans documentation légale. D'autres obstacles sont l'analphabétisme, l'inégalité des sexes et la stigmatisation des ITS.

— Pérou

► Le MdS a développé des messages de prévention spécifiques pour les jeunes, les femmes en général et les femmes enceintes ; les messages ciblant les HRSR ou les services sociaux sont absents. — Jamaïque

Bien que les ARV reçoivent beaucoup d'attention, l'accès aux traitements pour les infections opportunistes reste limité dans de nombreux pays. En Jamaïque, par exemple, les chercheurs ont rapporté que l'accès à ces traitements a diminué en raison de contraintes financières. À l'exception d'un seul antibiotique dont le coût est remboursé par le gouvernement, d'autres médicaments et frais médicaux sont la responsabilité du patient. Pour cette raison, beaucoup de personnes refusent de traiter une infection opportuniste avant qu'ils ne soient gravement malades.

Prévention

Aucun des pays étudiés n'est en passe d'élaborer et de mettre en œuvre des services de prévention complets et globaux. Les gouvernements omettent souvent de développer des services spécifiques visant les groupes et communautés les plus à risque et les plus vulnérables. Dans certains cas, il existe des obstacles juridiques à la prestation de services ciblant ces groupes, qui sont clairement identifiés comme étant les plus vulnérables à une nouvelle infection (voir l'encadré 7). Dans certains cas, des informations précises fondées sur les données concernant la prévention du VIH/sida ne sont même pas disponibles. Qui plus est, les informations disponibles présentent une approche ou une autre, et non une synthèse complète des options de prévention. Il existe également des lois et des conditionnalités imposées par les donateurs qui restreignent ou criminalisent l'usage ou la promotion de préservatifs masculins et féminins, de matériel d'injection stérile et de traitements de substitution (voir l'encadré 15).

En Indonésie, au Honduras, en El Salvador, en Jamaïque, au Nigeria, au Pérou, en Roumanie, au Maroc et au Népal, des préservatifs masculins étaient disponibles mais des problèmes significatifs d'accès, de qualité et de coût persistaient. D'autres technologies de prévention étaient encore moins accessibles. En particulier, les préservatifs féminins n'étaient pas disponibles du tout ou, s'ils étaient disponibles, restaient très difficiles à trouver ou trop chers. Au Népal, le matériel d'injection stérile est disponible dans toutes les pharmacies. En Afrique du Sud, le gouvernement a lancé une campagne de préservatifs masculins visant à les rendre plus « socialement acceptables » (leur utilisation a augmenté de 33 à 45 millions). De même, le gouvernement d'Afrique du Sud a augmenté le financement pour les préservatifs féminins.

Au Canada, en théorie, tous les outils de prévention du VIH sont disponibles et accessibles, sauf dans les prisons où les politiques institutionnelles interdisent l'accès aux aiguilles propres et dans certains cas aux préservatifs (c'est également le cas au Maroc). Dans la pratique, les populations les plus vulnérables au Canada (jeunes, communautés autochtones, réfugiés, femmes trafiquées et travailleurs du sexe) disposent d'un accès très irrégulier aux outils de prévention. Le Nigeria ne possède même pas une pratique répandue, éprouvée et acceptée de dépistage sanguin pour les transfusions, bien que dans ce pays, les transfusions sanguines soient à l'origine de 10 % des cas d'infection à VIH, et il n'existe pas de système national organisé pour la collecte et la fourniture du sang.



CAFÉ SANTÉ : CHANGEONS NOTRE REGARD SUR LE SIDA!

Conseil et test volontaires (CTV)

Bien que les services de CTV soient disponibles dans tous les pays étudiés, l'accès est souvent limité à quelques centres dans les grandes villes. La plupart des chercheurs rapportent que malgré l'accroissement du nombre de centres de test, le degré d'accroissement des services de conseil reste inconnu. La plupart des chercheurs rapportent qu'en théorie les tests restent volontaires, mais que, dans beaucoup de cas, il est effectué sans consentement ni connaissance (voir l'encadré 16).

Les craintes quant à la confidentialité ont un effet dissuasif et ne favorisent pas toujours les tests volontaires; les politiques dont il est fait état sur papier ne se traduisent pas toujours par une compréhension claire des procédures ou des comportements corrects pour les travailleurs de la santé.

Dans la pratique, l'étendue avec laquelle les tests VIH s'accompagnaient de services de conseil pré et post-test variait d'un pays à l'autre. Les chercheurs en Roumanie ont rapporté que le test VIH s'accompagne rarement de services de conseil. En Indonésie, malgré un gros effort mis en œuvre pour former des conseillers, peu d'entre eux sont actifs dans ce domaine. En Serbie-Monténégro, il n'existe que quatre centres dédiés aux services de CTV.

Dans la plupart des pays, les femmes enceintes sont soumises à un test obligatoire, dans le cadre des soins prénatals.

ENCADRÉ 16

- ▶ Les patients étaient testés sans consentement éclairé car le consensus était qu'ils n'étaient pas bien préparés, et qu'il leur serait trop pénible de parler de la possibilité d'être infectés par le VIH. — *Indonésie*
- ▶ La capacité à développer un service de conseil adéquat pour les divers comportements et identités sexuelles est encore au stade initial primaire. — *Pérou*

En ce qui concerne les actions devant être prises pour assurer l'atteinte des objectifs de la Déclaration d'engagement, voici la liste des recommandations clé basée sur les résultats des rapports des pays :

Niveau de connaissances et utilisation de la Déclaration d'engagement :

- 1. Accès accru aux informations :** La réponse efficace des communautés, qui est un indicateur clé d'une réponse nationale efficace, est en partie basée sur la compréhension des outils et des instruments internationaux pouvant être exploités dans le cadre d'interventions au niveaux national et local, qui auront par la suite un impact sur cette épidémie. Les parties prenantes au niveau national, avec le soutien d'ONUSIDA, doivent s'assurer que la Déclaration d'engagement est disponible dans les écoles et les bibliothèques publiques. Des ressources doivent être utilisées pour traduire le contenu de la Déclaration en langage simple promouvant l'action. Les organisations du secteur communautaire doivent élaborer au niveau national une campagne coordonnée visant à sensibiliser et à renforcer la compréhension de la Déclaration d'engagement (et d'autres outils internationaux).
- 2. Amélioration du suivi et de l'évaluation (S&E) :** La plupart des pays participant à l'étude n'ont pas indiqué dans quelle mesure les engagements de la Déclaration ayant des délais spécifiques avaient été satisfaits. Ceci est peut-être dû au fait que le niveau de connaissances et l'utilisation de la Déclaration sont faibles dans la plupart des pays éliminés, et que les systèmes de S&E nécessaires pour mesurer la satisfaction des engagements ne sont pas encore suffisamment développés. Des systèmes de S&E doivent être élaborés en tenant compte des caractéristiques de l'épidémie dans le pays, et inclure des indicateurs servant à mesurer la stigmatisation et la discrimination, l'accès aux services par les personnes les plus vulnérables, l'inégalité des sexes, la co-infection tuberculose/VIH (s'il y a lieu) et la qualité des services, notamment les services de conseil et test volontaires (CTV), les outils et les messages de prévention, le traitement et les soins

Leadership et participation du secteur communautaire

- 1. Engagement à l'accès universel :** Les gouvernements doivent s'engager envers un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement du VIH/sida au moyen d'un plan d'action stratégique comprenant des objectifs chiffrés intermédiaires et finaux aux niveaux mondial et national, ainsi qu'une attribution claire des responsabilités aux gouvernements, aux agences multilatérales, aux donateurs et aux intervenants du secteur communautaire.

2. **Financement de la réponse** : Les gouvernements doivent fournir des ressources financières adéquates pour assurer la mise en œuvre rapide de leurs stratégies nationales de lutte contre le sida, et doivent systématiquement effectuer le suivi et l'évaluation du processus de mise en œuvre.
3. **Renforcement de la réponse communautaire** : Les gouvernements et les autres parties prenantes doivent investir de façon significative dans le secteur communautaire en renforçant la capacité des OSC à remplir leur rôle dans le cadre de la réponse au VIH/sida. Les stratégies nationales de lutte contre le sida doivent renforcer la mise à disposition de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien au niveau communautaire, et incorporer ceux-ci dans des programmes nationaux compréhensifs pour le développement des personnels de santé.
4. **Soutien ONUSIDA** : ONUSIDA et ses co-commanditaires doivent jouer un rôle plus important dans le soutien du secteur communautaire à l'échelle nationale, qui doit inclure l'incitation à un engagement approprié de la part des structures gouvernementales et des agences nationales, ainsi que le soutien de la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et des membres de la communauté à l'évaluation des programmes et des politiques.
5. **Engagement central** : Les gouvernements doivent s'assurer que la réponse au VIH/sida est réellement multisectorielle, et doivent prendre des mesures pour améliorer la coordination parmi les parties prenantes. Les gouvernements doivent encourager la participation du secteur communautaire y compris, sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH/sida et les représentants des groupes vulnérables. Ils doivent être engagés de manière centrale dans la planification et la conception des programmes nationaux sur le sida, les plans pour le développement du secteur de la santé et de ses ressources humaines, la mise en œuvre des programmes et la prestation des services, le plaidoyer ainsi que le suivi, l'évaluation et le reporting.
6. **Auto-sélection** : Les représentants du secteur communautaire doivent être sélectionnés par des processus dirigés par des pairs, démocratiques et transparents.
7. **Rapports fantômes au niveau communautaire** : Outre leur implication dans les processus de reporting dirigés par le gouvernement, le secteur communautaire doit élaborer des rapports fantômes liés à la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS. Ceci les habilitera à exiger qu'ils soient impliqués dans les processus de suivi, d'évaluation et de reporting dirigés par le gouvernement. L'ONUSIDA doit fournir davantage de soutien au secteur communautaire en développant des cadres pour le suivi et l'évaluation associés à la Déclaration.

Droits humains et groupes vulnérables

1. **Lutte contre les abus en matière de droits humains** : Les gouvernements et les autres parties prenantes doivent reconnaître qu'une vaste gamme de violations des droits humains sont à la fois catalyseurs et conséquences de l'épidémie, et que la prise en charge immédiate de ces violations doit faire partie intégrante des réponses au VIH/sida par les donateurs et les gouvernements.
2. **Lutte contre la stigmatisation et la discrimination** : Les gouvernements et les autres parties prenantes doivent s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination de façon plus agressive qu'auparavant. La stigmatisation et la discrimina-

tion constituent les principaux obstacles à une mise en œuvre universelle réussie des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien.

3. **Améliorer la compréhension des droits** : Les gouvernements et autres parties prenantes doivent concevoir et mettre en œuvre des programmes pour éduquer leur population sur les lois et des politiques concernant leurs droits et indemnités. La plupart des individus ne comprennent pas qu'ils ont des droits, et n'ont pas connaissance des mécanismes juridiques disponibles pour protéger et faire valoir ces droits.
4. **Application de lois complémentaires** : Le gouvernement doit revoir et assurer la mise en œuvre des lois et des politiques en vigueur. Au besoin, le gouvernement doit adopter des lois et des politiques additionnelles, et établir des mécanismes d'application concrète, pour soutenir l'égalité entre les sexes et la non-discrimination à l'égard des personnes vivant avec ou affectées par le VIH/sida, ainsi que celles qui sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HRSH), les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les détenus et les migrants.
5. **Abolition des lois et des conditionnalités** : Les gouvernements et les donateurs devraient abolir les lois et conditionnalités qui restreignent ou criminalisent l'usage ou la promotion de biens et de services pertinents au VIH y compris, entre autres, les préservatifs masculins et féminins, le matériel d'injection stérile et les traitements de substitution. Les gouvernements devraient abolir les lois et politiques qui criminalisent certains comportements ou emplois, tels que les rapports sexuels avec des personnes de même sexe, l'usage de drogues ou le travail du sexe.
6. **Augmentation du financement** : Les gouvernements et donateurs doivent augmenter le financement des programmes visant à éliminer les abus des droits humains perpétrés contre les personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont à haut risque, y compris la violence sexuelle et sexiste, la discrimination et les violations du droit à une information complète et exacte concernant la prévention, le traitement et les soins du VIH/sida.
7. **Besoins préventifs des femmes** : Afin de prendre en compte l'inégalité et la vulnérabilité des femmes, les messages de prévention doivent être redéfinis et adaptés aux vies et à la réalité des femmes, des hommes, des filles et des garçons. Les femmes ont besoin de méthodes de prévention qu'elles peuvent contrôler – par exemple, un accès amélioré aux préservatifs féminins. Les OSC doivent prôner plus systématiquement un engagement poussé envers le développement d'un microbicide qui sera universellement et librement distribué

Accès aux services

1. **Obstacles à l'accès** : Les gouvernements doivent abolir les politiques et les pratiques qui entravent l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement, y compris celles suscitant une discrimination en fonction du lieu de résidence ou de la citoyenneté, de l'âge, du sexe, de la sexualité, de la profession ou de l'emploi, des comportements à risque, de l'état de santé, de la race et de l'appartenance ethnique.

2. **Élimination des frais d'utilisateur** : Les gouvernements doivent s'assurer que l'accès à un ensemble complet de services pour le VIH/sida ne dépende en aucune manière de la capacité à payer. En particulier, les frais d'utilisation devraient être éliminés là où ils risquent de limiter l'accès à de tels services.
3. **Renforcement des ressources humaines** : Les gouvernements devraient mettre en œuvre des politiques et des stratégies pour attirer, retenir et former les travailleurs de la santé, ce qui représente encore un gigantesque défi pour le secteur de la santé publique. Si la crise actuelle des personnels de santé n'est pas résolue – y compris les mauvaises conditions de travail, les salaires trop bas, les soucis de développement de carrière, le manque d'incitations et le recrutement international des travailleurs de la santé – les programmes de santé vont souffrir.
4. **Réponse aux besoins immédiats et futurs** : Une réponse complète doit tenir compte de la nécessité de respecter l'engagement envers un accès universel aux services dont nous disposons aujourd'hui en matière de prévention, de soins et de traitement et, avec la même urgence, de développer de meilleurs outils – médicaments, technologies diagnostiques et préventives, notamment des vaccins et des microbicides – pour l'avenir.
5. **Accès à l'information** : Les parties prenantes doivent prendre des mesures pour assurer le droit à une information complète, exacte et fondée sur les données en matière de prévention, de soins et de traitement pour le VIH/sida, notamment par le développement et l'amélioration des connaissances sur la santé parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier en ce qui touche la prévention, la prise en charge et le traitement des conditions précoces associées à l'infection à VIH. L'information concernant la sexualité devrait être obligatoire.
6. **Optimisation des tests volontaires et confidentiels** : Les programmes de conseil et test volontaires et confidentiels pour le VIH doivent être renforcés et optimisés. Les gouvernements et autres parties prenantes doivent promouvoir le droit de toute personne de connaître son état sérologique VIH, de recevoir une information médicale exacte au sujet du VIH et du sida, et d'obtenir un accès facile et rapide aux services de test et de conseil ainsi qu'aux services connexes. Les programmes de test VIH doivent demeurer volontaires et non obligatoires, et doivent inclure des services de conseil, le consentement éclairé et les garanties de confidentialité.
7. **Services pour les femmes** : Les OSC devraient promouvoir un accès optimisé aux services de conseil compétents et aux groupes de soutien qui sont sensibles à la réalité des femmes affectées par le VIH/sida.
8. **Exploiter la souplesse prévue par l'accord sur les ADPIC** : Les gouvernements de pays dont les ressources sont limitées devraient s'engager à exploiter la souplesse prévue dans l'accord sur les ADPIC (aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce) éliminate, afin d'obtenir l'accès à un approvisionnement durable et abordable en médicaments et autres technologies essentielles à la santé. Les pays industrialisés devraient s'engager à cesser d'exercer des pressions sur les pays aux ressources limitées qui tentent d'avoir recours à ces mesures. L'Organisation mondiale de la santé devrait élaborer des directives opérationnelles pour assister les pays dans la mise en œuvre de ces engagements.



Des profils des pays ont été préparés par l'équipe de l'ICASO, en respectant le langage et le style utilisés par les chercheurs de ces pays. Ces brefs portraits sont fondés uniquement sur l'information fournie par les chercheurs dans leurs rapports nationaux respectifs (à l'exception des données démographiques, qui ont été tirées du Rapport sur l'épidémie mondiale de sida publié en 2006 par l'ONUSIDA).

La plupart des profils sont présentés en cinq parties. Certaines parties sont absentes pour certains pays, qui n'ont pas abordé les questions en jeu. Ces parties sont : les indicateurs démographiques; la réponse générale à l'épidémie (par le gouvernement et les organismes du secteur communautaire); les politiques nationales sur le VIH/sida et leur mise en œuvre (accès aux traitements, aux soins et au soutien; prévention; groupes vulnérables; counselling et test volontaires); la surveillance et l'évaluation; les leçons à retenir et les recommandations

PROFIL DE PAYS : AFRIQUE DU SUD

Source : Rapport de Shaun Mellors, chercheur principal

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	47 432 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	47
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	49
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	5 500 000 [4 900 000 – 6 100 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	3 100 000
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	18,8 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	1 200 000

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

L'approche au VIH/sida du Gouvernement de l'Afrique du Sud s'articule autour de quatre domaines clés d'intervention : la prévention; le traitement, les soins et le soutien; la recherche et la surveillance; et les droits juridiques et humains. Le plan sur le VIH/sida tient compte des besoins spécifiques des populations défavorisées et des districts sanitaires sous-desservis. Le Conseil national sud-africain sur le sida (CNSAS) a été réorganisé en 2003 afin d'inclure une plus grande diversité de secteurs. Le budget national de 2004-2005 témoigne d'un solide engagement à l'investissement dans le domaine du VIH/sida. Le gouvernement a alloué environ 240 millions \$US aux programmes et services liés au VIH/sida. Quelque 62 millions \$US sont consacrés au Programme d'expansion des traitements antirétroviraux.

En dépit de ces progrès, l'efficacité de la politique nationale sur le VIH/sida demeure difficile à mesurer, vu l'absence d'un système efficace de surveillance et d'évaluation. Les politiques et documents officiels font rarement mention des directives et des déclarations internationales. Les principaux obstacles à la mise en œuvre réussie du plan national sont : 1) le manque de collaboration entre les établissements de santé et les communautés; 2) le manque d'intégration entre les services en établissements, en particulier entre les soins pour le VIH et la tuberculose; 3) la coordination inadéquate aux paliers national, provincial et local; et 4) le manque de ressources financières pour soutenir les programmes.

Secteur communautaire

Le Plan national intégré (PNI) sur le VIH/sida assure une approche multiculturelle et la contribution conjointe de tous les secteurs de la société. Cette stratégie multisectorielle a toutefois pris fin en 2005; à l'heure actuelle, il n'y a pas de partenariat continu avec les communautés dans la détermination des cibles et des orientations futures.

Les représentants de la communauté ont très peu d'occasions de commenter le Plan national. En dépit d'efforts collaboratifs ciblés, il demeure difficile pour la communauté d'avoir un impact significatif et soutenu. Lors de l'élaboration de la Politique nationale sur le VIH/sida 2000-2005, le secteur communautaire a été invité à exprimer ses idées. Il s'agissait d'un bon point de départ – mais l'effort n'a pas suffi à assurer une contribution soutenue. On ne sait pas encore comment le secteur communautaire participera à l'élaboration de la Politique nationale sur le VIH/sida 2006-2010.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Le gouvernement sud-africain tente de favoriser l'expansion du système de soins de santé, l'accès rapide et efficace aux médicaments abordables et l'amélioration des ressources humaines, mais d'importants obstacles persistent. La mise en œuvre est entravée par le manque de médecins, d'infirmières et de pharmaciens compétents. À cause de cette crise de ressources humaines, plusieurs sites sont incapables d'accepter plus de patients. Cela est exacerbé par le fait que les sites ont la capacité technique d'amorcer des programmes d'antirétro-

viraux, mais qu'ils sont incapables de le faire en raison de délais dans le mécanisme d'accréditation. La pénurie de personnel médical et de travailleurs sociaux exacerbe aussi le problème de l'accès à une nutrition adéquate.

Le mécanisme d'approvisionnement en médicaments a été finalisé en 2005. Le contrat d'une valeur de 3,7 milliards de rands vient à échéance en 2007. Il a été accordé à sept sociétés pharmaceutiques pour la fourniture d'antirétroviraux aux établissements de santé publique à travers le pays. Les fournisseurs et les autorités de la santé doivent se rencontrer quatre fois l'an pour adapter leur planification à la demande d'antirétroviraux. Pourtant, le Joint Civil Society Monitoring Forum⁴ (JCSMF) a reçu ces derniers mois plusieurs signalements de problèmes liés à la disponibilité des médicaments dans diverses régions du pays⁵ – en particulier pour l'Efavirenz (commercialisé par MSD sous le nom de Stocrin®).

Devant cette situation, la Treatment Action Campaign (TAC) continue de prendre les mesures légales nécessaires à ce que des sociétés comme MSD et les Laboratoires Abbott octroient des licences pour autoriser la production locale ou l'importation de versions génériques de leurs médicaments brevetés. La TAC a aussi exhorté la ministre de la Santé à utiliser son autorité en vertu de la Loi sur les brevets pour émettre les licences obligatoires requises.

Le traitement est gratuit dans les sites accrédités par le gouvernement, qui se trouvent principalement près des établissements publics de soins de santé. Il y a parfois des frais administratifs pour les visites initiales, l'émission d'une carte, etc. – mais ils ne sont pas directement liés à la thérapie antirétrovirale. Celle-ci est aussi offerte près de centres gouvernementaux de traitement, d'ONG, d'organismes communautaires et confessionnels et d'établissements médicaux privés. Les médicaments génériques sont autorisés en vertu de la législation sud-africaine. Ils sont fabriqués au pays pour un usage domestique; importés d'autres pays; ou fabriqués en vue d'être exportés.

Prévention

L'année 2006 a été déclarée « année de la prévention accélérée du VIH/sida » par le ministère de la Santé. Décrite dans le Plan stratégique quinquennal sur le VIH/sida, l'approche préventive à multiples facettes porte sur l'information, l'éducation

et la communication (IEC). Les éléments clés de la stratégie d'IEC sont la vie positive, les cercles de soutien (rehausser le soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables), une campagne à l'intention des jeunes et des interventions d'IEC dans les régions à forte transmission.

Les autres approches préventives incluent la prévention liée aux traitements (p. ex., le traitement des ITS) et des interventions pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère au bébé. En juin 2004, le gouvernement a attribué la marque « Choice » aux condoms qu'il distribue, ce qui a fait passer la demande de 33 à 45 millions. Le ministère a également augmenté les fonds consacrés au condom féminin, ce qui en a fait doubler le volume de distribution en 2004-2005.

Groupes vulnérables

Femmes : Les plus récentes données sur le VIH/sida en Afrique du Sud montrent que les femmes demeurent affectées de façon disproportionnée par l'épidémie. L'inégalité des sexes persiste, ce qui accroît la vulnérabilité des femmes au VIH. Bien que le Plan stratégique national reconnaisse l'impact de la « subordination des femmes » sur l'épidémie de VIH/sida, dans la pratique peu de mesures sont prises pour réagir à cette réalité.

HRSH : Les personnes homosexuelles sont protégées en vertu de la Constitution, et la Cour constitutionnelle a récemment accordé un délai de douze mois au Gouvernement de l'Afrique du Sud pour finaliser la législation reconnaissant le droit au mariage des couples de même sexe.

Travailleuses et travailleurs sexuels : Selon la Sex Work Education and Advocacy Taskforce, un ONG de Cape Town, l'Afrique du Sud échoue à aborder adéquatement les droits des travailleuses et des travailleurs sexuels. Des politiques qui criminalisent le travail sexuel empêchent la prise en considération des droits des travailleuses et des travailleurs sexuels. Vu le statut illégal de la prostitution, les initiatives visant à améliorer les conditions de vie de ce groupe vulnérable sont entravées par une attitude de stigmatisation et de discrimination persistante.

Enfants : Des organismes communautaires participent à la protection et au soutien aux enfants orphelins ou vivant avec le VIH/sida. En août 2005, plusieurs organismes ont organisé

4. Créé par l'AIDS Law Project, le Health Systems Trust, le Centre for Health Policy, l'Institute for democracy in South Africa, l'Open Democracy Advice Centre, la Treatment Action Campaign, l'UCT School of Public Health and Family Medicine, le Public Service Accountability Monitor et Médecins Sans Frontières.

5. Particulièrement dans les régions du Gauteng, du Kwa-Zulu-Natal et de Mpumalanga.

un atelier de deux jours à l'intention des principaux intervenants de la société civile impliqués auprès des enfants dans le contexte du VIH/sida. On y a analysé une série de politiques nationales et internationales pertinentes aux besoins des enfants. La mise en œuvre adéquate de ces politiques devrait être prioritaire, en Afrique du Sud, car les enfants affectés par l'épidémie sont gravement négligés.

PVVIH/sida : La Charte des droits protège tous les individus, ce qui signifie que les PVVIH/sida jouissent des mêmes droits – du moins sur papier. Par exemple, toute PVVIH/sida a le droit à des soins médicaux et à des traitements; les enfants affectés par le VIH/sida ont le droit de fréquenter toute école; les employeurs n'ont pas le droit d'exiger un test du VIH pré-embauche; un employé ne peut être congédié, mis à pied ou se voir refuser un emploi simplement en raison de sa séropositivité; les femmes séropositives ont le droit de prendre des décisions quant à leur grossesse et ne peuvent être forcées à interrompre leur grossesse; et toute PVVIH/sida a le droit à la confidentialité.

Les compagnies d'assurance peuvent refuser l'assurance-vie aux requérants séropositifs au VIH. Toutefois, plusieurs sont dotées de politiques spécifiques aux PVVIH/sida.

Counselling et test volontaires (CTV)

Le CTV est considéré comme l'une des principales approches préventives. Le gouvernement sud-africain a doublé le nombre d'établissements de santé offrant des services de CTV (de 1 500 en 2002-2003, à 3 686 en 2004-2005). Le nombre de personnes ayant fréquenté ces établissements a également doublé en 2005.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Il y a eu peu d'occasions d'interaction et d'examen du plan national; et les relations avec les principaux organismes communautaires sont plus fragiles que jamais. En dépit des nombreux efforts collaboratifs, énergiques et ciblés de la société civile, il est difficile d'avoir un impact soutenu et significatif quand l'élaboration des politiques est elle-même marquée de contradictions, de confusion et de reculs.

Le Joint Civil Society Monitoring Forum signale que même si le gouvernement a établi des indicateurs nationaux, il n'est pas clair si des données sont réellement collectées. Les données ne sont pas publiées – il est donc difficile d'évaluer l'impact clinique du plan opérationnel et du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère au bébé.

Le Programme de surveillance des traitements est un sous-projet du Health Systems Trust visant à faciliter et à soutenir un ensemble d'activités de recherche qui contribuent à la surveillance de l'accès aux traitements et aux soins pour le VIH et de l'impact du VIH/sida sur les services de santé en Afrique du Sud. Il a pour but ultime d'identifier et d'échanger de l'information sur des modèles de pratiques exemplaires et des leçons apprises, afin de stimuler et de promouvoir l'amélioration continue des traitements anti-VIH/sida et l'efficacité des soins et des services de santé en général.

5. LEÇONS À RETENIR

Les accomplissements à ce jour ne sont pas encore suffisants pour assurer une réponse complète et efficace au VIH/sida en Afrique du Sud. Le gouvernement doit élaborer et soutenir un programme intégré sur le VIH/sida qui fournira un leadership sans équivoque à l'échelle nationale. L'ajout de références aux directives internationales est vital à l'amélioration de l'ensemble des politiques nationales. La société civile devra adopter une approche plus proactive pour rehausser la sensibilisation à la Déclaration de l'UNGASS et la compréhension à son égard, et pour développer les mécanismes nécessaires à son utilisation comme outil de plaidoyer.

PROFIL DE PAYS : CAMEROUN

Source : Rapport de LUKMEF – Cameroun

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	16 322 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	50
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	51
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	510 000 [460 000 – 560 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	290 000 [260 000 – 310 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	5,4 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	46 000 [36 000 – 55 000]

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

Au Cameroun, la principale instance de coordination de la lutte contre le VIH/sida est le Comité national de lutte contre le sida (CNLS), créé en 1986. En 2002, le pays a élaboré un plan quinquennal de lutte contre le VIH/sida; les principaux domaines du plan sont : prévention, traitement et soutien psychologique. En matière de prévention, le gouvernement a adopté une approche décentralisée et multisectorielle, en déléguant certaines des responsabilités du CNLS aux Groupes techniques provinciaux (GTP), et mis sur pied en même temps les Comités locaux de lutte contre le sida (CLLS), des groupes de réponse instaurés par le CNLS et formés de membres des communautés.

L'intention de cette décentralisation était d'impliquer les communautés, mais en réalité cet engagement n'a pas été soutenu adéquatement. Le personnel des GTP ne reçoit qu'une formation de deux jours, et du financement gouvernemental lui est promis. Le manque de formation et les promesses d'incitatifs financiers, plutôt qu'un engagement au VIH/sida, réduisent considérablement l'efficacité des projets.

Secteur communautaire

Les associations de femmes et les associations pour le développement villageois qui existent, sont en théorie les mieux placées pour faire un travail sur le VIH dans les communautés, mais ces organismes n'ont jamais été engagés au meilleur de leur capacité. La structure décentralisée tient compte en théorie de l'engagement des groupes de la communauté, mais dans la pratique leur participation à part entière n'a jamais été complètement assurée.

Outre les organismes populaires, on compte environ 6 000 ONG qui œuvrent au Cameroun et qui travaillent aux côtés du gouvernement dans la lutte contre le sida. Bien que des ONG participent activement dans le travail axé sur le contrôle de l'épidémie, la coordination entre les ONG et les autres structures n'est pas adéquatement régie. Le gouvernement perçoit souvent les ONG comme des concurrents, plutôt que des partenaires.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

L'accès aux tests et aux traitements pour les populations rurales demeure piètre et coûteux. L'absence de centres de test et de traitement, dans les régions rurales, ajouté à la pauvreté, à l'analphabétisme et à l'ignorance au sujet du VIH/sida, catalyse l'épidémie dans les régions rurales du Cameroun. Le fait que le test et le traitement ne soient pas gratuits, au Cameroun, a augmenté les sommes d'argent qui vont dans les « poches » d'intervenants privés qui fournissent des services de test et de traitement.

Il n'existe actuellement que 24 centres de traitement, au pays, et ils sont situés principalement dans les centres urbains. Les populations incapables d'accéder à des traitements, ou de les payer, ont souvent recours à la médecine traditionnelle. En région urbaine, le traitement coûte jusqu'à 13 \$US, alors qu'en région rurale son coût peut atteindre 50 \$US (y compris le transport).

Les soins palliatifs n'en sont encore qu'aux premiers pas (rejoignant moins de 20 % des personnes qui en ont besoin). La principale raison est le manque de personnel qualifié. De plus, le manque de compréhension des responsables des politiques et des décideurs, au sujet de l'importance de ce service, entrave les efforts d'expansion des soins palliatifs.

Prévention

D'après des renseignements obtenus auprès d'informateurs clés, près de 40 % des personnes interrogées sur le sujet utilisent régulièrement des condoms masculins; l'utilisation de condoms féminins est extrêmement limitée, en raison du manque d'accessibilité.

Groupes vulnérables

Femmes : La situation des femmes au Cameroun, en ce qui a trait à la vulnérabilité au VIH, demeure un défi majeur pour la stratégie nationale. Les considérations sexospécifiques, en particulier la dépendance économique des femmes à l'égard des hommes, ne sont pas abordées comme il se doit dans le plus récent plan quinquennal. L'échec à développer des stratégies pour résoudre les facteurs socioéconomiques qui rendent les femmes plus vulnérables à contracter le VIH a contribué à une augmentation du taux de VIH chez les femmes. Dans certaines provinces, le taux atteint les 11,9 % (alors que la moyenne nationale est de 5,5 %).

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Une faible participation de la communauté locale et son manque de compréhension du contexte général rendent difficiles les travaux de surveillance et d'évaluation au palier local. Le partage d'information et de résultats de programmes, au Cameroun, est inexistant, ce qui ne contribue pas à l'apprentissage et à la réplication des bonnes pratiques de lutte contre le VIH/sida. De plus, le plan national sur le sida n'est pas doté d'échéanciers, ni d'une stratégie de surveillance transparente, accessible et imputable.

5. LEÇONS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS

Même s'il existe un cadre théorique complet, qui a été développé par le gouvernement du Cameroun pour la lutte contre la pandémie du VIH, sa mise en œuvre concrète a rencontré des embûches majeures, notamment :

- l'absence de transparence dans la gestion des fonds;
- un piètre système de suivi et de déclaration;

- des niveaux élevés de corruption;
- l'absence d'un centre de ressources sur le VIH/sida;
- un manque d'engagement du secteur communautaire; et
- une insuffisance des octrois au domaine du VIH/sida.

Les problèmes majeurs pour la mise en œuvre de politiques adéquates sur le VIH/sida sont le manque de transparence, d'objectivité et d'imputabilité. Le gouvernement du Cameroun a conçu d'excellents programmes; s'ils étaient appliqués conformément à leur conception, ils pourraient entraîner une diminution considérable de la propagation du VIH et améliorer la vie des personnes séropositives. L'échec à mettre en place des systèmes transparents et participatifs, pour la surveillance, ainsi que l'échec à confier à la justice les cas de corruption, de détournement de fonds et d'abus, dans le contexte du VIH/sida, nuisent grandement aux résultats de la lutte contre le sida, au Cameroun.

Dans le secteur communautaire, l'absence d'un mécanisme structuré pour la coordination, la surveillance et la déclaration rend difficile l'échange et le partage de bonnes pratiques et de leçons à retenir; en conséquence, la duplication d'efforts et le gaspillage des rares ressources pour la lutte au sida sont fréquents.

Pour surmonter ces défis, les recommandations suivantes devraient être considérées :

- le test de sérodiagnostic du VIH devrait être gratuit et facile d'accès;
- la promotion de médicaments antirétroviraux génériques devrait être rehaussée;
- les ONG et les regroupements populaires doivent avoir des chances égales de participer à la prestation des services essentiels de traitement, de soins et de prévention;
- un plus grand nombre de projets axés sur l'allègement de la pauvreté devraient être réalisés (étant donné que la pauvreté est la cause sous-jacente de l'épidémie, dans le pays);
- des programmes adaptés à la sexospécificité devraient être mis en œuvre; et
- un centre de surveillance, d'évaluation, d'information et de documentation sur le VIH/sida devrait être créé pour servir d'instance de surveillance de la mise en œuvre de la stratégie nationale et pour faciliter la création d'une réponse nationale plus cohésive.

PROFIL DE PAYS : CANADA

Source : Rapport de l'AIDS Calgary Awareness Association

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	32 268 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	78
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	83
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	60 000 [48 000 – 72 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	9 600 [7 700 – 12 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,3 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	< 1 000

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

En général, on observe un manque de leadership politique des dirigeants canadiens, en ce qui a trait au VIH/sida aux paliers national et international. La plupart des références à l'épidémie sont faites dans le contexte d'annonces de financement. Le Canada n'a pas de Conseil national sur le VIH/sida, mais il est doté de divers comités nationaux qui remplissent les fonctions d'un tel conseil. Le Plan d'action actuel du Canada pour la lutte contre le VIH/sida se fonde sur deux documents qui donnent l'occasion à toutes les régions du pays et à tous les organismes impliqués dans la lutte au VIH/sida de participer à un vaste effort d'envergure nationale. Les objectifs du Plan d'action sont notamment d'engager les personnes vivant avec le VIH/sida dans les programmes et les services qui touchent leur vie; de prévenir l'infection à VIH; d'assurer l'accès aux soins, aux traitements et au soutien; et de fournir un leadership.

Secteur communautaire

La société civile a joué un rôle crucial dans l'élaboration de l'Initiative fédérale canadienne, en réclamant un financement adéquat pour celle-ci ainsi qu'une implication active dans le développement du plan d'action. En 1998, lors du lancement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, Santé Canada a reconnu qu'il lui était impossible de lutter seul contre le VIH/sida. À compter de 2000, la société civile s'est engagée dans une série de consultations et de comités en vue d'élaborer un plan d'action. La majeure partie de la société civile est au courant de l'existence de la Déclaration d'engagement, mais seulement quelques organismes en ont une connaissance pratique ou l'utilisent activement.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Bien que le Canada soit doté des principes adéquats pour fournir l'accès aux traitements et aux soins, la difficulté réside dans leur application. On observe d'importantes disparités dans l'accès aux traitements selon la région géographique et la sous-population, en raison de la marginalisation de certains groupes vulnérables. Les personnes vivant avec le VIH/sida au Canada ne disposent pas toujours de l'information dont elles ont besoin pour comprendre leurs traitements antirétroviraux et leurs effets. On note aussi des iniquités dans l'accès aux traitements pour certaines populations spécifiques. En région urbaine, il est beaucoup plus facile d'accéder de façon confidentielle à des traitements qu'en région rurale. La situation est encore pire parmi les populations autochtones, car il n'y a pas de responsabilité juridictionnelle s'appliquant à l'accès aux traitements pour les autochtones hors réserve.

En général, le Canada manque de stratégies spécifiques aux populations pour fournir, de manière confidentielle et adaptée à la langue et à la culture, des traitements pour le VIH/sida et de l'information à leur sujet, aux divers groupes de personnes vivant avec le VIH/sida.

Prévention

En théorie, toutes les mesures de prévention du VIH (p. ex., condoms masculins et féminins, lubrifiants, seringues stériles, traitement de substitution à la méthadone) sont disponibles et accessibles, au Canada, sauf dans les prisons où des politiques institutionnelles interdisent l'accès aux seringues stériles et, dans certains cas, aux condoms. Dans les faits,

même hors de prison, la plupart des populations vulnérables (p. ex., jeunes, autochtones, communautés rurales, réfugiés, femmes trafiquées) ont un accès plutôt irrégulier à ces moyens préventifs. Les initiatives de prévention sont majoritairement menées par des organismes communautaires œuvrant directement auprès de populations vulnérables. La plupart des messages de prévention ont ciblé les HRSH et les hommes gais, les utilisateurs de drogue par injection et les jeunes; on a signalé des faits troublants quant aux connaissances et aux comportements à risque parmi les jeunes Canadiens.

Des messages limités ont ciblé les femmes, les travailleuses et travailleurs sexuels, les personnes migrantes et les populations mobiles, mais très peu d'initiatives de prévention ont été réalisées à l'intention des prisonniers, des personnes transgenres et des personnes bisexuelles. Un plus grand nombre de services et de programmes de prévention doivent être développés et maintenus, à l'intention des autochtones et des jeunes. Les régions rurales, les régions isolées et les réserves autochtones ont besoin d'une attention spéciale. Il faut développer et maintenir des messages préventifs plus ciblés, qui tiennent compte des cultures particulières des jeunes des Premières Nations et des jeunes Métis et Inuits.

Groupes vulnérables

Des personnes vivant avec le VIH/sida, au Canada, rencontrent encore un degré considérable de stigmatisation et de discrimination, et les personnes vulnérables au VIH sont aux prises avec des politiques et des obstacles systémiques qui accroissent leur risque devant le VIH. Les taux de VIH au Canada continuent de croître, non seulement dans des populations vulnérables et isolées, comme les personnes qui s'injectent des drogues ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi en lien avec les contacts hétérosexuels, et en particulier parmi les femmes. Les autochtones sont encore affectés de manière disproportionnée par le VIH; et la catégorie des personnes venues au Canada de pays où le VIH est endémique est celle où se manifeste l'augmentation la plus rapide.

D'importants obstacles juridiques et du domaine des politiques subsistent, au Canada, et ont des répercussions sur les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, en créant et en exacerbant des situations de stigmatisation et de discrimination, en conduisant à cacher certains comportements, à des risques de violence et à des cas d'infection par

le VIH. Les peines ou interdictions prévues dans certaines lois et politiques, en ce qui touche l'usage de drogue, le travail sexuel, ainsi que l'absence de programmes d'échange de seringues en prison, engendrent des situations où des personnes deviennent plus vulnérables à contracter le VIH. À la fin de 2005, aucun système de prisons, au Canada, n'avait encore initié de programme d'échange de seringues. D'autres éléments déficients des politiques constituent des problèmes, dans une perspective des droits de la personne, notamment le refus de l'immigration aux demandeurs vivant avec le VIH, les politiques de test de routine pour les femmes enceintes (avec option de retrait) et les lois permettant d'obliger des clients de services d'urgence à donner un échantillon de sang.

Femmes : Le gouvernement du Canada n'a pas encore développé de stratégie spécifique pour la protection des femmes dans le contexte du VIH et pour fournir des occasions d'habilitation devant l'épidémie, bien que les « femmes à risque » soient l'un des groupes vulnérables identifiés dans l'*Initiative fédérale*. Aucune stratégie particulière pour l'habilitation des femmes n'est mentionnée dans l'*Initiative fédérale* ni dans *Au premier plan*. Les femmes sont plutôt mentionnées dans un contexte général, aux côtés d'autres groupes de personnes vulnérables au VIH/sida. Récemment, l'Agence de santé publique du Canada a collaboré avec une coalition nommée « Plan d'action intégral sur le VIH et les femmes », pour discuter de l'ébauche du Cadre des approches ciblant des populations particulières (dans le cadre de l'Initiative fédérale) et pour identifier des actions prioritaires et des enjeux importants touchant les femmes. Cette action est vitale pour rehausser l'attention à la question de la vulnérabilité des femmes au VIH, car nombre d'entre elles ont encore un accès limité aux soins, aux traitements et aux services de prévention.

Populations autochtones : Il existe un nombre limité de programmes de prévention destinés aux Premières Nations.⁶ En particulier, les jeunes autochtones de moins de 15 ans (et les utilisateurs de drogue par injection) sont ceux qui ont le plus grand besoin de messages sur la prévention du VIH, mais ils sont aussi parmi les moins susceptibles d'être joints.

Populations africaines et caraïbes : Le Conseil africain et caraïbe sur le VIH/sida en Ontario tente actuellement d'élaborer une Stratégie nationale sur le VIH/sida pour les communautés canadiennes noires, africaines et caraïbes.

6. Peuples autochtones de l'Amérique du Nord habitant le territoire du Canada, ainsi que leurs descendants qui ne sont pas Inuits ou Métis. Ensemble, les Premières Nations, les Inuits et les Métis forment les « populations autochtones ».

Jeunes : De récentes études ont révélé un piètre degré de connaissance générale du VIH/sida parmi les jeunes Canadiens. Au Canada, l'éducation sur le VIH/sida dans le secteur de l'enseignement public manque énormément de cohérence. Dans certains territoires et provinces, elle commence dès le début de l'école primaire, tandis qu'ailleurs, le VIH/sida n'est mentionné pour la première fois que beaucoup plus tard et n'inclut que des informations limitées.

Utilisateurs de drogue par injection : Des estimations des taux nationaux de prévalence et d'incidence du VIH indiquent que 30 % (ou 800 à 1 600) des 2 800 à 5 200 nouveaux cas de VIH répertoriés au Canada (les plus récentes données datent de 2002) touchaient des utilisateurs de drogue par injection. La législation actuelle stipule qu'il est criminel de posséder, d'importer, d'exporter ou faire le trafic non seulement de drogue, mais aussi de « toute chose contenant, y compris superficiellement, une telle substance et servant [...] à l'introduire dans le corps humain ». Donc, si une seringue ou un autre article renferme un résidu de drogue, cet objet est considéré techniquement comme une « substance désignée » : la personne qui la possède peut être reconnue coupable de possession.

Travailleuses et travailleurs sexuels : Aucune mention spécifique des travailleuses et des travailleurs sexuels en tant que groupe vulnérable n'est faite dans l'Initiative fédérale. La prostitution n'est pas illégale au Canada. Cependant, la majorité des activités qui s'y rattachent sont illégales en vertu du Code criminel du Canada, et les travailleuses et les travailleurs sexuels sont criminalisés même s'ils exercent leur métier en privé (p. ex. à leur domicile)⁷.

Détenus : Plusieurs études ont fourni des preuves de l'ampleur de l'injection et d'autres modes de consommation de drogues, dans les prisons. Du matériel d'injection stérile devrait être fourni, dans les prisons où des détenus s'injectent des drogues illégales. À la fin de 2005, aucun système de prisons, au Canada, n'avait encore initié de programme d'échange de seringues. Quelques-uns, y compris le système fédéral, étudient la question.

Dans les prisons, l'activité sexuelle est considérée comme un facteur de risque moins répandu que l'injection de drogue, pour la transmission du VIH et de l'hépatite C. Certaines prisons provinciales ne fournissent pas de condoms et de lubrifiant; dans plusieurs autres cas, leur accès n'est pas facile et discret. Dans certaines provinces, comme l'Ontario, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse, entre autres, on distribue encore les condoms aux détenus uniquement par l'intermédiaire des services de santé des prisons.

PVVIH/sida : Bien que la discrimination fondée sur la séropositivité au VIH soit interdite dans tous les ressorts, il n'existe aucune mention explicite du VIH/sida dans les diverses lois anti-discrimination. On y parle plutôt d'« invalidité » ou de « handicap ». Un problème qui attire une attention importante, au Canada, est que les personnes vivant avec le VIH/sida sont aux prises avec de nombreux obstacles en ce qui concerne le maintien de l'emploi, ou le retour au travail après un congé d'invalidité ou de maladie. Les Canadiens qui ont une invalidité épisodique comme le VIH sont aux prises avec de nombreuses difficultés. Bien que le Canada ait adopté une législation sur les droits de la personne et l'ait interprétée d'une manière qui inclut le VIH/sida dans la définition de « handicap physique », son application demeure inadéquate. Dans la plupart des cas, il revient à l'individu qui subit de la discrimination de connaître ses droits. Ces mécanismes d'application comportent plusieurs obstacles pour les personnes vivant avec le VIH/sida et les populations vulnérables. Pour exercer leurs droits fondamentaux, il leur faut d'abord avoir des informations élémentaires et une éducation sur les droits humains. Vu la nature du stigmatisme lié au VIH/sida et le besoin de confidentialité qui s'ensuit, les organismes nationaux et communautaires de lutte contre le VIH/sida ont un important rôle à jouer dans l'élimination de la discrimination, en palliant aux lacunes de l'application de la Loi.

Counselling et test volontaires (CTV)

Les Canadiens qui choisissent de passer un test du VIH peuvent avoir jusqu'à trois options de test, selon leur province ou territoire de résidence : test nominatif, non nominatif ou anonyme. Un important obstacle au test du VIH dans les réserves autochtones est le manque de confidentialité. Souvent, les centres de santé communautaire des réserves sont dirigés par des amis ou des proches de membres de la communauté – ce qui compromet le sentiment de confidentialité.

7. Réseau juridique canadien VIH/sida, *Sexe, travail, droits – réformer les lois pénales du Canada sur la prostitution*, juillet 2005.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Aucun cadre de suivi n'a encore été établi, pour le Plan d'action du Canada. Il est affirmé, dans l'*Initiative fédérale*, que la coordination, la planification, l'évaluation et la reddition de comptes seront améliorées afin d'améliorer les réactions fédérales et pancanadiennes devant l'épidémie et d'optimiser l'utilisation des ressources. On mettra sur la mise en œuvre d'*Au premier plan*, sur l'élaboration de plans thématiques et sur une stratégie d'évaluation de l'*Initiative fédérale*. Des mécanismes pour accroître l'engagement des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH feront partie intégrante de cette démarche.

5. LEÇONS À RETENIR

Le Canada n'a pas fait suffisamment de progrès sur le plan des déterminants de la santé qui rendent des individus vulnérables au VIH, à la toxicomanie et à la violence. Des personnes vivant avec le VIH/sida, au Canada, rencontrent encore un degré considérable de stigmatisation et de discrimination, et les personnes vulnérables au VIH sont aux prises avec des politiques et des obstacles systémiques qui accroissent leur risque devant le VIH. Les taux de VIH au Canada continuent de croître, non seulement dans des populations vulnérables et isolées, comme les personnes qui s'injectent des drogues ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, mais aussi chez les personnes qui ont des contacts hétérosexuels, et en particulier parmi les femmes. Les autochtones sont encore affectés de manière disproportionnée par le VIH; et la catégorie des personnes venues au Canada de pays où le VIH est endémique est celle où se manifeste l'augmentation la plus rapide. Une importante part des jeunes Canadiens et Canadiennes font preuve de complaisance à l'égard du VIH, et un nombre considérable entretient des idées erronées sur le sujet – notamment la croyance qu'il existe un remède contre le VIH.

La société civile et le gouvernement collaborent généralement bien, pour aborder le VIH/sida d'un point de vue multisectoriel et multi-dépositaire; et la nouvelle incarnation d'une stratégie canadienne sur le VIH, l'*Initiative fédérale*, permet de continuer d'espérer que le VIH ne soit plus abordé que par le ministère de la Santé seul mais plutôt par l'ensemble du gouvernement fédéral. Cependant, il manque encore au Canada une instance générale de coordination pour promouvoir, appliquer et surveiller un plan pancanadien stratégique multisectoriel. La société civile apprécierait par ailleurs que les leaders nationaux parlent du VIH/sida au grand public, afin d'accroître la sensibilisation et de réduire la stigmatisation, dans des déclarations autres que des annonces de subventions.

PROFIL DE PAYS : EL SALVADOR

Source : Rapport de l'Asociación Atlacatl Vivo Positivo

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	6 881 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	68
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	74
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	36 000 [22 000 – 71 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	9 900 [5 300 – 21 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,9 % [0,5 – 3,8 %]
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	2 500 [1 600 – 3 700]

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

Le pays est doté d'un Conseil national sur le VIH/sida, créé en vertu de la Loi sur le sida. Cette loi a aussi établi, en 2004, la Commission nationale contre le sida (CONASIDA), qui agit à titre d'instance consultative auprès du ministère de la Santé. La CONASIDA inclut des personnes qui représentent les ministères et d'autres instances gouvernementales ainsi que des ONG et le secteur privé.

Secteur communautaire

La participation des divers dépositaires d'enjeux, dans la conception du Plan stratégique national 2005-2010, a été plus forte que dans le processus de 2001 (pour le plan 2001-2004). En 2001, seulement 22 organismes y avaient contribué activement, alors qu'en 2005, ils ont été 73 (institutions gouvernementales, organismes du secteur communautaire, associations de PVVIH/sida et agences de développement international).

L'accès aux traitements a été initié grâce aux pressions d'organismes du secteur communautaire qui ont initialement tenté d'établir un dialogue avec le gouvernement. Devant l'échec de ce dialogue à porter fruit, ils ont organisé des manifestations. Plus tard, ils ont intenté des poursuites en justice à la Cour suprême, contre le gouvernement, qui ont résulté en un recours collectif contre l'État, devant la Commission interaméricaine des droits de l'homme. Après ces actions, le gouvernement a commencé à reconnaître l'importance de la participation du secteur communautaire dans la conception et la réalisation du programme.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

L'accès aux antirétroviraux (ARV) est établi dans la Politique nationale sur le VIH/sida. En 2001 (lorsque le gouvernement a commencé un programme en matière d'ARV), ces médicaments n'étaient fournis que dans quatre hôpitaux nationaux. En décembre 2004, ils étaient fournis dans 16 hôpitaux, à 2 000 personnes (en plus de 600 individus couvertes par le régime de Sécurité sociale) – ce qui représente environ 36 % de celles ayant besoin d'ARV, au pays. Ces médicaments sont fournis gratuitement, mais pour d'autres médicaments le patient doit payer des frais.

Cependant, l'influence marquée de groupes de foi chrétienne, dans le pays, a incité certaines personnes à ne pas prendre d'ARV, ou à les abandonner : on les incite à remettre leur vie « dans les mains de Dieu ».

Les ARV figurent sur la Liste des médicaments essentiels, mais leur prestation ne se fait pas en temps opportun et de manière continue; les tests de la charge virale et la numération des cellules CD4 et CD8 ne sont pas effectués adéquatement. Cette situation est due principalement au manque d'équipement pour les tests diagnostiques; d'autres facteurs sont la situation de surpopulation dans les hôpitaux et la période d'attente pour voir un médecin.

Prévention

La Politique sur l'assistance intégrale inclut des stratégies pour la prévention primaire fondée sur l'abstinence, la fidélité conjugale et le condom (l'approche ABC); et des mesures de prévention secondaire et tertiaire qui contribuent à la réduction du VIH et des infections transmissibles sexuellement (ITS).

L'outil préventif le plus répandu est le condom masculin, qui est fourni gratuitement dans les hôpitaux et auprès de groupes de soutien et d'ONG. On peut également en acheter dans les supermarchés et en pharmacie, bien que certains pharmaciens refusent d'en vendre en raison de leurs convictions religieuses. Les campagnes de prévention de certains ONG parlent aux gens du condom féminin, mais ce dernier n'est pas disponible.

Groupes vulnérables

Des règlements et des campagnes font foi de l'engagement du gouvernement à fournir des services de qualité, sans distinction selon la race, l'orientation sexuelle ou les convictions politiques ou religieuses. Cependant, on observe la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH/sida et d'autres groupes vulnérables, en raison de la peur, de l'ignorance au sujet du VIH/sida, ainsi que du manque d'approches des droits humains au sein des ONG du domaine du sida.

Il n'existe pas de loi interdisant l'homosexualité et le travail sexuel. Le travail sexuel est cependant illégal pour les personnes mineures. Des lois anti-drogue interdisent l'usage, la possession et le trafic de drogues. Le Code pénal du El Salvador interdit les « comportements inappropriés » dans les lieux publics; cette expression a été interprétée comme incluant le travail sexuel dans les lieux publics. Des protections juridiques existent pour éviter la discrimination à l'égard des PVVIH/sida dans la Constitution, la Loi sur la santé ainsi que la législation relative au travail.

Le cadre juridique national, du moins sur le plan théorique, protège les droits des PVVIH/sida, sans distinction au motif de l'orientation sexuelle, du travail ou de la profession, de l'affiliation politique ou des convictions religieuses. Mais même en présence de ce cadre de protection des droits, aucune sanction n'est imposée à ceux qui enfreignent la loi.

Femmes : La tâche de s'attaquer à l'inégalité des sexes est incluse dans la Politique nationale sur le sida, et certaines stratégies concrètes ont été planifiées, par exemple pour répondre à la nécessité de mettre en œuvre des programmes pour réduire la violence à l'égard des femmes et des filles. Une étude réalisée par l'Association Atlacatl a constaté que des

femmes vivant avec le VIH/sida sont stérilisées de force, ou sans consentement lorsqu'elles accouchent – ce qui est une violation évidente de leurs droits humains.

HRSH : Des mesures sont nécessaires pour réduire l'exclusion de la population des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH), au Salvador, afin que ces personnes puissent avoir un accès réel à tous les services. Les HRSH, les lesbiennes, les gais, les personnes bisexuelles et transgenres sont encore la cible de discrimination dans le milieu des soins de la santé. Certains HRSH signalent que l'on leur a demandé de changer leur comportement parce qu'il va à l'encontre des « principes de Dieu ».

UDI : Les services pour les utilisateurs de drogue par injection (UDI) n'ont pas été beaucoup étudiés; cela peut être dû au fait que les statistiques nationales indiquent une faible prévalence du VIH parmi cette population (un p. cent du nombre total de cas signalés de VIH sont attribués à l'injection de drogues). Même si la commercialisation et la consommation de drogues au Salvador sont pénalisées, des seringues et des aiguilles jetables peuvent être achetées facilement dans toute pharmacie, puisqu'elles sont vendues sans ordonnance, pour l'utilisation de médicaments légaux.

PVVIH/sida : La protection des droits des PVVIH/sida est établie dans le cadre juridique d'El Salvador. Cependant, plus de travail est nécessaire dans ce domaine afin que les normes établies en droit soient appliquées et respectées. Les tests du VIH sans consentement et le non-respect de la confidentialité ne sont que quelques-uns des problèmes qu'il faut régler. Lorsqu'une personne est diagnostiquée séropositive au VIH, elle perd automatiquement le droit d'accès au crédit bancaire, à l'assurance-habitation et à l'assurance-vie; les compagnies d'assurances requièrent un test du VIH ou font signer à leurs clients un document les autorisant à enquêter sur leur dossier médical.

Counselling et test volontaires (CTV)

On compte plus de 160 centres de CTV – dont 132 sont gérés par le gouvernement, y compris le régime de Sécurité sociale; huit sont gérés par des ONG (et fournissent uniquement des services de counselling); et les autres appartiennent à des laboratoires privés. Cependant, les 160 ne fournissent pas tous à la fois du counselling et le test. En 2004, près de deux cent milles tests du VIH ont été administrés.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Cependant, les systèmes en vigueur n'effectuent le suivi que pour les données épidémiologiques, bien que le programme en soi reconnaisse la nécessité d'amélioration à certains aspects, et la nécessité d'expansion, d'inclusion accrue et d'une meilleure globalité. Par exemple, le S&E système actuel ne fournit pas d'information spécifique selon les groupes (p. ex., HRSH, travailleuses sexuelles, détenus), alors ces groupes sont laissés pour compte dans l'établissement de priorités stratégiques.

Récemment, le Programme national sur le sida a réalisé une évaluation interne du réseau des hôpitaux publics offrant des traitements antirétroviraux. L'évaluation n'a pas porté seulement sur les aspects techniques des services fournis, mais aussi sur la qualité des services et leur caractère humain. Les résultats de l'évaluation ont servi de base à des restructurations internes du Programme.

5. LEÇONS À RETENIR

La collecte d'information pour l'élaboration du rapport de pays a permis de constater qu'il y a une volonté politique de plus en plus grande de réagir aux défis liés à l'épidémie, mais cette volonté politique ne s'est pas encore traduite en engagements concrets. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne l'inclusion des autres secteurs de la société dans la réponse au VIH/sida.

En dépit des écarts actuels entre la théorie et la pratique; entre les lois/politiques et les programmes; et entre la conception et la mise en œuvre; les PVVIH/sida et le secteur communautaire en général ont compris qu'ils peuvent avoir recours au cadre juridique en vigueur, afin de revendiquer leurs droits.

PROFIL DE PAYS : HONDURAS

Source : Rapport de Nelson J. Arambú (chercheur principal)

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	7 205 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	65
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	70
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	63 000 [35 000 – 99 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	16 000 [7 500 – 27 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	1,5 % [0,8 – 2,4 %]
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	3 700 [2 000 – 6 200]

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

Récemment, le gouvernement a intensifié ses efforts pour améliorer sa réponse au VIH/sida. Le deuxième Plan stratégique sur le VIH/sida (PENSIDA II) a été conçu avec la participation de divers dépositaires d'enjeux et de secteurs qui n'étaient pas généralement engagés dans la réponse nationale (51 % des participants étaient du secteur communautaire, y compris des groupes vulnérables et des PVVIH/sida). Bien que le PENSIDA II soit un document complet qui appuie la participation multisectorielle, il n'existe pas de mécanisme direct pour la consultation du secteur communautaire, ou pour sa participation, dans le cadre du développement et de la mise en œuvre des programmes, ni dans la surveillance et l'évaluation de ses résultats.

La position du gouvernement à l'égard des groupes les plus vulnérables – les HRSH, les travailleuses sexuelles et les personnes qui s'injectent des drogues – n'est pas clairement définie. L'emphase sur la vulnérabilité est concentrée sur les enfants et les jeunes.

Secteur communautaire

L'engagement du secteur communautaire est dirigée par divers intervenants et se concentre sur la prévention et le traitement des ITS et du VIH/sida, l'offre de services liés à la promotion de la santé sexuelle et génésique, l'éducation, le CTV, le plaidoyer, de même que la surveillance des violations de droits humains et la lutte contre ces abus. Le secteur communautaire concentre ses efforts sur les PVVIH/sida, les communautés

de Garífunas⁸, les travailleuses sexuelles, les HRSH, les enfants et orphelins, les jeunes ainsi que les détenus.

Le rôle des ONG est très important, puisqu'il comble certaines des lacunes que présentent les interventions menées par le gouvernement. Le plaidoyer des ONG, depuis plusieurs années, a forcé le gouvernement à consacrer des ressources accrues pour répondre au problème.

Le partenariat entre le gouvernement et le secteur communautaire n'a pas encore été développé à un point où les communautés pourraient être considérées comme des partenaires que l'on doit impliquer dans les processus de décisions importantes. Le secteur communautaire est plutôt considéré comme un agent de mise en œuvre de programmes, à l'appui du travail du gouvernement.

Le seul dialogue permanent entre la société civile et le gouvernement est celui qui s'opère au sein de la structure nationale mise sur pied dans le contexte du Fonds mondial. L'Instance de coordination de pays (ICP) a été formée sur la base d'une participation multisectorielle et réunit des représentants de tous les secteurs politiques, sociaux et économiques du pays : le gouvernement, avec l'appui des Nations Unies au Honduras, des organismes multilatéraux et bilatéraux de développement qui travaillent aux enjeux liés au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme, des organismes du secteur communautaire ainsi que des associations de personnes affectées (par le VIH/sida et par la tuberculose).

8. Groupe ethnique de la Caraïbe issu d'un métissage entre Amérindiens et Africains.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

L'accès aux traitements a été amélioré en partie : 3 630 personnes vivant avec le sida ont reçu des ARV, dans les 19 « Centres d'attention intégrale », entre 2002 et 2005. Cependant, les obstacles à la mise en œuvre d'un programme de traitements vont des contraintes économiques jusqu'à des éléments strictement bureaucratiques (d'inefficacité générale du système). Par exemple, trois ans après la mise en œuvre de la bourse du Fonds mondial, le gouvernement et le secteur communautaire n'ont toujours pas développé une stratégie pour l'accès universel aux ARV, et seulement 10 % des personnes qui ont besoin de ce traitement le reçoivent.

L'un des défis les plus souvent mentionnés, qui concerne l'accès aux ARV, est l'Accord de libre-échange de l'Amérique centrale (CAFTA), approuvé et ratifié par le Congrès du Honduras en 2005. Ce traité a comme effet, par exemple, de limiter l'achat de médicaments génériques auprès d'autres pays de la région. Néanmoins, les groupes de la communauté n'ont pas été fortement engagés dans le processus, en raison d'un manque de compréhension des implications possibles.

Prévention

Les moyens élémentaires pour la prévention du VIH sont disponibles, notamment les condoms masculins, les lubrifiants, le matériel d'injection stérile et des désinfectants. Cependant, le condom féminin n'est pas disponible. Les condoms masculins sont offerts dans les centres de santé, les pharmacies, les bars, les clubs et certains hôtels et motels. Cependant, les connaissances du public à l'égard du condom sont limitées. De plus, l'expansion du programme, pour la prévention de la transmission périnatale du VIH, a aidé aux efforts de prévention. En outre, d'intenses activités pour rehausser la sensibilisation à l'importance de la prévention, avec une participation importante de divers organismes de la société civile, y compris des organisations religieuses et du secteur privé, ont également contribué à améliorer sensiblement les efforts de prévention dans le pays. Les stratégies préventives prônées par le gouvernement mettent l'accent sur le port du condom masculin comme principal moyen de prévention. Les lubrifiants et les condoms féminins ne sont toutefois pas inclus dans ces campagnes.

Groupes vulnérables

Le PENSIDA II établit la promotion et la défense des droits humains comme l'un des domaines de travail. Les stratégies en la matière incluent la connaissance du cadre national en matière de VIH/sida et des droits humains; le renforcement des mécanismes de surveillance; et le renforcement de la capacité de la société civile dans le recours aux mécanismes établis pour surveiller, dénoncer et réparer les violations de droits humains en lien avec le VIH/sida. La Loi spéciale sur le VIH/sida, ainsi que le Plan sur le sida incluent la protection des droits des groupes vulnérables, sans toutefois insister sur la protection des droits des PVVIH/sida.

Femmes : Aucune information n'est disponible au sujet de la réaction du gouvernement aux problèmes qui touchent les femmes, du moins au chapitre de l'action concrète. Des organismes de femmes et des groupes féministes ont mené des démarches, mais ils ne sont pas officiellement reconnus comme des acteurs nationaux du domaine du VIH/sida. Ils ne travaillent pas uniquement aux enjeux du VIH/sida; ils mènent divers projets axés sur l'amélioration de la sensibilisation générale aux enjeux qui touchent les femmes. Le programme de prévention de la transmission périnatale du VIH ne porte, pour sa part, que sur le fœtus ou le nouveau-né, et délaisse les intérêts de la mère.

HRSH : Il n'y a pas d'obstacles juridiques à l'accès aux ARV, mais des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) se plaignent de difficultés d'accès aux ARV et aux traitements en général. La réponse traditionnelle du personnel médical est que ces personnes ne constituent pas la première priorité. La situation est la même pour les utilisateurs de drogues et les membres de gangs. D'après certaines plaintes de la communauté des HRSH, les protocoles d'accès aux ARV privilégient les femmes enceintes, les enfants et les jeunes ainsi que les hommes qui ont des enfants.

Les HRSH et d'autres groupes sont considérés moins importants, dans les priorités, en raison de l'homophobie, de l'exclusion sociale, de la tradition religieuse ainsi que des valeurs morales d'employés des soins de santé. Bien qu'en théorie le cadre juridique ne pénalise pas l'homosexualité, les personnes homosexuelles rencontrent de la discrimination dans les faits. Cela entraîne l'exclusion de ce groupe, sur les plans social, politique et culturel. De plus, les projets touchant directement les problèmes des HRSH sont peu nombreux. Ce n'est qu'en 2004, après une décennie de luttes, que trois organismes de gais et de lesbiennes se sont vu accorder un statut légal

Travailleuses et travailleurs sexuels : Le travail sexuel est considéré comme un crime. Cela accroît la vulnérabilité des travailleuses et des travailleurs sexuels devant le VIH. La réponse du gouvernement et des ONG se concentre principalement sur des campagnes de prévention et d'information au sujet des ITS et du VIH; ces campagnes mettent clairement l'accent sur l'usage du condom. Cependant, un défi demeure dans la tâche d'habiliter les travailleuses et travailleurs sexuels à revendiquer leurs droits et libertés.

PVVIH/sida : L'un des principaux efforts positifs de la législation sur le VIH/sida est l'emphase sur la promotion et la protection des droits humains. Cependant, les efforts pour l'amélioration et la mise en œuvre de cette loi sont encore bien faibles. En 2005, on a tenté de faire adopter une loi pour rendre obligatoire le test du VIH pour accéder à l'emploi et à l'éducation. Le secteur communautaire s'est mobilisé et a plaidé contre cette tentative, et son effort a été fructueux – et mais ce succès a résulté d'une opposition belligérante, plutôt que d'un dialogue ouvert. La discrimination peut se rencontrer dans tout le secteur de l'éducation, de l'accès et de la couverture, jusqu'aux mauvais traitements à l'égard des étudiants vivant avec le VIH/sida.

Jeunes : Les ressources et les efforts visant à contrôler et à réduire l'impact de l'épidémie se concentrent principalement sur les jeunes. L'une des discussions continues porte sur les manières dont les jeunes sont impliqués ou non, dans les campagnes sur la prévention du VIH. Les jeunes ont eu un rôle de participation plus active dans les campagnes de prévention.

Counselling et test volontaires (CTV)

Le volet counselling, dans le programme de CTV [counselling et test volontaires], est très important; au Honduras, il engage la participation du gouvernement, la société civile et les bailleurs de fonds, dans un partenariat. Le Programme sur les ITS et le VIH/sida a créé un Réseau sur le counselling qui est renforcé par des initiatives de formation et d'accroissement des capacités. Ces occasions de renforcement permettent aussi d'évaluer l'efficacité du personnel. D'après le rapport d'étape de 2005 du programme sur le VIH/sida relativement au counselling, il y a une participation active de divers intervenants œuvrant impliqués dans le counselling et l'assistance psychologique.

Les services de CTV sont accessibles gratuitement dans le cadre du régime public de santé. La difficulté la plus souvent signalée par les groupes vulnérables réside dans les inquisitions d'ordre moral de certains membres du personnel, en particulier à l'égard des HRSH et des travailleuses et des travailleurs sexuels.

Un problème qui nécessite une attention immédiate est le fait que le test du VIH est obligatoire pour les couples qui souhaitent se marier.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le PENSIDA II a conçu un processus d'analyse pour améliorer les mécanismes, outils et processus touchant la surveillance et l'évaluation. Cependant, on n'a pas développé d'indicateurs pour les diverses phases de mise en œuvre du Plan, et de ses différentes facettes, en particulier en ce qui a trait aux droits humains des PVVIH/sida.

Le PENSIDA II a également demandé que l'on procède périodiquement à des évaluations nationales, avec l'implication de la société civile (en particulier des PVVIH/sida), des groupes vulnérables et des familles aux prises avec le VIH/sida.

5. LEÇONS À RETENIR

L'information disponible fait foi de la diversité de dépositaires d'enjeux qui sont impliqués, d'une somme importante de données, et de nombreuses attentes. En contrepartie, on dénote une rareté des voix, un accès limité à l'information et, chaque jour un nombre plus grand de cas de VIH, de plus en plus d'enfants devenus orphelins, et de jeunes qui sont exposés à l'infection par le VIH à cause du manque d'information.

En dépit de l'importance de la Déclaration d'engagement sur le sida, adoptée à l'UNGASS, et en dépit de ses répercussions, son contenu n'a pas été grandement disséminé. Peu de personnes et d'organismes qui travaillent dans le domaine du VIH/sida saisissent pleinement les engagements et les responsabilités que doivent assumer toutes les personnes concernées, afin de réduire l'incidence de l'infection à VIH et son impact, et d'améliorer la qualité de vie des groupes les plus vulnérables.

PROFIL DE PAYS : INDONÉSIE

Source : Rapport de la PITA Foundation

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	222 781 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	65
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	68
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	170 000 [100 000 – 290 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	29 000 [15 000 – 52 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,1 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	5 500 [3 300 – 8 300]

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 200

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

En 1994, devant la menace grandissante de l'épidémie du VIH/sida, le Gouvernement de l'Indonésie a adopté un règlement spécial pour établir une Commission nationale du sida coordonnée par le ministère du Bien être de la population. En vertu de cette politique, le gouverneur et le maire sont chargés de diriger une Commission du sida dans chaque province et district.

La Commission nationale du sida a élaboré en 1994 la première Stratégie nationale sur le VIH/sida, puis développé en 1995 un Programme national de lutte contre le VIH/sida. En mars 2002, le gouvernement a tenu une assemblée spéciale sur le VIH/sida, dirigée par le président indonésien. L'assemblée a examiné en détail la situation de l'épidémie du VIH en Indonésie ainsi que le recours à la Déclaration de l'UNGASS en tant que guide. Le plus récent effort du gouvernement est la mise en œuvre de la Stratégie nationale sur le VIH/sida 2003-2007, qui décrit une série de programmes exhaustifs de prévention et de traitement.

Secteur communautaire

Le Gouvernement de l'Indonésie a élaboré et mis en œuvre le Programme national de lutte contre le VIH/sida à l'aide d'une approche multisectorielle. Le rôle du secteur communautaire dans cette stratégie multisectorielle s'est amorcé en 1998. Depuis, des acteurs communautaires ont fourni leurs commentaires par le biais de séminaires, de tribunes, d'ateliers, de réunions informelles et de consultations. Même si l'intention était de créer des conditions favorables à la participation significative de la communauté, la démarche ne s'est pas avérée entièrement satisfaisante; très peu d'ONG ont des communications efficaces avec le gouvernement.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Dans la récente Stratégie nationale sur le VIH/sida 2003-2007, les domaines prioritaires incluent les soins, les traitements et le soutien. Depuis 2001, des ARV sont disponibles à moindre prix grâce à des négociations avec des sociétés pharmaceutiques de l'Inde. En janvier 2004, le ministère de la Santé indonésien a participé à l'Initiative « 3 x 5 » en s'engageant à financer le traitement de 5 000 PVVIH/sida à travers le pays avant la fin de 2004, et à augmenter ce nombre à 10 000 en 2005. La disponibilité et la distribution des ARV sont gérées par le gouvernement.

Prévention

La Stratégie nationale sur le VIH/sida affirme que les programmes de prévention doivent commencer par rehausser les connaissances et les compétences liées aux voies de transmission du VIH et à ses moyens de prévention. Le programme de prévention inclut la promotion de modes de vie sains, l'éducation aux compétences de vie, l'éducation par le biais de groupes de soutien des pairs, le counselling, la réduction des méfaits, le contrôle des ITS, la sûreté de l'approvisionnement en sang, et la prévention de la transmission périnatale du VIH. Des organismes religieux ont toutefois vivement critiqué certains messages préventifs, alléguant qu'ils incitent à l'activité sexuelle.

Plusieurs provinces demeurent incapables de mettre en œuvre un programme de prévention, en raison du manque de financement.

Groupes vulnérables

Jeunes : Le ministère de l'Éducation nationale du Gouvernement de l'Indonésie, en collaboration avec l'UNICEF, a mis sur pied un programme d'éducation aux compétences de vie à l'intention des élèves du secondaire. L'UNESCO a également organisé un séminaire sur les jeunes et le VIH/sida et prévoit de travailler avec le ministère de l'Éducation indonésien à l'élaboration d'activités jeunesse sur le VIH/sida.

HRSH : Des services dirigés par des ONG sont offerts aux HRSH dans la plupart des provinces. Mais plusieurs HRSH demeurent réticents à y recourir en raison d'attitudes sociales conservatrices et stigmatisantes.

Travailleuses et travailleurs sexuels : À Bali, des services sont offerts aux travailleuses sexuelles, notamment le test du VIH, le dépistage d'ITS, et d'autres services liés à la santé des femmes. Dans le Nord de Jakarta, des programmes d'intervention s'adressent aux travailleuses et aux travailleurs sexuels sous la forme de séminaires, de campagnes sur le port du condom et de perfectionnement des compétences.

PVVIH/sida : L'Indonésie est dotée d'une loi qui protège les PVVIH/sida contre tout traitement ou comportement discriminatoire. La campagne « anti-stigmatisation/discrimination » est une stratégie nationale visant à combattre le traitement injuste des PVVIH/sida et d'autres groupes vulnérables. En dépit de telles politiques, les cas d'abus sont fréquents.

Counselling et test volontaires (CTV)

Le CTV n'est pas disponible à grande échelle, en Indonésie; on n'y compte que quelques centres de test. Le manque de personnel compétent est un problème majeur. Là où il y a des centres de test, on n'en fait pas la promotion et les gens n'en connaissent pas l'existence. Le coût du test est un autre obstacle : il n'est pas toujours clair. On procède à la surveillance des groupes vulnérables, principalement les UDI et les travailleuses et travailleurs sexuels, mais il n'existe pas de programme pour joindre la population transgenre (en dépit de données témoignant de la prévalence élevée du VIH parmi ce groupe).

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

La Stratégie nationale sur le VIH/sida (2003-2007) régit la surveillance, l'évaluation et la mise en œuvre de l'ensemble des politiques et des programmes sur le VIH/sida. Le ministère de la Santé est responsable de la surveillance du VIH/sida.

5. LEÇONS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS

En dépit de relatifs progrès dans la mise en œuvre des politiques nationales sur le VIH/sida, il reste encore au gouvernement de l'Indonésie à développer un mécanisme d'application efficace. L'intervention auprès des groupes vulnérables, en particulier les UDI et les travailleuses et travailleurs sexuels, demeure un obstacle à l'universalité des soins, des traitements et des services de prévention. L'inclusion du secteur communautaire et d'autres dépositaires d'enjeux devra devenir plus constante et efficace, pour assurer une meilleure mise en œuvre des politiques.

PROFIL DE PAYS : IRLANDE

Source : Rapport du Gay HIV Strategies-Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) et du Health and Development Network (HDN)

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	4 148 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	75
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	81
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	5 000 [3 000 – 8 300]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	1 800 [920 – 3 200]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,2 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	< 100

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

La réponse du Gouvernement de l'Irlande au VIH/sida a évolué en trois phases. La Phase I (1983-1989) fut lente, avec peu d'investissements gouvernementaux. La Phase II s'est caractérisée par un engagement efficace, au cours des années 1990, avec la mise sur pied du Comité consultatif national sur le sida (CCNS), le financement de divers organismes et l'élaboration d'une stratégie nationale. Depuis le début de la Phase III (en 2001), le Gouvernement de l'Irlande est la cible de critiques pour ne pas avoir identifié le VIH comme une priorité et ne pas avoir révisé la stratégie du CCNS afin qu'elle reflète les nouvelles réalités de l'épidémie. À l'heure actuelle, le principal obstacle à l'examen des progrès de la stratégie est son manque de points de repère.

Secteur communautaire

Les ONG valorisent la collaboration intersectorielle. Il existe un solide esprit de partenariat entre ONG et organismes gouvernementaux. Il y a toutefois un consensus général, parmi les ONG, à l'effet que leur valeur n'est pas réellement reconnue par le gouvernement et que leur représentation n'est que symbolique.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

L'accès à divers services liés au VIH/sida est considéré piètre. On observe un important écart entre les régions urbaines et rurales, dans la capacité d'accéder aux services. Les jeunes

sont particulièrement touchés par un manque d'accès à l'information sur le VIH/sida. Plusieurs services sont réticents à fournir des contraceptifs ou des mesures de sécurisexe aux jeunes de moins de 16 ans, même si bon nombre d'entre eux sont sexuellement actifs. Le coût des services constitue un autre obstacle à leur accessibilité. Cela est particulièrement vrai dans le cas des demandeurs d'asile, des réfugiés et des personnes migrantes.

Prévention

Il a été suggéré que les mesures de prévention sont difficiles à évaluer en raison de l'absence de points de repère. En ce qui a trait aux recommandations du Sous-comité sur l'éducation et la prévention, plusieurs de celles visant la prévention ont été mises en oeuvre, mais d'autres requièrent encore une attention immédiate. Parallèlement, il faudrait élaborer une stratégie de prévention secondaire destinée spécifiquement aux personnes séropositives au VIH.

Groupes vulnérables

Jeunes : La prévention du VIH chez les jeunes est constamment compromise par la liberté des écoles de refuser en tout ou en partie le Programme d'éducation sociale et de santé personnelle. Les exemptions pour motifs confessionnels empêchent l'atteinte des objectifs et entraînent des défis pour les éducateurs à la santé, quant au choix de travailler ou non dans une école donnée. De plus, même si un message sur le sécurisexe parvient à être diffusé dans une école, il s'agit souvent d'un effort ponctuel plutôt que soutenu.

UDI : Les services aux utilisateurs de drogue sont traditionnellement situés à Dublin, car l'usage de drogue était auparavant rare dans les autres régions du pays. La situation a changé, mais la fourniture des services ne reflète pas cette nouvelle

réalité. Les services de traitement de la dépendance à la drogue se limitent à l'entretien à la méthadone et ne soutiennent pas les utilisateurs de drogue qui choisissent de continuer de s'injecter.

HRSH, travailleuses et travailleurs sexuels et personnes migrantes : Il existe quelques services à l'intention des personnes migrantes, des travailleuses et travailleurs sexuels et des HRSH, mais ils sont tous fournis par des ONG locales qui prennent simplement l'initiative ou qui répondent aux besoins de leurs clients. Certains ONG ont des engagements à long terme d'intervention auprès de populations migrantes.

Femmes : Il n'existe aucune stratégie nationale pour réduire la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH. Certains ONG offrent des programmes d'accroissement de la capacité et des séances de formation pour aider les femmes à prendre des décisions relatives à leur santé. La stratégie sur le contrôle des naissances à l'intention des jeunes femmes englobe la prévention du VIH. Les soins maternels et prénataux, et la prévention de la transmission périnatale du VIH connaissent un vif succès.

Counselling et test volontaires (CTV)

En Irlande, les services diagnostiques et thérapeutiques sont gratuits, mais ils sont confrontés à des contraintes géographiques et comportent de longues listes d'attente. Les centres sans rendez-vous et les listes d'attente de 6 à 8 semaines sont chose courante.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

En général, le système de surveillance est convenable et les données pertinentes sont publiées. Des préoccupations ont toutefois été soulevées quant à la capacité des professionnels de la santé de remplir leur obligation de collecte de données, car les données ne sont pas systématiquement collectées aux points de services ou ne sont pas déclarées au Centre de surveillance et de protection de la santé. La surveillance des données sur les personnes migrantes soulève aussi des préoccupations, car elle ne reflète pas le mouvement des réfugiés et des demandeurs d'asile.

5. LEÇONS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS

Une stratégie nationale de santé sexuelle englobant la prévention, les traitements et les soins pour le VIH devrait être élaborée. Le VIH/sida devrait être envisagé dans le contexte général de la promotion de la santé sexuelle. La stratégie devrait comprendre des objectifs et des points de repère clairs pour l'évaluation.

La sensibilisation aux engagements gouvernementaux est très variable, parmi les ONG. Cela indique que le gouvernement devrait déployer des efforts supplémentaires pour informer la population de ses engagements et de ses réussites, le cas échéant.

PROFIL DE PAYS : JAMAÏQUE

Source : Rapport de Jamaica AIDS Support (JAS)

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	2 651 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	70
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	74
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	25 000 [14 000 – 39 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	6 900 [3 300 – 12 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	1,5 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	< 500

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

À titre de département du ministère jamaïcain de la Santé, le Programme national sur le sida coordonne la prévention, le traitement et le contrôle du VIH/sida et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS). Il inclut les volets suivants : recherche; contrôle et prévention des ITS; surveillance du VIH et des ITS; soins, traitements et soutien; accroissement de la capacité; et surveillance et évaluation. Le Programme national sur le sida a élaboré un Plan stratégique jamaïcain sur le VIH/sida et les ITS pour 2002-2006 qui décrit une approche complète et multisectorielle ainsi que quatre domaines prioritaires : 1) questions juridiques, de politiques, de plaidoyer et de droits humains; 2) réponse multisectorielle; 3) prévention; et 4) surveillance et évaluation.

Le Plan stratégique national inclut aussi des plans de travail pour les principaux ministères pertinents au VIH/sida, notamment le ministère de l'Éducation, de la Jeunesse et de la Culture; le ministère du Gouvernement local; et le ministère du Tourisme et des Sports. Chaque plan de travail renferme des buts spécifiques assortis d'activités de mise en œuvre.

Secteur communautaire

Le Plan stratégique national (2002-2006) a été élaboré à la lumière de dialogues informels, de réunions et de discussions de groupe pour recueillir les commentaires de divers organismes du secteur communautaire. Des rapports de progrès et des ébauches révisées ont été disséminés par courriel à certains organismes communautaires, même si cette méthode a compromis la participation d'organismes n'ayant pas accès à Internet. D'aucuns considèrent que le mécanisme a bien représenté leurs points de vue; d'autres, en particulier les

PVVIH/sida, estiment que leurs commentaires ont été mal interprétés. En général, peu d'organismes communautaires connaissent la Déclaration de l'UNGASS. Un seul organisme a déclaré s'être impliqué dans un examen national des progrès de la mise en œuvre de la Déclaration. Aucun organisme n'a signalé avoir utilisé la Déclaration comme outil de plaidoyer. Les représentants familiaux avec les engagements sont régulièrement appelés à prêter main forte au gouvernement dans l'application de la Déclaration. Ils mènent des programmes d'intervention, des efforts de distribution de condoms et diverses activités d'éducation sur le VIH.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Le Plan stratégique national sur le VIH/sida et les ITS 2002-2006 vise l'amélioration des traitements et des soins aux PVVIH/sida. En grande partie grâce à des ressources du Fonds mondial, des améliorations ont été apportées à l'accès aux antirétroviraux; aux systèmes de soutien pour améliorer la fidélité aux traitements; aux interventions nutritionnelles; et aux soins palliatifs (y compris les soins à domicile et en hospice).

En dépit d'importantes campagnes médiatiques, la stigmatisation et la discrimination continuent de dissuader des personnes séropositives d'accéder aux traitements – en particulier les groupes qui subissent un double stigmate, comme les HRSH et les travailleuses et travailleurs sexuels. À cela s'ajoutent des préoccupations légitimes liées à la confidentialité. Les politiques ne se traduisent pas toujours par une compréhension claire des comportements appropriés parmi les profes-

sionnels de la santé. Les craintes liées à la confidentialité découragent plusieurs Jamaïcains de demander un test et des traitements jusqu'à ce que leur santé se soit gravement détériorée.

Prévention

Le Plan stratégique national identifie la prévention comme l'un de ses cinq domaines prioritaires. Il énonce huit objectifs en matière de prévention, notamment : accroître l'usage du condom, promouvoir des comportements sexuels responsables, accroître l'attention aux groupes à risque élevé, élargir les services de CTV, réduire la transmission périnatale du VIH et fournir la prophylaxie post-exposition. Des progrès ont été réalisés à divers degrés, dans ces domaines. En général, la société civile rapporte une disponibilité plutôt variable des moyens préventifs. Les condoms masculins sont largement disponibles. Les condoms féminins sont moins accessibles en raison de leur coût, mais on peut se les procurer en pharmacie. Du matériel d'éducation et de modification comportementale est offert au public par le biais de programmes financés par le ministère de la Santé et par des organismes communautaires.

Groupes vulnérables

Femmes : La politique nationale sur le VIH/sida prône des relations plus égales entre les sexes et l'habilitation des femmes en tant que composantes vitales d'un programme de prévention fructueux. Les programmes de prévention spécifiques aux femmes portent sur la prévention de la transmission périnatale du VIH, les options nutritionnelles pour les nourrissons, l'accès au CTV et au traitement antirétroviral, et le counselling aux femmes enceintes.

HRSH : Les HRSH sont considérés comme étant le groupe le plus vulnérable en Jamaïque, en raison des attitudes homophobes de la population générale. Cela rend difficile de leur fournir des services de prévention. Par conséquent, un seul ONG offre un « milieu sûr » aux HRSH, et deux autres mènent des interventions préventives adaptées à leurs besoins.

UDI : L'injection de drogue n'est pas répandue en Jamaïque; elle n'est donc pas perçue comme une menace significative au contrôle de l'épidémie. Cela entraîne un manque de programmes préventifs destinés aux personnes qui s'injectent des drogues, en plus de mener plusieurs fournisseurs de services de prévention et de traitement à ignorer ce comportement potentiellement risqué.

Travailleuses et travailleurs sexuels : À l'instar des HRSH, les travailleuses et travailleurs sexuels subissent de la stigmatisation et de la discrimination. Quelques organismes publics et privés mènent des programmes d'intervention dans les bars de danseuses et près des plages et des rues où se pratique la sollicitation de clients. Il existe aussi des programmes de soutien aux travailleuses et travailleurs sexuels qui utilisent des drogues. Comme dans le cas des HRSH, les préjugés et le manque d'intérêt de certains intervenants en prévention sont les plus importants obstacles sociaux à des efforts préventifs efficaces.

PVVIH/sida : La honte liée à la séropositivité décourage plusieurs Jamaïcains d'accéder à des traitements. Le VIH/sida suscite encore de nombreux préjugés. Un autre important facteur dissuasif est la peur du manque de confidentialité. Les cas d'utilisation inappropriée de renseignements personnels sont répandus, que ce soit en contexte médical, au travail ou à l'école. De plus, l'accès est souvent limité en raison de contraintes financières, ce qui pousse certaines personnes à ne demander un traitement que lorsqu'elles deviennent gravement malades.

Counselling et test volontaires (CTV)

La politique nationale sur le VIH/sida évoque le CTV en tant que stratégie pour atteindre deux de ses quatre principaux objectifs : la prévention et le traitement. À l'heure actuelle, on compte environ 356 sites de test au pays. Le counselling est gratuit dans les établissements gouvernementaux et communautaires. Le test peut être offert gratuitement, ou moyennant un don ou des frais d'environ 3 \$US. Bien que l'identité des clients séropositifs devrait demeurer confidentielle, ce n'est pas toujours le cas dans la réalité.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

La question de la surveillance et de l'évaluation a fait l'objet d'une attention considérable du Programme national de contrôle du VIH et des ITS, surtout au cours des deux dernières années. La capacité de l'Unité de surveillance et d'évaluation a été grandement rehaussée. Elle surveille présentement 104 indicateurs nationaux ou mondiaux qui sont liés à des objectifs cibles, notamment la stigmatisation et la discrimination. Elle produit des rapports sur une base annuelle, biannuelle ou trimestrielle. Diverses instances fournissent des données pour les rapports, y compris l'Unité de surveillance et d'évaluation, le coordonnateur du programme de prévention de

la transmission périnatale du VIH, le ministère de l'Éducation, le Comité national sur le sida, la société civile et d'autres intervenants.

5. LEÇONS À RETENIR

Une série de recommandations à l'intention de divers acteurs du domaine du VIH/sida est issue de cette étude. Au palier fédéral, les besoins suivants doivent être pris en considération pour réagir adéquatement à la pandémie : réduire la stigmatisation et la discrimination; améliorer le cadre institutionnel; réagir aux problèmes de pauvreté, de corruption et de criminalité; accroître le financement; encourager la collaboration significative entre tous les acteurs. À son tour, le secteur communautaire devra améliorer ses compétences de plaidoyer pour assurer la mise en œuvre adéquate des politiques et des cadres juridiques nationaux; renforcer la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de ces éléments; rehausser sa participation et son appui au Comité national sur le sida; et améliorer la responsabilité fiscale et la transparence de tous les organismes communautaires.

PROFIL DE PAYS : MAROC

Source : Rapport de l'Association de lutte contre le sida (ALCS)

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	31 478 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	69
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	73
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	19 000 [12 000 – 38 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	4 000 [2 100 – 8 400]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,1 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	1 300

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

En 1988, deux ans après la déclaration du premier cas de sida, le ministère de la Santé marocain a créé le Programme national sur le sida (PNS). En 1989, le PNS a élaboré un plan à court terme pour lutter contre le VIH/sida. Ensuite, deux plans à moyen terme ont couvert les périodes de 1991 à 1994 et 1996 à 2000. En 2002, le Maroc a développé un nouveau Plan stratégique national, initialement prévu pour 2002-2004, mais éventuellement prolongé jusqu'à la fin de 2005. Des efforts soutenus et un mécanisme consultatif et participatif adéquat (qui a duré plus d'un an) ont fait partie de l'élaboration du Plan stratégique. Toutefois, malgré la qualité du mécanisme, l'exercice de planification n'a pas donné les résultats escomptés : on a omis de planifier les activités en détail, de leur assigner des responsables et de fixer des échéances pour leur réalisation.

Le Plan stratégique identifie des priorités liées à (a) la vulnérabilité au VIH/sida (travailleuses et travailleurs sexuels occasionnels ou permanents; jeunes hommes et femmes, en particulier ceux qui ne fréquentent pas l'école, qui n'ont pas d'emploi et qui vivent dans la rue; populations migrantes et mobiles, notamment les travailleurs saisonniers; intervenants des services publics; et détenus), et à (b) l'impact du VIH/sida (PVVIH/sida et leurs familles). Le PNS est responsable de la mise en œuvre du Plan stratégique. Il s'occupe de la planification, de la coordination, du suivi et de l'évaluation des stratégies et des activités réalisées. Il mobilise tous les partenaires potentiels et appuie les actions du secteur communautaire.

Secteur communautaire

Le secteur communautaire a joué un rôle clé dans l'identification des groupes vulnérables – en particulier les travailleuses et les travailleurs sexuels, qui n'étaient pas mentionnés dans les plans antérieurs. Des ONG organisent régulièrement des initiatives d'intervention et de prévention destinées au grand public, assorties de lignes téléphoniques d'information sur le VIH/ sida. Il a été démontré que cette approche réduit la peur des préjugés. Les appelants reçoivent de l'information personnalisée, adaptée à leur degré de compréhension et à leurs besoins.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Le Maroc est doté de politiques exemplaires en matière d'accès aux antirétroviraux. L'accès aux traitements est l'un de ses plus grands accomplissements. Or ce succès est gravement compromis par l'existence de règles sur la propriété intellectuelle (Accord sur les ADPIC et Accord de libre-échange avec les États-Unis). En 2005, le Maroc a commencé à acheter des antirétroviraux génériques de l'Inde, ce qui en a réduit les coûts (la trithérapie coûte environ 90 \$ US par patient, par mois).

L'engagement du ministère de la Santé à élargir l'accès aux traitements s'est aussi traduit par une augmentation de l'allocation budgétaire à ce chapitre. Depuis 1999, le ministère de la Santé consacre une part de son budget à l'achat d'antirétroviraux. À compter de 2001, cette allocation initiale d'environ 445 000 \$US a été augmentée de 55 000 \$US par année, et ce pendant quatre ans.

À l'heure actuelle, les antirétroviraux ne sont disponibles que dans les hôpitaux, qui sont responsables de prescrire le traitement et de le modifier. Les patients visitent l'hôpital aux six mois, ou plus fréquemment, au besoin. Le ministère de la Santé travaille présentement à une stratégie de décentralisation qui évitera les séjours longs, coûteux et épuisants.

Prévention

L'une des principales priorités du PNS est la réduction de l'infection à VIH parmi les groupes vulnérables identifiés dans les six régions géographiques prioritaires. Le ministère de la Santé a mis en œuvre deux stratégies. L'une d'elles est la toute première campagne nationale de communication pour la lutte au VIH/sida, diffusée dans tous les médias, en particulier à la télévision et à la radio (la seule façon de joindre un grand nombre de gens, vu les taux élevés d'analphabétisme au pays). La campagne a été élaborée et mise en œuvre en partenariat avec le secteur communautaire. L'autre stratégie est l'achat et la distribution de condoms. Dans un contexte de forte résistance culturelle, la campagne nationale de communication est un acte politique courageux. Toutefois, son efficacité est minée par un manque de ressources financières, une durée insuffisante et des messages trop peu incisifs.

Groupes vulnérables

Femmes : La proportion de femmes parmi l'ensemble des cas de sida est passée de 8 % en 1988 à 38 % en 2005. Cette progression rapide du nombre de femmes vivant avec le VIH/sida témoigne de leur vulnérabilité à l'infection. Elles n'ont toutefois pas été identifiées comme un groupe vulnérable dans le Plan stratégique national. D'abord, les femmes ne sont pas même considérées comme un « groupe », car elles représentent plus de 50 % de la population. De plus, dans le Plan, chaque groupe doit avoir un emplacement spécifique – par exemple, les adolescents dans les établissements scolaires; or, il est impossible d'assigner un lieu précis aux femmes.

HRSH : L'homosexualité est sanctionnée plus sévèrement que le travail sexuel. Les hommes gais sont forcés de vivre leur sexualité dans la clandestinité, pour éviter d'être arrêtés par la police et emprisonnés. Les arrestations s'accompagnent souvent de violence verbale et physique. L'homosexualité est condamnée par la société. Seules les relations sexuelles entre un homme et une femme sont considérées normales ou naturelles. Lors de l'élaboration du Plan stratégique, on a envisagé la possibilité d'identifier les HRSH comme groupe vulnérable – mais l'idée a été rejetée en raison de l'opposition soulevée. En dépit de l'appui du ministère de la Santé, des intervenants et

des travailleurs sociaux ont été arrêtés et accusés d'incitation au vice pour avoir distribué des condoms à des HRSH (un geste perçu comme encourageant les relations sexuelles entre hommes).

Immigrants illégaux : Auparavant, le Maroc n'était qu'un pays de transit pour les personnes migrantes en déplacement de l'Afrique vers l'Europe, mais depuis le resserrement de la sécurité frontalière, elles s'y établissent à plus long terme. Les personnes migrantes sont particulièrement vulnérables au VIH parce que les campagnes nationales de prévention ne les joignent pas, ou les joignent en nombre insuffisant en raison de leur manque d'accès aux médias et de leur faible connaissance de la langue nationale. Les personnes migrantes craignent d'être arrêtées si elles ont recours aux services de santé, ce qui compromet leur accès aux soins médicaux et aux traitements de suivi. Plusieurs n'ont pas les moyens de payer pour recevoir des soins, mais elles sont rarement reconnues comme étant pauvres, ce qui les empêche de demander une exemption de coûts médicaux. Certains médecins refusent aussi de les traiter.

UDI : Ni le gouvernement ni les organismes communautaires ne font la promotion de politiques visant à réduire les risques liés à l'injection de drogue. L'approche gouvernementale est centrée sur la répression. Toutefois, dans le cadre de la révision du Plan stratégique national, on finalise actuellement une évaluation rapide du lien entre l'infection à VIH et l'injection de drogue. Cette étude a été coordonnée par le Service pour la maladie mentale et la lutte contre la toxicomanie du ministère marocain de la Santé, avec l'appui de l'ONUSIDA et de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Ses objectifs étaient de déterminer le nombre d'UDI et d'estimer la prévalence du VIH parmi ce groupe. Cette évaluation servira de base à la création d'un programme destiné aux UDI dans le prochain Plan stratégique national. Des fonds ont déjà été prévus dans la seconde phase du programme du Fonds mondial.

Travailleuses et travailleurs sexuels : Les travailleuses et travailleurs sexuels sont particulièrement vulnérables en raison de trois facteurs : le statut illégal de la prostitution (passible d'une peine d'emprisonnement de six mois et d'une amende); la discrimination et le rejet social; et la vulnérabilité socioéconomique. Le Plan stratégique identifie les travailleuses et travailleurs sexuels occasionnels et permanents comme un groupe vulnérable qui requiert une attention prioritaire. Il s'agit d'une courageuse décision du ministère de la Santé.

Jeunes : Bien que les relations sexuelles ne soient légales que dans le cadre du mariage, elles sont répandues parmi les jeunes célibataires. La vulnérabilité des jeunes est due principalement au manque de connaissances, à l'absence d'information adéquate et à la perception erronée des risques. Des enquêtes auprès d'étudiants collégiaux ont révélé que moins des deux tiers des hommes et seulement le tiers des femmes pouvaient identifier le condom comme moyen de protection. Parmi les jeunes dont la scolarisation est faible ou nulle, la connaissance du VIH/sida est considérablement plus faible. La législation actuelle interdit le traitement médical, y compris le test du VIH, aux jeunes d'âge mineur sans le consentement d'un parent ou tuteur – ils doivent donc mentir sur leur âge, ou se priver de tests et traitements.

PVVIH/sida : Il y a encore des cas de violation de droits des PVVIH/sida, même si le Plan stratégique national mentionne explicitement la nécessité de respecter les droits de ces personnes. En milieu de travail, bien que les syndicats n'aient reçu aucune plainte, il semble que certains employeurs requièrent un certificat médical avant l'embauche, y compris un test du VIH. Il n'existe pas de loi spécifique protégeant les PVVIH/sida contre la discrimination, et le gouvernement n'a pas encore établi de mécanisme national de collecte de données sur le respect des droits des PVVIH/sida.

Counselling et test volontaires (CTV)

Le premier Centre de counselling et de test du Maroc a vu le jour au début des années 1990, à l'Institut Pasteur de Casa-blanca. Le premier centre géré par un organisme communautaire a été nommé « Centre d'information et de test gratuit et anonyme », pour mettre en relief la gratuité et la confidentialité des services. À cette époque, il n'y avait pas d'autre option de test volontaire et confidentiel du VIH au pays. Les gens apprenaient leur séropositivité au VIH après avoir développé le sida ou lors d'un don de sang (soumis à un dépistage depuis 1988). Depuis, le ministère de la Santé a compris le rôle crucial du test du VIH dans la stratégie de prévention. Il a désigné des organismes communautaires comme responsables de la gestion des centres de CTV. Le test du VIH est aussi offert dans le secteur privé (cliniques, hôpitaux, laboratoires). Dans le secteur public, le test du VIH est supposé être offert à toutes les femmes enceintes, dans le cadre des services prénataux – mais ce n'est pas le cas.

Lors du counselling pré-test, les messages de prévention sont adaptés aux comportements signalés : relations sexuelles non protégées, en particulier les relations anales; travail sexuel; ou injection de drogue. Le patient est libre de répondre ou non aux questions du médecin. Les groupes vulnérables prioritaires identifiés dans le Plan stratégique reçoivent une attention particulière et certains organismes consacrent des journées de consultation aux bénéficiaires de programmes d'intervention préventive (travailleuses et travailleurs sexuels et HRSH).

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

La déclaration des cas de sida au PNS est obligatoire. Le formulaire rempli par le médecin est acheminé directement au PNS. Ce formulaire anonyme fournit des données sociodémographiques et cliniques et indique les facteurs de risque en cause.

Le PNS ne possède pas de système complet de surveillance et d'évaluation. Par exemple, les activités d'organismes communautaires qui reçoivent un financement externe (p. ex. d'organismes internationaux) ne sont pas incluses dans les rapports, et le ministère de la Santé n'est pas toujours au courant de leur existence.

5. LEÇONS À RETENIR

Le travail des organismes communautaires est complémentaire à celui du ministère de la Santé. Le partenariat entre ces deux secteurs prend diverses formes, selon les activités menées. Par exemple, les efforts de prévention auprès de groupes vulnérables (comme les travailleuses et les travailleurs sexuels) sont principalement menés par le secteur communautaire, car la portée des actions du ministère de la Santé est limitée par la résistance culturelle et la législation. En ce qui a trait à l'accès aux soins médicaux, l'approche est complètement différente : le secteur communautaire contribue à renforcer l'action du ministère de la Santé.

PROFIL DE PAYS : NÉPAL

Source : Rapport de la Blue Diamond Society

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	27 133 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	61
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	61
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	75 000 [41 000 – 180 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	16 000 [7 500 – 40 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,5 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	5 100

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

Le Plan stratégique sur le VIH/sida 1997-2001 marque le premier effort de planification de la réponse nationale à l'épidémie au Népal. En 2002, on a élaboré une stratégie nationale complète allant jusqu'en 2006 et incluant cinq domaines prioritaires : 1) prévention des ITS parmi les groupes vulnérables; 2) prévention des nouveaux cas d'infection parmi les jeunes; 3) disponibilité et accessibilité des soins et des services de soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida; 4) surveillance et évaluation; et 5) élaboration d'un système de gestion efficace.

La stratégie comporte toutefois d'importantes lacunes : elle ne mentionne aucunement les droits des PVVIH/sida et des groupes vulnérables. De plus, les trois conseils nationaux désignés comme établissements officiels en matière de VIH/sida sont inadéquats. Leur manque d'autonomie est problématique; ils font partie du ministère de la Santé, fortement bureaucraté et apparemment corrompu.

Secteur communautaire

La plupart des organismes communautaires n'ont pas été informés de l'élaboration de la politique et du plan stratégique national sur le VIH/sida avant 2005. L'information, imprécise, n'a pas été diffusée en temps opportun. De plus, l'ensemble du mécanisme et des documents connexes ont été conçus en anglais (une langue peu pratiquée au Népal); ils n'ont été traduits en népalais que beaucoup plus tard.

Le Plan d'action national 2005-2006 intègre pour la première fois les commentaires de la société civile. Le mécanisme participatif a inclus des séminaires, des tribunes, des ateliers et

des consultations informelles. En dépit de ces efforts, aucun partenariat soutenu n'a été établi entre le gouvernement et la société civile.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Le plus récent plan d'action prévoit la fourniture d'antirétroviraux à 1 000 PVVIH/sida d'ici 2006. À l'heure actuelle, environ 350 personnes reçoivent un traitement antirétroviral par le biais du gouvernement; d'autres peuvent toutefois l'obtenir par d'autres moyens. Les détenus sont ceux qui ont le plus de difficulté à accéder aux traitements; ils décèdent souvent avant d'être diagnostiqués. Plusieurs HRSH se voient aussi refuser des soins de santé vu la stigmatisation à leur endroit.

Des organismes communautaires travaillent activement à persuader le gouvernement de fournir gratuitement des antirétroviraux, mais leurs efforts sont compromis par la pénurie de médecins, d'infirmières et d'intervenants en santé communautaire compétents pour répondre aux besoins de tous ceux qui ont besoin de soins et de traitements.

Prévention

La plupart des moyens préventifs comme les condoms, le lubrifiant, les seringues stériles et d'autres mesures sont disponibles et accessibles dans les centres urbains, mais quasi inaccessibles en région rurale. Les programmes de prévention existants ne sont pas adaptés à la population générale car ils excluent d'importants messages comme ceux destinés aux groupes vulnérables.

Groupes vulnérables

Femmes : Il existe plusieurs programmes d'éducation, de sensibilisation et de prévention du VIH menés par des organismes communautaires et destinés aux femmes. Toutefois, ces initiatives sont très générales et ne reflètent pas la situation particulière des femmes dans le contexte du VIH/sida.

Jeunes : Divers programmes sont menés par des ONG pour rehausser la sensibilisation au VIH/sida et promouvoir les moyens préventifs chez les jeunes. Plusieurs ONG travaillent auprès des jeunes pour prévenir l'usage accru de drogues. Des messages sur le sécurisexe sont aussi diffusés dans les médias, mais ils ne sont pas clairs et ne s'adressent pas directement aux jeunes. Le Gouvernement du Népal s'est engagé à assurer d'ici 2005 l'accès d'au moins 90 % des jeunes femmes et hommes du pays à de l'information sur le VIH – mais cette promesse est encore loin d'être réalisée.

Enfants : Le Gouvernement du Népal n'a pas encore pris de mesures pour fournir du soutien psychosocial, de l'éducation, un logement, de la nourriture ou des soins de santé aux enfants orphelins du sida ou vivant avec le VIH/sida. Cette problématique est complètement ignorée, sauf par quelques organismes communautaires qui travaillent auprès d'enfants orphelins et séropositifs au VIH.

HRSH : Il n'existe pas de politique assurant la prestation de services préventifs aux HRSH. Ce n'est que récemment que le Plan stratégique a identifié les HRSH comme groupe vulnérable. Les HRSH sont criminalisés en vertu d'une loi qui qualifie les comportements homosexuels de « contre-nature ».

PVVIH/sida : Il n'existe pas de loi protégeant les PVVIH/sida contre la discrimination, au Népal. Le projet de loi anti-discrimination n'a pas encore été adopté. En dépit de quelques programmes pour la déstigmatisation et le traitement équitable des PVVIH/sida, ces dernières sont encore maltraitées et se voient souvent refuser des services médicaux.

Counselling et test volontaires (CTV)

On trouve des centres de CTV dans diverses régions du pays, mais surtout dans les grandes villes. Les plus petites villes sont rarement dotées d'un centre de CTV; les organismes communautaires doivent donc référer leurs clients à des centres de test en région urbaine. Le secteur communautaire participe activement à la provision du CTV, en particulier aux groupes vulnérables. Mais vu le manque de soutien gouvernemental, on observe une pénurie de centres de test pour les HRSH et les travailleuses et travailleurs sexuels.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Le ministère népalais de la Santé surveille son programme national de santé (qui inclut le VIH/sida) sur une base trimestrielle. La démarche de recherche pour l'élaboration des rapports n'implique toutefois pas les communautés, les groupes vulnérables ou d'autres secteurs pertinents – ce qui remet en doute l'objectivité et l'exactitude des documents.

5. LEÇONS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS

Une révision et des changements immédiats à la politique népalaise sur le VIH/sida sont requis. Les améliorations devraient porter sur les droits humains; l'habilitation des femmes, des filles et des groupes vulnérables; la prévention; l'accroissement de la capacité du système des soins de santé; les infrastructures de soins, de soutien et de prévention; et le financement. La révision de la politique népalaise sur le VIH/sida devrait inclure la participation des femmes, de personnes transgenres, les de PVVIH/sida et de groupes vulnérables.

PROFIL DE PAYS : NIGERIA

Source : Rapport du Network of People living with HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN)

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	131 530 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	45
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	46
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	2 900 000 [1 170 000 – 4 200 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	1 600 000 [810 000 – 2 400 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	3,9 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	220 000

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

Le Nigeria a adopté une approche multisectorielle et multidimensionnelle à la lutte au VIH/sida dès la création de son Comité national d'action sur le sida (CNAS).

Les principales responsabilités du CNAS sont la coordination et la surveillance de la mise en oeuvre du Plan sur le sida. Jusqu'ici, on a observé des progrès, mais d'énormes lacunes persistent dans la prévention, les traitements, les soins et le soutien en matière de VIH/sida, particulièrement au palier communautaire. Le gouvernement a réagi au VIH/sida par la mise sur pied d'un organisme national de coordination (le CNAS) et par l'élaboration d'un plan stratégique national, d'un cadre de surveillance et d'évaluation (les « Trois principes directeurs ») et d'une Politique nationale sur le VIH/sida.

Secteur communautaire

Les deux principaux réseaux de la société civile impliqués dans le domaine du VIH/sida au Nigeria sont la Civil Society on HIV/AIDS in Nigeria (CiSHAN) et le Network of People Living With HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN). Alors que la CiSHAN est une coalition d'ONG, d'organismes communautaires et de regroupements confessionnels impliqués dans l'intervention sur le VIH/sida, le NEPWHAN est composé de groupes de soutien, d'associations, d'organismes et de regroupements de PVVIH/sida au Nigeria. Les organismes de la société civile veillent à la transparence et à l'imputabilité dans l'utilisation des ressources.

La CiSHAN gère une tribune collective pour l'articulation des points de vue de la société civile sur la réponse nationale au VIH/sida. Elle fait du plaidoyer et collecte, partage et dissémi-

ne des informations pertinentes parmi les organismes communautaires et d'autres dépositaires d'enjeux.

Le NEPWHAN coordonne et renforce les groupes de soutien, associations, organismes et regroupements de PVVIH/sida pour assurer leur contribution significative à la réponse nationale. Il défend et promeut les droits des PVVIH/sida au Nigeria et vise à établir des services complets de prévention et de soutien en matière de VIH/sida.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

En 2002, le Gouvernement du Nigeria a amorcé un ambitieux programme pour fournir au cours d'une année des antirétroviraux à 10 000 adultes et 5 000 enfants. Il a importé pour 3,5 millions \$US d'antirétroviraux de l'Inde, qui ont été distribués au coût mensuel de 7\$US par patient.

En 2003, le programme a été confronté à une pénurie de médicaments. Certains patients n'ont pas reçu de traitement pendant jusqu'à trois mois. Éventuellement, on a pu commander pour 3,8 millions \$US d'antirétroviraux et les activités ont repris. Le programme n'a toutefois pas encore atteint ses objectifs, à cause de la piètre qualité des infrastructures, de la logistique et de la gestion.

On observe un élan national et international sans précédent pour l'expansion de l'accès aux traitements anti-VIH/sida au Nigeria. En dépit de ces efforts, la portée du programme sur le VIH/sida se limite principalement aux centres urbains. On compte environ 50 sites de traitement, dont 33 sont gérés par

le gouvernement, et 17 par des ONG, des regroupements confessionnels et le secteur privé. Environ 50 000 personnes reçoivent présentement des antirétroviraux, mais plus de 500 000 autres en ont encore besoin. De ce nombre, le gouvernement fournit des médicaments à 17 000 patients. À la fin de 2005, le gouvernement a mis en œuvre un plan de distribution d'antirétroviraux gratuits, éliminant les frais que les patients devaient déboursier pour leurs médicaments subventionnés. L'un des plus grands défis à l'accès aux traitements est le manque d'accessibilité dans les communautés locales où les gens en ont le plus besoin.

Prévention

L'accès aux condoms est pratiquement universel, au Nigeria, grâce à des efforts pour élargir leur distribution et subventionner leur coût. L'usage du condom est affecté négativement par la perception qu'ont les gens de son efficacité, de ses effets sur la satisfaction sexuelle, et de l'image de promiscuité sexuelle associée à l'achat de contraceptifs. Tous ces défis doivent être surmontés. Un obstacle plus systématique est l'opposition d'organismes religieux – un défi de taille; mais des négociations et des consultations attentives ont commencé à donner des résultats. Le taux d'usage du condom demeure toutefois faible, au Nigeria.

Une vaste campagne a été lancée pour renseigner la population sur la santé sexuelle et le VIH. Les campagnes radiophoniques ont été extrêmement efficaces pour améliorer les connaissances et modifier les comportements. L'une d'elles visait l'usage constant du condom, en rehaussant les connaissances et les compétences de négociation du port du condom parmi les hommes et les femmes célibataires de 18 à 34 ans.

Quatre-vingt p. cent des infections par le VIH au Nigeria sont transmises par voie hétérosexuelle. Les facteurs en cause sont le manque d'information sur la santé sexuelle et le VIH, le faible taux d'usage du condom et les taux élevés d'ITS. Les transfusions sanguines sont à l'origine de 10 p. cent des cas de VIH, car il n'existe pas de système national coordonné d'approvisionnement en sang, et les dons de sang ne sont pas soumis à un dépistage systématique du VIH.

Groupes vulnérables

La Politique sur le VIH/sida souligne l'importance d'exercer et de protéger les droits de tous les Nigériens, y compris ceux vivant avec le VIH/sida ou autrement affectés; elle aborde la vulnérabilité au VIH/sida de certains groupes sociaux comme les femmes et les enfants; et elle propose des mesures pour réagir adéquatement à ces enjeux.

Femmes : Le Nigeria est une société dominée par l'homme; la femme est souvent perçue comme lui étant inférieure. Le rôle traditionnel de la femme se limite à avoir des enfants et à s'occuper du foyer. Leur subordination et leur manque d'accès à l'éducation accroissent leur vulnérabilité au VIH – en plus d'autres pratiques sociales et culturelles qui exacerbent l'inégalité entre les sexes, comme les relations sexuelles intergénérationnelles, la circoncision féminine et la mutilation génitale féminine.

HRSH : Aucune information disponible sur les enjeux liés aux HRSH.

Travailleuses et travailleurs sexuels : Malgré l'illégalité de la prostitution au Nigeria, on y compte plus d'un million de travailleuses sexuelles. Les taux d'infection à VIH parmi cette population sont estimés à près de 30 p. cent, dans certaines régions. Le taux d'usage du condom est faible, parmi les travailleuses sexuelles, en raison de piètres connaissances sur la transmission du VIH et de la réticence de leurs clients masculins.

PVVIH/sida : La stigmatisation et la discrimination à l'endroit des PVVIH/sida sont répandues, au Nigeria. Les religions chrétienne et musulmane considèrent toutes deux que des comportements immoraux sont à l'origine de l'épidémie du VIH/sida. Cela influence les attitudes à l'égard des PVVIH/sida ainsi que les stratégies et les messages de prévention du VIH. Plusieurs PVVIH/sida perdent leur emploi ou se voient refuser des soins de santé à cause de l'ignorance et de la peur liées au VIH/sida. L'ignorance est si répandue que 60 p. cent des professionnels de la santé estiment que les patients séropositifs au VIH devraient être isolés.

Jeunes : D'après certaines estimations, 60 p. cent des nouveaux cas de VIH au Nigeria touchent des jeunes de 15 à 25 ans. Récemment, un nouveau programme scolaire a été introduit pour l'éducation sexuelle des jeunes. Il vise à améliorer les connaissances et les attitudes à l'égard de la santé sexuelle et à réduire les comportements sexuels à risque. Par le passé, les tentatives de provision d'éducation sexuelle aux jeunes ont été entravées par des oppositions religieuses et culturelles. Le nouveau programme d'« éducation à la vie familiale » a été élaboré en consultation avec des leaders religieux et communautaires.

Counselling et test volontaires (CTV)

L'introduction du CTV s'est avérée jusqu'ici le meilleur outil pour lutter contre la propagation du VIH/sida au Nigeria. Toutefois, des obstacles comme le manque d'organisation des sites et les pénuries de ressources humaines et de trousse de test nuisent à l'efficacité du programme.

4. LEÇONS À RETENIR

Plusieurs défis attendent encore le Nigeria dans la lutte au VIH/sida. La pauvreté, le manque de connaissances sur la prévention, le manque d'habilitation des femmes et des filles, la vulnérabilité des jeunes (alors que 60 p. cent de la population a moins de 24 ans), le piètre accès au CTV et aux antirétroviraux ainsi que la stigmatisation et la discrimination persistantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida et autrement affectées constituent les principaux obstacles à la lutte contre l'épidémie et son impact. Il faudra réagir à ces enjeux pour favoriser la mise en oeuvre adéquate des plans et des stratégies.

PROFIL DE PAYS : PÉROU

Source : Rapport de Via Libre

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	27 968 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	69
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	73
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	93 000 [56 000 – 150 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	26 000 [13 000 – 45 000]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,6 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	5 600 [3 400 – 8 500]

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

La Coordination nationale multisectorielle des soins de santé (CONAMUSA) est un organisme de coordination composé de représentants du gouvernement, d'agences bilatérales et multilatérales de développement, de la société civile et d'organismes composés de personnes directement affectées par le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme au Pérou. Elle vise à promouvoir le consensus, à développer des messages et des concepts communs à tous les secteurs, à combler l'écart entre les secteurs public et privé, et à compléter et renforcer tous les efforts gouvernementaux liés au VIH/sida.

Les mécanismes des deux plus récents plans stratégiques nationaux ont été élaborés avec l'assistance directe du ministère de la Santé; aucun intervenant du secteur de la santé ou d'autres secteurs, comme les ministères de l'Éducation, des Femmes et du Développement humain, ou du Travail, n'a été impliqué. La participation du secteur communautaire était très limitée – un petit nombre de personnes ont été invitées à des rencontres dans le cadre d'un bref processus.

Secteur communautaire

L'ordre du jour officieux du secteur communautaire demeure centré sur la prévention, les traitements et le soutien, en collaboration avec le secteur de la santé. Seuls quelques organismes ont abordé des enjeux liés à la stigmatisation, à la discrimination et à la vulnérabilité.

Il y a peu d'interaction avec d'autres intervenants qui n'œuvrent pas directement dans le domaine du VIH/sida, pour renforcer les actions conjointes. Par ailleurs, aucun intervenant du secteur privé n'est impliqué dans la lutte au VIH/sida.

On a recensé un certain nombre d'importants efforts, menés essentiellement par des organismes de PVVIH/sida et des ONG, pour fournir des soins de santé et des services aux PVVIH/sida. Ces efforts ont contribué à l'exercice des droits humains grâce à des progrès comme l'amélioration de l'accès aux traitements.

Un secteur communautaire proactif, la création de la CONAMUSA et le mécanisme du Fonds mondial ont contribué à l'implication accrue des communautés dans la réponse nationale. Il est essentiel de poursuivre le renforcement de cette collaboration par l'institutionnalisation des mécanismes participatifs et leur expansion pour y inclure l'élection de représentants; par l'intégration de préoccupations multisectorielles dans l'ordre du jour; et par la réponse aux besoins régionaux et nationaux.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Le plus grand progrès dans la réponse nationale au VIH/sida est l'expansion de l'accès aux antirétroviraux et à des médicaments gratuits. Des antirétroviraux sont distribués gratuitement par 54 établissements publics de soins de santé et trois ONG. Toutefois, ce progrès n'est notable qu'à Lima et Callao, et non dans d'autres villes et régions. Cette situation n'est qu'un exemple des problèmes de mise en œuvre du programme d'antirétroviraux à l'échelle nationale.

L'accès aux traitements est un important accomplissement dans la réponse nationale à l'épidémie; c'est le fruit des efforts d'organismes communautaires, de donateurs internationaux et du gouvernement. Mais de graves préoccupations

demeurent : (a) l'universalité de l'accès – il n'y a pas encore d'efforts adéquats pour s'attaquer aux obstacles économiques, juridiques et culturels; et (b) la viabilité – il est impossible d'assurer l'appui à ce programme dans le budget national au delà du mandat du gouvernement actuel.

Par ailleurs, le gouvernement ne fournit pas d'information sur les traitements, ce qui signifie que certains organismes communautaires, en particulier des regroupements de PVVIH/sida, ont dû élaborer des projets pour pallier à ce besoin.

Certaines restrictions à l'accès aux traitements touchent les PVVIH/sida sans soutien familial (parce qu'elles ne veulent pas divulguer leur séropositivité, par crainte de discrimination, ou simplement parce qu'elles n'ont pas de réseau familial) et les PVVIH/sida qui n'ont pas de lieu de résidence permanent. De plus, les HRSH et les travailleuses sexuelles, dont les comportements dévient de la norme « acceptée », sont moins susceptibles de bénéficier d'un soutien familial.

L'accès aux traitements demeure limité pour d'autres raisons, comme le manque d'information et le coût des soins et des tests. Il y a une longue période d'attente pour obtenir des résultats de tests, car toutes les analyses sont effectuées par l'Institut national de la santé. La stigmatisation et la discrimination sont aussi présentes dans les établissements de soins de santé.

Les lois pertinentes aux adolescents comportent des lacunes; ces derniers doivent être accompagnés d'un parent ou d'un tuteur pour accéder aux services, y compris pour recevoir des antirétroviraux.

Prévention

La réponse nationale comprend diverses approches de prévention du VIH/sida. L'une est le condom masculin, disponible en pharmacie et dans d'autres commerces, et auprès des services publics de soins de santé. Le condom féminin, moins accessible, coûte environ 8,50 \$US (alors que plus de la moitié des Péruviens vivent avec moins de 2 \$US par jour). Le lubrifiant est facile d'accès dans les grandes villes, mais plutôt rare dans les régions rurales et les villes éloignées de la capitale. Les messages de prévention, principalement diffusés dans les médias et dans les écoles, sont destinés au grand public et abordent deux thèmes : l'abstinence et l'usage du condom.

L'accès aux services de prévention du VIH/sida est limité par les coûts et par le statut des personnes sans documents légaux. Les autres obstacles sont l'analphabétisme, l'inégalité des sexes et le stigmate lié aux ITS. Par ailleurs, les profes-

sionnels de la santé devraient s'engager davantage dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination – les deux principaux obstacles à l'accès aux services préventifs pour les HRSH et les travailleuses et travailleurs sexuels.

La prévention chez les adolescents, les jeunes et le grand public comporte de graves lacunes. Quelques mesures ont été prises pour intégrer un contenu explicite dans les programmes scolaires de prévention, mais la démarche ne fait que commencer et le nombre d'enseignants qualifiés est grandement insuffisant. Les messages préventifs n'intègrent pas la différenciation du risque et n'abordent que la relation hétérosexuelle, dans une perspective adulte.

Groupes vulnérables

Le cadre juridique protège les droits humains des PVVIH/sida et des groupes vulnérables, mais il n'existe pratiquement pas de mesures de surveillance et de compensation en cas de violation. Le gouvernement n'est pas encore parvenu à développer une culture fondée sur les droits ou à établir des protocoles de surveillance et de redressement qui aideraient les PVVIH/sida, les HRSH, les travailleuses et travailleurs sexuels et les adolescents à exercer leurs droits humains.

En vertu des lois applicables, aucun métier ni comportement (comme l'homosexualité, l'injection de drogue ou le travail sexuel) n'est illégal, mais la vente et l'achat de stupéfiants sont interdits. Toutefois, les pratiques des gouvernements locaux et des forces policières favorisent la répression à l'égard des travailleuses et des travailleurs sexuels, sur la base du maintien de l'ordre et de la bonne conduite.

PVVIH/sida : Des lois reconnaissent les droits des PVVIH/sida, au Pérou. Toutefois, les PVVIH/sida se heurtent à d'importantes difficultés dans (a) l'accès aux services de santé et (b) le maintien de l'accès à ces services. Malgré l'existence de lois qui reconnaissent l'autonomie, la confidentialité, le droit à l'emploi et la protection des travailleurs congédiés pour des motifs discriminatoires, les PVVIH/sida sont aux prises avec divers types d'abus – principalement des violations de leurs droits fondamentaux théoriquement protégés par la loi. Les problèmes que rencontrent les PVVIH/sida en milieu de travail ne sont pas un domaine de préoccupation pour gouvernement et le secteur communautaire. De plus, l'information à ce sujet est très limitée.

Femmes : Étant donné que l'épidémie frappe particulièrement certains groupes vulnérables, comme les HRSH, les interventions destinées aux femmes ciblent généralement les travailleuses sexuelles en tant que groupe vulnérable. Cette stra-

tégie ne porte toutefois que sur les ITS et le VIH; elle n'aborde pas l'habilitation. En dépit du fait que le ratio femmes-hommes vivant avec le VIH soit passé d'une femme pour 14 hommes (en 1990) à une femme pour 3,6 hommes, la conception des stratégies préventives n'a pas changé. Le ministère des Femmes et du Développement humain n'a pas mené d'activités, ni collaboré avec le ministère de la Santé ou la CONAMUSA.

HRSH : La catégorie des HRSH recèle d'importantes variations des taux de prévalence du VIH, car elle ne fait pas la différence entre ceux qui sont travailleurs sexuels et ceux qui ne le sont pas. Elle ne fait pas non plus de distinction entre les diverses identités sexuelles, qui sont regroupées en une seule catégorie homogène à des fins statistiques. Cette étiquette a souvent plongé dans l'invisibilité les besoins de ces groupes diversifiés (qui incluent les travestis, les HRSH qui ne sont pas travailleurs sexuels et les HRSH adolescents) – ce qui limite leur accès aux services de prévention, de soins et de traitement. Cela accroît leur vulnérabilité et soulève des questions quant au respect de leurs droits.

UDI : Des seringues stériles jetables sont largement utilisées dans les services publics de santé, et disponibles en pharmacie et dans d'autres commerces. On n'a recensé aucun cas de personne vivant avec le VIH/sida qui s'injecte des drogues.

Travailleuses et travailleurs sexuels : En 1997, la Stratégie sanitaire nationale a établi un système d'Unités de soins de santé périodiques à l'intention des travailleuses et des travailleurs sexuels, pour le dépistage précoce, les soins et le traitement adéquat des ITS et du VIH/sida.

Counselling et test volontaires (CTV)

Depuis 1997, la loi protège l'accès volontaire au test ELISA dans les services du ministère de la Santé; il doit aussi s'accompagner de counselling pré- et post-test. Toutefois, la nature volontaire du test peut être remise en question quand le test devient une condition préalable à l'embauche ou au maintien de l'emploi. En ce qui a trait au test des femmes enceintes, la loi stipule qu'il n'est plus volontaire mais bien obligatoire, et qu'il devrait toujours s'accompagner de counselling. Dans la pratique, le counselling est fourni en groupe, ce qui est contraire à sa raison d'être, en plus de compromettre la confidentialité des patientes.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

En 2003 et 2005, le gouvernement a évalué la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS. Les deux évaluations ont été menées avec la participation limitée du secteur communautaire. La version finale de l'évaluation de 2003 n'a jamais été publiée.

Une importante lacune est l'absence d'un système de surveillance organisé. Les rapports de surveillance ne sont rien de plus que des comptes-rendus anecdotiques de la situation, qui n'appuient pas les mécanismes de plaidoyer et de défense des droits des PVVIH/sida et des populations vulnérables.

Pour ce qui est des droits humains, l'application du cadre juridique ne fait que s'amorcer et il n'existe pas de protocole pour en assurer la surveillance.

5. LEÇONS À RETENIR

L'accès aux traitements est le principal accomplissement des cinq dernières années, mais il reste encore des défis économiques, sociaux et culturels. Par ailleurs, les coûts des tests, les problèmes de maintien de l'approvisionnement, ainsi que la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des populations vulnérables et des PVVIH/sida sont des obstacles majeurs à l'expansion des services de traitement.

La lutte contre la discrimination dans les services de santé, le milieu du travail et les écoles n'est pas intégrée dans l'ordre du jour du gouvernement ou des autres secteurs impliqués, ni dans la Stratégie sanitaire nationale.

PROFIL DE PAYS : ROUMANIE

Source : Rapport de l'ARAS

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	21 711 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	68
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	76
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	7 000 [3 400 – 22 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	S/O
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	< 0,1 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	S/O

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

En Roumanie, la principale agence responsable de la politique gouvernementale sur le VIH/sida est la Commission nationale multisectorielle pour la surveillance, le contrôle et la prévention des cas de VIH/sida (CNMS). Le principal document de politiques développé par la CNMS est la Stratégie nationale sur le VIH/sida 2004-2007, qui comprend trois domaines clés d'intervention : la prévention, l'accès aux soins et traitements et l'efficacité du système de surveillance.

Les obstacles majeurs à la mise en œuvre de la Stratégie sont : 1) la criminalisation des groupes vulnérables, en particulier les utilisateurs de drogue et les travailleuses et travailleurs sexuels; 2) l'infrastructure du système de soins de santé; 3) le manque de coopération horizontale entre les divers ministères pertinents; 4) le manque de financement national et l'absence d'un système de surveillance adéquat; et 5) l'attitude générale à l'égard du VIH/sida.

Secteur communautaire

Le secteur communautaire a participé à l'ébauche du programme national sur le sida essentiellement par la création d'associations de personnes vivant avec le VIH/sida et autrement affectées. En 2000, ces dernières ont fusionné pour former la National Union of Organizations of the People affected by HIV, représentée auprès de la CNMS.

Bien que la participation au processus décisionnel soit adéquate, l'appui et la reconnaissance du secteur communautaire sont problématiques. Dans la pratique, la Stratégie nationale est perçue par les communautés comme étant davantage un document symbolique qu'un engagement réel du gouvernement à inviter le secteur communautaire à participer. Cela

s'explique par le manque de soutien financier et d'intérêt du Gouvernement de la Roumanie à appuyer les ONG impliqués dans des activités de plaidoyer et des interventions communautaires pour les PVVIH/sida.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

L'un des objectifs clés de la Stratégie nationale sur le VIH/sida est d'assurer l'accès universel, continu et non discriminatoire aux traitements, aux soins et aux services socio-médicaux pour les PVVIH/sida. Tous les patients reçoivent un régime de traitement antirétroviral conformément aux Lignes directrices nationales sur les traitements élaborées par la Commission nationale de lutte contre le VIH/sida du ministère de la Santé.

Il n'y a pas d'obstacles formels limitant la capacité des PVVIH/sida d'obtenir des soins et des traitements pour le VIH; mais certains obstacles de facto persistent. Les plus importants obstacles à l'accès à des soins et traitements complets sont : 1) le piètre accès aux centres de traitement en milieu urbain, vu leur rareté et leurs heures d'ouverture limitées; 2) le manque d'information et de counselling sur les traitements antirétroviraux; et 3) l'attitude du personnel médical et d'autres professionnels en milieu hospitalier – y compris la stigmatisation et la discrimination – et leurs connaissances limitées sur le travail auprès de PVVIH/sida.

Prévention

Ayant pour objectif principal en 2007 de maintenir le taux d'incidence du VIH à son niveau de 2002 (0,04 %), le volet préventif de la Stratégie nationale cible les jeunes et les groupes

à risque (travailleuses et travailleurs sexuels, utilisateurs de drogue par injection, HRSH, Roms⁹, détenus et populations mobiles). Il inclut aussi la prévention de la transmission périnatale du VIH ainsi que de sa transmission dans le système médical et en milieu de travail.

En théorie, la Stratégie fournit une gamme complète de services préventifs; toutefois, dans la pratique, sa mise en œuvre demeure sélective. En Roumanie, 80 % des services sont situés dans les centres urbains, et 4 % en région rurale. Les condoms sont largement disponibles en région urbaine, mais il n'existe pas de politique nationale de marketing social pour promouvoir l'usage du condom dans les villages. Par exemple, même si les jeunes des régions rurales sont identifiés comme un groupe cible dans la stratégie de prévention, aucune mesure n'a été prise pour améliorer leur accès aux condoms.

Groupes vulnérables

Des campagnes destinées aux jeunes et à la population générale ont été mises en œuvre avec l'appui de donateurs internationaux; mais la plupart des groupes vulnérables sont laissés pour compte. Les politiques existantes tiennent compte de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard de ces groupes, mais les obstacles culturels, institutionnels et juridiques ne sont pas adéquatement abordés par le gouvernement de la Roumanie.

Femmes : Il n'existe pas de programme de prévention du VIH adapté aux besoins des femmes. Les seuls programmes qui répondent partiellement aux besoins des femmes sont des initiatives de prévention de la transmission du VIH de la mère au bébé. Ces dernières font partie du programme national sur le sida, mais leur qualité et leur impact sur les femmes ne sont pas évalués.

HRSH : Les programmes de prévention du VIH qui ciblent les HRSH sont menés par le secteur communautaire. En raison de la stigmatisation et de la discrimination à l'endroit de ce groupe, la plupart des services sont difficiles d'accès.

UDI : Il existe plusieurs programmes d'échange de seringues, mais ils ne sont pas soutenus par le gouvernement. Des aiguilles et seringues stériles sont disponibles sans ordonnance en pharmacie, mais plusieurs pharmaciens refusent d'en vendre aux utilisateurs de drogue. Le traitement d'entretien à la méthadone est pratiquement inexistant. Les politiques sur les drogues sont fondées sur l'application de la loi et sur la répression de l'usage de drogue, ce qui éloigne encore plus les UDI des services. Ces pratiques néfastes font en sorte que

seulement 10 % des UDI ont accès aux services nécessaires et seulement 2 % utilisent du matériel d'injection stérile.

Travailleuses et travailleurs sexuels : La Roumanie est un des pays de l'Europe centrale où le travail sexuel est interdit par le Code criminel. Parallèlement, l'épidémie croissante de VIH/sida dans la région expose les travailleuses et travailleurs sexuels à un risque accru de contracter le VIH et d'autres infections. Plusieurs d'entre eux sont aussi utilisateurs de drogue. En dépit de leur vulnérabilité élevée, un seul programme d'intervention leur est destiné, à l'échelle du pays; il est appuyé financièrement par le Fonds mondial.

Counselling et test volontaires (CTV)

Selon les données du ministère de la Santé, près d'un demi million de tests du VIH ont été administrés en 2005 – une importante hausse par rapport à 2000. Aucune information n'est disponible sur la prestation de counselling pré- et post-test. Seulement deux ONG fournissent du counselling pré- et post-test dans 19 centres. Peu d'individus de groupes vulnérables demandent un test du VIH. En 2005, moins de 1 000 tests leur ont été administrés.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

L'appui du Fonds mondial a permis de transformer la Stratégie nationale sur le VIH/sida en programmes nationaux. Les dispositions de surveillance du Fonds mondial ont entraîné l'établissement de cibles et d'exigences d'évaluation pour la Stratégie nationale.

5. LEÇONS À RETENIR

La Stratégie nationale sur le VIH/sida 2004-2007 est le premier document qui témoigne de la volonté politique du gouvernement de la Roumanie de s'attaquer à l'épidémie. Toutefois, la stratégie est largement soutenue par le Fonds mondial, sans financement national équivalent. Pour que la Stratégie nationale soit fructueuse, il est essentiel que le gouvernement roumain fournisse des ressources financières et techniques adéquates en vue de la mise en œuvre opportune des programmes et de leur surveillance et évaluation régulières. Un élément critique sera le développement de relations soutenues avec le secteur communautaire, afin d'intégrer son expertise. Ce n'est que de cette façon que la Stratégie nationale sur le VIH/sida deviendra plus qu'un simple plan.

9. Les Roms (ou Gitans) forment la plus importante minorité ethnique d'Europe, avec une population atteignant les 7 à 9 millions. La Roumanie est le pays qui abrite le plus grand nombre absolu de Roms (entre 1 et 2 millions).

PROFIL DE PAYS : SERBIE ET MONTÉNÉGR0

Source : Rapport du Yugoslav Youth Information Center

1. INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

POPULATION TOTALE	10 503 000
ESPÉRANCE DE VIE DES HOMMES À LA NAISSANCE	70
ESPÉRANCE DE VIE DES FEMMES À LA NAISSANCE	75
NOMBRE DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH	10 000 [6 000 – 17 000]
NOMBRE DE FEMMES (15 ANS ET +) VIVANT AVEC LE VIH	2 000 [1 000 – 3 500]
TAUX DE PRÉVALENCE DU VIH (15 À 49 ANS)	0,2 %
NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUÉS AU SIDA	< 100

Source : ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006

2. RÉPONSE AU VIH/SIDA

Gouvernement

Le gouvernement a mis sur pied la Commission nationale sur le VIH/sida (CNVS) en mars 2002. Elle a été rétablie en 2004. Après de nombreux débats et consultations, la CNVS a approuvé la Stratégie nationale sur le VIH/sida 2005-2010, lancée officiellement en février 2005.

Secteur communautaire

Le VIH/sida est l'un des premiers domaines où le gouvernement a sollicité l'implication du secteur communautaire, dans le cadre d'efforts conjoints pour combattre l'épidémie. Le partenariat a été renforcé par la création de la CNVS, et particulièrement par son approbation de la Stratégie nationale en juin 2004. En 2003, des organismes communautaires ont commencé à intervenir activement auprès de populations difficiles à joindre.

3. POLITIQUES NATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LEUR MISE EN ŒUVRE

Accès aux traitements, aux soins et au soutien

Le gouvernement assure – en théorie – l'accès universel aux antirétroviraux et à d'autres médicaments pour la prophylaxie et le traitement d'infections opportunistes chez les PVVIH/sida. Le coût entier du traitement antirétroviral est assumé par des sources publiques.

Prévention

La plupart des mesures de prévention du VIH sont disponibles. Le condom masculin est disponible et facile d'accès dans les hôpitaux, auprès d'ONG et d'organismes communautaires ainsi qu'en pharmacie. Le condom féminin n'est connu que d'une petite partie de la population et il est difficile à trouver, en pharmacie comme en milieu hospitalier. Des seringues stériles sont facilement accessibles en pharmacie, mais les UDI ont souvent de la difficulté à s'en procurer à cause de la stigmatisation et de la discrimination à leur endroit. Le traitement d'entretien à la méthadone est offert dans les hôpitaux publics et soutenu par le ministère de la Santé.

Groupes vulnérables

Femmes : Il n'existe pas de programme de prévention du VIH spécifique aux femmes et aux filles.

HRSH : Il existe des activités d'intervention (échange d'information, distribution de condoms et de lubrifiant) auprès des HRSH dans cinq villes (Belgrade, Novi Sad, Subotica, Nis et Kragujevac). Toutes ces activités sont menées par des ONG en collaboration avec les Instituts de santé publique.

UDI : Des programmes de réduction des méfaits sont menés par des ONG, surtout dans les grandes villes. Des intervenants, y compris des médecins et des infirmières, sont formés à fournir des services de counselling et d'orientation aux UDI. Les centres sans rendez-vous dirigés par des ONG offrent des services de CTV.

Travailleuses et travailleurs sexuels : La stigmatisation des travailleuses et des travailleurs sexuels et le statut illégal de la prostitution entraînent un piètre accès aux services ainsi que la sous-déclaration des cas de VIH parmi cette population.

PVVIH/sida : Il n'y a pas de point de mire particulier sur les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida. Les droits humains sont respectés, mais sans référence particulière aux PVVIH/sida. La plupart des programmes à l'intention de cette population sont menés par des ONG. Le gouvernement soutient rarement les initiatives destinées aux PVVIH/sida.

Counselling et test volontaires (CTV)

Les centres de test sont gérés conjointement par le gouvernement et des ONG, et financés par des agences gouvernementales et internationales. Les centres de CTV sont généralement localisés dans des unités distinctes, dans les établissements de soins de santé. Tous les employés des centres de test reçoivent une formation sur l'adaptation des soins aux besoins de chaque patient qui demande un test du VIH. Des services comme le counselling pré- et post-test sont aussi offerts.

4. SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

Diverses initiatives ont été menées en Serbie, sous la supervision du Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/sida et du Fonds mondial, pour établir un mécanisme efficace de surveillance et d'évaluation. En novembre 2004, un Groupe de travail national de surveillance et d'évaluation a été mis sur pied. En janvier 2005, une première ébauche d'indicateurs a été préparée et approuvée par tous les dépositaires d'enjeux, puis intégrée dans le document de la Stratégie nationale.

5. LEÇONS À RETENIR ET RECOMMANDATIONS

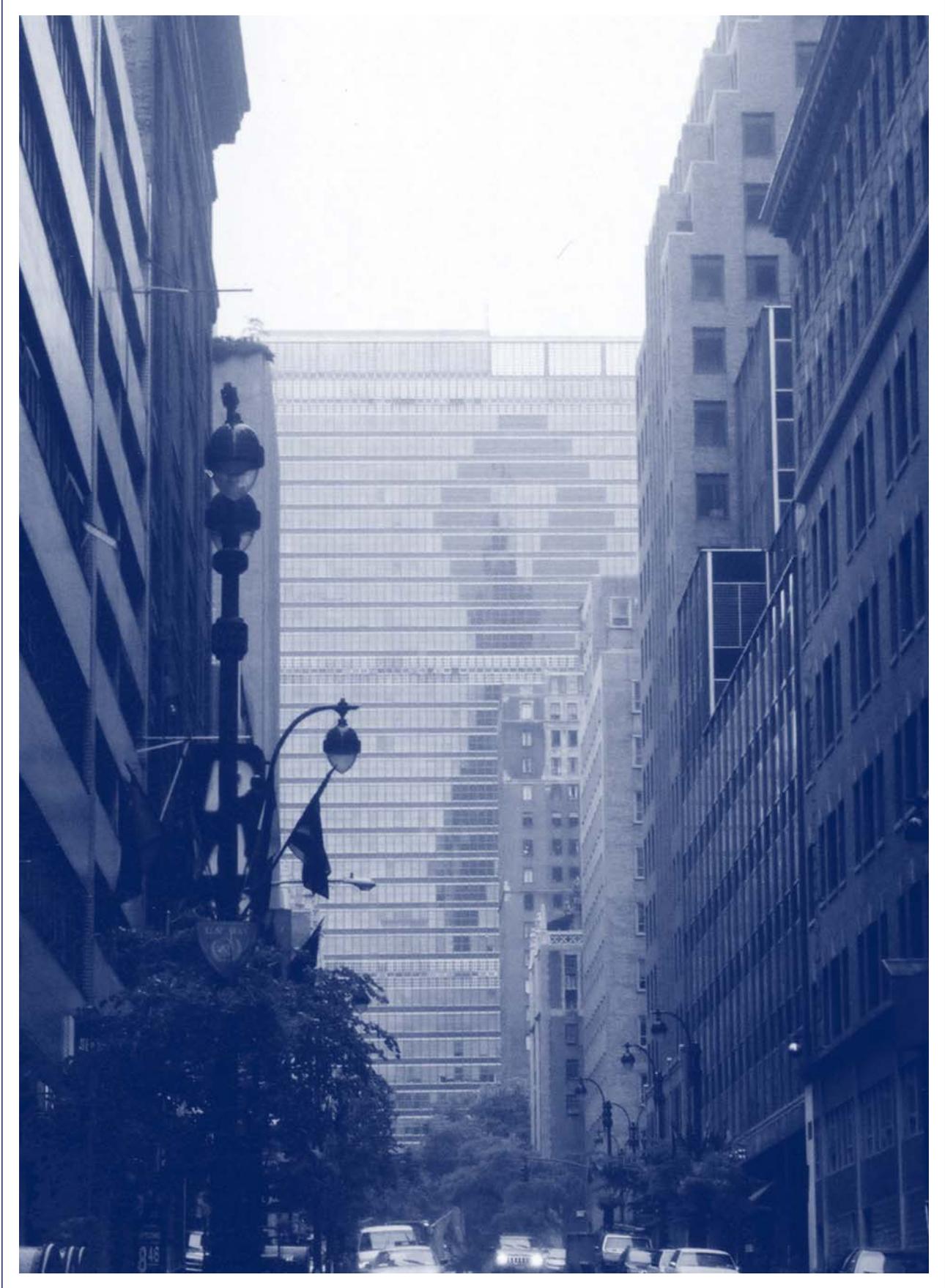
Pour améliorer la réponse serbe à l'épidémie du VIH/sida, il faudra porter une attention particulière aux besoins suivants : 1) soutenir l'établissement d'un système national de surveillance et d'évaluation fonctionnel; 2) développer des pratiques et des normes nationales garantissant des services sociaux, de santé et d'éducation adaptés aux jeunes; 4) renforcer les systèmes de surveillance du VIH/sida et des ITS; 5) accroître la participation des PVVIH/sida; et 6) mobiliser des ressources additionnelles pour les projets à moyen et long terme.

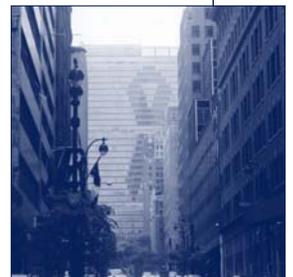
COORDONNÉES CHERCHEURS DANS LES PAYS

ANNEXE 1

Pays	Organisme(s) responsable(s) ou chercheur	Coordonnées
Afrique du Sud	Shaun Mellors (chercheur principal))	C/O Gender AIDS Forum 1101 Sangro House 417 Smith Street Durban 4000 Tél. : + 27 31 307 1253 Fax : + 27 31 307 1254 s-mellors@mweb.co.za
Cameroun	LUKMEF-Cameroon	BP 1348 South West Province Limbe Cameroon Tél./Fax : + 237 333 28 60 www.lukmefcameroon.org ceo@lukmefcameroon.org
Canada	AIDS Calgary Awareness Association	#200, 1509 Centre Street South Calgary, Alberta T2G 2E6 Canada Fax : +1 403 263 7358 www.aidscalgary.org ldolan@aidscalgary.org
El Salvador	Asociación Atlacatl Vivo Positivo	43 Av. sur y 12 calle Poniente # 606 Colonia Flor Blanca San Salvador – El Salvador Tél. : + 503 22983950 / 22985801 srmontealegre@yahoo.com
Honduras	Nelson J. Arambú (chercheur principal)	Bo. Guanacaste, Ave. Gutemberth Apartamentos Girón Apto. 1 Frente Hotel Granada #1 Tél. : + 504 385-6832 njarambut@yahoo.com
Indonésie	PITA Foundation	Menara Thamdin 10th floor JL.MH Thamrin Kav 3 Jakarta 10250 Indonesia
Irlande	Gay HIV Strategies – Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) et Health and Development Networks	Fumbally Court, Fumbally Lane Dublin 8, Ireland Tél. : + 353 1 4732602 www.glen.ie ciaranmckinney@glen.ie

Jamaïque	Jamaica AIDS Support (JAS)	4 Upper Musgrave Avenue Kingston 10, Jamaica Tél. : +1 876 978 2345 Fax : +1 876 978 7876 info@jamaicaaidssupport.com
Maroc	Association de lutte contre le SIDA (ALCS)	17 Bd Al Massirra El Khadra Mâarif, Casablanca Tél. : + 022 99 4242/43 www.alcsmaroc.org alcs@menara.ma
Népal	Blue Diamond Society	Blue Diamond Society GPO Box: 8975, EPC 5119 Kathmandu, Nepal Tél. : 977 1 4443350 www.bds.org.np sunil@bds.org.np
Nigeria	Network of People Living with HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN)	4, Jaba Close, Off Arthur Unegbe Street, Area 11 Garki Abuja, Nigeria Tél. : + 234-9-3145505-7 Fax : + 234-9-3145506 www.nepwhan.com patmatem@nepwhan.com
Pérou	Asociación Via Libre	Tél. : + 51-1-4331396 Fax : + 51-1-4331578 www.vialibre.org.pe rcabello@vialibre.org.pe
Roumanie	Romanian Association Against Aids (ARAS)	Intrarea Mihai Eminescu no 5, sector 2 Bucharest – Rumania Tél./Fax : + 4021 210 20 77 catalina.iliuta@arasnet.ro
Serbie et Monténégro	Yugoslav Youth Information center (YYIC)	30, Prote Mateje St, 11 000 Belgrade Serbia et Monténégro Tél. : + 381 11 308 66 26 Fax : + 381 63 23 22 77





ICASO
INTERNATIONAL COUNCIL OF
AIDS SERVICE ORGANIZATIONS

**Conseil international des
ONG de lutte contre le sida – ICASO**
Secrétariat international
65 Wellesley Street E., Suite 403
Toronto, Ontario, Canada M4Y 1G7
Tél. : +1 416 921 0018
Fax : +1 416 921 9979
Site Internet : www.icaso.org
Courriel : ungass@icaso.org