



Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNAIDS

UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK

MESURER LE NIVEAU D'EFFORT DANS L'ACTION NATIONALE ET INTERNATIONALE CONTRE LE VIH/SIDA : L'INDICE DE L'EFFORT DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA (IPS)

ONUSIDA, USAID et POLICY Project

Récapitulatif

RESUME

L'ONUSIDA, l'USAID et le POLICY Project ont mis au point un Indice de l'effort des Programmes de lutte contre le SIDA (IPS) afin de mesurer l'effort déployé par les programmes dans la riposte à l'épidémie de VIH/SIDA. L'indice est destiné à fournir un profil de l'effort national et de la contribution internationale à cet effort. L'IPS a été appliqué à 40 pays en 2000. Les résultats démontrent que l'effort des programmes est relativement élevé dans les domaines du contexte juridique et réglementaire, de l'élaboration des politiques et de la structure administrative. Le soutien politique est quelque peu inférieur, mais c'est le domaine dans lequel l'amélioration la plus importante a été constatée depuis 1998. Le suivi et l'évaluation ainsi que les programmes de prévention ont obtenu des notes se situant dans la moyenne, avec environ 50 points sur les 100 points possibles. Les composantes ayant obtenu les notes les plus faibles sont les ressources et la prise en charge. L'IPS a aussi mesuré la disponibilité des services clés de prévention et de prise en charge. Globalement, des services essentiels sont disponibles pour la moitié environ des personnes vivant dans les zones urbaines, mais pour près d'un quart seulement de la population dans son ensemble. Les efforts internationaux d'aide aux programmes dans les pays ont obtenu des notes relativement élevées dans toutes les catégories, à l'exception de la prise en charge. Les résultats présentés dans ce document seront complétés ultérieurement par une nouvelle composante sur les droits de l'homme.

INTRODUCTION

Le succès des programmes de lutte contre le VIH/SIDA peut être affecté par de nombreux facteurs, notamment l'engagement politique, le contexte socioculturel, le système politique, le développement économique et la disponibilité des ressources. De nombreux programmes recherchent des apports (par ex., ateliers de formation organisés, préservatifs distribués) ou des résultats (par ex., le pourcentage de rapports sexuels protégés par l'utilisation du préservatif) aux échelons inférieurs. Les mesures de l'effort des programmes se limitent généralement à l'existence ou à l'absence d'éléments programmatiques importants (par ex., marketing social des préservatifs, conseil et dépistage). Afin d'aider les pays à évaluer ces efforts, plusieurs directives et outils (« Rencontrer les besoins des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA et les MST : la collecte de données sur les comportements » et « National AIDS Programmes : A Guide to Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS programmes » [Programmes nationaux de lutte contre le SIDA : guide pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA]) ont été élaborés par l'ONUSIDA, l'OMS et d'autres organisations. Toutefois, on n'avait jamais abordé l'information liée à la situation politique, le niveau du soutien politique et d'autres questions contextuelles ayant un impact sur le succès ou l'échec des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

Dans le cadre de leur collaboration avec les pays en vue d'améliorer le suivi et l'évaluation du VIH/SIDA au niveau national, l'ONUSIDA, l'USAID et le POLICY Project ont élaboré un système de notes, l'Indice de l'effort des Programmes de lutte contre le SIDA (IPS), qui mesure les apports clés de haut niveau des programmes nationaux et des organismes internationaux. Cet indice est destiné à mesurer l'effort des programmes indépendamment de leurs réalisations. Par exemple, l'effort du programme comprend notamment des éléments tels que le degré de soutien politique, le degré de participation au programme et les ressources qui sont attribuées à ce programme, mais n'inclut pas la mesure de réalisations telles que la proportion des rapports sexuels protégés par l'utilisation du préservatif. Les notes se rapportant à la mesure de l'effort des programmes indépendamment des réalisations ont de nombreuses utilisations. Au niveau mondial, les notes peuvent être utilisées pour analyser la contribution indépendante de l'effort du programme au succès de ce dernier dans divers contextes sociaux et culturels. Au niveau des pays, l'indice peut être utilisé comme outil diagnostique, pour indiquer quels sont les domaines programmatiques les plus faibles et les plus forts, et pour suggérer des mesures correctrices. Dans ce contexte, le terme « programme national » renferme non seulement le programme officiel du gouvernement, mais comprend également l'effort des individus, des organisations non gouvernementales, des communautés, etc.

Le VIH et le SIDA ont toujours été des questions politiquement sensibles. Des décennies d'expérience dans d'autres domaines hautement politisés tels que la planification familiale ont montré qu'un solide engagement politique est capital pour la réussite du programme.

Lorsqu'il s'agit de mesurer l'engagement politique, la plus grande difficulté consiste à trouver une mesure objective. La plupart des mesures ont tendance à contenir une certaine subjectivité, ce qui signifie que leur utilisation est limitée lorsqu'il s'agit d'établir des comparaisons entre les pays mais, bien plus important encore, elles peuvent être difficiles à interpréter pour déterminer les tendances dans le temps.

Dans le domaine de la planification familiale et de la santé reproductive, des indicateurs composites ont été conçus pour refléter le niveau de soutien politique consacré à la fourniture de services de santé reproductive. Ces indicateurs sont fondés sur l'opinion d'un ensemble d'« experts » choisis pour représenter diverses opinions institutionnelles et professionnelles sur différents aspects du contexte et de l'engagement politiques.

Des indices similaires de l'effort des programmes ont été mis au point pour évaluer dans quelle mesure le contexte politique soutient les programmes efficaces. Le PASCA Project a appliqué un indice de l'environnement politique en matière de SIDA (APES) pour le VIH/SIDA en Amérique centrale et le POLICY Project a appliqué des indices de l'environnement au VIH/SIDA, à la planification familiale, à la maternité sans risque, aux adolescents et les soins post-avortement. L'APES est destiné à mesurer le degré auquel l'environnement politique dans un pays donné soutient les efforts pour prévenir la propagation du VIH/des MST, fournir des soins de qualité aux personnes affectées par le SIDA, faire en sorte que les droits des personnes vivant avec le SIDA soient respectés, et améliorer les impacts négatifs du SIDA sur les individus, les familles, les communautés et la société.

De nombreuses politiques sont du type oui/non. Elles peuvent aider à signaler les lacunes en indiquant où le travail de plaidoyer ou d'élaboration des politiques est le plus nécessaire, mais ne sont pas très utiles lorsqu'il s'agit de déterminer les progrès du « climat » politique dans le temps. Il est également difficile de discerner la qualité des politiques dans les indicateurs du type oui/non.

Le but de l'IPS est de mesurer la quantité d'effort consacrée aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA par les institutions nationales et les organisations internationales. Il fait partie d'un effort plus large destiné à mesurer une série d'indicateurs concernant les programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

L'IPS est destiné à être utilisé pour :

Description

1. Mesurer le niveau des efforts nationaux (où national se réfère à tous les apports domestiques, notamment aux niveaux central, régional et local tant par les organisations gouvernementales que par les organisations non gouvernementales)
2. Mesurer le niveau d'effort de l'aide internationale dans chaque pays
3. Mesurer l'évolution des efforts nationaux et internationaux dans le temps (en cours d'élaboration)

Diagnostic

4. Servir d'outil diagnostique afin de souligner les points forts et les lacunes de chaque programme national

Evaluation/Impact (en cours d'élaboration)

5. Déterminer l'influence de l'aide internationale sur les efforts nationaux
6. Déterminer l'influence des efforts nationaux et internationaux sur les résultats

La Figure 1 montre un projet de cadre conceptuel pour la relation entre l'effort des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les résultats souhaités. Ce projet a été adapté d'un cadre similaire élaboré pour les services de planification familiale ; il est appelé à être perfectionné.

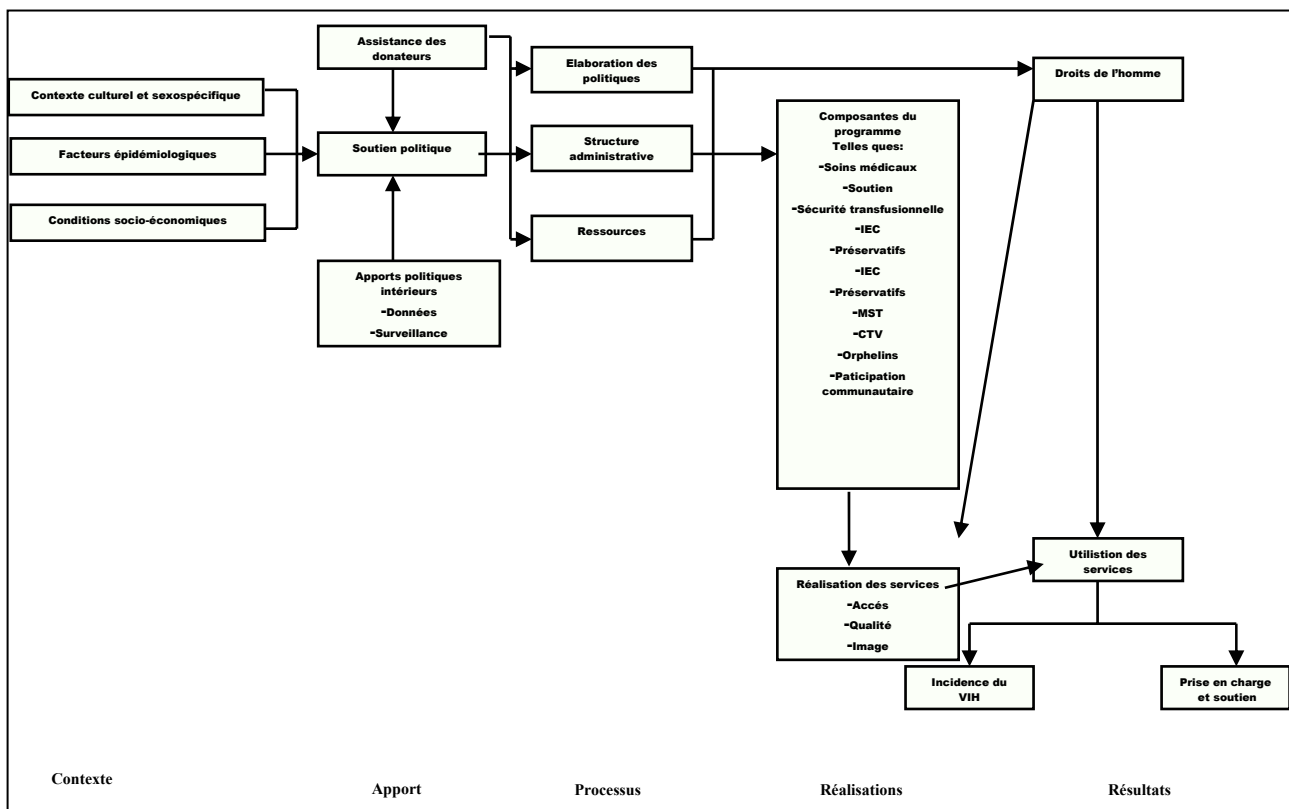


Figure 1 Projet de cadre conceptuel de l'effort des programmes et des résultats

Les divers facteurs sociaux, culturels, économiques et épidémiologiques définissent le contexte de la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA. Ces facteurs peuvent avoir une influence considérable sur l'épidémie et la riposte à cette dernière, mais sont largement hors de contrôle du programme. La riposte politique est influencée par ces facteurs extérieurs mais aussi par divers efforts nationaux pour : définir l'étendue et la nature de l'épidémie (par le biais de la collecte de données), comprendre l'influence des programmes sur la lutte contre l'épidémie (par le biais de la recherche), et influencer la direction que prennent les décideurs (par le biais du plaidoyer et des efforts en faveur d'une meilleure sensibilisation par les groupes gouvernementaux et non gouvernementaux sur le plan national). Les activités des donateurs en matière de dialogue politique et de recherche peuvent aussi influencer la quantité et le type de soutien politique aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Le soutien politique et l'appui des donateurs déterminent la manière dont la riposte sera organisée. Cela comprend l'élaboration et la mise en œuvre de politiques nationales et opérationnelles, la structure du programme et le niveau du financement et des ressources humaines qui y sont consacrés. Ces facteurs déterminent les composantes programmatiques, qui conduisent directement aux réalisations des services (accès, qualité et image). Dans la mesure où ces services sont utilisés par la population, le programme aura une influence sur la réduction de l'incidence du VIH et sur l'amélioration de la qualité et de la quantité des services de soins et de soutien en faveur des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leur famille.

L'élaboration des politiques affecte directement la situation en matière de droits de l'homme par le biais de politiques, de lois et de règlements officiels et du contexte dans lequel ces lois sont mises en œuvre. La protection des droits des personnes touchées par le VIH/SIDA est en soi un résultat désiré.

L'IPS est destiné à mesurer l'effort consacré à la prévention et à la prise en charge du VIH. Il ne mesure ni le contexte socio-économique de l'épidémie et de la riposte ni les résultats. L'IPS comprend tous les éléments inclus dans le cadre conceptuel sous Apports, Processus et Réalisations. L'élément droits de l'homme est également inclus bien qu'il soit un résultat, car il influence aussi les réalisations des services et leur utilisation.

METHODOLOGIE

Généralités

Une série de réunions et de consultations se sont tenues sur des questions de méthodologie de l'IPS. Le POLICY Project du Futures Group a établi un projet de liste d'éléments à inclure dans l'indice, et l'ONUSIDA a fourni ses aide-mémoire, profils de pays et évaluations des Groupes thématiques pour servir d'information de base.

Des commentaires et suggestions ont été reçus par l'intermédiaire d'une série de réunions avec des personnes intéressées de l'USAID – notamment Horizons, Impact, AIDSmark, Bureau du recensement, MEASURE, organisations et projets participant aux programmes VIH/SIDA de l'USAID, ainsi qu'avec d'autres organismes intéressés (par ex., la Banque mondiale). Les résultats de ces réunions ont été incorporés dans un projet révisé. Une réunion similaire s'est tenue au Siège de l'ONUSIDA en vue d'obtenir des apports du personnel de l'ONUSIDA et des organisations européennes.

En août 1998, un test préliminaire de l'IPS a été effectué lors d'un atelier à l'Université de Caroline du Nord, aux Etats-Unis d'Amérique. Douze pays ont participé à ce test préliminaire (Brésil, Burkina Faso, Fédération de Russie, Jamaïque, Kenya, Mexique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Sénégal, Thaïlande, et Zambie). Le projet de questionnaire a été élaboré et examiné par un certain nombre de personnes intéressées de l'ONUSIDA, de l'OMS, de l'USAID, de MEASURE : Evaluation Project, du POLICY Project et placé sur Internet pour examen par toutes les personnes concernées. Les commentaires ont été incorporés dans le questionnaire révisé. Cette version a été testée sur le terrain au Cambodge, au Mexique, aux Philippines, en Roumanie, au Sénégal et en Zambie. Les résultats du test sur le terrain ont été utilisés pour la préparation du questionnaire final.

Le processus de mise en œuvre

L'IPS est un indicateur composite comprenant un certain nombre d'éléments individuels regroupés en catégories clés. Des personnes bien informées attribuent une note à chaque élément sur une échelle de 0 à 5. On établit une moyenne des notes pour chaque catégorie afin d'obtenir une note par catégorie qui ne dépend pas du nombre d'éléments de la catégorie. Les notes par catégorie forment un profil décrivant l'effort des programmes de chaque pays.

L'IPS a été mis en œuvre dans chaque pays par des consultants nationaux. Ces derniers étaient recommandés par le Conseiller de Programme (ONUSIDA) dans le Pays ou le(la) Président(e) du Groupe thématique. Les consultants étaient indépendants du programme national et de l'ONUSIDA, mais avaient une bonne connaissance du programme et des personnes impliquées.

Les consultants nationaux ont choisi d'interroger 15-25 personnes émanant de divers horizons ayant une bonne compréhension et une solide connaissance du programme national de lutte contre le SIDA de leur pays. Les personnes interrogées n'étaient pas censées être un échantillon représentatif mais elles ont été sélectionnées avec soin pour leurs connaissances et leurs opinions. De 2 à 4 personnes ont été choisies dans chacun des domaines suivants :

Gouvernement

- Programme de lutte contre le SIDA
- Ministère de la Santé
- Armée
- Administration de la Sécurité sociale

Donateurs

- ONUSIDA
- Coparrainants de l'ONUSIDA
- USAID
- Autres donateurs internationaux
- Représentants de grand projets financés par des donateurs

Organisations non gouvernementales

- ONG de prise en charge SIDA
- ONG représentant les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Organisations des droits de l'homme
- Organisations de plaidoyer

Société civile

- Organisations religieuses
- Groupes de recherche
- Universités
- Associations médicales
- Journalistes

Secteur privé

- Chambres de Commerce
- Grandes entreprises commerciales
- Syndicats

Etant donné que l'un des buts de l'IPS consiste à mesurer l'évolution de la situation, on a demandé aux participants d'évaluer chaque élément à deux reprises, la première fois en ce qui concerne la situation actuelle et la deuxième fois par rapport à la situation telle qu'elle était deux ans auparavant.

Le questionnaire contient 100 éléments individuels regroupés en 11 composantes. Les composantes sont les suivantes :

- Soutien politique, SP
- Elaboration de politiques, EP
- Structure administrative, SA
- Ressources du programme, RP
- Evaluation, suivi et recherche, SE
- Contexte juridique et réglementaire, JR
- Droits de l'homme, DH
- Programmes de prévention, PP
- Programmes de prise en charge, PR
- Disponibilité des services, DS
- Rôle des Nations Unies, NU

En outre, la plupart des composantes contiennent des éléments ayant trait à l'assistance internationale. Dans l'analyse, ces éléments sont supprimés des autres composantes et assemblés afin de former une douzième catégorie :

- Assistance internationale, AI

Les éléments individuels de chaque catégorie figurent à l'Annexe A.

L'IPS a été mis en œuvre dans 40 pays par des consultants nationaux. Ces derniers ont choisi les personnes à interroger selon les directives décrites ci-dessus, ont distribué les questionnaires et se sont assurés qu'ils avaient été remplis. Les consultants nationaux et le nombre de personnes interrogées par pays figurent à l'Annexe B. La répartition des consultants par type est indiquée dans le Tableau 1. La saisie et le traitement des données ont été effectués au Futures Group International.

Tableau 1. Répartition des personnes interrogées par type

Type de personnes interrogées	Pourcentage de toutes les personnes interrogées
Programme de lutte contre le SIDA	9%
Autre – gouvernement	14%
ONG	21%
Organisation de prise en charge SIDA	1%
Représentant des personnes vivant avec le VIH/SIDA	2%
Secteur privé	3%
Personnel international d'un organisme donateur	10%
Personnel national d'un organisme donateur	10%
Représentant de la société civile	18%
Université	6%
Autre	5%
Total	100%

Questions liées à la validité

La méthodologie IPS présume que toutes les personnes interrogées ont les mêmes connaissances. De nombreux examinateurs se sont demandé s'il s'agissait là d'une hypothèse raisonnable. Il est peu probable que toutes les personnes interrogées soient aussi bien informées les unes que les autres, mais il ne saurait

être facile de trouver une méthodologie tenant compte des différences d'expertise. Le questionnaire existant permet grosso modo de résoudre cette difficulté en demandant à la personne interrogée de laisser en blanc toute question à laquelle elle ne se sent pas à même de répondre.

La force de cette façon de procéder pour mesurer l'effort du programme est que cette méthode fournit une évaluation exhaustive de toute la gamme des éléments qui constituent l'effort du programme. L'indice permet aux personnes interrogées de juger tant l'existence de certaines activités que leur qualité. L'IPS devient ainsi un indicateur souple pouvant en principe saisir des qualités difficiles à mesurer à l'aide d'indicateurs qui ne sont pas fondés sur le jugement.

La limite de l'IPS et que cet indice est un outil semi-qualitatif qui mesure la perception des politiques, ce qui rend difficile la mesure de la force et de l'engagement des programmes. Les notes qui avaient été attribuées dans le passé ne sont pas toujours exactes. Etant donné que les notes s'appuient sur le jugement subjectif des personnes interrogées, ces notes dépendent en partie du bon choix de la personne. En outre, l'éventail des réponses est assez étendu, ce qui rend difficile la détection des vraies différences entre les pays et l'évolution de l'indice sur de courtes périodes. Il est probable que toute modification dans la composition du groupe d'experts conduira à une note différente. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire d'effectuer un travail de validation avant d'utiliser cet indice pour mesurer l'évolution dans le temps au niveau national. En outre, l'étude est basée sur un indice composite. Les changements sont ainsi plus difficiles à interpréter, une amélioration dans certains domaines pouvant masquer une détérioration dans d'autres domaines.

En principe, il serait possible de calculer le total des notes pour chaque pays et de classer l'effort des programmes de tous les pays en allant du plus fort au plus faible. Toutefois, un tel classement ne se justifie pas en ce qui concerne ces notes. Bien que toutes les personnes interrogées aient rempli le même questionnaire, il est probable que dans chaque pays ces personnes aient appliqué des normes différentes en matière d'évaluation de l'effort. Une étude séparée sera effectuée en 2001 afin d'amener les experts internationaux à comparer l'effort des programmes dans toute une série de pays.

A ce stade, il est important de reconnaître que les notes IPS des pays doivent être interprétées parallèlement à d'autres résultats d'études telles que les évaluations des Groupes thématiques, les examens à mi-parcours des programmes nationaux, et les résultats d'évaluations thématiques.

RESULTATS

Les résultats de l'analyse de la mise en œuvre complète de l'IPS dans 40 pays sont présentés ci-dessous. Cette analyse a révélé que les personnes interrogées n'avaient pas bien compris le classement de la composante droits de l'homme. Cette dernière est actuellement en révision de même que la composante juridique et réglementaire et sera évaluée lors de réunions dans les pays en 2001. Ainsi, les résultats suivants ne comprennent pas la composante droits de l'homme.

IPS POUR LA POLITIQUE ET LES PROGRAMMES EN 2000

Les résultats concernant les composantes politique et programmatique de l'IPS figurent à l'Annexe C. Toutes les notes ont un minimum de zéro, indiquant l'absence d'effort, et un maximum de 100, pour l'effort maximum possible. Dans la réalité, les notes de chaque composante pour les pays individuels vont d'un minimum de 15 à un maximum de 93.

Profil de l'effort des programmes

Les notes moyennes par composante et par région sont indiquées à la Figure 2. La totalité des cinq régions montrent le même schéma d'effort par composante. La cohérence remarquable du schéma à travers toutes les régions montre que tous les pays du monde rencontrent des problèmes similaires lorsqu'il s'agit de faire face à l'épidémie, quelle que soit leur approche.

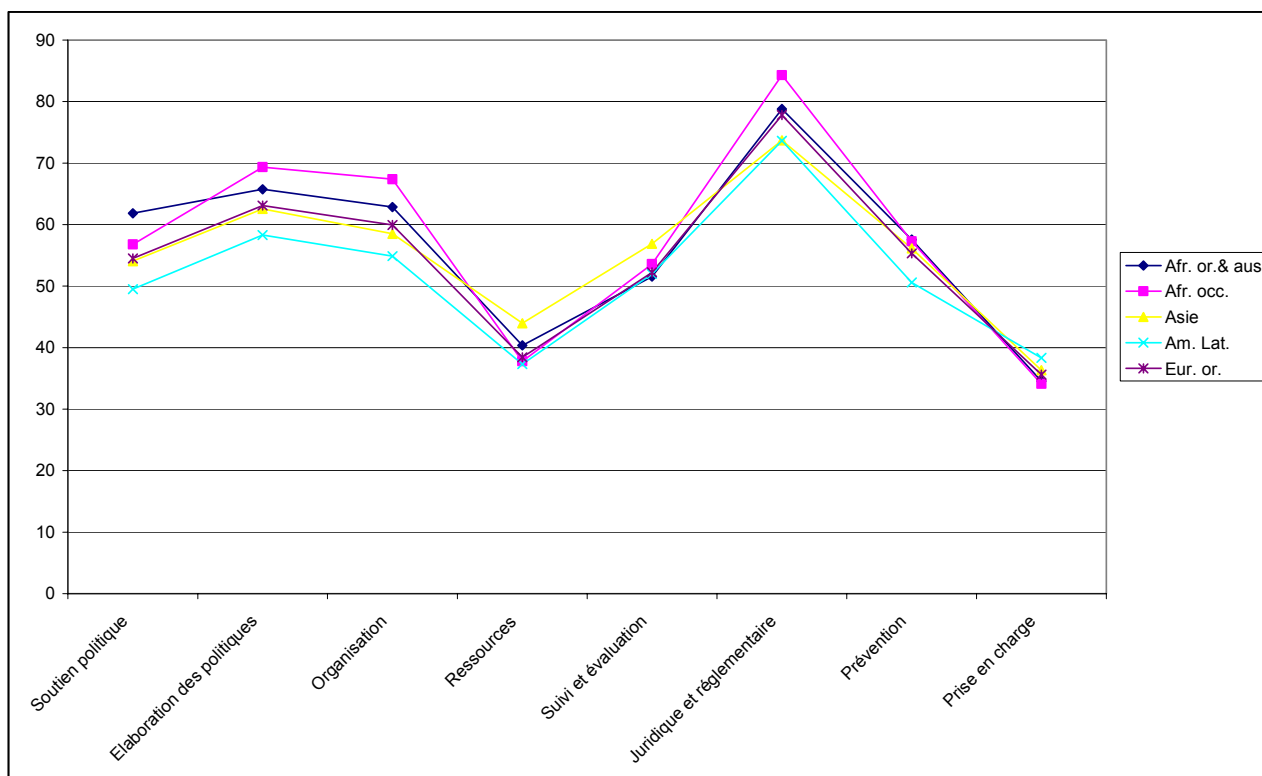


Figure 2. Indice de l'effort des Programmes de lutte contre le SIDA par composante et par région - 2000

- On juge que les programmes font un travail particulièrement bon pour ce qui est des questions juridiques et réglementaires lorsqu'ils obtiennent des notes dépassant 70 sur 100. Cela indique que les lois, les règlements et les pratiques soutiennent généralement des interventions efficaces. Par exemple, dans la plupart des pays, la publicité sur le préservatif est autorisée et il y a peu de restrictions en ce qui concerne les bénéficiaires des services anti-IST.
- L'élaboration des politiques est jugée bonne. Dans la plupart des pays, les personnes interrogées ont signalé l'existence de politiques et d'une législation officielles qui établissaient des buts et stratégies programmatiques, organisaient un effort multisectoriel et impliquaient diverses parties prenantes dans le dialogue politique.
- Les programmes de prévention ont aussi obtenu des notes relativement bonnes, démontrant ainsi que dans la plupart des pays les personnes interrogées estimaient que les principales composantes d'un programme efficace étaient en place.
- L'organisation et la structure des programmes nationaux ont aussi été jugées relativement bonnes. La plupart des pays ont établi un programme national officiel et s'efforcent d'y inclure des organisations non gouvernementales et des représentants.
- Les ressources (le financement) et la prise en charge ont obtenu les notes les moins bonnes. La plupart des personnes interrogées estimaient que le financement du programme était inadéquat et la prise en charge insuffisante pour faire face aux besoins.
- Il est intéressant de noter que les composantes élaboration des politiques et contexte juridique et réglementaire obtiennent de meilleures notes que l'engagement politique. Cela indique que, dans de nombreux cas, l'absence d'engagement politique n'empêche pas forcément l'élaboration d'un cadre politique et juridique pour un programme de lutte contre le SIDA, particulièrement lorsqu'une aide internationale importante est fournie. Toutefois, les notes concernant les ressources et la prise en charge sont bien inférieures à celles de l'engagement politique. Comme le financement de la prise en charge provient généralement des ressources nationales, tandis que dans de nombreux pays les contributions des donateurs aident à payer la prévention, cela pourrait indiquer qu'un engagement politique est nécessaire pour mobiliser les ressources nationales et financer la prise en charge.

EVOLUTION DE L'IPS POUR LA POLITIQUE ET LES PROGRAMMES DE 1998 A 2000

La Figure 3 indique l'évolution des notes par composante et par région de 1998 à 2000. Les personnes interrogées ont jugé que l'engagement politique et l'élaboration des politiques s'étaient fortement accrus au cours des deux dernières années, particulièrement en Afrique orientale et australe. Un certain nombre de pays d'Afrique orientale et australe ont adopté et mis en œuvre de nouvelles politiques nationales en matière de VIH/SIDA, notamment l'Ethiopie, le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe. En outre, de plus en plus de dirigeants parlent du VIH/SIDA. Cet accroissement a fait passer les notes de l'engagement politique et de l'élaboration des politiques d'environ 40 sur 100 à près de 60 sur 100. Les notes concernant les autres composantes ont également augmenté, mais dans une moindre mesure.

Les notes élevées obtenues par la composante juridique/réglementaire s'expliquent par le fait que cinq des éléments les mieux notés font partie de cette composante. Dans la plupart des pays, les personnes interrogées ont signalé que les programmes de fourniture de préservatifs bénéficiaient d'un bon soutien. Cinq des éléments les mieux notés ont trait au contexte juridique et à la distribution de préservatifs.

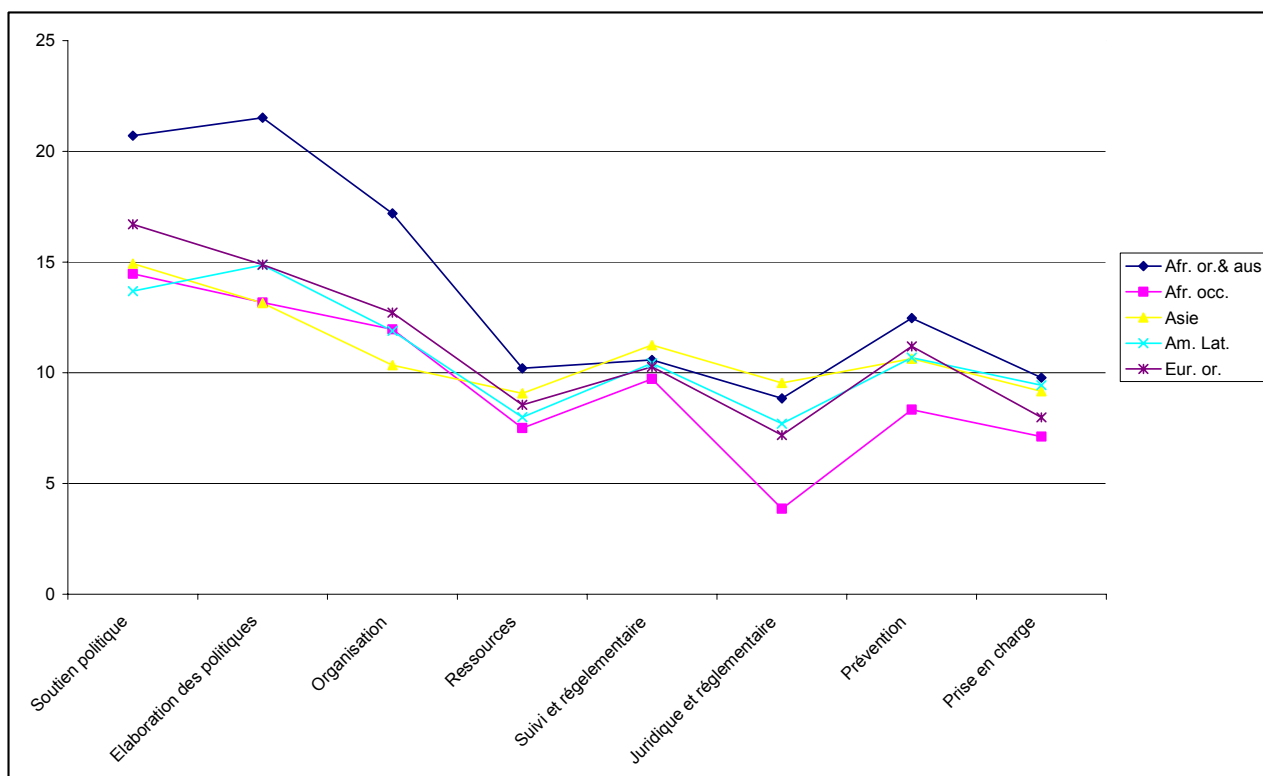


Figure 3. Evolution de l'IPS de 1998 à 2000 par composante et par région

Eléments ayant obtenu les meilleures et les plus mauvaises notes

Les 10 éléments ayant reçu les meilleures notes dans tous les pays figurent au Tableau 2. Les notes élevées obtenues par la composante juridique/réglementaire s'expliquent par le fait que cinq des éléments ayant obtenu les meilleures notes appartiennent à cette composante. Dans la plupart des pays, les personnes interrogées ont signalé que les programmes de fourniture de préservatifs bénéficiaient d'un bon soutien. Cinq des éléments ayant obtenu les meilleures notes concernent le contexte juridique et la distribution de préservatifs.

Tableau 2. Les éléments ayant obtenu les meilleures notes dans tous les pays

Composante	Élément	Note (0-5)
Juridique/réglementaire	Il n'y a pas de restrictions à l'importation de préservatifs.	4,28
Juridique/réglementaire	La publicité sur le préservatif est autorisée.	4,27
Juridique/réglementaire	Il n'y a pas de restrictions à la distribution de préservatifs.	4,11
Juridique/réglementaire	Il n'y a pas de restrictions quant aux bénéficiaires des services anti-IST.	4,09
Structure administrative	Le Directeur du Programme de lutte contre le SIDA est nommé à temps complet et dépend d'un fonctionnaire supérieur en haut lieu.	3,62
Elaboration des politiques	Il existe des buts programmatiques officiels.	3,52
Prévention	Directives pour réduire le risque de transmission du VIH aux agents de santé.	3,45
Juridique et réglementaire	Les procédures d'enregistrement des ONG sont claires, simples et équitables.	3,44
Prévention	Programme de marketing social du préservatif.	3,33
Prévention	Système logistique fonctionnel pour les préservatifs.	3,26

Par contre, le Tableau 3 montre les dix éléments ayant obtenu les notes les plus faibles dans tous les pays. La plupart de ces éléments font partie des composantes prise en charge et ressources. Les éléments ayant trait à la mise en œuvre des ensembles de soins exhaustifs et essentiels figurent parmi les dix éléments ayant obtenu le moins de points. La plupart des personnes interrogées ont estimé que les ressources domestiques étaient inadéquates. Les deux composantes sont étroitement liées, car la plupart des soins sont financés par des ressources domestiques.

Tableau 3. Les dix éléments ayant obtenu les notes les plus faibles dans tous les pays

Composante	Élément	Note (0-5)
Prise en charge	Il existe un programme exhaustif destiné à fournir le soutien nécessaire aux orphelins du SIDA.	1,15
Prise en charge	Un ensemble exhaustif de soins et de soutien est fourni par le système national de santé tout entier. Il comprend tous les éléments de l'ensemble intermédiaire plus la thérapie antirétrovirale, le diagnostic et le traitement des infections à mycobactéries atypiques, de l'infection à cytomégalovirus, de la tuberculose multirésistante, de la toxoplasmose et des cancers associés au VIH.	1,16
Ressources	Le secteur privé joue un rôle significatif dans le financement des programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA.	1,21
Ressources	Un financement adéquat est disponible pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.	1,25
Ressources	Un financement adéquat est disponible pour les programmes d'atténuation des impacts du SIDA.	1,53
Prise en charge	Un ensemble intermédiaire de soins et de soutien est fourni par le système national de santé tout entier. Il comprend tous les éléments de l'ensemble essentiel plus la gestion renforcée de la tuberculose (recherche active des cas parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA, diagnostic amélioré de la tuberculose extrapulmonaire, et prophylaxie de la tuberculose), la prophylaxie par le cotrimoxazole, les antifongiques systémiques, le traitement du sarcome de Kaposi par des médicaments essentiels et le traitement chirurgical du cancer du col utérin.	1,87
Ressources	Un financement adéquat est disponible pour les programmes publics de prévention.	1,90
Prévention	Programmes de prévention de la transmission mère-enfant par la fourniture de test, de conseil, de traitement antirétroviral, et programmes d'alimentation des nourrissons.	2,08
Evaluation et recherche	Il existe un système de surveillance des comportements, qui fonctionne de manière régulière.	2,08
Prise en charge	Un ensemble essentiel de soins et de soutien est fourni par le système national de santé tout entier. Les ensembles essentiels comprennent le conseil et le test VIH volontaires, le soutien psychosocial, les soins palliatifs, le traitement de la pneumonie, de la candidose orale et vaginale, et de la tuberculose pulmonaire, ainsi que la fourniture réglementée de soins, en particulier de la tuberculose, des IST et des options de soins de pointe.	2,15

DISPONIBILITE DES SERVICES

La Figure 4 indique les notes obtenues pour la disponibilité des services par région. Les notes par pays figurent à l'Annexe D. Ces notes représentent la proportion de la population appropriée de la capitale ayant accès à chacun des services. L'accès à la sécurité sanguine est jugé très bon dans toutes les régions. Il existe des problèmes considérables pour ce qui a trait à tous les autres services. L'accès aux préservatifs, aux services anti-IST et à l'information sur les IST est élevé en comparaison des autres services, mais n'atteint qu'environ 50% de la population. Les autres services (conseil et test volontaires, prise en charge, soutien, services pour les jeunes et services de prévention de la transmission mère-enfant) ne sont disponibles que pour un tiers environ de la population appropriée. Les programmes d'échange de seringues (PES) ne sont largement disponibles dans aucun pays, même en Europe orientale où la consommation de drogues injectables est une importante voie de transmission.

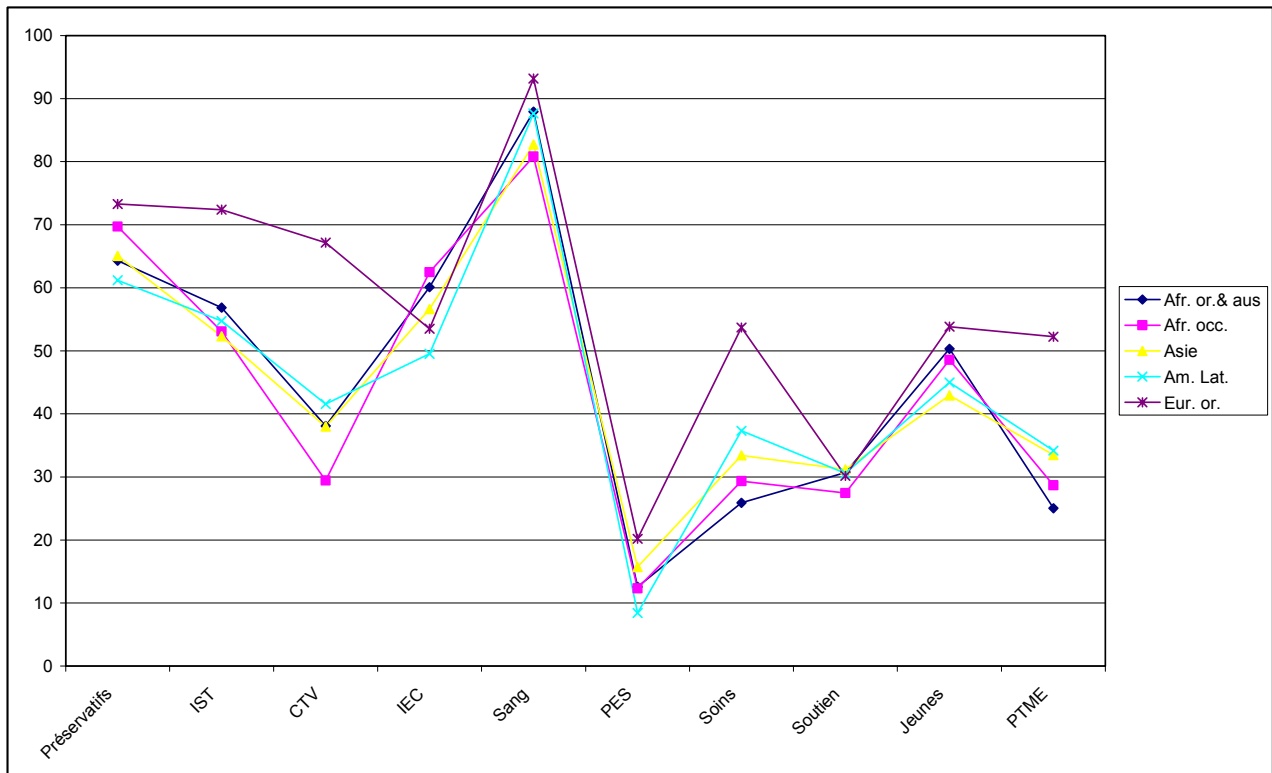


Figure 4. Disponibilité des services dans la capitale par région - 2000

La Figure 5 décrit l'accès dans la capitale. L'accès est généralement moins élevé dans les autres zones urbaines et les zones rurales. On a demandé aux personnes interrogées d'évaluer l'accès dans les autres zones urbaines et dans les zones rurales par rapport à la capitale. Lorsqu'une moyenne est établie pour la disponibilité de tous ces services en tenant compte de la réduction de la disponibilité dans les zones situées hors de la capitale (moyenne pondérée par la répartition géographique de la population), on observe le schéma indiqué à la Figure 5 et à l'Annexe E. Il s'agit de la proportion de la population nationale ayant accès aux services de prévention et de prise en charge. D'après ces calculs, environ 50% de la population urbaine a accès aux services, mais 25% seulement de l'ensemble de la population a un accès raisonnable à ces services, ce qui laisse à penser qu'une importante amélioration est nécessaire afin de fournir l'accès à des services de base pour la prévention et la prise en charge, même dans les capitales, mais d'autant plus dans les autres zones urbaines et les zones rurales. Les services fournis dans les zones rurales sont particulièrement médiocres en Afrique et en Amérique latine.

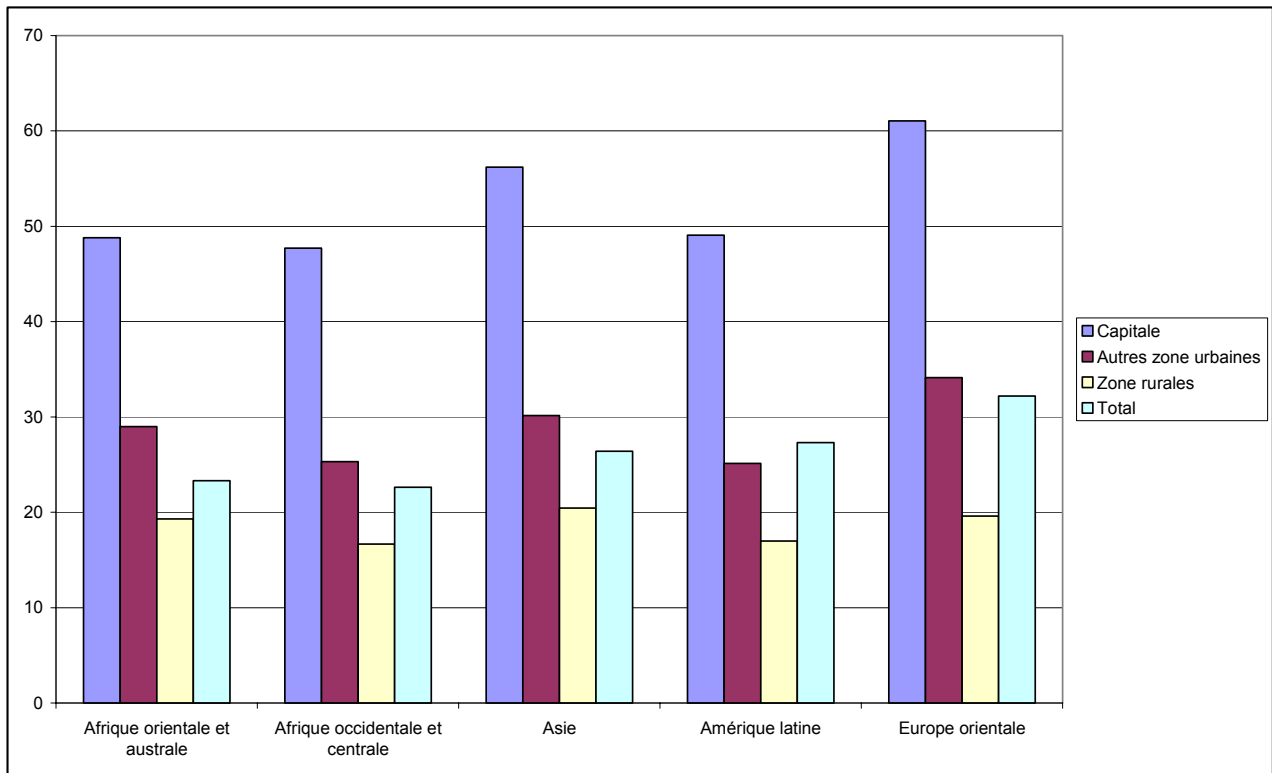


Figure 5. Disponibilité des services par zone et par région - 2000

LA CONTRIBUTION DES NATIONS UNIES ET DES AUTRES ORGANISMES INTERNATIONAUX

Le questionnaire IPS mesure également la contribution des Nations Unies et des autres organismes internationaux à l'effort des programmes nationaux. La contribution des organismes des Nations Unies est évaluée dans une section spéciale du questionnaire réservée à l'impact des organismes des Nations Unies. En outre, des questions sur le rôle des organismes internationaux ont été incluses dans chacune des composantes sur les politiques et les programmes. Ces éléments ont été extraits et examinés séparément afin de déterminer la contribution de tous les organismes internationaux. Les résultats étaient quasi identiques aux résultats obtenus pour les organismes des Nations Unies.

La contribution des organismes des Nations Unies à l'effort des programmes par région et par année est indiquée à la Figure 6. En général, les personnes interrogées ont jugé que les organismes des Nations Unies et autres organismes internationaux avaient fortement contribué à l'effort national. En 2000, les notes sont d'au moins 60 sur 100 dans toutes les régions. Ces notes sont légèrement plus élevées que les notes concernant l'effort domestique. Les organismes des Nations Unies et autres organismes internationaux contribuent davantage en Afrique que dans les autres régions, mais leur contribution est partout significative. Cette dernière s'est accrue de manière notable entre 1998 et 2000 dans toutes les régions, les augmentations les plus importantes étant enregistrées en Europe orientale, région qui avait obtenu les notes les plus faibles en 1998.

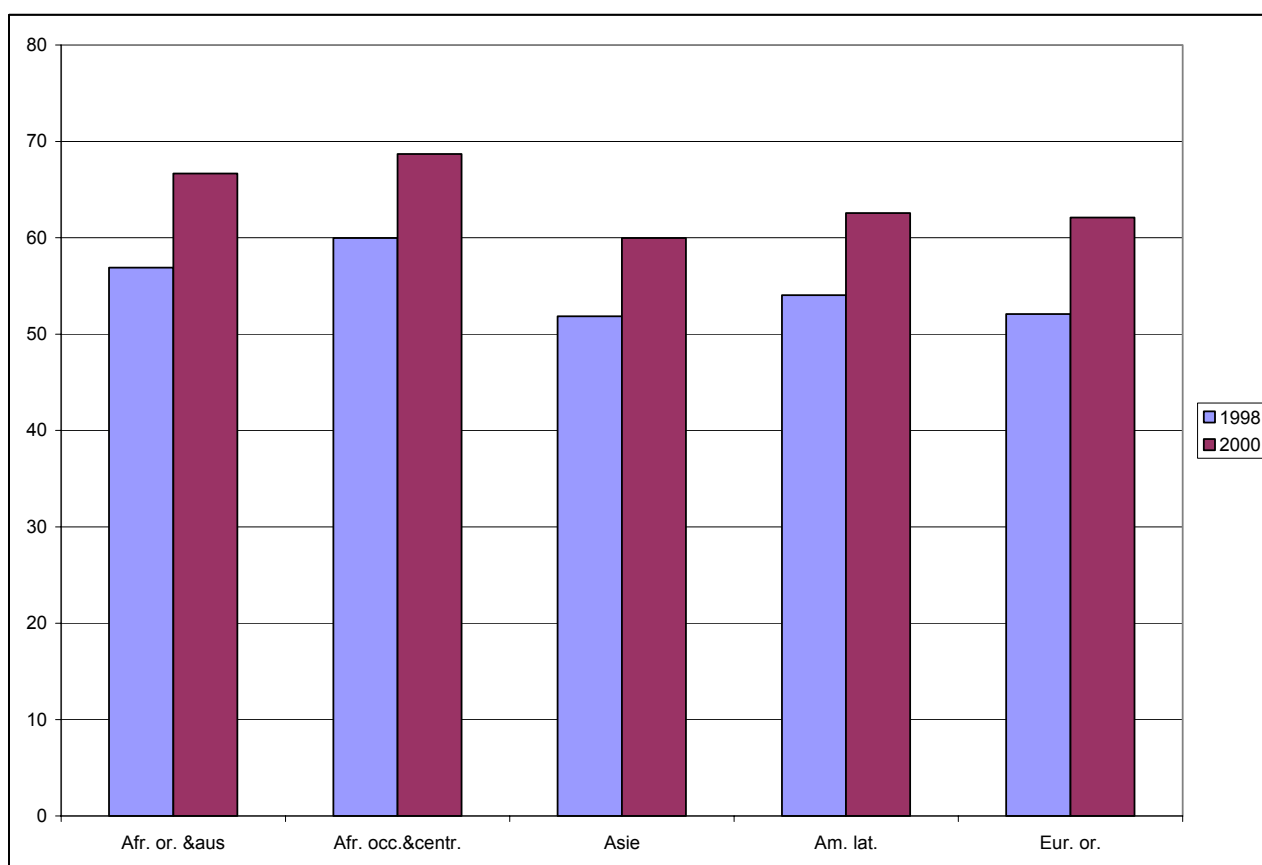


Figure 6. La contribution des organismes des Nations Unies à l'effort des programmes

La contribution des organismes des Nations Unies par composante et par année est indiquée à la Figure 7. La contribution pour toutes les composantes à l'exception de la prise en charge est uniformément élevée en 2000. Les augmentations entre 1998 et 2000 avaient tendance à être supérieures dans les zones les plus déshéritées, de sorte qu'en 2000 la contribution est à peu près égale à travers toutes les composantes à l'exception de la prise en charge. Le soutien pour la prise en charge a obtenu des notes bien inférieures par rapport aux autres composantes.

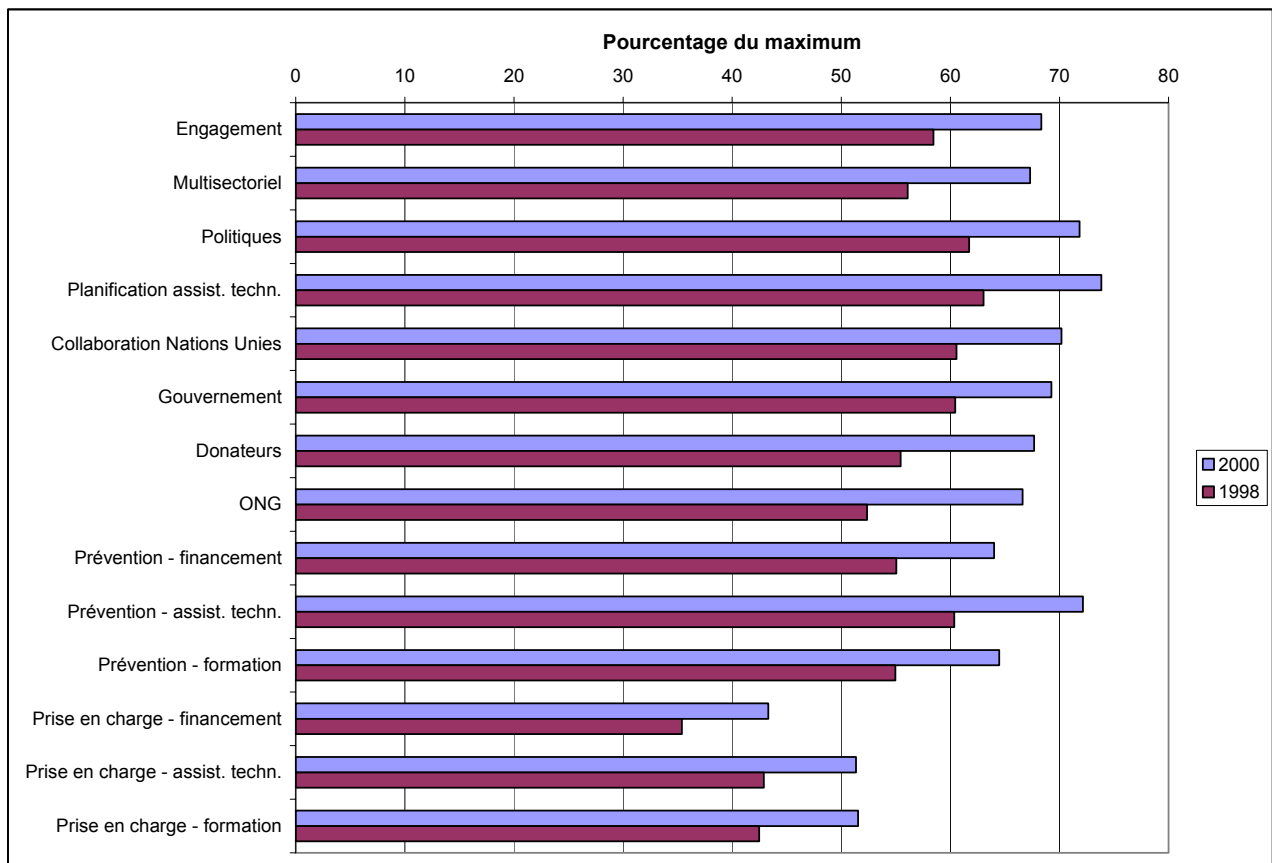


Figure 7. La contribution des organismes des Nations Unies par type d'assistance – 1998 et 2000

CONCLUSIONS

1. Tous les pays étudiés ont déployé au moins un effort raisonnable. Aucun pays n'a reçu une note totale (moyenne de toutes les composantes) inférieure à 39. D'autre part, aucun pays n'a obtenu une note totale supérieure à 77. L'effort laisse donc encore beaucoup à désirer dans tous les pays.
2. Les personnes interrogées ont jugé que les efforts avaient surtout été déployés dans les domaines juridique et politique. Les meilleures notes ont été attribuées à la structure juridique et réglementaire et à l'élaboration des politiques. Toutefois, même dans ces domaines, une importante amélioration est requise, principalement pour que la structure juridique en place soit utilisée pour protéger les droits des personnes affectées par le VIH/SIDA.
3. L'engagement politique des dirigeants nationaux pour affronter le VIH/SIDA a été la préoccupation majeure pour de nombreuses personnes. Dans le passé, l'engagement était faible, ce qui a affecté les programmes de diverses manières. Au cours des deux dernières années, toutefois, l'engagement politique s'est accru davantage que toute autre composante. L'accroissement a été particulièrement marqué en Afrique orientale et australe. Bien que l'engagement politique soit toujours insuffisant dans de nombreux domaines, il est encourageant de noter qu'il s'est accru au cours de ces dernières années.
4. Les ressources représentent l'un des domaines les plus faibles. Bien que les personnes interrogées aient trouvé que les ressources avaient augmenté au cours des deux dernières années, l'augmentation était tout à fait modeste en comparaison des autres composantes. L'accroissement de l'engagement politique n'a pas entraîné une augmentation similaire des ressources.
5. L'IPS montre tout à fait clairement que l'effort fourni pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA est la composante la plus faible de la plupart des programmes. La prise en charge est la composante ayant obtenu la note la plus faible dans toutes les régions et les éléments concernant la disponibilité des services liés à la prise en charge ont reçu la note la plus faible.

6. La disponibilité des services est un problème majeur dans la plupart des pays. Même dans les capitales, la majorité de la population n'a pas accès à la plupart des services. Les meilleures notes ont été attribuées à la sécurité transfusionnelle, aux préservatifs, et aux services anti-IST. Tous les autres services atteignent moins de la moitié de la population appropriée. La situation est encore pire dans les autres zones urbaines et les zones rurales.
7. Les organismes des Nations Unies et autres donateurs internationaux contribuent de manière significative à l'effort des programmes. Les personnes interrogées ont jugé que l'assistance internationale était un facteur positif dans la plupart des programmes nationaux. La contribution la plus élevée concerne les politiques, la planification et la prévention et la plus faible concerne la prise en charge.

PROCHAINES ETAPES

Les informations contenues dans ce rapport ainsi qu'un profil de pays seront fournis à chaque pays participant. Chaque pays sera encouragé à examiner ces résultats et à discuter de leurs implications dans le but d'améliorer l'effort de son programme.

Une nouvelle composante droits de l'homme et juridique/réglementaire est en cours d'élaboration. Elle sera évaluée pour chaque pays et ajoutée au profil global.

Une étude distincte ayant pour but de comparer l'effort des programmes nationaux est en cours. Cette activité pourrait avoir pour résultat des notes comparables sur le plan international, selon la validité des tests, et permettra en fin de compte à chaque pays d'établir une comparaison avec les autres pays de sa région. En outre, d'autres activités doivent également être déployées afin d'apprécier la validité de l'IPS en matière d'évolution dans le temps.

Références

- Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani and James C. Knowles. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: The Evaluation Project.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin and James F. Phillips. 1990. "The demographic impact of family planning programs." *Studies in Family Planning* 21,6:299-310.
- Bongaarts, John. 1994. "The impact of population policies: Comment". *Population and Development Review* 20,3:616-620.
- Bulatao, Rodolfo. 1993. *Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: Banque mondiale.
- Camp, Sharon L. and Joseph J. Speidel. 1987. "Access to birth control: A world assessment." *Population Briefing Paper*, No . 19. Washington, DC: Population Crisis Committee.
- Casetti, Emilio. 1991. "The investigation of parameter drift by expanded regressions: Generalities, and a family planning example." *Environment and Planning* 23: 1,045-1,061.
- Casetti, Emilio. 1992. "Bayesian regression and the expansion method." *Geographical Analysis* 24,1 58-74.
- Entwisle, Barbara, William Mason and Albert Hermalin. 1986. "Multilevel dependence of contraceptive use on socioeconomic development and family planning program strength." *Demography* 23, 2: 199-216.
- Jain, Anrudh K. 1989. "Fertility reduction and the quality of family planning services." *Studies in Family Planning* 20, 1:1-16.
- Knight, Rodney J. and Amy Tsui. 1998. *Family Planning Sustainability at the Outcome and Program Levels*. Chapel Hill, NC: The EVALUATION Project, Carolina Population Center.
- Mauldin, W. Parker and John A. Ross. 1994. "Prospects and programs for fertility reduction, 1990-2015." *Studies in Family Planning* 25,2: 77-95.
- Mauldin, W. Parker, John A. Ross, John Kekevole, Barkat-e-Khuda and Abul Barkat. 1995. "Direct and judgmental measures of family planning program inputs." *Studies in Family Planning* 26,5 :287-295.
- Núñez, Cesar A., Patricio Murgueytio and John Stover. 1999. *The AIDS Policy Environment Score: Measuring the Degree to Which the Policy Environment in Central America Supports Effective Policies and Programs for HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care: 1998 Follow-up Results*. Glastonbury, CT: The Futures Group International.
- Ness, Gayl and Hiro Ando. 1984. *The Land is Shrinking: Population Planning in Asia*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
- Pritchett, Lant H. 1994. "Desired fertility and the impact of population policies." *Population and Development Review* 20,1: 1-55.
- Ross, John A., Donald J. Lauro, Joe D. Wray and Allan G. Rosenfield. 1987. "Community-based distribution." In *Organizing for Effective Family Planning Programs*; Eds. Robert J. Lapham and George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press. Pp 343-366.
- Ross, John A. and Parker Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-94." *Studies in Family Planning* 27, 3:137-147.
- Ross, John A. and John Stover. Forthcoming. "Family Planning Program Effort: The 1999 Round", *Studies in Family Planning*.
- Schultz, T.P. 1994. "Human capital, family planning and their effects on population growth." *American Economic Review* 84,2: 255-260.
- Shoen, Amy, William Schellsede and Bonnie Derr. 1987. "Contraceptive social marketing." In *Organizing for Effective Family Planning Programs*; Eds. Robert J. Lapham and George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press. Pp 367-390.

Stover, John. 1999. *The AIDS Program Effort Index (API): Results from the Field Test*. Washington, DC:: The POLICY Project, The Futures Group International.

I. SOUTIEN POLITIQUE

1. Il existe un soutien de haut niveau de la part du gouvernement national en faveur de politiques et de programmes efficaces.
2. L'opinion publique soutient des politiques et programmes efficaces.
3. Les hauts fonctionnaires du gouvernement hors du ministère de la santé reconnaissent que le SIDA/les IST sont un problème prioritaire.
4. Les principales organisations religieuses soutiennent des politiques et programmes efficaces.
5. Les dirigeants du secteur privé soutiennent des politiques et programmes efficaces.
6. Il existe des activités locales destinées aux dirigeants politiques et communautaires de haut niveau afin de développer un soutien à des programmes efficaces de lutte contre le SIDA.
7. Les décideurs politiques sont conscients que l'amélioration de la condition sociale et économique des femmes est importante pour la prévention du SIDA.
8. Les organisations internationales ont contribué de manière significative au renforcement de l'engagement politique des dirigeants de haut niveau.

II. ELABORATION DES POLITIQUES

1. Il existe une politique nationale favorable.
2. Il existe des buts programmatiques officiels.
3. Il existe des stratégies spécifiques et réalistes pour atteindre les buts du programme.
4. Il existe un organe national de coordination, qui fonctionne de manière efficace.
5. Outre le ministère de la santé, d'autres ministères participent à l'élaboration des politiques.
6. Le dialogue politique et l'élaboration des politiques impliquent les ONG, les dirigeants communautaires, les représentants du secteur privé, les groupes de femmes et les groupes ayant des intérêts particuliers.
7. Les organisations internationales ont facilité l'élaboration des politiques en fournissant une assistance technique et des directives.
8. Les organisations internationales ont facilité la planification en fournissant une assistance technique et des directives.

III. STRUCTURE ADMINISTRATIVE

1. Le Programme de lutte contre le SIDA ou la Commission nationale du SIDA figure à un échelon élevé de la structure du gouvernement.
2. Le Directeur du Programme de lutte contre le SIDA est nommé à temps complet et dépend d'un fonctionnaire supérieur en haut lieu.
3. Une approche multisectorielle a été mise en œuvre et fonctionne bien.
4. Le secteur privé est officiellement inclus dans le Programme de lutte contre le SIDA.
5. Des efforts sont faits pour assurer la participation de la communauté.
6. La coordination est bonne entre les activités du gouvernement national, du gouvernement local, des ONG, du secteur privé et des donateurs internationaux.

IV. RESSOURCES DU PROGRAMME

1. Les ressources sont attribuées selon des directives établissant des priorités.
2. Les décisions sur l'attribution des ressources sont fondées sur des considérations liées au rapport coût/efficacité des interventions.
3. Le financement actuel peut être utilisé avec souplesse pour soutenir de nouveaux programmes efficaces.
4. Un financement adéquat est disponible pour les programmes publics de prévention.
5. Un financement adéquat est disponible pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
6. Un financement adéquat est disponible pour les programmes d'atténuation des impacts du SIDA.
7. Le secteur privé joue un rôle significatif dans le financement des programmes de prévention et de prise en charge.
8. Les organisations internationales ont fourni une part significative du financement des programmes de prévention.
9. Les organisations internationales ont fourni une part significative du financement des programmes de prise en charge.

V. EVALUATION, SUIVI ET RECHERCHE

1. Des plans d'opérations et des plans financiers ont été élaborés et correspondent aux objectifs et aux cibles.
2. Les résultats de l'évaluation et de la recherche sont activement utilisés pour l'élaboration des politiques et la planification du programme.
3. Des mécanismes et des structures pour le suivi et l'évaluation, tels qu'un service officiel d'évaluation, existent au sein du programme.
4. Des études spéciales sont effectuées si nécessaire pour améliorer le programme.
5. Il existe un système de surveillance sentinelle de l'infection à VIH, qui fonctionne de manière régulière.
6. Il existe un système de surveillance des comportements, qui fonctionne de manière régulière.

VI. CONTEXTE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE

1. La publicité sur le préservatif est autorisée.
2. Il n'y a pas de restrictions à l'importation des préservatifs.
3. Il n'y a pas de restrictions à la distribution des préservatifs.
4. Il n'y a pas de restrictions en ce qui concerne les bénéficiaires des services anti-IST.
5. Les procédures d'enregistrement des ONG sont claires, simples et équitables.
6. Le viol, la maltraitance sexuelle et la violence domestique sont perçus comme des infractions graves et les coupables sont poursuivis de manière adéquate.
7. Des conférences internationales, des documents, des directives, des pactes, des conventions et des traités ont été incorporés dans la législation nationale ou ont contribué à la réforme juridique et réglementaire.

VII. PROGRAMMES DE PREVENTION

1. Directives pour la réduction du risque de transmission du VIH aux agents de santé.
2. Un programme actif pour promouvoir la déclaration exacte du VIH/SIDA par les médias.
3. Des moyens logistiques fonctionnels concernant les médicaments pour le traitement des IST et des infections opportunistes.
4. Des moyens logistiques fonctionnels concernant les préservatifs.
5. Un programme de marketing social du préservatif.
6. Des programmes de prévention spéciaux pour les groupes à haut risque.
7. Des services de conseil et de test confidentiels.
8. Une éducation à la vie de famille destinée aux jeunes.
9. Des programmes de prévention de la transmission mère-enfant par la fourniture de tests, de conseil, de traitement antirétroviral et de programmes d'alimentation des nourrissons.
10. Un programme national d'information, éducation et communication (IEC).
11. Un programme de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables (notamment échange de seringues, traitement de substitution, éducation par les pairs, promotion du préservatif, réduction de la demande et prévention).
12. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont officiellement incluses dans le programme.
13. Les programmes internationaux ont contribué de manière significative à la formation du personnel local des programmes de prévention.
14. La recherche internationale a contribué de manière significative à l'élaboration d'interventions programmatiques.
15. Les organisations internationales ont collaboré à l'élaboration et la mise en œuvre du programme par le biais d'une assistance technique et de directives.

VIII. PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE

1. Il existe des politiques et des directives mises à jour pour la prise en charge et le soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
2. Un ensemble essentiel de soins et de soutien est fourni par le système national de santé tout entier. L'ensemble essentiel comprend le conseil et le test VIH volontaires, le soutien psychosocial, les soins palliatifs, le traitement de la pneumonie, de la candidose orale et vaginale, et de la tuberculose pulmonaire, ainsi que la fourniture de soins réglementée, en particulier pour la tuberculose, les IST et les options de soins de pointe.
3. Un ensemble intermédiaire de soins et de soutien est fourni par le système national de santé tout entier. Il comprend tous les éléments de l'ensemble essentiel plus la gestion renforcée de la tuberculose

(recherche active des cas parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA, diagnostic amélioré de la tuberculose extrapulmonaire et prophylaxie de la tuberculose), la prophylaxie par le cotrimoxazole, les antifongiques systémiques, le traitement du sarcome de Kaposi par des médicaments essentiels et le traitement chirurgical du cancer du col utérin.

4. Un ensemble exhaustif de soins et de soutien est fourni par le système national de santé tout entier. Il comprend tous les éléments de l'ensemble intermédiaire plus la thérapie antirétrovirale, le diagnostic et le traitement des infections à mycobactéries atypiques, de l'infection à cytomégalovirus, de la tuberculose multirésistante, de la toxoplasmose et des cancers associés au VIH.
5. Il existe un programme exhaustif destiné à fournir le soutien nécessaire aux orphelins du SIDA.
6. Les programmes internationaux ont contribué de manière significative à la formation du personnel local travaillant dans les programmes de prise en charge.
7. La recherche internationale a contribué de manière significative à la création de programmes de prise en charge.
8. Les organisations internationales ont collaboré de manière significative à la création et la mise en œuvre de programmes par le biais d'une assistance technique et de directives.

X. DISPONIBILITE DES SERVICES

1. Quel pourcentage des adultes sexuellement actifs de la capitale a un accès raisonnablement aisé aux services suivants ?
2. Préservatifs,
3. Traitement des IST,
4. Conseil et test volontaires,
5. Programmes IEC sur la prévention du VIH.
6. Quel pourcentage des transfusions sanguines de la capitale fait l'objet d'un examen systématique ?
7. Quel pourcentage des consommateurs de drogues injectables de la capitale a un accès raisonnablement aisé aux programmes d'échange de seringues ?
8. Quel pourcentage des personnes séropositives au VIH de la capitale a un accès raisonnablement aisé à des soins médicaux de qualité pour des problèmes liés au VIH ?
9. Quel pourcentage des personnes séropositives au VIH de la capitale a un accès raisonnablement aisé à un soutien familial et personnel pour faire face aux conséquences du VIH ?
10. Quel pourcentage des jeunes de la capitale a un accès raisonnablement aisé à l'information sur les pratiques sexuelles sans risque ?
11. Quel pourcentage des femmes enceintes de la capitale a un accès raisonnablement aisé aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant ?
12. Les services dans les autres zones urbaines sont-ils comparables à ceux de la capitale ?
13. Les services dans les zones rurales sont-ils comparables à ceux de la capitale ?

XI. ROLE DES NATIONS UNIES

1. Les organismes des Nations Unies ont contribué de manière significative au renforcement de l'engagement politique des hauts dirigeants.
2. Les organismes des Nations Unies ont contribué de manière significative à l'augmentation du nombre et du type d'organisations participant à la riposte au VIH/SIDA.
3. Les organismes des Nations Unies ont facilité l'élaboration de politiques en fournissant une assistance technique et des directives.
4. Les organismes des Nations Unies ont facilité la planification en fournissant une assistance technique et des directives.
5. Les organismes des Nations Unies collaborent efficacement entre eux en matière de VIH/SIDA.
6. Les organismes des Nations Unies et le gouvernement national collaborent efficacement en matière de VIH/SIDA.
7. Les organismes des Nations Unies et les donateurs bilatéraux collaborent efficacement en matière de VIH/SIDA.
8. Les organismes des Nations Unies et les organisations non gouvernementales (notamment les organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA) collaborent efficacement en matière de VIH/SIDA.
9. Les organismes des Nations Unies ont financé de manière significative les programmes de prévention du VIH/SIDA.
10. Les organismes des Nations Unies ont collaboré à la création et la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH/SIDA par le biais d'une assistance technique et de directives.

11. Les organismes des Nations Unies ont contribué de manière significative à la formation du personnel local travaillant dans les programmes de prévention du VIH/SIDA.
12. Les organismes des Nations Unies ont financé de manière significative les programmes de prise en charge du VIH/SIDA.
13. Les organismes des Nations Unies ont collaboré à la création et la mise en œuvre de programmes de prise en charge du VIH/SIDA par le biais d'une assistance technique et de directives.
14. Les organismes des Nations Unies ont contribué de manière significative à la formation de personnel local travaillant dans les programmes de prise en charge du VIH/SIDA.

Annexe B. Les consultants nationaux qui ont mis en œuvre l'IPS

Pays	Consultant	Nombre de personnes interrogées
Afrique du Sud	Paddy Sipho Nhlapo	17
Bélarus	Irina Albertovna Mironova	25
Bénin	Edouard Wallace	28
Brésil	Euclides Ayres de Castilho	39
Burkina Faso	A. Yvonne Tavi-Outtara	20
Chine	Ruotao Wang	21
Côte d'Ivoire	Grazia Tibaldeschi	30
El Salvador	Ada Auxiliadora Orellana Gonzalez	32
Ethiopie	Melaku Rufael	23
Fédération de Russie	Elena Yakovlevna Mogilevskaya	18
Ghana	Christopher N.L. Tetteh	19
Guatemala	Sergio Aguilar	24
Guyana	Birchete Bonita Harris	27
Haïti	Marie-Dalberg La Fontant Pierre	25
Honduras	Edna Maradiaga	29
Indonésie	Chris Green	17
Kazakhstan	Margaret Stuart	28
Kenya	Sobie Mulindi.	28
Madagascar	Andriamahenina Ramamonjisoa	22
Malawi	Wilfred Alexander Chalamira Nkhoma	17
Mali	Ismaila Samba Traore	20
Mexique	José Romero	19
Mozambique	Luis Alberto Macave	17
Népal	Mahesh Pradhan	23
Nicaragua	Fernando Campos	27
Nigéria	Adiele Onyeze	26
Ouganda	Susan Kasedde	20
Panama	Rina Castro de Barba	25
Pérou	Ricardo Alberto Furman Wolf	24
Philippines	Tes Cucueco	25
Rép. dém. du Congo	Emile Bongo Beni	21
Rép. dominicaine	William Rafael Duke	30
Rép.-Unie de Tanzanie	Peter Riwa	22
Rwanda	Ruth Kornfield	28
Sénégal	Idrissa Diop	21
Ukraine	Oliyinyk Igor	19
Viet Nam	Dao Thi Khanh Hoa	27
Zambie	Jolly Kamwanga	19
Zimbabwe	David Munodawafa	23

Annexe C. Indice de l'effort des Programmes de lutte contre le SIDA par composante et par pays

	Soutien politique	Elaboration de politiques	Structure admin.	Res-sources du progr.	Eval., suivi, rech.	Juridique & réglem.	Progr. de prévention	Progr. de prise en charge
Afrique orientale et australe								
Afrique du Sud	60	57	67	35	42	74	46	28
Ethiopie	63	61	44	26	32	74	46	24
Kenya	63	70	70	42	47	81	58	32
Madagascar	53	58	59	43	51	81	58	21
Malawi	71	74	78	54	68	83	62	48
Mozambique	63	71	67	50	57	82	56	39
Ouganda	66	75	68	42	60	78	59	31
Rép.-Unie de Tanzanie	55	59	55	38	52	82	64	41
Rwanda	59	63	59	36	46	80	57	37
Zambie	64	60	56	35	53	74	56	29
Zimbabwe	61	72	67	43	61	81	73	52
Moyenne	62	66	63	40	52	79	58	35
Afrique occidentale et centrale								
Bénin	51	73	69	39	59	87	66	34
Burkina Faso	51	52	59	38	43	79	49	28
Côte d'Ivoire	55	64	70	35	56	83	60	41
Ghana	65	70	61	46	54	90	61	23
Mali	64	78	68	40	47	81	58	37
Nigéria	62	65	70	44	59	86	49	28
Rép. dém. du Congo	43	76	67	24	52	83	50	38
Sénégal	61	78	75	39	61	87	66	46
Moyenne	57	69	67	38	54	84	57	34
Asie								
Cambodge	56	61	59	47	59	75	52	47
Chine	50	61	51	38	57	57	53	37
Indonésie	47	58	51	37	47	68	50	23
Népal	48	52	52	36	47	74	46	15
Philippines	60	76	73	56	69	75	66	48
Viet Nam	63	66	64	50	63	93	70	47
Moyenne	54	63	59	44	57	74	56	36
Amérique latine								
Brésil	70	80	80	70	71	85	73	73
El Salvador	43	50	46	33	48	67	45	40
Guatemala	54	60	52	35	50	70	51	34
Guyana	36	45	35	25	22	74	37	19
Haïti	53	52	59	35	42	75	50	28
Honduras	52	66	61	47	67	75	55	46
Mexique	46	53	55	32	49	62	51	40
Nicaragua	40	54	51	24	49	77	41	29
Panama	53	53	48	31	43	76	44	43
Pérou	51	60	57	48	72	73	58	38
Rép. dominicaine	45	67	58	30	57	75	50	32
Moyenne	49	58	55	37	52	74	51	38
Europe orientale								
Bélarus	46	61	62	39	58	78	63	44
Fédération de Russie	35	56	45	28	38	78	57	43
Kazakhstan	42	45	49	25	41	77	52	17
Ukraine	43	57	48	20	46	82	52	24

	Soutien politique	Elaboration de politiques	Structure admin.	Res-sources du progr.	Eval., suivi, rech.	Juridique & réglem.	Progr. de prévention	Progr. de prise en charge
Moyenne	41	55	51	28	46	79	56	32
Moyenne générale	53	62	59	37	52	78	56	35

Annexe D. Notes attribuées à la disponibilité des services dans les capitales par pays et par service - 2000

	Préser- vatifs	IST	CTV	IEC	Sang	PES	Soins	Soutien	Jeunes	PTME
Afrique orientale et australe										
Afrique du Sud	37	32	28	25	92	23	17	18	41	10
Ethiopie	76	54	27	64	94	4	23	21	50	10
Kenya	62	61	31	58	92	0	38	37	38	25
Madagascar	68	61	38	52	90	15	14	14	49	28
Malawi	77	75	59	78	99	40	33	38	59	24
Mozambique	51	46	23	47	53	18	22	31	50	31
Ouganda	71	62	61	73	86	0	37	43	61	27
Rép.-Unie de Tanzanie	64	55	39	67	83	4	35	30	46	31
Rwanda	60	56	40	63	88	23	23	28	49	24
Zambie	66	51	36	60	94	0	17	49	57	30
Zimbabwe	75	75	40	73	97	12	33	35	50	37
Moyenne	64	57	38	60	88	13	27	31	50	25
Afrique occidentale et centrale										
Bénin	77	61	44	76	96	24	29	18	58	52
Burkina Faso	68	39	20	49	84	20	13	24	34	16
Côte d'Ivoire	79	56	42	58	84	12	30	30	56	35
Ghana	82	59	23	69	94	0	33	21	54	19
Mali	77	69	46	64	98	16	57	49	49	37
Nigéria	64	47	21	51	53	7	27	29	41	18
Rép. dém. du Congo	49	34	16	62	41	8	19	22	33	20
Sénégal	60	55	24	67	96	12	27	26	58	34
Moyenne	70	53	29	62	81	12	29	27	49	29
Asie										
Chine	73	73	47	42	79	8	34	23	43	30
Indonésie	45	26	19	47	81	4	22	26	29	19
Népal	67	44	22	46	79	19	19	16	28	17
Philippines	61	51	45	61	81	15	37	37	46	42
Viet Nam	80	67	57	87	94	32	55	54	69	59
Moyenne	65	52	38	57	83	16	33	31	43	33
Amérique latine										
Brésil	54	61	67	64	97	24	80	53	73	62
El Salvador	45	50	30	37	88	7	35	29	32	33
Guatemala	57	45	28	39	76	10	34	28	32	28
Guyana	67	65	43	51	91	6	31	25	50	24
Haïti	62	41	27	55	91	10	16	20	41	13
Honduras	55	45	50	56	82	11	33	31	45	28
Nicaragua	57	47	36	39	81	9	22	19	40	31
Panama	76	77	51	45	97	8	53	44	45	49
Pérou	64	56	45	44	84	1	34	26	40	46
Rép. dominicaine	74	63	38	66	89	0	36	31	50	29
Moyenne	61	55	42	50	88	8	37	31	45	34
Europe orientale										
Bélarus	79	77	77	68	98	44	73	53	68	70
Fédération de Russie	81	83	61	59	98	8	39	25	59	59
Kazakhstan	73	61	50	43	74	6	53	20	41	49
Ukraine	59	63	70	33	100	18	51	20	43	26
Moyenne	73	71	64	51	92	19	54	30	53	51
Moyenne générale	67	58	42	56	86	14	36	30	48	34

Annexe E. Notes relatives à la disponibilité des services par pays - 2000

	Capitale	Autre zones urbaines	Zones rurales	Total
Afrique orientale et australe				
Afrique du Sud	33	18	13	16
Ethiopie	47	22	15	17
Kenya	47	26	19	26
Madagascar	46	26	15	22
Malawi	33	18	13	16
Mozambique	39	23	15	19
Ouganda	58	34	20	24
Rép.-Unie de Tanzanie	50	31	23	26
Rwanda	48	27	17	18
Zambie	51	29	17	25
Zimbabwe	57	41	31	36
Moyenne	46	27	18	22
Afrique occidentale et centrale				
Bénin	57	30	24	30
Burkina Faso	40	22	12	15
Côte d'Ivoire	52	25	15	26
Ghana	50	33	25	30
Mali	61	31	19	25
Nigéria	39	22	13	18
Rép. dém. du Congo	33	15	10	13
Sénégal	50	24	15	24
Moyenne	48	25	17	23
Asie				
Chine	49	27	16	20
Indonésie	74	44	31	46
Népal	38	17	11	13
Philippines	51	27	20	26
Viet Nam	69	36	24	28
Moyenne	56	30	20	26
Amérique latine				
Brésil	68	44	33	44
El Salvador	42	23	14	23
Guatemala	41	18	12	18
Guyana	49	23	15	22
Haïti	41	19	13	20
Honduras	47	26	19	26
Nicaragua	41	22	13	24
Panama	60	29	21	37
Pérou	49	24	13	28
Rép. dominicaine	53	23	16	31
Moyenne	49	25	17	27
Europe orientale				
Bélarus	74	44	31	46
Kazakhstan	56	25	17	24
Fédération de Russie	63	39	18	35
Ukraine	52	28	13	25
Moyenne	61	34	20	32
Moyenne générale	51	28	18	26

