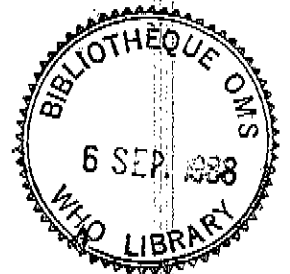

Le Tableau mondial du **SIDA**



le Dr Jonathan M. Mann, MPH
Directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA
Organisation mondiale de la Santé

12 juin 1988
IVe Conférence internationale sur le SIDA
Stockholm, Suède



Organisation mondiale de la Santé
Genève, Suisse

Quatrième Conférence internationale sur le SIDA
Stockholm, Suède

Le Tableau mondial du SIDA

par

le Dr Jonathan M. Mann, MPH

Directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA

Organisation mondiale de la Santé

Genève, Suisse

12 juin 1988

Majesté, Excellences, Mesdames et Messieurs:

Cette quatrième conférence internationale sur le SIDA nous donne une fois de plus l'occasion, après avoir engrangé un savoir nouveau et une expérience enrichissante, de réfléchir aux dimensions mondiale et historique du SIDA.

Au 1er juin 1988, 96 433 cas de SIDA avaient été notifiés officiellement à l'Organisation mondiale de la Santé par 136 pays: 43 en Afrique, 40 dans les Amériques, 28 en Europe et 25 en Asie et en Océanie. Quarante et un pays ont notifié plus de 100 cas chacun ; 52, dont 19 dans les Amériques, 15 en Europe, 15 en Afrique et 3 en Asie et en Océanie, plus de 50 chacun. Il y a un an, un peu plus de 51 000 cas avaient été notifiés par 113 pays. Naturellement, de nombreuses raisons logistiques, sociales et même politiques font que les cas notifiés ne représentent qu'une petite fraction des cas réels de SIDA. C'est pourquoi nous estimons le total réel des cas de SIDA aujourd'hui à environ 200 000, soit un peu plus du double du chiffre notifié.

Figure 1

CAS DE SIDA NOTIFIES A L'OMS		
1 JUIN 1988		
Continent	Nombre de cas	Nombre de pays ou territoires ayant notifié plusieurs cas
AFRIQUE	11 530	43
AMERIQUES	71 343	40
ASIE	254	21
EUROPE	12 414	28
OCEANIE	892	4
TOTAL	96 433	136

La distribution du SIDA et des infections par le virus de l'immunodéficience humaine n'est pas le fait du hasard. En effet, le VIH a affecté différents groupes ou sous-groupes dans le monde à des taux différents et à des périodes différentes. Avec l'accroissement spectaculaire des déplacements humains de ces vingt dernières années, le monde est pratiquement devenu un seul corps vivant en mouvement constant. Ces dernières années, le VIH s'est répandu dans ce monde aussi vite et aussi loin que le permettaient les comportements individuels et sociaux et la biologie du virus telle que modifiée éventuellement par des co-facteurs de ses hôtes humains et l'environnement. Le tableau local, national et mondial du SIDA est d'une grande diversité et continue à évoluer.

Les informations dont nous disposons nous permettent de distinguer trois grands schémas d'infection. Les modes de transmission du VIH sont à peu près les mêmes partout - transmission sexuelle, sanguine et périnatale - mais les comportements personnels et sociaux face au risque, différents selon les régions, conditionnent la fréquence relative et l'expression de ces trois modes de transmission.

Dans les régions où domine le schéma No 1, le VIH a probablement commencé à se répandre largement entre le milieu et la fin des années 70. Dans le schéma No 1, la transmission sexuelle du VIH se fait surtout parmi les homosexuels et bisexuels de sexe masculin, plus de 50 % des homosexuels de sexe masculin de certaines zones urbaines ont été infectés. La transmission hétérosexuelle est également possible dans ces régions, où elle gagne du terrain. La transmission par le sang dans les régions du monde où domine le schéma No 1 concerne essentiellement les toxicomanes utilisant la seringue, le sang utilisé pour les transfusions et les autres produits sanguins ne présentant généralement plus aucun danger. La transmission périnatale est rare, peu de femmes ayant été infectées jusqu'ici, mais elle se développera avec la transmission hétérosexuelle. Ce schéma se rencontre actuellement en Amérique du nord, Europe occidentale, Australie, Nouvelle-Zélande et dans de nombreuses zones urbaines d'Amérique latine.

Dans les régions où domine le schéma No 2, le VIH a, là aussi, commencé à se répandre largement entre le milieu et la fin des années 70. Dans le schéma No 2, la transmission sexuelle est essentiellement du type hétérosexuel. Jusqu'à 25 % du groupe d'âge des 20 à 40 ans de certaines zones urbaines sont déjà infectés, et dans certaines régions jusqu'à 90 % des prostituées. Il continue à y avoir une transmission par transfusion de sang contaminé par le VIH là où le dépistage du VIH dans le sang n'est pas encore systématique. Si l'injection de drogue intervient rarement dans ce schéma, l'utilisation d'aiguilles et d'autres instruments non stérilisés pour d'autres actes comportant une perforation cutanée peuvent en revanche contribuer à la propagation du VIH. La transmission périnatale est un problème majeur dans ces régions où 5 à 15 % des femmes enceintes, sinon plus, sont infectées par le VIH. Ce schéma se rencontre actuellement en Afrique subsaharienne et, de plus en plus, en Amérique latine, surtout dans les Caraïbes.

Dans les régions où domine le schéma No 3, le VIH semble avoir été introduit plus tard, entre le début et le milieu des années 80. Les pays où se rencontre ce schéma ne contribuent que pour 1 % dans les cas de SIDA notifiés jusqu'ici. Les premiers cas de SIDA étaient généralement associés à un contact avec les régions du schéma No 1 et 2 avec du sang ou des produits sanguins importés. Si l'infection à VIH n'a pas encore atteint la population générale de ces pays, on y observe toutefois une transmission indigène et l'infection à VIH est de plus en plus détectée parmi les personnes à risques, comme les prostituées et les toxicomanes qui utilisent la seringue. Ce schéma se rencontre aujourd'hui en: Europe orientale, Moyen-Orient, Afrique du nord-et dans la plupart des pays d'Asie et du Pacifique.

Naturellement, ces trois schémas simplifient le problème, car plusieurs schémas différents peuvent coexister dans un même pays, voire dans la même grande ville. Ils ne sont d'ailleurs pas immuables. Si les modes de transmission du VIH suivent des schémas déterminés, l'ampleur, la structure, le calendrier et l'étendue de la transmission dépendent d'un mélange extraordinaire qui est fait de comportements individuels, de pratiques sociales et d'éventuels co-facteurs biologiques. C'est pourquoi tout comme, dans la vie d'une personne, le comportement vis-à-vis du risque peut très bien évoluer avec le temps, de même l'évolution sociale, les troubles politiques, les échecs ou les succès économiques influent aussi en fin de compte sur le contexte social dans lequel les comportements à risque s'épanouissent ou dépérissent.

Cette réflexion et ce bref historique du SIDA dans le monde nous amène à distinguer trois périodes: la période silencieuse, la période de découverte et la période de mobilisation. La première période, qui a commencé au milieu des années 70, a été une période de "pandémie silencieuse", pendant laquelle le VIH a gagné imperceptiblement au moins cinq continents.

Figure 4

Historique de la pandémie de SIDA	
Période silencieuse	1970's-1981
Découverte initiale	1981-1985
Mobilisation mondiale	1985-1988

Pendant cette période sans défense consciente où il s'est propagé silencieusement et imperceptiblement, le VIH aurait d'ailleurs pu s'étendre davantage.

Qu'une telle explosion mondiale ait pu se produire sans même qu'on la détecte est, ou devrait être, choquant pour nous tous. Chose extraordinaire, l'épidémie mondiale de VIH a éclaté juste au moment où on possédait enfin les instruments nécessaires pour détecter ce type de pathogènes humains. Simple coïncidence ou signe de notre aveuglement passé ?

La description du SIDA en 1981 a mis fin à cette période silencieuse, inaugurant ainsi la deuxième période de l'histoire du SIDA à travers le monde, une période de découverte que vint couronner symboliquement en 1985 la première conférence internationale sur le SIDA. C'est pendant cette période que les modes de transmission ont été définis, que le virus a été découvert, et que la capacité de détecter les anticorps antiviraux a dévoilé l'ampleur de l'infection et montré qu'une longue période de latence séparait l'infection de l'apparition de la maladie.

Pour résoudre un problème nouveau il faut aussi des outils conceptuels et le baptiser - acte fondamental. Il a fallu du temps pour trouver un nom à la maladie. Si l'on avait retenu l'un de ceux qui avait été proposés au départ, à savoir la déficience immunitaire liée à l'homosexualité ou GRID, nous nous serions laissés piéger dans un concept péjoratif qui nous aurait caché les dimensions - sociales et géographiques - plus vastes du problème. On a évité la précipitation et en

moins d'un an le mot SIDA avait fait son entrée dans le vocabulaire international, aidant ainsi les scientifiques et la société à avoir une vision plus large du problème.

La première conférence internationale sur le SIDA qui s'est tenue en avril 1985 a permis de rassembler toutes ces informations nouvelles. Cette conférence fut marquée à la fois par un début de prise de conscience de l'ampleur du problème et par les premiers signes d'un puissant mouvement de solidarité internationale. Il faut toutefois ajouter ici une autre dimension, plus personnelle celle-là. En effet, en 1985, le monde n'avait pas encore pris conscience du SIDA. Pour ceux qui travaillaient à Atlanta, comme pour nous tous qui sommes réunis ce soir à Stockholm, il y avait ce sentiment profond mais simple d'appartenir à la même communauté et cette conviction profonde que nous sommes nombreux et que l'union fait la force.

Immédiatement après la conférence, un groupe de scientifiques et de professionnels de la santé s'est réuni avec des représentants de l'Organisation mondiale de la Santé pour préparer la voie à la troisième période, celle de la mobilisation mondiale contre le SIDA.

Pour comprendre l'importance de cette spectaculaire mobilisation mondiale de ces deux dernières années, il faut se remémorer la situation internationale chaotique du début de l'année 1986, qui a vu naître les estimations les plus folles sur les taux d'infection à VIH et le nombre des cas de SIDA. La plupart des pays en développement affectés par le SIDA manquaient des moyens techniques nécessaires pour évaluer l'ampleur de l'infection. On vit se répandre toutes sortes de spéculations sur l'origine du SIDA, auquel on accolait une étiquette peu flatteuse, contribuant ainsi à créer une atmosphère de confrontation au niveau international et suscitant des réticences à l'égard de tout échange d'informations. Quant aux pays en développement affectés par le SIDA qui sollicitaient une aide internationale, ils ne savaient généralement pas comment s'y prendre, et la réaction de la communauté internationale, elle aussi hésitante, était prudente et mitigée.

L'urgence de la situation appelait des mesures urgentes. L'Organisation mondiale de la Santé chargée de diriger et de coordonner l'action internationale de santé a relevé le défi. La lutte mondiale contre le SIDA exigeait une stratégie mondiale, celle de la mobilisation, et une action concertée.

La stratégie mondiale du SIDA a trois objectifs: prévenir l'infection à VIH, apporter un soutien et des soins aux personnes infectées par le VIH, et relier les efforts nationaux et internationaux de lutte contre le SIDA.

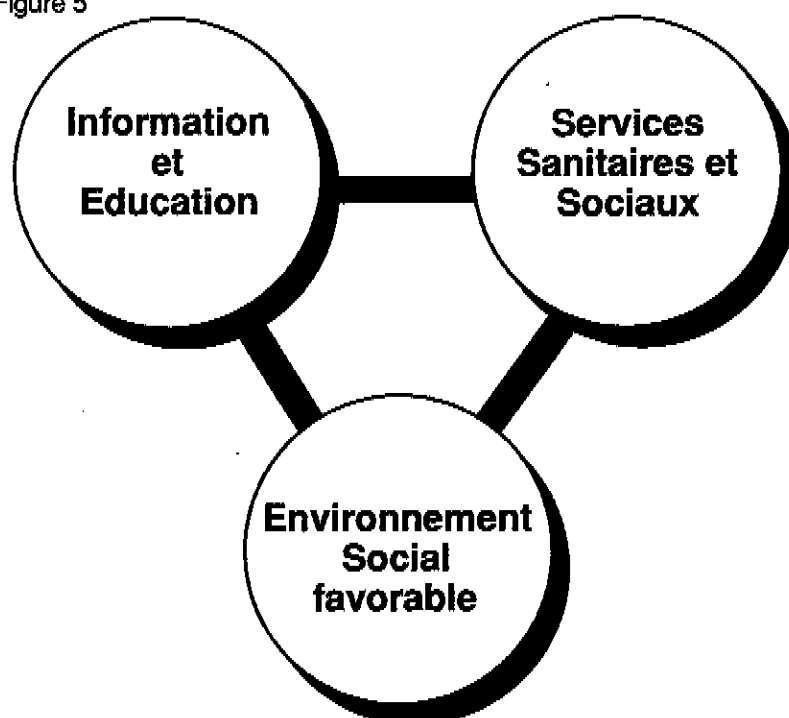
Le premier objectif, qui consiste à prévenir la transmission du VIH, est réalisable précisément parce que le VIH se transmet par des comportements individuels spécifiques et des pratiques facilement identifiables dans le système de santé. C'est pourquoi la prévention est axée sur le comportement, qu'il y ait infection ou non.

Pour modifier les comportements, des programmes d'information et d'éducation s'imposent dans tous les pays. Mais l'information et l'éducation seules ne suffisent pas. Il faut également des services sanitaires et sociaux pour soutenir et renforcer l'évolution des comportements. Car il ne suffit pas d'avoir de bonnes intentions. En effet, comment peut-on éduquer les toxicomanes par voie intraveineuse sans programmes de traitement ? Comment peut-on s'attendre à des changements de comportement à long terme parmi les personnes infectées par le VIH sans leur garantir un accès à long terme à des services de conseils et de soutien ? Comment peut-on compter sur les préservatifs s'ils sont difficiles à obtenir, coûteux et de mauvaise qualité ?

Troisième élément essentiel de la prévention: un environnement social favorable. Des programmes rationnels et humanitaires de prévention et de lutte contre le SIDA doivent obtenir l'appui ferme des autorités. Nous avons noté dans le monde entier qu'à mesure que circule l'information sur le SIDA, la panique et les craintes injustifiées disparaissent et que, lorsque les dirigeants parlent du SIDA en connaissance de cause et clairement, la confiance et l'engagement progressent au sein de la population et les solutions fausses et simplistes sont rejetées.

Chaque élément de la triade - programmes d'information et d'éducation, services sanitaires et sociaux, et environnement social favorable - est nécessaire aux programmes nationaux de prévention du SIDA. Toute faiblesse dans l'un ou l'autre de ces éléments nuit à l'ensemble et compromet les chances de la prévention.

Figure 5



Le deuxième objectif de la Stratégie mondiale du SIDA est de réduire l'impact personnel et social de l'infection à VIH. Autrement dit, donner à tous les malades des soins personnels d'une qualité au moins égale à celle dont bénéficient d'autres maladies dans la même société, fournir des conseils et offrir soutien et services sociaux à toutes les personnes infectées.

Le troisième objectif, qui consiste à coordonner les efforts nationaux et internationaux déployés contre le SIDA, est vite devenu une réalité. L'Organisation mondiale de la Santé y est arrivée en mobilisant les hommes et les ressources financières, grâce à beaucoup d'entre vous, vos organisations, vos gouvernements, pour aider les pays du monde entier à élaborer leurs propres programmes nationaux, solides et vastes, de lutte contre le SIDA. Au 1er juin 1988, 151 pays, parmi lesquels pratiquement tous les pays en développement, avaient demandé une aide. A travers des centaines de missions d'experts, des visites d'examen et d'évaluation technique ont déjà été effectuées dans 137 pays, et 106 ont mis au point des plans nationaux à court terme de lutte contre le SIDA, s'étalant dans un premier temps sur 6 à 18 mois ; un soutien technique et financier d'urgence a été apporté pour aider les travaux à démarrer immédiatement.

Parallèlement, au cours de plus de 40 réunions d'experts, l'OMS s'est employée à créer la base technique et le consensus nécessaires à l'élaboration d'une politique nationale autour de problèmes comme le SIDA et les voyages internationaux ; les critères applicables aux programmes de dépistage ; les aspects neuropsychiatriques de l'infection à VIH ; le SIDA et les prisons ; l'allaitement au sein et la vaccination des enfants ; les infections à VIH parmi les toxicomanes par voie intraveineuse ; les aspects sociaux des programmes de prévention du SIDA et de lutte contre cette maladie.

Des comités nationaux de lutte contre le SIDA élaborent actuellement de vastes plans nationaux à moyen terme de lutte contre le SIDA qui s'étalent sur 3 à 5 ans. Ces plans nationaux sont l'élément critique qui sert à organiser, mobiliser et coordonner les ressources nationales et internationales consacrées à la prévention du SIDA et à la lutte contre cette maladie. En Ouganda, au Rwanda, en Ethiopie, au Sénégal, en Tanzanie, en Zambie, au Kenya, au Mozambique et au Zaïre, ces plans à moyen terme ont déjà été financés totalement par des institutions bilatérales et multilatérales. Chaque plan est différent, reflétant ainsi les besoins nationaux spécifiques, tout en restant conforme à la Stratégie mondiale. Plus de 50 d'entre eux seront achevés vers la fin de l'année 1988 ; dans d'autres pays, les programmes à court terme seront suivis en 1989 de programmes à moyen terme. Par sa rapidité, son intensité et son ampleur, cette mobilisation mondiale contre le SIDA est absolument unique dans l'histoire de la santé dans le monde.

Symbole de cette victoire: en octobre 1987, le SIDA a été la première maladie jamais évoquée au sein de l'Assemblée générale des Nations Unies. Grâce à l'Organisation mondiale de la Santé, qui a insisté sur le caractère mondial du problème et sur l'importance considérable de ses dimensions et répercussions sociales, culturelles, économiques et politiques, l'Assemblée générale s'est engagée formellement à mobiliser tout le système des Nations Unies dans la lutte contre le SIDA, qui rejoint ainsi les grands problèmes de notre temps pour lesquels la solidarité mondiale est nécessaire.

Autre évènement unique: au sommet mondial des Ministres de la Santé organisé conjointement par l'OMS et le Gouvernement du Royaume-Uni, fin janvier de cette année, qui a rassemblé plus de Ministres de la Santé que jamais auparavant pour quelque motif que ce soit. Dans une déclaration commune, la Déclaration de Londres sur le SIDA, les Ministres ont demandé la mobilisation de tous les moyens de communication existant dans chaque société ; le développement, par l'information et l'éducation et grâce à un encadrement social, d'un esprit de tolérance sociale ; et la protection des droits de l'homme et de la dignité humaine dans les programmes de prévention du SIDA ; 1988 a été déclaré Année de la communication mondiale sur le SIDA avec, pour couronner le tout, une Journée mondiale du SIDA le 1er décembre 1988. Nous espérons que vous saisissez l'occasion que vous offre cette journée pour dire au monde ce que vous faites dans ce domaine et pour marquer par votre présence l'importance et la portée extraordinaires de cette lutte contre le SIDA, dans votre communauté, dans votre pays et dans le monde entier.

La première période de cette pandémie a donc été particulièrement brève. La période de découverte a rapidement permis d'acquérir les connaissances de bases nécessaires pour se faire une idée juste de la situation du SIDA dans le monde. La troisième période, celle de la mobilisation mondiale, a été passionnante par les réalisations qu'on lui doit, tant du point de vue conceptuel que dans le domaine de l'organisation. Mais tournons-nous maintenant vers l'avenir. Le symbole chinois pour la crise se compose de deux unités distinctes, avec d'une part le "danger" et de l'autre les "occasions à saisir". Demandons-nous quels sont les dangers et quelle est l'occasion à saisir.

Dans un effort d'anticipation, nous estimons à environ 150 000 les nouveaux cas de SIDA pour l'année 1988. Le nombre des nouveaux cas de SIDA pendant cette année-là égalera probablement le

total enregistré entre 1975 et la fin de l'année 1987. Si l'on estime à 5 millions au bas mot le nombre des personnes infectées aujourd'hui par le VIH, on peut prévoir pour les cinq prochaines années au moins 1 million de cas nouveaux de SIDA. A moins que des mesures ne soient mises au point pour empêcher que les personnes infectées par le VIH ne contractent des maladies liées à ce virus, ces cas nouveaux ne pourront pas être évités. C'est aujourd'hui qu'il faut réfléchir et faire face aux conséquences - sociales, économiques, culturelles et politiques - de cette progression spectaculaire du SIDA sur pratiquement tous les pays dans les prochaines années.

Quelles sont les possibilités de propagation du VIH ? L'infection à VIH étant une infection à vie, le virus n'a pas besoin de se répandre rapidement pour avoir un impact cumulatif et progressif considérable. Mais, les études faites sur les toxicomanes par voie intraveineuse, les homosexuels de sexe masculin et les prostituées ont montré clairement que si le virus est présent dans une communauté et si les comportements transmetteurs de l'infection sont assez bien établis et répandus, le VIH peut provoquer de très fortes épidémies. Par exemple, la séroprévalence du VIH parmi les toxicomanes par voie intraveineuse venus se faire traiter à Bangkok est passé de 0 % en 1985-1986 à 1 % en 1987, et à près de 16 % pendant les trois premiers mois de 1988. Cette courbe épidémique, déjà étudiée dans la ville de New York, à Edimbourg et à Milan, menace toutes les communautés de toxicomanes par voie intraveineuse dans le monde.

La propagation en direction et au sein des divers segments de différentes populations se fait et continuera probablement à se faire à des rythmes différents. Par exemple, à Trinité-et-Tobago, parmi les personnes atteintes du SIDA par voie sexuelle, la proportion due à des contacts hétérosexuels est passée de 0 % en 1983-1984 à 47 % en 1987. Si certains segments de la population mondiale dont les comportements permettent une dissémination rapide du VIH sont peut-être déjà saturés, en revanche beaucoup d'autres populations vulnérables sont - pour l'instant - relativement à l'abri de l'infection.

Nous n'avons pas et ne pouvons pas avoir de chiffres précis, mais il est probable que plusieurs centaines de millions de personnes dans le monde ont des comportements qui les exposent à une infection à VIH. La seule manière aujourd'hui d'atténuer le risque en présence du virus est de modifier, pour de bon, les comportements.

S'il est plutôt de bon ton aujourd'hui d'adopter une attitude rassurante et d'affirmer que le VIH ne menacera jamais certaines populations, nous croyons, quant à nous, que la virologie, l'immunologie, les sciences sociales et l'épidémiologie nous obligent à voir plus loin et à plus de réalisme. N'oublions pas que nous sommes encore dans les premières phases d'une épidémie mondiale dont la première décennie n'a rien de rassurant pour l'avenir.

Mais le travail et les occasions nous attendent. Nous avons réagi en tant que communauté mondiale avec une rapidité et une coordination incroyables, nous avons mis au point une stratégie mondiale, que nous appliquons aujourd'hui.

L'application, la surveillance et l'évaluation des programmes contre le SIDA sont des tâches difficiles qui exigent de nouvelles réserves d'engagement et de créativité. Car nous savons que ce travail nous obligera à affronter les carences de nos systèmes sanitaires et sociaux. Car s'il existait déjà des systèmes efficaces d'information et d'éducation sanitaires, s'il y avait une prévention ou un traitement efficace de la toxicomanie par voie intraveineuse, si les pays en développement disposaient de services intégrés de transfusion sanguine, et si nous possédions des informations utiles sur les pratiques sexuelles de chaque société, alors la prévention du SIDA en serait d'autant facilitée. Le SIDA éclaire et révèle impitoyablement les faiblesses, les imperfections et les injustices

de nos systèmes sanitaires et sociaux actuels et les lacunes de notre savoir sur les autres et sur nous-mêmes.

La lutte contre le SIDA est ainsi devenue partie intégrante et essentielle de la lutte en faveur de la santé pour tous. Trois thèmes majeurs apparaissent dans ce problème: interdépendance, communication et justice. Ni les thèmes, ni la vision ne sont nouveaux, mais les circonstances et cette occasion qui se présente sont à nous et n'appartiennent qu'à notre époque.

Le SIDA fait ressortir clairement les liens qui relient la santé et les comportements individuels et montre à quel point ils dépendent étroitement d'un contexte social donné. Il nous permet de voir que la santé ne peut être séparée de la vie sociale, culturelle, économique et politique. Au niveau national, il nous permet de comprendre clairement que la situation de la minorité est indissociablement liée au sort de la majorité.

L'interdépendance intervient aussi au niveau international, et le SIDA est un problème mondial d'un ordre nouveau. L'infection à VIH affecte ou menace tous les pays du monde. Comme jamais auparavant, les peuples du monde entier ont entendu parler du SIDA, dans lequel ils voient plus un problème mondial qu'une affaire nationale ou strictement locale. Enfin, l'effort qu'exige la lutte contre le SIDA, tant dans les sciences sociales et biomédicales que dans la santé publique, est fatalement un effort international. Plus que la variole, déjà absente du monde industrialisé lorsque la décision a été prise de l'éliminer totalement, plus que la peur de la guerre nucléaire, qui n'a sérieusement préoccupé que certaines régions du globe, le SIDA est vu et ressenti comme une menace commune aux pays en développement et aux pays industrialisés, au Nord et au Sud, à l'Est et à l'Ouest. Chose remarquable, l'enfant atteint du SIDA est un enfant du monde, l'homme ou la femme qui meurt du SIDA nous renvoie l'image de notre propre mort. Et à travers le SIDA, nous touchons du doigt, peut-être pour la première fois, cette vérité profonde que, malgré les différences qui séparent un pays d'un autre en matière de ressources techniques et financières, aucune nation n'a le monopole de la perspicacité, de l'altruisme ou de la solidarité sociale. Enfin, le SIDA a montré que dans ce monde dans lequel nous vivons, les murs - ce vieux réflexe, cette vieille défense - n'offre plus aucune protection et que l'isolement, le silence et l'exclusion d'individus, de groupes ou de nations, loin de nous protéger, sont une source de danger pour nous tous.

Le deuxième thème est celui de la communication. Il est évident - cette conférence en est la preuve - que les communications et les échanges mondiaux sont des forces puissantes dans ce monde qui est le nôtre. Il suffit de méditer un instant sur cet événement extraordinaire qui nous rassemble aujourd'hui, sur nous tous, d'où nous venons et où nous allons. Car cette rencontre résonne de voyages et de mouvements par delà les frontières, tant sur le plan intellectuel, culturel que géographique. Le monde a radicalement changé avec l'accélération et l'amplification des mouvements d'idées, d'objets et de personnes.

Le troisième thème est celui de la justice, car l'action préventive et la lutte contre le SIDA nous amènent à parler de droits, de dignité et de discrimination.

Si les autorités sanitaires publiques cherchent à empêcher toute discrimination contre les personnes infectées par le VIH, c'est pour des raisons incontestables et pratiques. Si l'infection à VIH, ou la crainte d'une telle infection, aboutit à la stigmatisation et à la discrimination, sous forme de perte d'emploi ou de séparation forcée de la famille par exemple, alors les personnes déjà infectées et celles qui craignent de l'être prendront des mesures pour ne pas être repérées et éviteront tout contact avec les services sanitaires et sociaux. Ce serait donc les personnes qui ont le plus besoin d'information, d'éducation, de conseils ou d'autres services de soutien que l'on ferait ainsi fuir, compromettant du coup sérieusement tout effort de prévention. La stigmatisation et la

discrimination sont une menace pour la santé publique. C'est ainsi que dans un pays africain, les campagnes publiques menées dans le milieu des années 70 ont poussé la prostitution dans la clandestinité ; le programme SIDA ne peut plus aujourd'hui atteindre les prostituées avec des messages de prévention du SIDA, des préservatifs et d'autres moyens. Dans un pays des Caraïbes, les femmes repérées comme porteuses du VIH dans les consultations prénatales risquaient la déportation, ce qui a fait baisser considérablement le nombre des femmes venant consulter dans ce type d'établissement. Là où la loi exige un test VIH avant le mariage, le nombre des demandes déposées à cet effet baisse. Par contre, là où existe une possibilité de test anonyme, la demande de tests VIH augmente fortement, surtout parmi les personnes à risque.

Certains cherchent à opposer le "droit de la majorité" déjà infectée par le VIH. C'est là un faux problème, car la protection de la majorité non infectée dépend précisément et étroitement de la protection des droits et de la dignité des personnes infectées. La résolution récemment adoptée par les 166 Etats Membres de l'Organisation mondiale de la Santé résume ainsi la chose: "... le respect des droits de l'homme et de la dignité des personnes infectées par le VIH et des sidéens ainsi que des membres de groupes particuliers est indispensable au succès des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et la stratégie mondiale".

En ce début de conférence, et au seuil de cette nouvelle ère de l'histoire mondiale du SIDA, arrêtons-nous un instant pour réfléchir aux événements extraordinaires de ces dernières années. Il n'y a jamais rien eu de tout à fait semblable auparavant, et le monde en est profondément bouleversé.

Face au SIDA - nous savons aujourd'hui que nous finirons par vaincre cette maladie en optant résolument pour l'interdépendance, la communication et la justice, et que nous ne permettrons pas à cette maladie, ni aux craintes et aux forces qu'elle peut susciter, de nous dominer. Face au SIDA, nous vaincrons tous ensemble car nous refuserons la division et l'exclusion des personnes, groupes et nations affectés.

Le danger du SIDA est aussi une chance historique. Car nous vivons dans un monde menacé par des forces de destruction que plus rien n'arrête. Mais grâce au SIDA et grâce à notre lutte commune, nous allons de l'avant, poussés irrésistiblement vers une nouvelle vision du possible, un nouveau paradigme de la santé, porteurs d'un message universel qui est le produit spécifique de notre temps et de notre vision du monde. Par delà nos efforts personnels et derrière les jours et les mois, nous pouvons sentir bouger les fondements de notre univers. Sensibles aussi bien au monde de la transcendance qu'à celui des faits, au danger mais aussi à la chance, nous transmettons, de plus en plus confiants et sûrs de nous-mêmes, chacun à sa façon, ce message créateur universel, à mesure que l'histoire mondiale du SIDA nous propulse dans l'avenir.



SIDA
Un effort mondial le vaincra