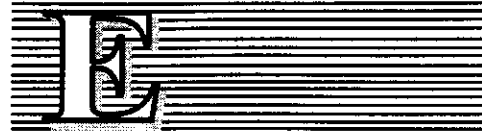




58623

60412



Distr.: LIMITEE

ECA/DMD/CHDCS/03/1

Mai 2003

**NATIONS UNIES  
CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL**

**FRANÇAIS**

Original : ANGLAIS

---

**COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE**

Deuxième réunion du Comité du développement humain  
et de la société civile/Conférence régionale de l'ONUSIDA

26-27 mai 2003

Addis-Abeba (Ethiopie)

**MISE EN ŒUVRE DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA**

## Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA

### "Politique, stratégies et partenariats"

Dans le cadre du processus global de suivi de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, une série de consultations régionales sont organisées pour passer en revue les enseignements de l'expérience, dans le but d'examiner ces questions au cours d'un débat informel de haut niveau qui aura lieu lors de la 58<sup>ème</sup> Session de l'Assemblée générale plus tard cette année. Le présent document souhaite contribuer à cadrer le débat en centrant les discussions sur trois grands domaines : (a) la participation de la société civile, et en particulier des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des responsables religieux et du secteur privé ; (b) l'agriculture et la sécurité alimentaire ; et (c) les services en uniforme, la sécurité et la stabilité.

#### Vue d'ensemble

Au cours des deux dernières décennies, l'épidémie de VIH/SIDA, de grave menace pour la santé publique est devenue le défi de développement le plus préoccupant de notre temps. Dans les régions les plus touchées, l'épidémie menace la survie des communautés et la stabilité ainsi que la prospérité future de nations entières. Les estimations actuelles mondiales de l'ONUSIDA/OMS dépassent les prédictions les plus pessimistes énoncées il y a quelques années seulement (Fig. 1).

#### Figure 1

##### RESUME MONDIAL DE L'EPIDEMIE DE VIH/SIDA DECEMBRE 2002

---

<b>Personnes vivant avec le VIH/SIDA Total</b>	<b>42 millions</b>
Adultes	38.6 millions
Femmes	19.2 millions
Enfants de moins de 15 ans	3.2 millions
<hr/>	
<b>Nouvelles infection à VIH en 2002 Total</b>	<b>5 millions</b>
Adultes	4.2 millions
Femmes	2 millions
Enfants de moins de 15 ans	800 000
<hr/>	
<b>Décès dus au SIDA en 2002</b>	<b>Total 3.1 millions</b>
Adultes	2.5 millions
Femmes	1.2 million
Enfants de moins de 15 ans	610 000

---

A ce jour, on estime que 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH et que plus de 20 millions sont décédées. Même s'il existe des différences régionales évidentes dans la dynamique et la gravité de l'épidémie (Fig. 2), toutes les régions sont touchées ainsi que chaque pays dans chacune de ces régions. Tout comme il ne semble pas y avoir d'obstacle de nature culturelle, religieuse, ethnique ou nationale à la pandémie, il n'existe pas davantage de limite naturelle aux niveaux qu'elle pourrait atteindre ni à la destruction qu'elle pourrait entraîner. Alors que l'épidémie continue à ravager l'Afrique subsaharienne, nous assistons à sa progression implacable dans d'autres parties du monde, plus particulièrement en Europe orientale et dans les régions peuplées de l'Asie où des transformations économiques et sociales importantes donnent naissance aux conditions et aux tendances qui facilitent la rapide propagation du VIH : grandes disparités sociales, accès limité aux services de base et migration croissante.

**Figure 2****STATISTIQUES ET CARACTERISTIQUES REGIONALES DU VIH/SIDA, FIN 2002**

Région	Début de l'épidémie	Adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA	Adultes et enfants: niles infections à VIH	Taux de prévalence adulte (*)	% des adultes séropositifs qui sont des femmes	Principaux mode(s) de transmission (#) chez les adultes vivant avec le VIH/SIDA
<b>Afrique subsahar.</b>	fin 1970 début 1980	29.4 millions	3.5 millions	8.8%	58%	Hétéro
<b>Afr. du Nord &amp; Moyen-Orient</b>	fin 1980	550 000	83 000	0.3%	55%	Hétéro, CDI
<b>Asie du Sud &amp; du Sud-Est</b>	fin 1980	6.0 millions	700 000	0.6%	36%	Hétéro, CDI
<b>Asie de l'Est &amp; Pacifique</b>	fin 1980	1.2 million	270 000	0.1%	24%	CDI, hétéro, HSH
<b>Amér. latine</b>	fin 1970 début 1980	1.5 million	150 000	0.6%	30%	HSH, CDI, hétéro
<b>Caraïbes</b>	fin 1970 début 1980	440 000	60 000	2.4%	50%	Hétéro, HSH
<b>Europe orient. &amp; Asie centrale</b>	début 1990	1.2 million	250 000	0.6%	27%	CDI
<b>Europe occid.</b>	fin 1970 début 1980	570 000	30 000	0.3%	25%	HSH, CDI
<b>Amér. du Nord</b>	fin 1970 début 1980	980 000	45 000	0.6%	20%	HSH, CDI, hétéro
<b>Australie &amp; Nlle Zélande</b>	fin 1970 début 1980	15 000	500	0.1%	7%	HSH
<b>TOTAL</b>		<b>42 millions</b>	<b>5 millions</b>	<b>1.2%</b>	<b>50%</b>	

\* Proportion des adultes (15 à 49 ans) vivant avec le VIH/SIDA en 2002, sur la base des données démographiques de 2002.

# Hétéro (transmission hétérosexuelle), CDI (transmission par consommation de drogues injectables), HSH (transmission sexuelle parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

Les projections actuelles indiquent que 45 millions de personnes supplémentaires seront infectées par le VIH dans 126 pays à faible et moyen revenu (qui connaissent aujourd'hui des épidémies concentrées ou généralisées) entre 2002 et 2010, à moins que la communauté internationale ne parvienne à mettre en place un effort de prévention mondial et radicalement élargi. Plus de 40% de ces infections devraient se produire en Asie et dans le Pacifique (qui comptent actuellement quelque 20% des nouvelles infections qui se produisent chaque année).

Mais une telle issue n'est pas inévitable. En effet, chaque objectif et cible de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA est fondé sur notre capacité -- et notre détermination collective -- à limiter dans l'avenir la propagation et l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA.

La prévention reste la stratégie fondamentale de lutte contre le VIH/SIDA. Pour être pleinement efficaces, ces efforts doivent être adaptés aux divers secteurs et groupes particuliers et soutenus par une large palette d'acteurs. Pour y parvenir, il faudra l'engagement de multiples secteurs au-delà du domaine de la santé et de multiples acteurs, au-delà des seuls gouvernements. Cette participation élargie -- la riposte multisectorielle -- devient d'autant plus essentielle lorsqu'on prend en compte les actions également très urgentes et synergiques qui doivent accompagner la prévention, à savoir fournir un traitement, une prise en charge et un soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, atténuer l'impact social et économique et réduire la vulnérabilité des individus et des communautés à l'épidémie.

Les événements récents qui se sont produits en Afrique australe ont révélé les liens existants entre le VIH/SIDA et la sécurité alimentaire et des rapports ont mis au jour les interactions entre le VIH/SIDA et la sécurité, renforçant ainsi les arguments en faveur d'un élargissement des ripostes nationales au-delà des domaines traditionnels de la santé, de l'éducation et du bien-être social, dans lesquels la plupart des actions actuelles semblent se dérouler. Il est certain que l'on ne parviendra au succès que lorsque la riposte rivalisera avec l'épidémie en termes de complexité et de portée, ce qui rend une réelle action multisectorielle à la fois essentielle et urgente.

Mais la mise en place d'une riposte multisectorielle efficace n'est ni simple ni facile. Ces difficultés ont été partiellement prévues par la Déclaration d'engagement qui envisage un processus par lequel toute une série de politiques seront promulguées d'ici à 2003, ce qui permettra de mettre en place ou d'élargir les programmes nécessaires pour atteindre les cibles d'impact fixées en 2005 et 2010.<sup>1</sup> Si des politiques de ce type semblent exister dans la plupart des pays, leur degré de mise en œuvre est loin d'être satisfaisant. Par exemple, la moitié des présentations nationales dans le rapport 2002 du Secrétaire général font état de difficultés pour mobiliser et coordonner une vaste palette d'acteurs, souvent en raison du fait que ces partenaires n'ont aucune expérience du travail en commun et ne sont guère enclins à l'acquiescer. Si l'on considère les implications de ces difficultés pour la réalisation des buts à plus long terme, un examen urgent des facteurs essentiels à la réussite d'une riposte multisectorielle efficace semble se justifier.

## Questions clés

### L'engagement de la société civile

Les actions organisées dans et par les communautés figurent au premier plan de tous les succès remportés jusqu'ici contre l'épidémie. Elles vont des réussites de la communauté gay dans les premiers temps de l'épidémie aux efforts toujours croissants des organisations représentant les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Au fur et à mesure de l'accumulation des preuves liant le VIH/SIDA aux problèmes plus profonds de développement et de société, les avantages retirés de l'engagement d'un éventail beaucoup plus large d'acteurs, notamment ceux qui représentent les jeunes, les femmes, les syndicats, les entreprises et les responsables religieux, sont également devenus manifestes. Si leur engagement a apporté une énergie et une diversité nouvelles, cette convergence d'intérêts a aussi révélé les problèmes structurels plus profonds qui existent dans de nombreuses sociétés, une évolution qui a parfois accentué la tension qui caractérise toutes les interactions entre ONG et pouvoirs publics. Le présent document s'attachera plus particulièrement à trois groupes, dont la Déclaration d'engagement reconnaît l'importance : les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les organisations religieuses et le secteur des affaires.

---

<sup>1</sup> D'ici à 2005, réduire la prévalence du VIH parmi les jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans dans les pays les plus touchés de 25%, et d'ici à 2010 de 25% dans l'ensemble du monde. D'ici à 2005, réduire la proportion de nourrissons nés de mères infectées par le VIH de 20% et de 50% d'ici à 2010

Cette polarisation plus vive met en lumière trois groupes d'acteurs dont l'engagement total sera crucial pour l'efficacité des ripostes nationales. Les organisations de la société civile liées au VIH/SIDA se sont montrées tenaces et efficaces dans leurs efforts pour inciter les sociétés et les gouvernements à faire face à des questions difficiles -- sexualité, consommation de drogues injectables, droits de la personne, stigmatisation, discrimination, et accès au traitement, pour n'en citer que quelques-unes -- qui sont essentielles pour l'efficacité de la riposte d'un pays. Les arguments spécifiques en faveur d'un engagement plus complet des **personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS)**, peuvent sembler à première vue évidents et allant de soi, étant donné la perspective unique que ces personnes apportent. En effet, le principe GIPA (*Participation accrue des personnes vivant avec le SIDA*), adopté il y a plus d'une décennie et réaffirmé lors de chaque grande réunion ou manifestation depuis lors, en est l'incarnation même. Pourtant, les personnes vivant avec le VIH/SIDA demeurent une ressource sous-utilisée de la lutte contre l'épidémie et cela est souvent dû aux normes et coutumes sociales qui les marginalisent. Mais dans certains cas, cela est dû au fait que les organisations représentant les PVS ne placent pas les personnes séropositives au VIH là où elles seraient le plus visibles et efficaces, c'est-à-dire dans des postes à responsabilité.

- Quels sont les éléments qui définissent un rapport ONG-Gouvernement efficace et comment les favoriser ?
- De quoi est composé un environnement national habilitant susceptible d'encourager la naissance et le renforcement d'organisations de la société civile actives dans le domaine du VIH/SIDA ?
- Comment mieux utiliser dans la riposte nationale les compétences et les connaissances qu'elles représentent ? Sont-elles plus ou moins à même d'agir dans certains domaines ? Que faut-il pour faire du GIPA une réalité ?
- A qui les organisations de la société civile doivent-elles rendre des comptes ? En quoi cela se rapporte-t-il aux responsabilités des Etats Membres aux termes de la Déclaration d'engagement ?
- Quel est le rôle des partenaires externes et, en particulier, du système des Nations Unies ?

**Les organisations religieuses** sont le pivot d'un grand nombre de communautés et elles fournissent souvent une gamme de services qui répondent aux besoins tant matériels que spirituels des communautés dans lesquelles elles agissent. Au fur et à mesure de la progression de l'épidémie, la demande à la fois de services de santé et de conseil s'est accrue de manière exponentielle. De nombreux programmes sont débordés par les besoins des malades et des mourants, ainsi que par ceux des jeunes et des personnes âgées qui leur survivent. Ces programmes sont fréquemment dirigés par des groupes particuliers des organisations religieuses et n'impliquent pas nécessairement la participation des leaders. Sauf quelques exceptions, les leaders religieux ont tardé à répondre aux appels à l'action et au plaidoyer dans le domaine du VIH. Ils doivent réagir à la pandémie et constituer des coalitions à l'échelon national. Les leaders religieux peuvent être des défenseurs efficaces de l'éradication de la stigmatisation ; en effet, l'Alliance œcuménique affirme que "la stigmatisation et la discrimination sont un péché et vont contre la volonté de Dieu." Les leaders religieux, étant donné leurs excellents contacts au sein de nombreux gouvernements, doivent endosser leur rôle naturel dans le domaine du plaidoyer. Les actions locales ne peuvent être poursuivies que si elles sont soutenues et avalisées à un niveau élevé, afin d'être intégrées au cœur même de ces institutions. Et ceci se produit dans chaque religion, foi et culture, au fur et à mesure que la réalité provoque le changement des institutions et des attitudes et que la protection de la vie devient aussi importante que la protection des âmes. Pourtant il existe encore des régions du monde où l'approche religieuse du VIH/SIDA continue d'être marquée par le dogme et la discrimination et où le recherche de la perfection empêche trop souvent de prêter attention à ce qui est démontré ou possible. Ceci entraîne l'aliénation des personnes positives au VIH en quête d'espoir dans la religion et limite les chances de travailler avec elles même si elles constituent une ressource précieuse pour la lutte contre le VIH/SIDA. On en arrive ainsi à un troisième niveau d'action possible pour les

leaders religieux ; il leur faut travailler à la réconciliation, chez les individus et entre eux, dans les communautés et entre elles, tout comme entre les personnes croyantes séropositives au VIH et leur communauté religieuse.

- Dans quelle mesure les organisations religieuses participent-elles à la riposte nationale ?
- Que faut-il faire pour engager les organisations religieuses ? Comment recruter les leaders dans la lutte contre le VIH/SIDA ?
- Existe-t-il des domaines dans lesquels elles sont particulièrement efficaces ou moins efficaces ?
- Y a-t-il des approches particulières qui se sont révélées efficaces pour briser la résistance à des stratégies globales telles que A, B, C ?

L'engagement du **monde des affaires** n'est pas moins important, mais la voie vers des partenariats fructueux a parfois été compliquée par des différences de perspectives et des systèmes de valeurs incompatibles. Après tout, les entreprises sont faites pour réaliser des bénéfices et survivent grâce à leur compétitivité. Ceci tend à devenir moins problématique lorsque l'impact réel ou potentiel du VIH/SIDA sur la main d'œuvre, la productivité et les coûts est compris, en particulier dans les secteurs les plus exposés au risque, notamment les transports et le tourisme, ou ceux qui dépendent des travailleurs émigrés, p. ex. les entreprises agricoles, les mines, la construction ou l'industrie pétrolière. Une fois conscientes de ces liens, les entreprises ont généralement réagi, que ce soit par compassion, par intérêt personnel éclairé, par la force persuasive de codes volontaires de conduite ou par le pouvoir de la législation.

Quelles que soient leurs motivations, les entreprises, une fois engagées, se sont révélées des partenaires modèles. Au niveau mondial, 105 grandes compagnies font maintenant partie de la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA, dont le but est de s'attaquer aux problèmes liés au VIH dans les entreprises et d'encourager d'autres compagnies à suivre leur exemple. Les organisations nationales des entreprises ainsi que leurs membres font toujours davantage partie intégrante de la riposte nationale au VIH/SIDA, apportant leurs ressources et leurs compétences aux efforts déployés pour élargir l'accès des communautés aux services. Mais certaines compagnies sont allées encore beaucoup plus loin. Dans des pays aussi divers que la Côte d'Ivoire, le Rwanda, l'Afrique du Sud et l'Inde, des entreprises se sont efforcées de protéger leurs fragiles fonds de compétences en complétant les programmes internes de prévention par des programmes de traitement qui, pour la première fois, comprennent l'option des thérapies antirétrovirales. Cette option existe grâce à l'interaction complexe entre facteurs et acteurs -- politiques du commerce international, activisme international aux niveaux local et mondial, concurrence générique, baisse de prix volontaires de la part de l'industrie pharmaceutique multinationale et rôle de négociateur du système des Nations Unies dans chacun de ces domaines.

En tant que force faisant partie intégrante des sociétés dans lesquelles elles se trouvent et capables de les influencer, les organisations du monde des affaires ont certaines obligations à l'égard de leur main d'œuvre et de leurs clients. Ce que sont précisément ces obligations est généralement une question qui se discute entre la direction, les employés, les actionnaires et parfois les pouvoirs publics. Pourtant, trop d'entreprises demeurent encore sur la touche, considérant le VIH/SIDA comme un problème du ressort exclusif des pouvoirs publics ou des ONG. Cette attitude se reflète malheureusement aussi sur leur planification des ressources humaines, qui est fréquemment discriminatoire -- par exemple tests avant recrutement, ou défaitiste -- engagement de plusieurs employés pour un même poste avec l'espoir que l'un d'entre eux au moins va survivre.

- Quelle est actuellement la participation des entreprises à la riposte nationale ?
- Comment persuader le secteur des affaires de s'engager davantage au niveau local ? Y a-t-il de bonnes raisons économiques de le faire ?

- Le secteur des affaires a-t-il des obligations particulières envers les sociétés dans lesquelles il est implanté ?
- De quel appui a-t-il besoin pour accroître cet engagement et qui est le mieux placé pour le lui fournir ?

Jusqu'ici, le présent document a été principalement axé sur qui devrait être engagé dans la lutte contre le VIH/SIDA, mais, comme des événements récents l'ont montré, il est aussi important de déterminer où les efforts doivent être dirigés.

### Agriculture, sécurité alimentaire et VIH/SIDA

Bien que le SIDA soit essentiellement perçu et traité comme un problème 'urbain', un grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA ou affectées par le virus, vivent dans les zones rurales des pays en développement. Le SIDA comme la pauvreté sévissent dans les campagnes et constituent un défi majeur pour ces économies. Le secteur agricole est touché de manière disproportionnée par le VIH/SIDA, car il nécessite une main d'œuvre importante et compte un grand nombre de travailleurs mobiles ou migrants. Le SIDA a tué plus de sept millions de travailleurs agricoles dans 25 pays d'Afrique depuis 1985 et pourrait en tuer 16 millions de plus (jusqu'à 26% de la main d'œuvre agricole) en Afrique subsaharienne d'ici à 2020. Dans de nombreuses régions, les travailleurs agricoles ne sont pas aussi nombreux et la main d'œuvre non qualifiée n'est pas aussi facilement remplacée que le pensent bien des gens. L'effet négatif du VIH/SIDA sur ce secteur appauvrit les communautés, réduit leurs capacités par la perte de ressources humaines et leur fonctionnement en brisant des liens essentiels de la chaîne de production.

La crise alimentaire que connaît actuellement l'Afrique australe confirme ce que beaucoup soupçonnaient déjà, soit que le SIDA est capable d'aggraver considérablement une situation déjà mauvaise : perte massive des récoltes due à l'irrégularité des pluies et à l'insuffisance des politiques gouvernementales. Le VIH/SIDA constitue un choc énorme et souvent irréversible pour les ménages pauvres, en les privant des mécanismes traditionnels d'adaptation. Lorsque les familles appauvries tentent de faire face à la maladie et au décès dus au VIH et au SIDA, elles deviennent progressivement plus pauvres en perdant leurs maigres biens, pour en arriver parfois à une situation de crise qui menace d'anéantir l'unité familiale. Confrontés à une baisse de leurs revenus, à un nombre réduit de personnes capables de travailler et au besoin incessant de nourriture et de médicaments, certains membres du ménage peuvent être poussés à adopter des stratégies de survies potentiellement mortelles, comme la prostitution.

Sachant que les trois quarts des démunis de la planète vivent dans des zones rurales et que les taux d'infection augmentent rapidement dans la plupart des régions, la situation actuelle en Afrique australe donne un aperçu effrayant de ce que pourrait être l'avenir pour les sociétés agraires du monde entier.

### VIH/SIDA, sécurité et stabilité

Les services en uniforme, y compris les forces armées et de défense civile, constituent un groupe extrêmement vulnérable aux infections sexuellement transmissibles (IST) en raison principalement du milieu de travail, de la mobilité, de l'âge et d'autres facteurs facilitants qui les exposent à un risque accru d'infection à VIH. En même temps, les services en uniforme offrent une occasion unique de sensibilisation et de formation au VIH auprès d'un vaste 'public captif' dans une structure où règnent discipline et organisation.

Parmi les populations masculines étudiées, les forces armées et la police annoncent généralement des taux plus élevés d'infection à VIH que la moyenne nationale dans de nombreux pays. Le personnel militaire notamment, constitue un groupe particulièrement exposé aux IST, y compris le VIH/SIDA. En temps de paix, les taux d'IST parmi les forces armées sont généralement de deux à cinq fois plus élevés que ceux des populations civiles : en temps de conflit, la différence peut être beaucoup plus importante encore. Les personnels postés à l'étranger sont parmi les plus exposés au risque d'infection par les IST/VIH et/ou à leur transmission. La pratique des services en uniforme consistant à poster les personnels loin de leur communauté ou de leur famille pour de longues périodes, constitue un important facteur de risque qui augmente les chances d'infection par le VIH. Ces risques s'accroissent considérablement lorsque les personnels sont envoyés à l'étranger pour des missions de maintien de la paix car, ils disposent alors souvent de ressources financières supérieures à celles des habitants et se sentent généralement moins inhibés par les valeurs qu'ils devraient observer dans leur propre pays. Le fait que l'industrie du sexe locale prospère aux alentours des bases militaires vient à l'appui de ces affirmations.

Dans les régions où le VIH/SIDA a atteint des proportions épidémiques, il menace de détruire le tissu même de l'Etat, y compris les institutions qui garantissent la sécurité nationale et individuelle ainsi que celles qui fournissent éducation et compétences sociales aux jeunes générations. Si un effondrement aussi cataclysmique ne s'est pas encore produit, de nombreux pays fortement touchés ressentent déjà des effets. L'avenir est bien sombre pour certaines démocraties fragiles si, en raison du VIH/SIDA, elles se trouvent contraintes de faire face à de vastes segments de leurs populations qui seront jeunes, désœuvrés, mal socialisés et éduqués, sans travail et inaptes à l'emploi.

Les conditions qui favorisent la rapide propagation du VIH/SIDA -- changements économiques rapides, fortes disparités sociales, accès limité aux services de base et accroissement de la migration -- se retrouvent dans le monde entier, y compris dans certains des plus grands pays - la Russie, la Chine, l'Inde, l'Indonésie et le Nigeria. S'il est fréquent de ne pas parvenir à une unanimité totale en ce qui concerne les estimations nationales du VIH, et encore moins en ce qui concerne les projections dans l'avenir, personne ne doute de la trajectoire montante de l'épidémie dans ces pays et dans d'autres ainsi que de l'implication potentielle de ce phénomène pour la planète.

- Des évaluations d'impact ont-elles été effectuées dans ces régions ?
- Le plan stratégique national sur le VIH/SIDA comprend-il des stratégies concernant ces secteurs ? Quel est leur degré actuel de mise en œuvre ?
- Le VIH/SIDA est-il intégré dans les plans de développement rural lorsque ces derniers existent ?

## **Conclusions**

Les sections qui précèdent ont tenté de saisir les principaux arguments en faveur d'un élargissement de la riposte nationale au VIH/SIDA, en termes à la fois des acteurs impliqués et des secteurs engagés. Leur portée est, à dessein, limitée, car elle sera enrichie par les consultations qui ont lieu actuellement. Le présent document a pour but de stimuler un débat qui s'appuie sur l'expérience des participants à ces consultations et de mener à une identification des principaux facteurs susceptibles de dynamiser les ripostes nationales et de faciliter la mise en œuvre totale en temps utile de la Déclaration d'engagement.