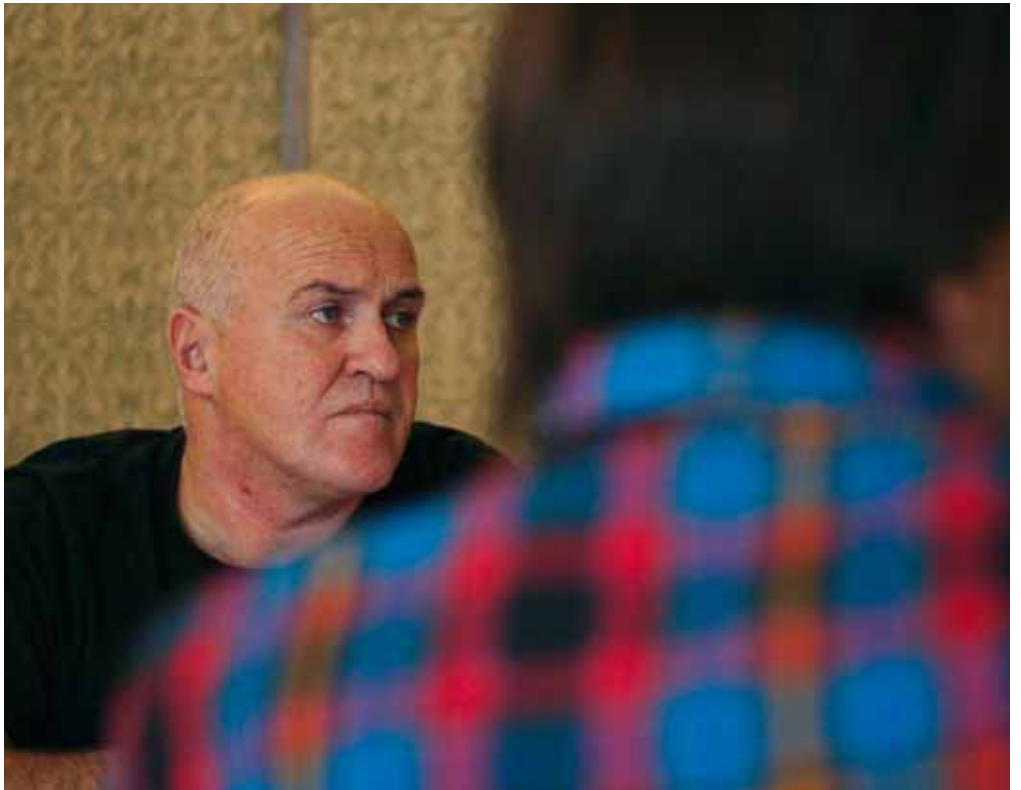
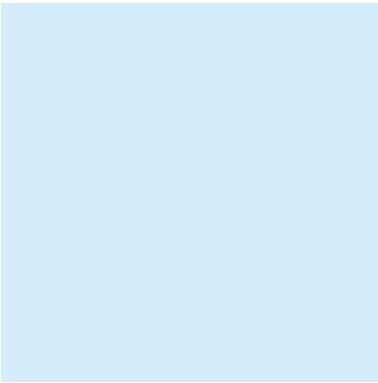
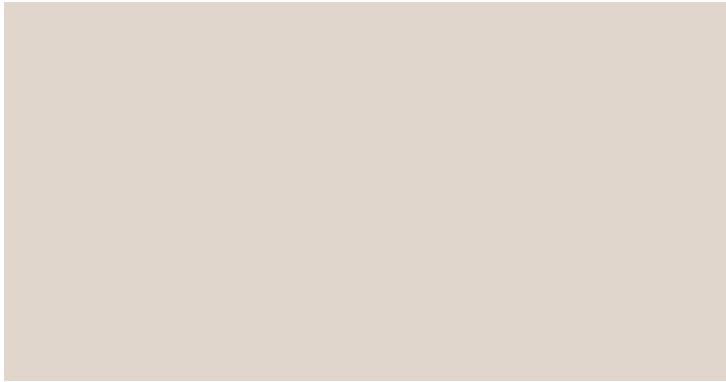


Gestion des causes sociétales du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH

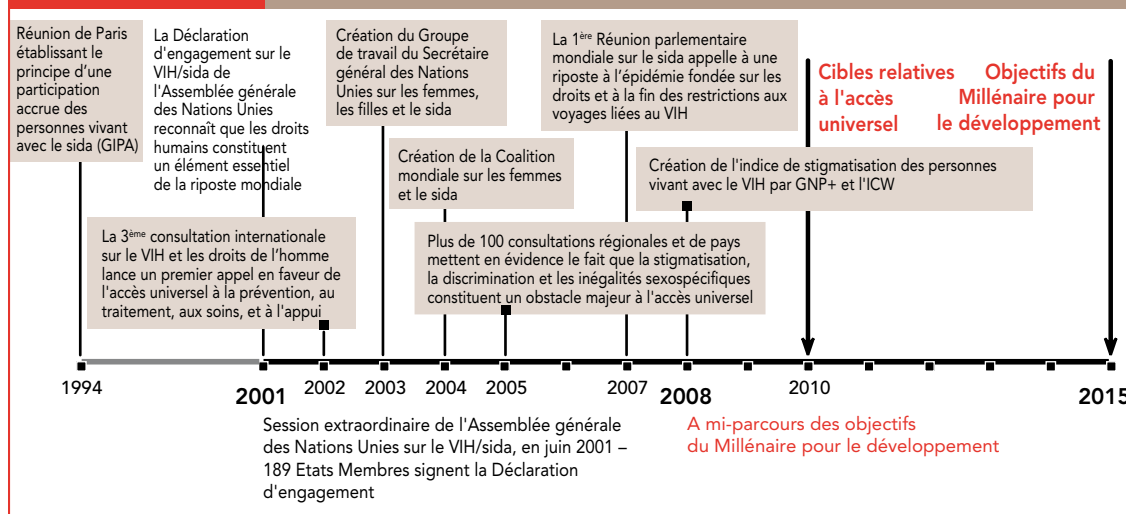


Chapitre 3



FIGURE 3.1

Déterminants sociaux de l'épidémie de VIH : événements choisis



Messages clés

- Pour riposter à l'épidémie de VIH durablement et avec tout le succès voulu, il va falloir sans relâche travailler et avancer sur les questions relatives aux violations des droits humains, des inégalités sexospécifiques, de la stigmatisation et de la discrimination.
- Un investissement important dans l'éducation des filles, favorisé par des politiques rendant obligatoire l'enseignement primaire et secondaire, contribuerait grandement à réduire le risque et la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH.
- Les programmes fondés sur des preuves et visant à instaurer des normes sexospécifiques doivent être développés, en accordant une attention particulière aux initiatives centrées sur les hommes et les garçons.
- Gouvernements nationaux et donateurs internationaux doivent intégrer au nombre de leurs priorités les stratégies propres à accroître l'autonomie matérielle des femmes, et la conduite de réformes juridiques permettant aux femmes de jouir de leurs droits à la propriété et à l'héritage.
- Tous les pays veilleront à l'application rigoureuse des mesures anti-discriminatoires de façon à protéger les personnes vivant avec le VIH. Le tiers des pays qui n'ont pas les lois nécessaires pour protéger contre la discrimination liée au VIH doivent en promulguer sans plus tarder. Les pays doivent également protéger de la discrimination les populations les plus à risque et veiller à ce qu'elles aient l'égalité jouissance de leurs droits humains.
- Les pays doivent composer une stratégie anti-discriminatoire faisant partie intégrante de leur plan national de lutte contre le sida, investissant dans un large éventail d'activités : campagnes de sensibilisation du grand public et d'information sur les droits de chacun, services juridiques à la disposition des personnes vivant avec le VIH, élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux, et expression de la solidarité nationale pour la riposte au VIH.
- Un soutien technique et financier bien plus important s'impose pour renforcer le potentiel de réaction des organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH, et des groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH.

Le VIH est une entité biologique contre laquelle les protocoles thérapeutiques ont une action, mais l'épidémie continue de s'étendre, parce qu'on ne s'est pas réellement attaqué aux paramètres sociétaux qui augmentent le risque d'exposition et la vulnérabilité au VIH. Le présent chapitre examine deux ensembles de facteurs sociétaux qui influent sur le risque de VIH et sur la vulnérabilité, et qui pourtant n'ont pas été effectivement pris en compte et gérés dans la plupart des pays :

- Les inégalités sexospécifiques et l'absence de moyens donnés aux femmes et aux filles pour s'assumer, et
- La discrimination, la stigmatisation, et l'exclusion sociale.

Ce chapitre décrit également la contribution des inégalités économiques à la propagation de l'épidémie de VIH. Les facteurs sociaux diffèrent dans leur manifestation, dans leur intensité, et dans leur impact selon les régions et au sein des régions, mais ils sont bel et bien là partout dans le monde, et dans tous les cas ils empêchent d'opposer à l'épidémie une riposte efficace, reposant sur des preuves, et fondée sur les droits (Mann & Tarantola, 1996).

Relativement peu d'études ont examiné rigoureusement les stratégies destinées à neutraliser les différents facteurs sociétaux de risque et de vulnérabilité face au VIH. Cependant, il existe suffisamment d'éléments probants sur lesquels prendre appui pour mettre sur pied des initiatives nationales visant à contrer ces facteurs et à créer des environnements plus favorables pour l'exercice des droits humains, la santé et le bien-être de tous, y compris des personnes les plus exposées au risque de VIH. En particulier, des outils ont été élaborés ces dernières années pour quantifier l'inégalité sexospécifique ainsi que la discrimination et la stigmatisation liées au VIH, ce qui contribue à parfaire les études sociologiques et l'évaluation des programmes. Toute stratégie nationale de lutte contre le VIH se voulant exhaustive doit intégrer des activités et initiatives diverses destinées à neutraliser les facteurs contextuels influant sur le risque et la vulnérabilité – notamment des stratégies innovantes de communication pour le changement social. Le présent chapitre est complémentaire du Chapitre 4, lequel passe en revue les différents volets que doit comporter tout programme exhaustif, efficace, de prévention des nouveaux cas d'infection à VIH.

Définition du risque et de la vulnérabilité face au VIH

Risque : probabilité pour une personne de contracter l'infection à VIH. Certains comportements créent, majorent et perpétuent le risque : rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut VIH est inconnu, multipartenariat sexuel sans protection, et consommation de drogues injectables avec utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées.

Vulnérabilité : état résultant d'un ensemble de facteurs échappant au contrôle individuel qui réduisent l'aptitude d'individus et de communautés à éviter le risque de VIH. Ces facteurs sont notamment les suivants : (1) absence des connaissances et du savoir-faire nécessaires pour se protéger et protéger les autres ; (2) facteurs liés à la qualité des services et à la couverture (par ex : inaccessibilité des services due à la distance, au coût ou à d'autres facteurs) ; et (3) facteurs sociétaux tels que violations des droits humains, ou normes socioculturelles. Ces normes peuvent consister en pratiques, en croyances et en lois qui stigmatisent et inhibent certaines populations, lesquelles ont de ce fait de la difficulté à bénéficier ou à faire usage des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ainsi que des produits correspondants. Ces facteurs, seuls ou associés, peuvent créer une vulnérabilité au VIH individuelle et collective, ou l'intensifier.

Source : ONUSIDA (2007a).

Tenter de changer les déterminants sociétaux du risque et de la vulnérabilité face au VIH pourrait être considéré comme allant au-delà des ressources, du calendrier d'exécution ou du mandat des programmes de santé publique. Cependant, l'épidémie de VIH a déjà généré des changements majeurs au niveau du développement international et des pratiques mondiales pour la santé publique, des attitudes, et des normes sociales. L'histoire de l'épidémie laisse apparaître les lacunes d'une riposte qui s'avère trop étreinte et uniquement centrée sur le court terme. Des changements fondamentaux dans les normes et pratiques sociales sont possibles s'il y a suffisamment d'impulsion politique, d'engagement communautaire, de fidélité à un cap programmatique, et de solidarité internationale. Ces dernières années, les attitudes, les schémas comportementaux, et les

lois qui génèrent, qui reflètent, et qui confortent les déterminants sociétaux du risque et de la vulnérabilité face au VIH ont été exhaustivement cartographiés dans divers milieux. Une somme sans cesse croissante de données scientifiques est disponible pour guider dans la définition des stratégies et des programmes de riposte.

En outre, le moment est venu de s'attaquer aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité et du risque d'exposition au VIH. Des progrès importants, cependant inégaux, ont été faits pour élargir l'accès à de nombreuses stratégies de prévention du VIH (voir Chapitre 4), mais les inégalités sexospécifiques, la stigmatisation et la discrimination viennent saper les efforts faits pour stopper la progression du VIH. En particulier dans les contextes hyper-endémiques – là où des changements modestes dans les comporte-

Approches de la riposte au VIH fondées sur les droits

Une approche de la riposte au VIH fondée sur les droits garantit que des aspects souvent considérés comme discrétionnaires sont reconnus en tant que droits auxquels toute personne peut légitimement prétendre. Cette approche garantit également que gouvernements, système des Nations Unies, donateurs, et secteur privé, ont l'obligation et les moyens de contribuer à l'exercice des droits nécessaires pour riposter au VIH. Elle met les normes et principes relatifs aux droits humains au cœur de tous les processus de programmation en matière de lutte contre le VIH, et habilite les gens à connaître et à réclamer leurs droits. Elle aide les parties prenantes à gérer les problèmes de rapports de force déséquilibrés existant aux niveaux des ménages, des communautés, et sur le plan national. En particulier, une approche fondée sur les droits de l'homme garantit :

- une attention accrue sur les personnes vulnérables et marginalisées (femmes, jeunes, personnes vivant avec le VIH, orphelins, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues, professionnel(le)s du sexe, populations mobiles, groupes ethniques et autochtones, et réfugiés) ;
- l'égalité et la non-discrimination en ce qui concerne les engagements de dépenses dans les programmes de lutte contre le VIH et les demandes de fonds ;
- des programmes pour l'autonomisation des personnes vulnérables au VIH ou vivant avec le VIH – notamment réforme de la législation, aide juridique, éducation en matière de droits humains, mobilisation sociale, communication pour le changement social, et appui à la société civile ;
- des programmes pour la mise en pratique de normes relatives aux droits humains eu égard au VIH (par ex : protection contre la violence sexuelle, égalité sexospécifique, éducation, information, santé, emploi, accès aux fruits des percées scientifiques) ;
- la participation active, librement consentie et en toute connaissance de cause des personnes affectées par le VIH à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes en rapport avec la lutte contre le VIH ;
- des rouages de responsabilisation des gouvernements, des organisations intergouvernementales, des donateurs, et du secteur privé (par ex : UNGASS et les « Trois Principes »).

ments à risque, capables de contenir des épidémies de faible gravité, n'auraient vraisemblablement pas un impact suffisant – des changements sociaux d'une plus grande portée, s'imposent pour un jour maîtriser l'épidémie pour citer les experts du Groupe de réflexion sur la prévention du VIH (SADC, 2006).

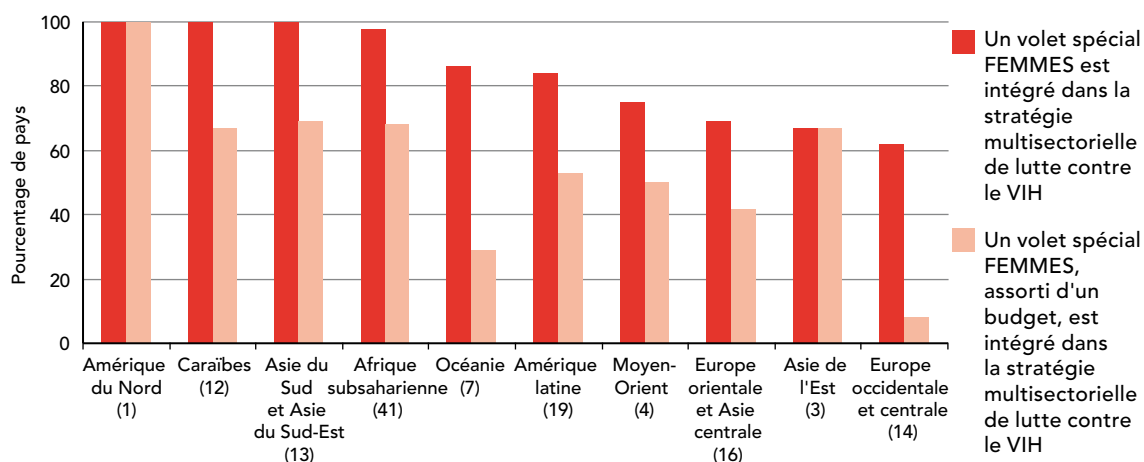
Inégalités sexospécifiques, et normes sexospécifiques néfastes

Les liens nombreux et variés entre absence de parité homme-femme et vulnérabilité accrue au VIH chez les femmes et les adolescentes ont été bien caractérisés et répertoriés.¹ Les normes socioculturelles souvent restreignent l'accès des femmes à l'information essentielle sur la santé sexuelle et reproductive. Même si les femmes ont accès à l'information et aux produits (par ex : les préservatifs), les normes sexospécifiques selon lesquelles en matière de sexualité la femme n'a pas voix au chapitre et doit jouer un rôle plus passif, compromettent l'autonomie des femmes, exposent bon nombre d'entre elles à la coercition sexuelle, et les empêchent d'insister pour que le partenaire masculin pratique l'abstinence ou utilise le préservatif.

Les inégalités sexospécifiques interviennent de façon manifeste, démontrable, dans l'épidémie. Au Botswana, les personnes qui possédaient au moins trois croyances sexospécifiques à caractère discriminatoire (par ex : que les femmes ont moins que les hommes le droit d'avoir des rapports sexuels extraconjugaux, qu'il est justifié que le mari batte sa femme si elle a des rapports sexuels extraconjugaux) étaient près de trois fois plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés avec un partenaire extraconjugal durant l'année écoulée, que celles sans croyances de cette nature. Une étude au Swaziland a montré que les personnes ayant au moins six attitudes sexospécifiques à caractère discriminatoire étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir des partenaires sexuels multiples que celles sans attitudes de ce type (Physicians for Human Rights, 2007).

Les attentes classiques concernant la masculinité et le comportement sexuel masculin sont également de nature à accroître le risque d'infection chez les hommes et les garçons : l'homme ou le garçon doit être solide, agressif, sexuellement dominant, et il doit prendre des risques ; or, les comportements associés à ces attentes majorent son risque

FIGURE 3.2 Pourcentage des pays dans les régions déclarant avoir intégré dans leur stratégie multisectorielle relative au VIH un volet spécial sur les femmes, assorti d'un budget



Source: Rapports d'activités des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

¹ Se reporter à Coalition mondiale sur les femmes et le sida (2006a) qui résume en quoi l'absence de parité homme-femme majore le risque de VIH et la vulnérabilité.

d'infection à VIH. Ces comportements consistent concrètement à multiplier les partenaires sexuels, à consommer des drogues ou de l'alcool, et à refuser de consulter pour une infection sexuellement transmissible (CIRF, 2007 ; OMS, 2007). Les normes sexospécifiques préjudiciables tant pour l'homme que pour la femme renvoient à cet impératif : impliquer les hommes et les garçons dans tout effort pour le changement.

Stratégies nationales contre les inégalités sexospécifiques

Certes une grande majorité de pays ont commencé à prendre en compte les problématiques sexospécifiques dans leurs processus de planification d'une riposte au VIH ; cependant ils sont nombreux à ne pas disposer du budget ni de l'appui politique nécessaires pour gérer ces problématiques. Plus de 80% des gouvernements nationaux déclarent avoir consacré un volet spécial sur les femmes dans leur stratégie multisectorielle relative au VIH, mais seulement 52% disent avoir une enveloppe budgétaire spécialement consacrée aux programmes portant sur les problématiques vécues par les

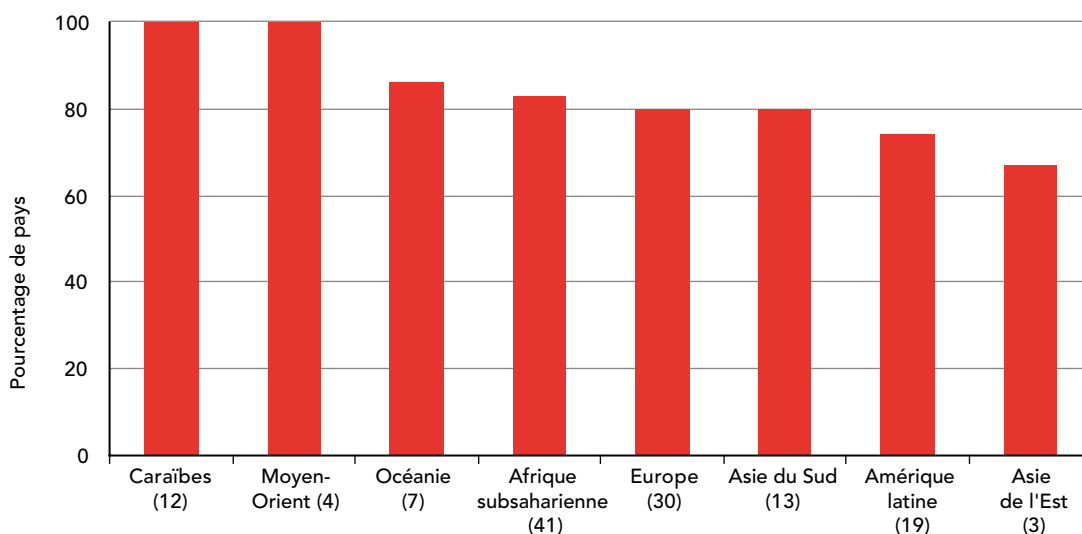
femmes (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les plus fortes proportions de pays déclarant disposer d'un budget pour ces programmes se trouvent en Asie (69%) et en Afrique subsaharienne (68%) (Figure 3.2).

En 2007, les entités non gouvernementales interrogées dans 82% des pays ont déclaré que des politiques étaient en place pour garantir aux femmes et aux hommes l'égalité d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ; les variations régionales sont cependant importantes, comme le montre la Figure 3.3 (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Il s'agit là d'une augmentation par rapport à 2003, où 69% des gouvernements nationaux rapportaient l'existence de ces politiques. Malgré le nombre important de pays ayant ces politiques, les informateurs non gouvernementaux dans 12% de ces pays rapportent l'existence d'autres lois et politiques constituant des obstacles à la prestation de services aux femmes (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

A partir des réponses des pays aux 14 questions sur les politiques relatives aux femmes, l'ONUSIDA a

FIGURE 3.3

Pourcentage de pays (par région) déclarant que des politiques sont en place pour garantir l'égalité d'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, pour les femmes et pour les hommes

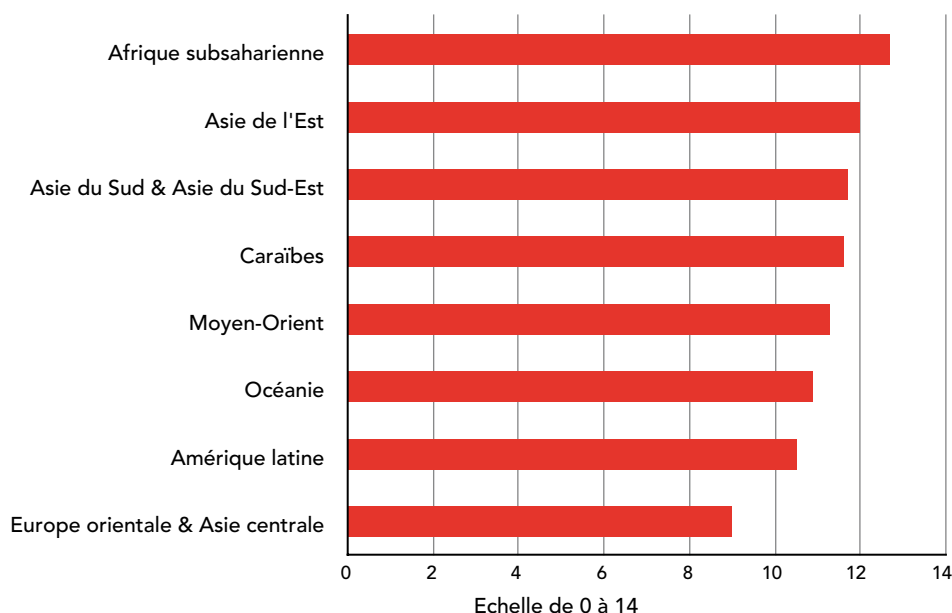


Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

FIGURE 3.4

Indice des politiques relatives à la vulnérabilité des femmes au VIH



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

noté chaque pays de 0 (pour ceux qui n'ont aucune des politiques d'équité en place) à 14 (pour ceux qui les ont toutes). Comme le montre la Figure 3.4, les scores les plus bas sur les politiques garantissant aux femmes l'égalité d'accès se trouvaient en Europe orientale et centrale, et les plus élevés en Afrique subsaharienne.²

Malgré d'importants progrès en matière d'élaboration de cadres nationaux relatifs à la vulnérabilité des femmes face au VIH, des lacunes majeures demeurent dans de nombreux pays. Par exemple, les informateurs non gouvernementaux ont indiqué qu'environ un tiers des pays (31%) n'ont pas de loi ni de réglementation anti-discrimination faisant explicitement mention des femmes (avec une fourchette de 12%–50% entre régions) (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Selon les rapports des pouvoirs publics, 32%

des pays manquent de stratégies ou de politiques d'information, d'éducation, et de communication, propres à encourager la participation des hommes aux programmes de santé reproductive (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Stratégies efficaces pour faire reculer les inégalités sexospécifiques et changer les normes génératrices de ces inégalités

Un nombre croissant de stratégies, passées en revue ci-dessous, peuvent faire reculer les inégalités sexospécifiques et changer les normes génératrices de ces inégalités :

- l'éducation
- les initiatives à composantes multiples conçues pour changer les normes sexospécifiques néfastes
- l'élimination de la violence sexospécifique

² Les 130 pays ayant répondu aux questions ont été notés selon leurs réponses aux 14 questions posées. Chaque pays a obtenu un point pour chaque politique en place. Les questions portaient sur l'inclusion des problématiques spécifiques aux femmes dans les plans stratégiques nationaux et dans les plans de développement, dans le volet de la prévention du VIH (réponse des pouvoirs publics) et dans le volet des droits humains (réponse des entités non gouvernementales). Un -1 était attribué si un pays répondait oui à la question sur l'existence de lois, de règlements, ou de politiques entravant la prestation de services anti-VIH aux femmes.

Mesure des changements dans les croyances normatives relatives à la sexospécificité

L'histoire mondiale de l'émancipation des femmes démontre qu'il est possible de transformer radicalement les normes sexospécifiques. Jusqu'à un passé récent, cependant, faute de disposer d'outils de mesure fiables, il a été difficile d'établir si telle ou telle initiative destinée à favoriser la parité homme-femme a contribué à changer les normes et les pratiques sexospécifiques.

Heureusement, cette lacune a été comblée, ce qui va faciliter l'évaluation des programmes et améliorer la rigueur de cet exercice. Conçu et expérimenté par le projet Horizons au Brésil, et ensuite testé en Asie et en Afrique, l'outil « Gender Equitable Men scale » offre aux programmes de lutte contre le VIH un moyen pratique et fiable pour mesurer les principales croyances et normes qui contribuent aux inégalités sexospécifiques.

Les chercheurs de Horizons ont constaté qu'ils pouvaient caractériser les normes sexospécifiques les plus répandues en demandant aux personnes interrogées si elles étaient d'accord avec une série de phrases (15–25), telles que « Parfois la femme mérite une bonne correction », et « A la maison, c'est à l'homme d'avoir le dernier mot ». La grille de résultats ainsi obtenue permet aux programmes dans des contextes très variés de démontrer à quel point ils font évoluer dans le bon sens les normes sexospécifiques inégalitaires. Au Brésil et en Inde, par exemple, la grille a servi à évaluer un programme de six mois de séances interactives conduites par des jeunes hommes pour des jeunes hommes, et consistant en jeux de rôles, dialogues, et autres techniques pour susciter une réflexion critique sur les normes sexospécifiques et leurs conséquences. L'étude a également évalué une branche intensive du programme ajoutée à l'activité classique et consistant en une campagne de marketing social sur le mode de vie, conçue pour promouvoir un comportement masculin non violent, sexuellement responsable. Tant au Brésil qu'en Inde, ces deux branches d'activité ont fortement contribué à réduire le nombre d'avis favorables aux normes sexospécifiques inégalitaires, à des échéances de six et de 12 mois, en comparaison d'un groupe témoin qui n'avait pas participé aux activités en question. Au Brésil, les jeunes hommes qui avaient abandonné les normes sexospécifiques inégalitaires après avoir pris part au programme étaient moins susceptibles de déclarer une infection sexuellement transmissible et plus susceptibles d'utiliser le préservatif avec leur partenaire attiré. A Mumbai, en Inde, les hommes qui avaient participé aux programmes étaient deux fois plus susceptibles d'avoir utilisé un préservatif avec leur tout dernier partenaire sexuel, et nettement moins susceptibles de se montrer violents avec leur partenaire intime (Verma, et al., 2006; Pulerwitz et al., 2006).

- les activités génératrices de revenus
- le plaidoyer et l'appui.

Promouvoir l'enseignement universel

Au début de l'épidémie, les preuves du lien entre niveau d'instruction et risque d'infection à VIH étaient ambiguës, mais des données plus récentes émanant de 11 pays africains établissent clairement le lien entre niveau d'éducation élevé et faible prévalence du VIH (Hargreaves et al., 2008). Une

montré que chaque année supplémentaire dans le niveau d'instruction faisait baisser de 7% le risque d'infection à VIH (Bärnighausen et al., 2007). En particulier, la scolarisation offre un excellent moyen de réduire le risque et la vulnérabilité des filles par rapport au VIH. Les filles qui vont jusqu'au bout de l'enseignement primaire sont plus de deux fois plus susceptibles d'utiliser le préservatif, et les filles qui suivent des études secondaires jusqu'au bout sont entre quatre et sept fois plus susceptibles d'utiliser le préservatif, et sont moins susceptibles de contracter l'infection à VIH (Hargreaves & Boler, 2006).

Malheureusement, dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, l'égalité des chances face à l'éducation est systématiquement refusée aux filles. Dans les pays les plus démunis, les filles sont de 11% moins susceptibles que les garçons de fréquenter l'école primaire (PNUD, 2007). Les filles atteignant l'âge d'aller au lycée voient leurs chances de poursuivre leurs études diminuer encore davantage. Dans les pays les plus démunis, les filles sont de 19% moins susceptibles que les garçons de fréquenter les bancs de l'école. Au Bénin, en Côte d'Ivoire, et en Guinée, seules un peu plus de la moitié des filles sont aussi susceptibles que les garçons d'aller au lycée (PNUD, 2007).

Depuis 1999, la différence de fréquentation scolaire entre les filles et les garçons se réduit, passant chez les filles d'un déficit de 9% à un déficit de 6% en 2005 (UNESCO, 2007). Cependant, 113 pays n'avaient pas la parité en matière de scolarité primaire et secondaire en 2005, et les projections de l'UNESCO portent à croire que seulement 18 de ces pays sont susceptibles de réaliser l'égalité d'accès à l'éducation d'ici à 2015 (UNESCO, 2007). L'absence de parité est encore plus marquée dans l'enseignement secondaire et dans l'enseignement supérieur que dans l'enseignement primaire. Sur 144 pays ayant transmis des données, seulement le Botswana, la Chine, le Mexique, et le Pérou avaient réalisé la parité en matière d'enseignement supérieur (UNESCO, 2007).

Les efforts stratégiques nationaux peuvent éliminer les disparités sexospécifiques en matière d'enseignement. Par exemple, au Burkina Faso, en Ethiopie, et dans un certain nombre d'autres pays, la manifestation d'une ferme détermination nationale en faveur des objectifs mondiaux de l'Education pour Tous³ a donné lieu à une réduction importante des écarts entre garçons et filles en matière d'accès à l'éducation (UNESCO, 2007). Dans certaines parties de l'Afrique, la suppression des frais de scolarité a engendré une hausse importante du nombre des inscriptions de filles à l'école primaire (Burns, Mingat & Rakotomalala, 2003; Deininger, 2003; UNICEF, 2005). En Inde, les jeunes femmes (scolarisées et non scolarisées) qui avaient participé aux programmes de développement

des compétences et de formation professionnelle, et qui avaient été aiguillées vers des services de santé reproductive globaux et adaptés à leur âge, étaient plus susceptibles d'attendre d'avoir 18 ans pour se marier, de déclarer utiliser le préservatif plus régulièrement, et d'afficher une plus ferme intention de consulter les services médicaux en cas de besoin (CEDPA, 2001).

Initiatives à composantes multiples conçues pour changer les normes sexospécifiques néfastes

Un leadership et des programmes interventionnels nationaux peuvent contribuer à accélérer le processus d'élaboration et d'instauration de normes sexospécifiques plus égalitaires. Tout effort de ce type doit viser à promouvoir le dialogue aux niveaux national et communautaire, à étudier le prix des normes sexospécifiques inégalitaires payé par les femmes comme par les hommes, et à explorer de nouveaux modes de réflexion concernant la sexospécificité.

Un large éventail de programmes prometteurs ont vu le jour pour aider les communautés à élaborer des normes sexospécifiques égalitaires. Les ateliers Stepping Stones⁴ utilisés dans plus de 40 pays ont contribué à réduire le degré d'acceptabilité ainsi que la prévalence des violences faites aux femmes, et favorisé une sensibilisation par rapport au VIH ainsi que l'usage du préservatif, en facilitant le dialogue communautaire (Jewkes et al., 2007). Les participants au programme Men as Partners en Afrique du Sud, mis en œuvre par le biais de Engender Health, étaient plus susceptibles de considérer que les hommes et les femmes devaient avoir les mêmes droits, et que c'était mal de battre sa femme (Kruger, 2003; Peacock & Levack, 2004; Bott, Morrison & Ellsberg, 2005). Au Brésil, le Programme H de l'Instituto Promundo a démontré qu'il avait permis de faire évoluer les attitudes des hommes dans le sens de l'égalité des sexes et contribué à des baisses des taux de risque de VIH et d'infections sexuellement transmissibles. Le Programme H a eu recours aux séances de travail et de réflexion par petits groupes, renforcées par une campagne de marketing social, pour remplacer les normes communautaires voulant que les hommes

³ Le mouvement «Education pour Tous» a commencé en 1990 à la Conférence mondiale sur l'Education pour Tous. Au Forum mondial sur l'éducation à Dakar, au Sénégal, en 2000, les gouvernements ont promis de concrétiser l'accès à une éducation élémentaire de qualité pour tous, en accordant une attention particulière à l'éducation des filles.

⁴ Stepping Stones est un atelier conçu pour transformer les comportements et les normes ayant trait au VIH, à la sexospécificité, et au couple (Welbourn, 1995).

soient le « sexe fort » par des attitudes de respect et de confiance (Pulerwitz, 2006).

Faire face à des attitudes acquises, partagées, est un facteur important de réussite pour la promotion de la parité homme-femme. Une méta-analyse de programmes destinés à promouvoir la parité homme-femme a montré que 29% parvenaient à transformer les attitudes ou comportements en question (Barker, Ricardo & Nascimento, 2007). Les programmes qui visaient expressément à transformer les rôles de l'homme et de la femme par une réflexion critique, le jeu de rôle, et d'autres interactions étaient plus susceptibles de parvenir à influencer dans le bon sens sur les attitudes et comportements ciblés.

Élimination de la violence sexospécifique

Le phénomène mondial de la violence à l'égard des femmes ne représente pas seulement une crise des droits humains; il contribue aussi à la vulnérabilité des femmes au VIH. Entre 40% et 60% des femmes enquêtées au Bangladesh, en Éthiopie, au Pérou, en République-Unie de Tanzanie, à Samoa, et en Thaïlande ont déclaré avoir été physiquement et/ou sexuellement agressées par leur partenaire intime (Garcia-Moreno et al., 2005). Dans les situations de conflit, le viol et d'autres formes de coercition sexuelle sont souvent utilisés comme arme de guerre

(Raise Initiative, 2007). Dans certaines parties de la République démocratique du Congo affectées par des conflits, la prévalence du viol serait la plus forte du monde (McCrummen, 2007).

Dans plusieurs pays africains, le risque de VIH chez les femmes ayant subi des violences peut être jusqu'à trois fois plus élevé que chez celles n'en ayant pas subies (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2004). La crainte de la violence peut être un obstacle à la révélation d'une séropositivité VIH (Medley et al., 2004); par exemple, au Cambodge, la peur de la violence explique en partie le faible nombre de femmes bénéficiant des services de conseil et de test dans les dispensaires prénatals (Duvurry & Knoess, 2005).

Des travaux conduits au niveau international ont démontré qu'il est possible de faire baisser les taux de violence. Cependant, 29% des gouvernements nationaux déclarent qu'ils n'ont pas de loi ni de politique pour empêcher la violence contre les femmes. La réussite des initiatives visant à éliminer la violence sexospécifique passe par la disparition des normes sociales qui tiennent la violence pour naturelle et admissible. Les programmes conçus pour changer les normes doivent être soutenus par des réformes juridiques, par un renforcement de l'application des lois de sorte que ceux qui s'adonnent à la violence rendent compte de leurs

S'attaquer aux pratiques culturelles qui majorent le risque et la vulnérabilité des femmes et des filles

A l'échelle mondiale, entre 100 millions et 140 millions de femmes et de filles ont subi l'ablation partielle ou totale de leurs organes génitaux externes, ou un traumatisme au niveau de leurs organes génitaux pour des raisons non médicales. Ce sont chaque année trois autres millions de filles qui subissent ces mêmes pratiques (ONUSIDA et al., 2008). En plus de refléter et d'aggraver le statut d'infériorité des femmes, les mutilations génitales féminines exposent également les femmes à des problèmes de santé considérables. En 2008, l'ONUSIDA s'est associé avec neuf autres organisations des Nations Unies pour demander instamment l'application sans délai des lois et politiques nécessaires pour éliminer les nombreuses formes de mutilation génitale féminine (ONUSIDA et al., 2008).

Les lois nationales et les initiatives de sensibilisation communautaire condamnent de plus en plus le problème dramatique des mutilations génitales chez la femme ainsi que d'autres pratiques qui augmentent le risque et la vulnérabilité des femmes. L'ensemble de lois passées au Zimbabwe en 2007 interdit les mariages forcés ou l'esclavage, et en 2005 le Gouvernement zambien a amendé le code pénal de façon à interdire la « purification des veuves », rituel en vertu duquel la femme dont le mari est mort doit se soumettre à des rapports sexuels avec un chef de village pour être réacceptée dans la communauté (Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires, 2005; Gable, 2007).



Dans de nombreux pays, la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels à moindre risque est extrêmement limitée.

actes, et par des activités destinées à s'attaquer aux attitudes et aux conditions susceptibles de contribuer à la violence sexospécifique.

En février 2007, le Zimbabwe a promulgué une législation qui élargit la protection des personnes survivant à la violence domestique et qui impose des peines pouvant aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement pour les contrevenants. De par la loi les postes de police sont tenus d'avoir du personnel en exercice qui soit spécialisé dans la gestion du problème de la violence domestique. La loi autorise également le personnel chargé de faire respecter le droit à arrêter les auteurs présumés d'actes de violence, sans nécessité de mandat d'arrêt si le danger semble imminent. A l'appui de cette initiative, l'UNICEF s'est associé avec le gouvernement national et l'Association des femmes juristes du Zimbabwe pour former plus de 300 chefs et guérisseurs traditionnels aux modalités d'application de la loi promulguée afin de soutenir les personnes survivant aux violences subies et d'empêcher les sévices dans leur communauté.

Les pays savent qu'il est conseillé d'aborder la question de la prévention de la violence de la même manière que les autres problèmes de santé publique. Le processus consiste à élaborer une stratégie d'action nationale, à améliorer la collecte et l'analyse des données, à évaluer les programmes par rapport aux résultats qu'ils obtiennent, à présenter les stratégies et les résultats obtenus par le biais des médias, et à investir dans des services de soins et d'appui aux personnes survivantes (Mercy, 2007). En général,

la recherche dans le domaine de la prévention de la violence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire attire un soutien financier bien mince (Institute of Medicine, 2008).

En plus des programmes destinés à amener les hommes à considérer la violence sexospécifique comme inadmissible (qu'elle soit dirigée contre un homme ou contre une femme), les lois nationales et locales peuvent également contribuer à réduire la vulnérabilité des femmes face à la violence. Cependant, les lois contre la violence sexospécifique n'ont de sens que si elles sont véritablement appliquées. Par exemple, la Zambie a créé des unités de police spécialisées, qui savent comment réagir lorsqu'on vient leur signaler un cas de violence sexospécifique (Human Rights Watch, 2007).

Stratégies de génération de revenus

Dans de nombreuses régions, les inégalités sexospécifiques peuvent découler de la dépendance matérielle de la femme vis-à-vis de l'homme, situation de nature à majorer chez elle la vulnérabilité au VIH. Là où les lois ou les coutumes privent la femme de moyens de gagner sa vie décemment et en toute indépendance, et autorisent le mari à abandonner son épouse si elle désobéit, la femme n'a souvent guère de possibilités à sa disposition, voire aucune, pour imposer au mari l'abstinence ou l'utilisation du préservatif.⁵ Selon une étude récente au Botswana et au Swaziland, les femmes qui n'ont pas assez à manger sont de 70% moins susceptibles

⁵ La contribution des inégalités économiques aux taux disproportionnés d'infection à VIH chez les adolescentes en Afrique subsaharienne est examinée au Chapitre 4.

d'avoir une quelconque maîtrise de la situation au sein d'une relation sexuelle, de 50% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels intergénérationnels, de 80% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels pour survivre, et de 70% plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés (Weiser et al., 2007).

Les femmes qui possèdent des biens ou qui disposent d'autres atouts économiques et matériels ont des revenus plus élevés, un endroit sûr où vivre, et un plus grand pouvoir de négociation au sein du ménage. La femme qui se sent mieux à même de s'assumer toute seule trouvera plus facilement la force de quitter le foyer si elle y subit des violences ou de mettre fin à une relation qui l'expose au risque d'infection à VIH. Avec plus d'avoirs et de maîtrise des aspects matériels, la femme est davantage en position de force pour négocier l'abstinence, la fidélité, et le rapport sexuel protégé, et pour ne pas avoir à vendre ses charmes contre de l'argent, de la nourriture, ou un toit (Strickland, 2004 ; Gupta, 2005 ; Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2006b). Les jeunes femmes au statut socioéconomique plus aisé sont également plus susceptibles de retarder le moment du premier rapport sexuel, d'avoir moins de partenaires sexuels, et d'utiliser le préservatif (Hallman, 2004 ; Hallman, 2005).

Dans de nombreux pays durement touchés par le VIH, la loi ne reconnaît pas aux femmes le droit à la propriété et à l'héritage. Cette discrimination institutionnalisée est souvent amplifiée dans ses effets par des normes culturelles telles que ce rituel pratiqué dans certaines communautés en vertu duquel une veuve doit se remarier avec un homme de la famille du défunt (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). Le Réseau juridique canadien VIH/sida inventorie actuellement les « Meilleures Pratiques » en matière de réforme législative pour émanciper les femmes, en vue d'élaborer une législation modèle et une trousse à outils juridiques à l'appui du plaidoyer à l'échelon des pays (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007).

Là où les droits économiques des femmes sont reconnus, des efforts sont souvent nécessaires pour informer les femmes sur la nature de leurs droits, et pour les aider à protéger ces droits. Dans plusieurs

pays d'Afrique, les organisations communautaires aident les femmes à s'y retrouver dans les formalités juridiques, et forment du personnel parajuridique et autre pour l'application des droits des femmes à la propriété, à l'héritage, et à la protection juridique (CIRF, 2006b). Par exemple, Women's Land Link Africa relie les organisations communautaires de 10 pays africains pour améliorer l'accès des femmes à la propriété et aux biens fonciers, et pour plaider en faveur d'une plus grande participation des femmes aux processus décisionnaires (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). En Inde, le Collectif des Avocats intègre la formation en matière de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH à ses services juridiques pour les femmes (Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2006b). Les femmes qui avaient participé à un programme de World Vision associant éducation sur le VIH et microfinancement affichaient une plus grande aptitude à faire face aux nécessités matérielles, un niveau plus élevé de connaissances sur le VIH et un comportement plus assuré par rapport à la prévention du VIH ; et le niveau d'instruction ainsi que l'état nutritionnel étaient meilleurs au sein de leur famille (World Vision, 2008). Un projet pluriannuel au Mozambique vise à sensibiliser davantage les spécialistes des questions judiciaires (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007). Cependant – selon une enquête d'organisations non gouvernementales au Bangladesh, en Inde, au Népal, et à Sri Lanka – les interventions visant à relier la défense des droits à la propriété pour les femmes aux initiatives de lutte contre le VIH sont en grande partie fragmentaires et circonstanciels (CIRF, 2007).

En plus des réformes juridiques visant à améliorer l'accès des femmes à la propriété, un soutien international nettement plus important s'impose pour les initiatives de microfinancement qui offrent un appui financier direct aux femmes pour qu'elles gagnent leur vie en toute indépendance. Une étude du projet Image en Afrique du Sud, qui associe microfinancement et formation sur les questions relatives au VIH et à la sexospécificité, a mis en évidence une réduction de 55% de l'incidence des violences faites aux femmes par le partenaire intime (Pronyk et al., 2006).⁶

Trouver du soutien auprès d'un programme anti-VIH ouvrant l'accès au microcrédit

*Imane, jeune femme de 27 ans en Algérie, pense que son histoire «ressemble à celle de millions de femmes séropositives au sein du monde arabe»**

Lorsque Imane s'est mariée il y a cinq ans, son mari ne lui a pas dit qu'il était séropositif. Quand Imane a montré à l'une de ses sœurs les médicaments qu'il prenait, celle-ci lui a conseillé de faire le test VIH. Le test de sa fille de quatre ans était négatif, mais le sien a révélé qu'elle était infectée par le VIH. «Lorsque mon médecin m'a demandé si j'étais au courant de ma maladie, je n'ai pas pu le croire», raconte Imane. «VIH! La maladie des prostituées. C'était mon avis à l'époque. C'est ce qu'on pense dans ma culture.»

Aujourd'hui, Imane est mieux au courant. «La majorité des femmes séropositives que je connais sont des femmes qui ne sont jamais parties de chez elles ... Plus de 60% des femmes séropositives que je connais ont été infectées par leur mari.»

Le médecin a expliqué à Imane que le VIH était devenu une maladie chronique et qu'elle pourrait vivre une vie normale avec les médicaments antirétroviraux. Pourtant, elle a eu du mal à accepter le diagnostic et elle a sombré dans la déprime. Son mari a fait preuve de bien peu d'empathie vis-à-vis d'elle et sa meilleure amie l'a totalement délaissée après avoir appris qu'elle vivait avec le VIH. S'occuper de sa fille est devenu l'unique préoccupation d'Imane.

Pour finir, une femme à l'hôpital local, qui vivait avec le VIH depuis 10 ans, a invité Imane à visiter El Hayet, un réseau de personnes vivant avec le VIH. Le réseau El Hayet aide les personnes séropositives à gagner leur vie en ce sens qu'il leur permet d'obtenir un diplôme dans l'un des nombreux domaines professionnels proposés, par exemple la pâtisserie, la couture, ou la peinture. L'organisation oriente ses membres vers les offres de microcrédit proposées dans le cadre du partenariat de El Hayet avec le Ministère de la Solidarité et des Affaires sociales.

Grâce à sa participation au programme El Hayet pour la création d'activités génératrices de revenus, Imane a rencontré des gens qui l'ont comprise et qui lui ont apporté du réconfort. «Il m'a fallu du temps pour me sentir totalement à l'aise là-bas, et de moins en moins seule jour après jour ... Il règne une ambiance très positive, et le lien entre formateurs et stagiaires est vraiment super. Ce qu'il y a de génial ici, c'est que vous pouvez apprendre ou enseigner ... et parler librement de votre maladie sans aucune crainte.»

«Aujourd'hui, avec El Hayet, mes blessures sont guéries.»

* Imane a demandé qu'on n'utilise pas sa photo.

Plaidoyer et appui

A l'échelle mondiale, bon nombre d'organisations et de réseaux œuvrent activement pour instaurer une solidarité entre les femmes vivant avec le VIH, et pour mener une action conjointe de persuasion afin de s'attaquer aux facteurs qui font que l'épidémie a un impact disproportionné sur les femmes et les filles. Les gouvernements nationaux et les donateurs internationaux devraient intensifier leur appui au renforcement du potentiel des organisations de femmes qui travaillent pour la promotion des droits de la femme et pour l'élimination de la vulnérabilité des femmes.

Au Kenya, par exemple, GROOTS (Grassroots Organizations Together in Sisterhood) est un réseau de groupes d'entraide féminins qui œuvrent pour développer l'aptitude des femmes à protéger leurs droits juridiques et économiques. Au Nigéria, 150 groupes de femmes se sont réunis en août 2007 pour lancer la Coalition nationale sur les femmes

et le sida. Le but est de s'attaquer, sous l'impulsion de la Première Dame du pays, aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité des femmes à l'infection. A l'échelle mondiale, la Commission Huairou relie les organisations communautaires de femmes, pour l'échange de ressources, d'informations, et de stratégies politiques et communautaires (Carpano, Izumi & Mathieson, 2007).

Stigmatisation, discrimination, et vulnérabilité au VIH

La stigmatisation, la discrimination, et l'exclusion sociale sont des causes de risque et de vulnérabilité face au VIH, et des conséquences de la séropositivité. L'être humain est par nature fait pour vivre en société, et sa santé physique et mentale est altérée lorsqu'il est isolé et coupé de son groupe social (Jenkins & Sarkar, 2007).

Les attitudes stigmatisantes par rapport au VIH et vis-à-vis des personnes les plus exposées au risque

Stigmatisation et discrimination

La **stigmatisation liée au VIH** correspond à «... un « processus de dévalorisation » des personnes vivant avec le VIH et le sida, ou associées à cette maladie » (ONUSIDA, 2003).

La **discrimination** renvoie à des actes dont le point de départ est la stigmatisation. La discrimination liée au VIH suit la stigmatisation. La stigmatisation correspond au traitement injuste infligé à une personne du fait d'une séropositivité VIH réelle ou supposée (ONUSIDA, 2003).

La discrimination à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH ou qui sont perçues comme telles intervient au sein des familles et d'autres réseaux sociaux, et est souvent institutionnalisée. Parmi les exemples de discrimination institutionnalisée, il faut citer les lois, politiques et procédures établies par les gouvernements et qui pénalisent les personnes vivant avec le VIH ou perçues comme telles; et la discrimination sur le lieu de travail ou dans les structures de soins de santé. L'omission peut également constituer une forme de discrimination lorsque, par exemple, les besoins et les intérêts des personnes vivant avec le VIH ou des populations stigmatisées sont ignorés ou minimisés.

La discrimination représente une violation des droits humains, et est interdite par le droit international. La Commission des droits de l'homme, désormais Conseil des droits de l'homme, a déclaré qu'en ce qui concerne l'interdiction de la discrimination, l'expression « Autre statut » inclut l'état de santé, y compris le statut vis-à-vis du VIH.

d'infection tirent leur origine principalement dans 1) la crainte de la contagion – la maladie constituant une source de stigmatisation depuis la nuit des temps ; 2) les présomptions négatives fondées sur des valeurs, à propos des personnes vivant avec le VIH – ce qui alimente les préjugés et la discrimination (CIRF, 2006a). Dans certains cas, la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH est cautionnée par les lois nationales et locales. Selon le Groupe européen pour le traitement du sida, 74 pays imposent des restrictions à l'entrée ou au séjour sur la base du statut vis-à-vis du VIH, dont 12 pays qui interdisent l'entrée des personnes vivant avec le VIH sur le territoire national, pour tout motif, ou pour toute durée.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH sapent les efforts de prévention, car ces deux phénomènes font que les gens rechignent à faire le test VIH (Ford et al., 2004; Wolfe et al., 2006; Ma et al., 2007; Pulerwitz & Barker, 2008) ; à s'informer sur les moyens de se protéger contre l'infection ; et dans certains cas, à utiliser le préservatif, de peur qu'on dise d'eux qu'ils sont malades ou qu'on les assimile aux populations marginalisées qui sont les plus durement affectées (Nyblade et al., 2003). La crainte de la stigmatisation et de la discrimination rend les personnes vivant avec le VIH également moins susceptibles de consulter un médecin et de se faire soigner, de suivre leur traitement à la lettre selon ce qui leur a été prescrit, et de révéler leur séropositivité VIH à leur partenaire sexuel (White & Carr, 2005 ; Liu et al., 2006 ; Mills, 2006). Dans certains cas, la discrimination et la honte s'abattent aussi sur les membres de la famille de la personne qui vit avec le VIH, sur ses dispensateurs de soins, et sur ses enfants. Bien trop souvent, les membres des professions de santé – médecins, infirmières, et personnel chargé des soins et du traitement des personnes vivant avec le VIH – sont les premiers à générer stigmatisation et discrimination (Reis et al., 2005 ; Mahendra et al., 2007 ; USAID, 2007a). En 2006, des consultations organisées avec le concours de l'ONUSIDA auxquelles ont participé des parties prenantes de la société civile et des pouvoirs publics de 122 pays ont invariablement mis en évidence que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH arrivaient en tête des cinq obstacles majeurs à la concrétisation de l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH.

Une loi peut être une force du changement, ou légitimer les distinctions faites entre les groupes. Une loi peut protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ou intensifier cette discrimination. Par exemple, l'application générale du droit pénal à la transmission du VIH envoie le message selon lequel les personnes vivant avec le VIH sont des criminels en puissance. La loi peut également protéger d'autres groupes (par ex : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues, ou les professionnel(le)s du sexe) contre les violations des droits humains, en particulier la violence, la calomnie, la discrimination, et les défauts de procédure. Cependant, là où les activités de certains groupes sont criminalisées (par ex : les rapports sexuels entre hommes, la consommation de drogues, ou le commerce du sexe), la loi et son application peuvent se transformer en obstacle majeur à l'accès et à l'utilisation des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH. La discrimination institutionnalisée se manifeste aussi sous forme d'omission, par exemple lorsque le volume de ressources consacré aux activités de lutte contre le VIH destinées à répondre aux besoins des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues injectables, ou des professionnel(le)s du sexe, n'est pas proportionnel à l'épidémiologie locale, ou lorsque les systèmes de surveillance du VIH n'intègrent pas le suivi de ces groupes.

Éliminer la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale

Ces dernières années, les retombées néfastes de la stigmatisation et de la discrimination ont été de mieux en mieux élucidées, et un nombre croissant d'institutions et d'organisations s'y sont intéressées davantage. Plusieurs stratégies et approches réussies sont apparues, et sont examinées ci-après. Les approches réussies sont notamment les suivantes :

- prévention de la discrimination liée au VIH ;
- contribution à l'acquisition de connaissances en matière de VIH, à une sensibilisation, et promotion de la tolérance et de la compassion ;
- participation et visibilité accrues des personnes vivant avec le VIH ;
- élargissement de l'accès au traitement ;

Mesure du phénomène de stigmatisation

Comme pour les inégalités sexospécifiques, l'absence de méthodes de mesure approuvées a entravé l'action nécessaire pour éliminer le problème de la stigmatisation.

Dans plus de 10 études conduites sur huit années, le projet Horizons a démontré que la stigmatisation et la discrimination peuvent être caractérisées et mesurées dans des milieux très divers en Amérique latine, en Asie, et en Afrique. Se concentrant à la fois sur les personnes qui se sentaient stigmatisées et sur celles qui stigmatisaient, Horizons a élaboré un cadre conceptuel pratique qui s'applique à différents contextes culturels. Ce cadre prend en compte le fait que les personnes vivant avec le VIH luttent contre leur propre sentiment de honte et de culpabilité (auto-stigmatisation), contre la réprobation qu'elles perçoivent chez les autres, et contre la stigmatisation décrétée (discrimination).

Une étude qualitative approfondie a révélé que le problème devient gérable, mesurable, et modifiable lorsqu'on le morcèle et qu'on le traite en quatre étapes. La première consiste en une recherche formative, englobant la définition des attitudes, croyances, et comportements spécifiques, et l'inventaire du problème au niveau local. Cette étape est essentielle pour la deuxième, qui consiste à aider les gens à reconnaître le problème. Les études préliminaires de Horizons ont montré que souvent les gens qui rejettent et qui couvrent de honte les personnes dont ils pensent qu'elles sont associées au VIH ne se rendent pas compte du mal qu'elles font. La troisième étape consiste à fournir des informations précises sur le VIH et à créer un environnement favorable, pour contrer les moteurs de la stigmatisation reposant sur la crainte (par ex: crainte d'être infecté par simple contact). La quatrième étape consiste à susciter la réflexion sur les jugements sociaux à l'origine de la stigmatisation liée au VIH («réprobation et honte»), et à confronter les gens au fait que ces jugements sont souvent infondés et injustes par rapport aux réalités vécues par les personnes affectées (par ex: les soupçonner d'hédonisme irresponsable, de débauche sexuelle). L'un des aspects essentiels de la stratégie consiste à confier aux personnes vivant avec le VIH des rôles d'éducateurs et d'animateurs. Pour guider ces initiatives et les étayer sur des données concrètes, les partenaires de Horizons ont élaboré des éléments fixes de mesure des attitudes de stigmatisation (composantes reconnaissance du problème, crainte, et «réprobation et honte») et des faits concrets (isolement, propos stigmatisants, perte d'identité et de statut, et perte de l'accès aux ressources), ainsi que des outils pour mesurer les améliorations de l'environnement qui peuvent être adaptées et appliquées à travers le monde.

A partir d'une base de connaissances communes, d'autres outils prometteurs pour suivre le problème de la stigmatisation liée au VIH, tels que l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, élaboré par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida et la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida. Cet indice est actuellement mis en œuvre en République dominicaine, et en Asie et dans le Pacifique; d'autres études dans des domaines complémentaires sont prévues pour 2008 (FIPF et al., 2008a; FIPF et al., 2008b). D'autres indices ont été utilisés pour mesurer le problème de la stigmatisation et de la discrimination rencontré chez les prestataires de services médicaux et au sein des structures de prise en charge de l'infection à VIH au Kenya (USAID, 2007b), en Inde (Mahendra et al., 2006), et en Ukraine (USAID, 2007a).

En 2007, le Tadjikistan a entrepris sa première étude nationale pour caractériser l'ampleur du problème de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que ses manifestations. Ce travail de repérage et de caractérisation de la stigmatisation liée au VIH est conforme aux Directives pratiques de l'ONUSIDA pour l'intensification de la prévention du VIH (ONUSIDA, 2007a), incitant les décideurs à connaître l'épidémie dans leur pays («connaître votre épidémie») et à lui opposer une riposte adaptée et à la hauteur de sa gravité («adapter votre riposte à l'épidémie»).

- interdiction de la discrimination à l'égard des populations les plus à risque ; et
- dynamique d'autonomisation communautaire au sein des populations les plus à risque.

Prévention de la discrimination liée au VIH

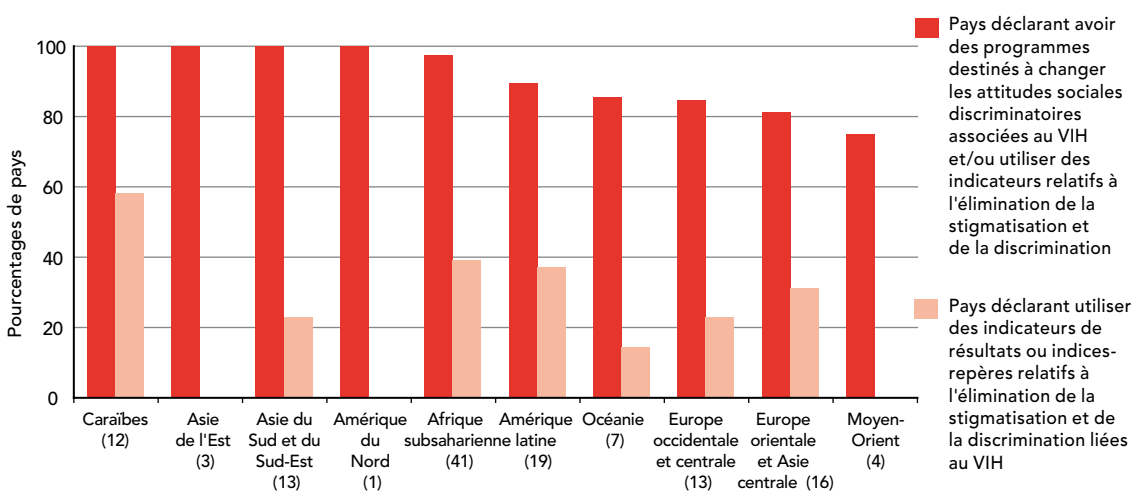
Les mesures de protection juridique contre la discrimination liée au VIH sont indispensables pour riposter valablement au VIH au niveau national. Une grande majorité de pays (67%) déclarent avoir en place les lois et réglementations de nature à protéger de la discrimination les personnes vivant avec le VIH. Le rapport 2008 de la Namibie à l'ONUSIDA indique que, suite au plaidoyer de la AIDS Law Unit, le parlement namibien a intégré en 2007 dans la Législation du travail une loi interdisant la discrimination fondée sur le VIH. En Afrique du Sud, aux Bahamas, au Malawi, et au Zimbabwe, la loi interdit le dépistage obligatoire du VIH préalablement à l'embauche dans le secteur privé (Gable et al., 2007). Le Cambodge, le Guyana, et d'autres pays ont des lois stipulant expressément que les personnes

vivant avec le VIH ont droit à l'égalité d'accès à des services de soins de qualité (Gable et al., 2007). Cependant, il n'existe aucune donnée indiquant la mesure dans laquelle ces lois sont appliquées et à quel point les gens concernés en bénéficient.

En outre, après trois décennies de cohabitation avec l'épidémie, encore un tiers (33%) des pays déclarent n'avoir toujours pas de loi de cette nature. Si les pouvoirs publics font état d'une amélioration significative en matière d'offre de services juridiques aux personnes vivant avec le VIH depuis 2003, les données transmises par les informateurs non gouvernementaux indiquent que moins de la moitié des pays (47%) offrent ces services (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les informateurs non gouvernementaux dans trois quarts de tous les pays (75%) indiquent l'existence de programmes destinés à éduquer et à sensibiliser les personnes vivant avec le VIH par rapport à leurs droits humains (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). La qualité ainsi que l'envergure de ces programmes, de

FIGURE 3.5

Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des programmes destinés à changer les attitudes sociales discriminatoires associées au VIH, et/ou utiliser des indicateurs relatifs à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

même que le nombre des personnes en bénéficiant, n'ont été ni mesurés ni évalués.

Il est important d'intégrer l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH au nombre des priorités d'un plan national de lutte contre le VIH, mais faute de suivi, les progrès dans ce domaine seront difficiles, voire impossibles à mesurer. Selon les rapports d'entités non gouvernementales, seulement 33% des pays utilisent des indicateurs de résultats ou des indices-repères relatifs à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008) (Figure 3.5). Début 2007, le Gouvernement brésilien a créé un système de déclaration confidentielle des cas de violation de la loi nationale interdisant la discrimination liée au VIH.

Egalement, les données transmises par les informateurs non gouvernementaux indiquent que les pays n'ont pas systématiquement mis en œuvre les systèmes de rapport, d'inventaire, et de gestion des cas de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou contre les populations les plus à risque (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008) (Figure 3.6).

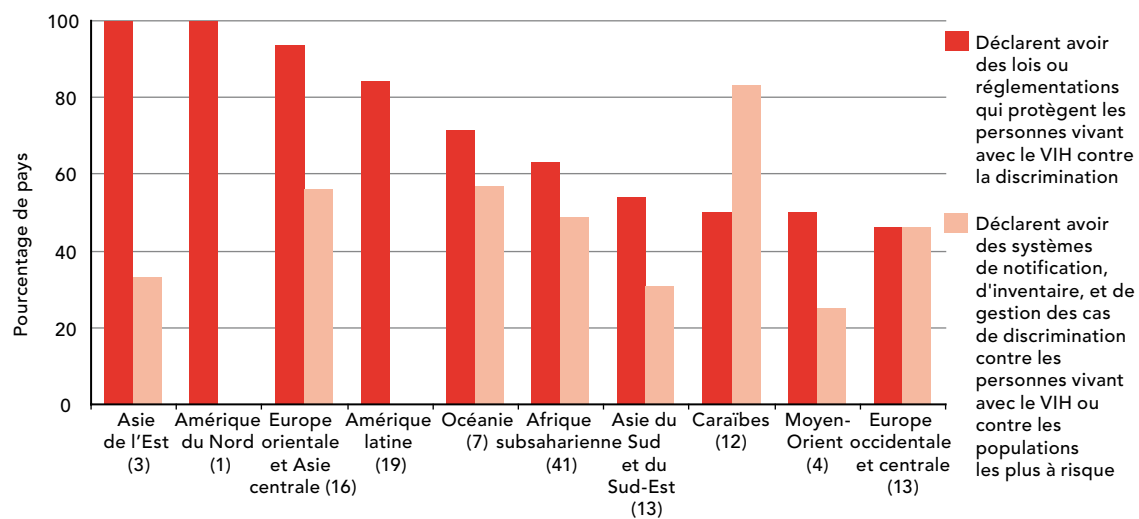
La société civile peut jouer un rôle important dans l'application des lois anti-discrimination. Au Belize, par exemple, l'Alliance contre le Sida a fêté en 2007 le 10^{ème} anniversaire de son entrée en action contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Ces deux dernières années, cette organisation non gouvernementale est parvenue à constituer une vaste coalition de la société civile, en vue de mener des activités intensifiées de lutte contre la stigmatisation, y compris des campagnes de sensibilisation du grand public dénonçant les actes discriminatoires qui continuent d'être perpétrés dans les structures de santé contre les personnes vivant avec le VIH.

Promouvoir l'acquisition de connaissances et la sensibilisation, la tolérance et la compassion

Les trois causes sous-jacentes de la stigmatisation et de la discrimination auxquelles il est possible de s'attaquer par le biais d'une programmation appropriée sont les suivantes :

- Manque de conscience et méconnaissance du problème de la stigmatisation et de la discrimination, et des effets néfastes de ces deux phénomènes;

FIGURE 3.6 Pourcentage de pays (par région) déclarant avoir des mesures de protection juridique contre la discrimination et les mécanismes connexes



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

- Crainte de contracter le VIH par simple contact au quotidien avec des personnes infectées – crainte fondée sur un manque de connaissances et d'explications détaillées; et
- Lien fait entre personnes vivant avec le VIH, et comportement jugé indécent et immoral (ONUSIDA, 2008).

Les programmes visant à gérer ces questions doivent faire partie intégrante des plans stratégiques nationaux, et bénéficier du soutien d'autres parties prenantes non gouvernementales. Les programmes interactifs qui favorisent une meilleure compréhension des dégâts occasionnés par la stigmatisation et la discrimination sont particulièrement efficaces. La participation active des personnes vivant avec le VIH et de représentants d'autres populations affectées à la planification et à la mise en œuvre des activités peut contribuer à faire en sorte que leurs besoins soient pris en compte.

Du fait que la stigmatisation et la discrimination ont de multiples facettes, les programmes conçus pour s'attaquer à ces questions doivent agir à différents niveaux (individuel, familial, communautaire, organisationnel, institutionnel, gouvernemental, et juridique) et utiliser toute une batterie d'approches

pour faire participer de nombreux groupes différents. Les programmes qui marchent comportent souvent les volets suivants : autonomisation des personnes vivant avec le VIH, éducation en matière de VIH, et activités propres à favoriser l'interaction entre personnes vivant avec le VIH et auditoires clés, notamment décideurs et célébrités (ONUSIDA 2008).

En Inde, des chercheurs ont travaillé en partenariat avec les autorités nationales de lutte contre le VIH pour mettre en œuvre un programme anti-stigmatisation dans trois grands hôpitaux où des personnes vivant avec le VIH s'étaient plaintes de maltraitance. Après avoir expliqué au personnel hospitalier en quoi consistaient les attitudes stigmatisantes signalées, le programme a mis en œuvre une série de politiques pour mieux garantir la sécurité des soignants (par ex : gants, instauration immédiate de la prophylaxie post-exposition en cas d'exposition à du sang contaminé) et interdisant les pratiques discriminatoires, comme l'isolement des patients séropositifs et le retard dans le traitement de ces patients. Certains membres du personnel à tous les niveaux ont participé à des ateliers de formation de deux heures, chaque jour, pendant deux semaines.

Criminalisation de la transmission du VIH

L'augmentation récente du recours au droit pénal en cas de transmission du VIH, alors que l'utilisation de programmes de santé publique autres, moins punitifs seraient mieux adaptés, représente une tendance dangereuse qui alimente la perception selon laquelle les personnes vivant avec le VIH sont des criminels en puissance, et qui compromet la réalisation de l'accès universel (ONUSIDA, 2002). Les lois criminalisant la transmission du VIH existent au niveau national et sous-national dans au moins 36 pays (GNP+ & TGT, 2005 ; Chan, 2006 ; Burris, 2007 ; Pearhouse, 2007).

Certes l'instauration de ces lois peut s'expliquer par la frustration qu'engendrent des taux d'incidence du VIH continuellement élevés, mais il s'agit là d'une stratégie peu perspicace qui ne munit pas les gens de vrais moyens légaux ou d'autre nature pour réduire leur vulnérabilité au VIH. Investir dans des programmes de prévention du VIH étayés par des preuves, et destinés à la fois aux personnes séropositives et aux personnes séronégatives, représente une solution plus rationnelle et plus efficace pour réduire la vulnérabilité à l'infection que l'application de lois criminalisant la transmission du VIH, qui ne font qu'aviver la stigmatisation. Dans les pays où la transmission du VIH est passible de lourdes peines, l'ONUSIDA recommande de n'appliquer le droit pénal qu'en cas de préméditation, c'est-à-dire lorsque quelqu'un a agi avec l'intention de transmettre le VIH, et a effectivement transmis le virus.



Les femmes et les filles deviennent des professionnelles du sexe pour de multiples raisons.

Toutes les catégories d'agents hospitaliers (du personnel de salle aux chefs de service) ont été informés de l'occasion qui leur serait donnée de participer à des discussions par petits groupes au sein de l'hôpital. Ce programme à plusieurs facettes a contribué à une forte diminution des attitudes et pratiques stigmatisantes chez toutes les catégories de soignants, et à une nette amélioration quant au respect des directives relatives à la confidentialité et au consentement éclairé pour le dépistage et le conseil VIH (Population Council, 2006). Une amélioration comparable au niveau de la qualité des soins a été réalisée au Viet Nam, suite à la mise en œuvre d'un programme anti-discrimination dans quatre hôpitaux (Oanh et al., 2008).

Les gouvernements nationaux dans presque tous les pays (98%) déclarent avoir intégré la gestion de la problématique stigmatisation et discrimination dans leur stratégie nationale de lutte contre le VIH, y compris tous les pays où l'épidémie de VIH s'est généralisée et qui transmettent des données à ce sujet (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les informateurs non gouvernementaux dans la vaste majorité des pays (92%) rapportent l'existence de programmes pour changer les normes sociétales afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination. La plupart de ces programmes font appel à diverses stratégies, notamment l'utilisation des médias, l'éducation

en milieu scolaire, et les propos constructifs de personnalités sur le sida (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Cependant, les indicateurs UNGASS ne mesurent ni la portée ni l'efficacité de ces programmes.

Les médias peuvent contribuer de façon déterminante à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination. En 2007, le Réseau zambien des personnes vivant avec le sida a offert à plus de 300 journalistes une formation sur la façon de traiter les sujets en rapport avec le HIV. Au Ghana, la Campagne nationale contre la stigmatisation liée au VIH, lancée en janvier 2007, reposait notamment sur des messages publicitaires diffusés par la télévision et la radio nationales, qui disaient « Qui êtes-vous pour juger? Les personnes vivant avec le VIH sont comme vous. »

Participation et visibilité accrues des personnes vivant avec le VIH

Le silence, la crainte, et la honte comptent parmi les facteurs générateurs de la stigmatisation et de la discrimination. Pour inverser la donne, il faut nécessairement :

- Promouvoir la visibilité des personnes vivant avec le VIH ;

Accroître la visibilité et la participation des personnes vivant avec le VIH au sein du système des Nations Unies

UN Plus, le Groupe d'employé(e)s de l'ONU vivant avec le VIH, a considérablement accru la visibilité des personnes vivant avec le VIH au sein du système des Nations Unies. Constitué en 2005 dans le but d'offrir un appui et une vraie tribune aux fonctionnaires des Nations Unies qui vivent avec le VIH, UN Plus a élaboré un espace de travail électronique de façon à faciliter les débats en ligne sur des sujets pertinents. UN Plus rencontre des décideurs des Nations Unies afin de répondre aux principales préoccupations des fonctionnaires séropositifs. Le groupe travaille également en partenariat avec UN Cares, le programme de lutte contre le VIH sur le lieu de travail des Nations Unies, pour que l'ensemble du personnel connaisse tout de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en matière de VIH, y compris le code déontologique des Nations Unies qui exige l'égalité de traitement et de respect pour tous les fonctionnaires, quel que soit leur état de santé.

UN Plus, qui a ses locaux dans le bâtiment de l'ONUSIDA, aide d'autres organisations internationales à créer et à renforcer des groupes de fonctionnaires séropositifs. UN Plus est une illustration du concept « La réforme des Nations Unies en action », en ce sens qu'il rassemble les fonctionnaires de 37 pays en poste dans 27 institutions des Nations Unies et programmes associés.

- Veiller à ce qu'elles participent pleinement à la planification et la mise en œuvre des stratégies et des programmes; et
- Investir dans des stratégies qui donnent aux personnes vivant avec le VIH la possibilité et les moyens d'œuvrer pour modifier les paramètres sociaux qui favorisent la stigmatisation et la discrimination.

Les réseaux de personnes vivant avec le VIH peuvent contribuer à favoriser le leadership pour le changement; en outre, la mobilisation sociale accompagnée d'un plaidoyer juridique, peut aider au changement social. En Afrique du Sud, par exemple, la Campagne d'action pour le traitement a utilisé un cadre et une stratégie juridiques constructifs pour plaider en faveur de l'accès au traitement de l'infection à VIH (Heywood, 2002; Jones, 2005). Au Malawi, le réseau des personnes vivant avec le VIH et ses nombreux partenaires dans le domaine des droits de l'homme ont suscité une sensibilisation en matière de droits, et expliqué où s'adresser pour obtenir réparation. Au Belize, l'Alliance contre le Sida a formé une alliance à large assise pour dénoncer la stigmatisation et la discrimination dans les lieux de soins, et pour promouvoir l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

Entre 1996 et 2007, le Réseau zambien des personnes vivant avec le sida (NZP+) est passé de 28 membres à plus de 50 000. NZP+ fonctionne sur un modèle d'autonomisation, rejetant expressément l'idée que ses membres sont des « patients » vulnérables tenus de dépendre exclusivement de la charité des autres. Par le biais de plus de 3000 groupes d'entraide, NZP+ mobilise ses membres pour combattre la stigmatisation liée au VIH et pour exiger un meilleur accès à des services de haute qualité.

Malheureusement, dans seulement 20% des pays les entités non gouvernementales rapportent que les organisations de la société civile ont accès à un réel soutien financier (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Gouvernements nationaux et donateurs internationaux doivent intégrer au nombre de leurs priorités le développement du potentiel des réseaux de personnes vivant avec le VIH. En particulier, les donateurs devraient examiner leurs processus décisionnels afin d'évaluer la mesure dans laquelle ils contribuent à donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de conduire la riposte au VIH. Le Fonds de collaboration pour la préparation au traitement du VIH, projet conjoint de la fondation Tides et de la Coalition internationale pour la préparation au traitement, offre à cet égard un exemple instructif. Les décisions relatives au

financement et aux politiques de ce Fonds sont prises exclusivement par les personnes vivant avec le VIH, qui travaillent en groupements régionaux pour définir les priorités de financement et déterminer quels seront les bénéficiaires du projet, en préparation de l'offre du traitement.

Elargissement de l'accès au traitement

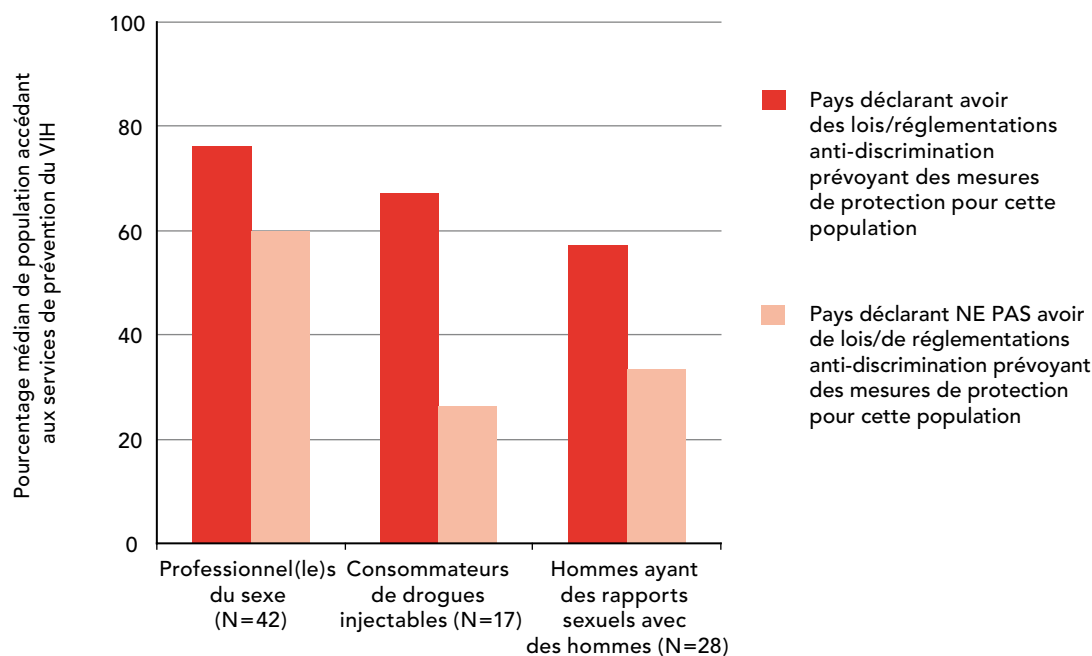
En plus de sauver des vies et de réduire les souffrances, l'investissement public dans le traitement antirétroviral contribue à atténuer la stigmatisation liée au VIH en ce sens qu'il est la manifestation du prix accordé aux vies et au bien-être des personnes vivant avec le VIH et qu'il traduit la volonté du corps politique de se préoccuper du cas des personnes diagnostiquées séropositives. L'élargissement de l'accès au traitement incite davantage les gens à faire le test VIH, ce qui favorise un débat public plus ouvert sur les questions relatives au VIH.

Une étude longitudinale réalisée à Mombasa, au Kenya, a montré que les personnes sous traitement antirétroviral avaient moins tendance à culpabiliser et à se dévaloriser 12 mois après avoir commencé le traitement, et étaient plus susceptibles de révéler leur séropositivité VIH aux membres de leur famille (Kaai et al., 2007).

Cependant, l'introduction du traitement ne suffira probablement pas à éradiquer les attitudes négatives envers les personnes vivant avec le VIH. Aux États-Unis, par exemple, où le traitement de l'infection à VIH est largement disponible depuis plus d'une décennie, 68% des Américains déclarent qu'ils ne recourraient pas en toute sérénité aux services d'un dentiste séropositif, et 27% préféreraient ne pas côtoyer dans le travail une femme vivant avec le VIH (Blumenthal, 2008).

FIGURE 3.7

Pourcentage médian de population accédant aux services de prévention du VIH au sein du contexte juridique spécifié



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.*

* Entre un tiers et la moitié des pays n'ont pas fourni d'informations sur les lois/réglementations anti-discrimination pour les populations les plus exposées au risque. Informations émanant de l'Indice composite des politiques nationales : un ensemble de données différent (en provenance de pays différents) de celui qui est indiqué à la Figure 4.10.

Un Brésil sans homophobie

En 2004, le Gouvernement brésilien a lancé un programme pour un « Brésil sans homophobie » afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des individus qui ont des rapports avec des personnes du même sexe. Prenant appui sur l'engagement national en faveur de la gestion de la question de l'homophobie, le gouvernement a lancé en 2008 une initiative nationale pour s'attaquer au problème de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transsexuel(le)s. L'initiative 2008 est née de la préoccupation du gouvernement face aux taux d'infection continuellement élevés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui représentaient 40% de tous les cas de sida notifiés diagnostiqués chez les hommes entre 2000 et 2005.

Cette initiative vise à amener la société civile – de même que les gouvernements fédéraux, d'Etat et locaux – à s'intéresser au rôle de la stigmatisation et de la discrimination dans l'accroissement du risque et de la vulnérabilité par rapport au VIH chez les Brésiliens qui ont des rapports avec des hommes. A mi-2008 aura lieu au Brésil, à l'initiative du Président de ce pays, la première conférence nationale des gays, lesbiennes, travestis et transsexuel(le)s, pour promouvoir un dialogue national sur l'homophobie et le VIH. L'initiative 2008, qui énonce les cibles concrètes à atteindre d'ici à 2011, sera également examinée.

Interdiction de la discrimination envers les populations les plus à risque

Peu de pays déclarent avoir des lois ou réglementations anti-discrimination indiquant précisément les mesures de protection prévues pour les populations les plus exposées au risque de VIH. Les informateurs non gouvernementaux dans 26% des pays rapportent l'existence de lois qui protègent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; également, l'existence de lois anti-discrimination pour les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables est rapportée dans 21% et 16% de pays, respectivement (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). La Figure 3.7 offre un aperçu du contexte juridique et réglementaire concernant la non-discrimination dans les pays qui ont transmis des données de bonne qualité relatives à la couverture offerte par les programmes de prévention du VIH desservant différentes populations à risque majeur. Parmi les pays qui soumettent ce type de données, l'accessibilité des programmes de prévention du VIH destinés aux populations les plus à risque est en général meilleure dans les pays ayant des lois anti-

discrimination que dans les pays non dotés de ce type de loi.

En outre, une organisation internationale non gouvernementale rapporte que, en 2007, 91 pays (principalement à revenu faible ou intermédiaire) avaient des lois interdisant l'activité sexuelle entre adultes consentants du même sexe (Ottosson, 2007). Sept pays imposent la peine de mort aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Cependant, ces dernières années, plusieurs pays ont révoqué les lois criminalisant les rapports homosexuels, parfois suite aux décisions de juges sur des points de droit. En 2003, la Cour Suprême des Etats-Unis a aboli toutes les lois interdisant la sodomie, du fait qu'elles constituaient une violation des droits humains en vertu de la constitution du pays. La constitution post-apartheid d'Afrique du Sud interdit spécifiquement la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle (Gable et al., 2007).

Globalement, les sources non gouvernementales rapportent qu'une forte minorité de pays ont des lois qui interfèrent dans l'aptitude de celles-ci à offrir des services aux consommateurs de

drogues injectables (40%), aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (32%), et aux professionnel(le)s du sexe (45%) (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

La plupart des juridictions à travers le monde interdisent la vente et l'achat de services sexuels, ce qui complique lourdement le problème de la protection des droits humains des professionnel(le)s du sexe (notamment leur droit à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH) (Gable et al., 2007). Même là où le commerce du sexe n'est pas interdit, les professionnel(le)s du sexe sont souvent victimes du harcèlement policier (Gable et al., 2007). Depuis la dépénalisation du commerce du sexe en 2003, la Nouvelle-Zélande a pris des mesures pour promouvoir l'usage du préservatif dans le cadre du commerce du sexe (Gable et al., 2007). L'un des principaux objectifs de toute réforme progressiste de la loi concernant le commerce du sexe est d'éliminer la stigmatisation et le harcèlement des professionnel(le)s du sexe, et de leur éviter de se retrouver dans des situations dangereuses pour leur santé et leur sécurité. Certains défenseurs de la réforme de la loi ont cité en l'approuvant le « modèle suédois », qui pénalise l'acheteur du service sexuel, mais pas le(la) professionnel(le) du sexe. Cependant, les détracteurs de cette approche signalent que la surveillance judiciaire et le harcèlement policier perdurent en vertu de ces lois (Open Society Institute, 2006a). L'implication et la sensibilisation de la police est un volet crucial d'une riposte efficace sur le long terme visant à améliorer l'accès des professionnel(le)s du sexe à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.

L'hostilité à l'égard des populations les plus à risque, souvent cautionnée par des lois qui n'ont pas trait expressément au VIH, peut compromettre des réformes par ailleurs valables et progressistes. Par exemple, en 2005, l'Ukraine a commencé à mettre en œuvre des programmes de traitement de substitution reposant sur la buprénorphine pour les consommateurs de drogues injectables, mais la prévalence invariablement élevée des attitudes stigmatisantes et discriminatoires empêchent beaucoup de gens d'utiliser ces programmes. Les pratiques stigmatisantes et discriminatoires consistent à criminaliser la consommation de drogues, et à exiger que les utilisateurs se fassent inscrire dans

des organismes chargés de l'application de la loi et dans des structures de santé. Selon une étude réalisée en Ukraine auprès des consommateurs de drogues et des professionnel(le)s du sexe, les fonctionnaires de police harcèlent fréquemment les travailleurs de proximité embauchés dans des projets de réduction des risques, et les prestataires de soins exercent souvent une discrimination active à l'égard des consommateurs de drogues. De nombreux consommateurs de drogues évitent de se faire soigner pour leur addiction ou pour leur infection à VIH, car la loi exige que leur nom soit communiqué à la police (Human Rights Watch, 2006). Toutefois, ce qui se passe en Asie démontre que les lois anti-drogues n'ont pas nécessairement à empêcher en permanence l'introduction de programmes de réduction des risques. Divers pays, y compris la Chine, la République islamique d'Iran, et le Viet Nam, ont récemment introduit ou développé des initiatives élaborées à partir de preuves pour la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (se reporter au Chapitre 4).

Comme pour la discrimination fondée sur le VIH, la promulgation de lois interdisant la discrimination à l'égard des groupes les plus à risque d'exposition au VIH doit s'accompagner d'efforts énergiques pour que ces lois soient effectivement appliquées. Au Pérou, par exemple, le gouvernement national a tenté de renforcer le système de déclaration et le processus de réparation des violations reconnues comme telles en vertu des lois relatives au respect des droits humains, en cartographiant les déterminants de la stigmatisation et de la discrimination envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les détenus, ainsi que les initiatives de renforcement du potentiel des cabinets des médiateurs sous-nationaux. Cependant, les informateurs non gouvernementaux indiquent qu'une majorité de pays dans la plupart des régions n'ont pas les mécanismes nécessaires pour enregistrer, inventorier, et traiter les cas de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et les populations les plus exposées au risque de VIH. Les pays des régions des Caraïbes et d'Amérique latine sont plus susceptibles d'avoir ce type de mécanisme en place (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Mise en valeur du potentiel de la communauté: Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Burundi

Georges Kanuma est président et fondateur de l'Association pour le respect des droits des homosexuels au Burundi

Georges Kanuma avait 18 ans lorsqu'il a réalisé qu'il était gay.



Mais la plupart des gens de sa ville, Bujumbura, n'arrivent pas à croire qu'il puisse y avoir des homosexuels africains. De ce fait, nombre de gays et lesbiennes au Burundi souffrent en secret, animés d'un sentiment de honte et d'isolement, et celles et ceux qui ne cachent pas leur orientation sexuelle sont victimes d'une discrimination à tous les niveaux de la société.

Ces problèmes ont amené Kanuma à monter une association, nommée « Association pour le respect des droits des homosexuels » (ARDHO), qui compte actuellement 25 membres. « Nous sommes là pour démontrer que l'homosexualité est une réalité manifeste au Burundi, » déclare Kanuma. « Nous avons fondé l'ARDHO afin de nous battre pour notre intégration dans la société, pour demander à la société de nous comprendre, et pour lutter contre le VIH et le sida au sein de notre communauté. »

Dans un monde hostile, l'association offre un « microcosme » communautaire bienveillant. Elle défie aussi les tabous en conduisant des activités d'éducation en matière de VIH et des ateliers d'information sur la sexualité à moindre risque, dans le cadre desquels les risques associés au rapport sexuel anal non protégé sont examinés ouvertement. L'association a constaté que peu d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont conscients de leur vulnérabilité physique face au virus, croyant à tort qu'ils ne peuvent être infectés que par le biais du rapport avec pénétration du pénis dans le vagin. « Nous essayons d'organiser des séances d'information sur les modes de transmission et de prévention du VIH », explique Kanuma. « Nous nous réunissons deux fois par mois, et nous mobilisons nos partenaires et nos semblables homosexuels en faveur de l'utilisation d'un gel et des préservatifs. »

Le climat d'homophobie semble s'étendre à d'autres organisations participant à la riposte au VIH. A part l'ONUSIDA, seules deux organisations non gouvernementales soutiennent l'association. Ce qui veut dire que l'ARDHO n'est toujours pas enregistrée, et se retrouve continuellement à court de matériel pédagogique, de préservatifs, et d'autres ressources. Les services anti-VIH spécialement conçus pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – en particulier ceux qui sont victimes de sévices sexospécifiques – font également cruellement défaut, et leur création n'est pas pour demain.

Tous les membres de l'association ont des histoires de stigmatisation et de discrimination à raconter. « Nos parents refusent de payer nos frais de scolarité, par exemple, et ils refusent de s'occuper de nous lorsque nous sommes malades » explique Flaviana, membre de l'association. « Nos frères et sœurs nous insultent et se moquent de nous . . . et nous souffrons de cette discrimination même au travail. Les religieux montent la population contre nous, affirmant que nous sommes un signe précurseur de la fin du monde. »

Un membre de l'association a été battu par son père et mis à la porte de la maison familiale; un autre a été forcé d'abandonner l'école parce que les professeurs le croyaient maudit par Dieu. Kanuma constate que cette façon d'être traité mène à l'alcoolisme et à la consommation de drogues, ce qui majore le risque de VIH. En dépit de tous ces problèmes, Kanuma et ses amis sont satisfaits de leur vie. « Finalement, j'ai un petit ami », dit-il, « j'accepte ma vie et j'en suis fier. »

Dynamique d'autonomisation communautaire au sein des populations les plus à risque

L'accès à l'entraide sociale – souvent appelé capital social – est essentiel pour réduire la vulnérabilité des groupes marginalisés ou sans moyens d'action. Dans presque tous les pays où l'épidémie a reculé, la mobilisation communautaire a été au cœur de la riposte nationale au VIH (Merson, 2008). Cependant, les pays n'ont pas tous cette tradition d'engagement et d'autonomisation communautaires. Dans les populations dont les comportements à risque peuvent être pénalisés, la capacité de mobilisation pour riposter à l'épidémie est faible. Malgré ces obstacles, des communautés à travers le monde se sont organisées pour relever le défi posé par le VIH, souvent avec peu de ressources et au péril des personnes impliquées. Les donateurs internationaux ont été lents à soutenir ces initiatives, ce qui met en évidence une lacune grave de la riposte mondiale au VIH qui doit être rectifiée.

Ce qui se passe pour les professionnel(le)s du sexe illustre le caractère indispensable de l'entraide sociale. A travers le monde, des centaines, voire des milliers d'associations communautaires et d'organisations non gouvernementales représentent ou servent les intérêts des professionnel(le)s du sexe. En général, le soutien financier pour ces associations est rare, encore que certains financeurs ont intégré dans leurs priorités l'aide à la mise en valeur du potentiel de la communauté ainsi qu'au développement de l'entraide et des activités de plaidoyer parmi les professionnel(le)s du sexe (Open Society Institute, 2006b). Le financement alloué à la prévention du VIH a soutenu des programmes pour les professionnel(le)s du sexe dans toutes les régions, mais souvent ces programmes ne sont gérés ni par ni pour les professionnel(le)s du sexe (Open Society Institute, 2006a). Certaines initiatives de prévention du VIH destinées aux professionnel(le)s du sexe considèrent avant tout les professionnel(le)s du sexe comme des « vecteurs de transmission », mais les initiatives qui marchent le mieux sont celles qui ont permis l'autonomisation des professionnel(le)s du sexe. Par exemple, le projet Sonagachi à Calcutta, en Inde, a fait appel à une dynamique d'autonomisation pour renforcer les services de santé, et un recoupement a été fait entre l'action de ce projet, et des hausses de l'utilisation du préservatif ainsi que des baisses de l'incidence du VIH et des maladies sexuellement

transmissibles (Pardasani, 2005 ; Jenkins & Sarkar, 2007). Malheureusement, les lois des gouvernements nationaux et les règlements des organisations multilatérales compliquent souvent l'enregistrement des organisations non gouvernementales représentant les professionnel(le)s du sexe (Open Society Institute, 2006a).

Dans les pays à revenu élevé, aux premières années de l'épidémie, les hommes gays se sont auto-organisés pour riposter au VIH en utilisant les infrastructures communautaires qui existaient avant l'épidémie de VIH (Shilts, 1987). L'esprit de groupe et le concept consistant à s'organiser en communauté chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes prennent de l'essor dans de nombreux pays, mais les infrastructures communautaires restent médiocres dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier là où l'homosexualité reste fortement stigmatisée. En 2005, les fonds pour les organisations de lesbiennes, de gays, de bisexuel(le)s, de transsexuel(le)s, et d'intersexué(e)s dans les pays à revenu faible ou intermédiaire se sont montés au total à moins de US\$ 10,5 millions (Funders for Lesbian and Gay Issues, 2007). En 2005, le budget annuel moyen de ces organisations dans les pays à revenu faible ou intermédiaire était de US\$ 7600. Une activité d'inventaire géographique au niveau mondial a permis de constater que l'Amérique latine représentait plus de la moitié (54%) des organisations de lesbiennes, de gays, de bisexuel(e)s, de transsexuel(le)s, et d'intersexué(e)s recensées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Funders for Lesbian and Gay Issues, 2007).

Chez les consommateurs de drogues confrontés à l'univers des initiatives anti-VIH, le slogan est devenu « Rien ne se fera sans nous » (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). Les initiatives d'autonomisation communautaire peuvent aider les consommateurs de drogues, ainsi que leurs défenseurs et leurs prestataires de services, à surmonter les obstacles institutionnels entravant l'accès aux services. Aux Philippines, par exemple, une initiative élaborée par et pour des consommateurs de drogues a été dès le début épaulée par l'Alliance internationale contre le VIH et le sida et par le Programme philippin d'appui aux ONG, pour obtenir du Fonds mondial un soutien sur le long terme. Le projet forme des consommateurs de drogues injectables à plaider en faveur du recours aux pratiques qui réduisent les risques, et contribue à la formation d'alliances avec

les responsables gouvernementaux locaux. Outre l'offre d'aiguilles stériles et de préservatifs, le projet a assuré la formation d'un groupe d'éducateurs qui a aidé les consommateurs de drogues à sortir de l'ombre, a mené une action pour sensibiliser le grand public et pour faire accepter les services de réduction des risques. Si les données quantitatives sur le projet restent limitées, le nombre des lieux de shoot a considérablement baissé depuis le début de l'activité du projet, et la visibilité des consommateurs de drogues actuels et des anciens consommateurs de drogues a nettement augmenté.

Leadership pour le changement

Il est reconnu depuis longtemps que la riposte au VIH doit être fondée à la fois sur des preuves et sur les droits. A cet égard, l'épidémie de VIH a montré maintes et maintes fois que pour la contrer efficacement, il était nécessaire d'émanciper les personnes et les groupes, en leur donnant les moyens d'exercer leurs droits humains – droit à l'éducation, à la liberté d'expression, à la vie privée, à la santé, et à l'égalité sexospécifique, ainsi qu'à la protection contre toute forme de discrimination et de violence sexospécifique. Mais pour changer les normes sexospécifiques néfastes afin de réduire la vulnérabilité face au VIH, et pour éliminer la stigmatisation et la discrimination, les parties prenantes doivent en nombre prendre avec hardiesse la direction des opérations. Il est capital de lever le voile et de discuter sur des sujets souvent considérés comme revêtant un caractère privé et secret, et il peut s'avérer nécessaire de changer les lois, les politiques gouvernementales, et les priorités programmatiques. En particulier, les femmes, les jeunes, les personnes vivant avec le VIH, et les populations clés à risque – les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, et les consommateurs de drogues injectables – doivent avoir un rôle plus significatif dans la prise de décisions, la planification, et le contrôle continu des progrès réalisés sur la voie de l'accès universel.

Une capacité technique accrue de gestion des questions relatives à la sexospécificité et aux droits humains s'impose d'urgence pour passer d'un soutien conceptuel de l'approche fondée sur les droits à la mise en œuvre concrète. L'adoption de politiques destinées

à s'attaquer à ces causes sociétales de la vulnérabilité face au VIH constitue une première étape importante. Cependant, c'est finalement l'affectation des ressources suffisantes et le recours à des programmes qui ont fait leurs preuves (notamment les stratégies de communication pour changer les normes sociales) qui conditionneront le succès.

La mise en œuvre appelle une vision à long terme de l'épidémie, sachant que les retombées de certains programmes ne seront pas mesurables avant un certain temps. Les efforts actuels visant à intégrer la programmation sur le VIH aux cadres plus généraux relatifs à l'allègement de la pauvreté et au développement doivent s'accélérer. Le renforcement des partenariats peut également donner lieu à une synergie importante entre ceux qui travaillent sur le terrain contre le VIH et les autres qui œuvrent pour le respect des droits humains, notamment pour les droits des femmes et des enfants.

Au niveau national, l'intégration des besoins des populations vulnérables aux priorités peut demander des transferts de financement entre secteurs programmatiques ou populations, et la mise en œuvre de stratégies qui aient un impact non seulement sur l'épidémie de VIH, mais également sur la société tout entière, et qui, par conséquent, pourraient être considérées comme politiquement contestables. Cependant, l'utilisation des fonds alloués au VIH pour des stratégies qui ne s'attaquent pas au cœur du problème de la vulnérabilité et du risque face au VIH chez les femmes, les jeunes, les personnes vivant avec le VIH, et les populations clés à risque, est inefficace, et c'est cette approche qu'il faut considérer comme contestable.

Les preuves émanant du terrain ont contribué à définir des stratégies parvenant à réduire les inégalités sexospécifiques ainsi que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Ces facteurs échappent au contrôle direct de l'individu, mais influent en profondeur sur le risque et la vulnérabilité face au VIH. Ces dernières années, l'analyse de l'association complexe entre VIH, inégalités de revenus, et pauvreté, a aussi évolué. D'autres études, ainsi que des modèles complémentaires de programmes qui ont marché, sont nécessaires, mais l'action, c'est pour maintenant.

Communication pour le changement social

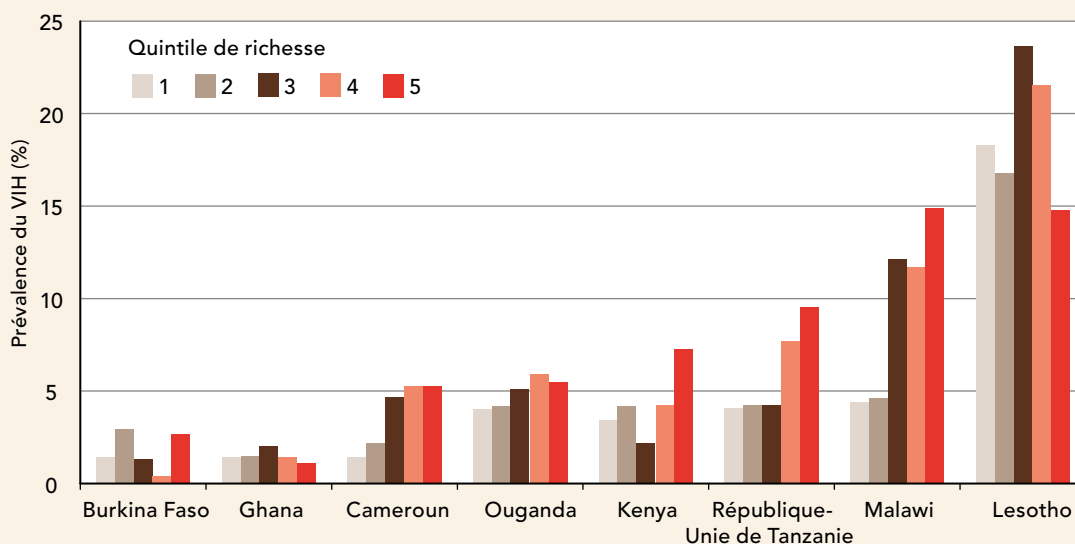
La communication pour le changement social (CCS) consiste en l'utilisation de stratégies de plaidoyer, de communication, et de mobilisation sociale pour faciliter ou accélérer le changement social. Dans le contexte du VIH, les stratégies CCS peuvent aider à changer les attitudes et les comportements qui contribuent à la propagation du VIH et à la vulnérabilité.

Les programmes de CCS qui marchent associent utilisation des médias, stratégies d'engagement communautaire et d'autonomisation, et autres formes d'action de persuasion et de communication informatives et motivantes. Le but de la CCS est de susciter l'action aux niveaux individuel, communautaire, et politique

Les programmes de CCS marchent. Ils ont été rigoureusement évalués et il a été démontré qu'ils parvenaient à transformer de façon significative et durable des pratiques profondément enracinées. En août 2007, l'ONUSIDA a tenu une consultation technique sur la Communication pour le changement social afin de mieux faire comprendre le rôle de la CCS dans la riposte mondiale au VIH (ONUSIDA, 2007c). En 2008, l'ONUSIDA élaborera un guide pratique assorti d'une notice technique sur la CCS à l'intention des programmes nationaux de lutte contre le sida.

Source: D'après une définition ONUSIDA de la communication pour le changement social élaborée avec un groupe de parties prenantes internationales lors d'une consultation technique en août 2007. Le rapport de réunion ainsi qu'un document de base sont disponible en ligne sur <http://www.unaids.org>.

FIGURE 3.8 Prévalence du VIH, par niveau de richesse : hommes



Source: Mishra V, Bignami-Van Assche S, Greener R, Vaessen M, Hong R, Ghys P, Boerma T, Van Assche A, Khan S, Rutstein S, « HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa », 2007, AIDS, Vol 21 Supplément 7, novembre 2007.

Pauvreté, inégalités de revenus, et vulnérabilité au VIH

Le lien entre situation socioéconomique et santé est bien établi : les personnes dont les revenus sont élevés jouissent en général d'un meilleur état de santé que les personnes ayant un statut socioéconomique bas. Ceci est vrai pour la plupart des paramètres de santé, notamment la nutrition, la morbidité et la mortalité, ainsi que pour l'utilisation des services de soins de santé. Les variations en matière d'état de santé suivent souvent un gradient – plus on monte dans l'échelle des revenus, plus l'état de santé individuel est bon (Marmot, 2006 ; Commission des déterminants sociaux de la santé, 2007).

Le VIH n'a pas de frontière socioéconomique ; cependant, la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH dans le monde se trouvent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et les régions les plus pauvres du monde supportent une charge de morbidité VIH nettement supérieure. Par exemple, l'Afrique subsaharienne – qui détient l'un des taux d'extrême pauvreté les plus élevés du monde – représente un peu plus de 10% de la population mondiale, mais regroupe plus des deux tiers (68%) de la totalité des personnes vivant avec le VIH (Population Reference Bureau, 2007 ; ONUSIDA, 2007d). Plus de 40% de la population de la région vit avec moins de 1 dollar par jour (Chen & Revillon, 2004).

Le fardeau disproportionné du VIH pesant sur les pays à faible revenu, et la gravité majorée de l'impact de la maladie sur les ménages pauvres, amènent souvent à supposer que le VIH est une « maladie de la pauvreté », et que les pauvres sont plus exposés au risque d'infection. En fait, le lien entre pauvreté absolue et risque d'infection à VIH est plus nuancé, dépendant également fortement du contexte.

En Afrique subsaharienne, par exemple, la prévalence du VIH est la plus élevée non pas dans les pays les plus démunis, mais dans deux des pays les plus riches – Afrique du Sud et Botswana – où la prévalence est de 18,8% et de 24,1%, respectivement (ONUSIDA, 2007b). Dans cette même région, une analyse récente de huit études nationales a montré que la prévalence du VIH était plus forte chez les adultes ayant les niveaux de richesse les plus élevés que chez ceux ayant les niveaux les plus bas (Mishra et al., 2007) (Figure 3.8). Cette conclusion est liée au fait que les personnes financièrement aisées et plus instruites ont en général une plus grande autonomie sexuelle et changent plus souvent de partenaires (du fait qu'elles se déplacent plus souvent) et sont plus susceptibles de vivre en ville (où la prévalence du VIH est généralement plus élevée) (Gillespie, Kadiyala & Greener, 2007). Ces conclusions font ressortir tout l'intérêt de stratégies de prévention s'adressant à toutes les couches socioéconomiques.

Certains chercheurs avancent que cette dynamique peut s'inverser aux stades plus tardifs de l'épidémie, car les plus riches sont plus susceptibles d'avoir accès à l'information sur la prévention du VIH et aux préservatifs, et de changer leurs comportements (Lopman et al., 2007). Une étude récente du lien entre niveau d'instruction et risque de VIH indique un glissement vers une prévalence plus élevée du VIH chez les moins instruits en Afrique subsaharienne (Hargreaves et al., 2008).

Si les pauvres, en tant que groupe, ne sont pas forcément plus exposés au risque d'infection, il y a des cas où l'association sexospécificité-pauvreté confère un risque. Par exemple, l'insécurité



alimentaire est associée à une probabilité accrue de pratiques sexuelles risquées chez les femmes, notamment à une plus forte probabilité de vendre des services sexuels en échange d'argent ou de ressources, et d'avoir des rapports sexuels sans protection ou intergénérationnels (Weiser et al., 2007). Les femmes qui sont pauvres ou matériellement dépendantes de leur partenaire masculin sont également moins susceptibles d'éviter ou d'abandonner une relation qui les expose au risque d'infection.

D'autres études font ressortir l'éventualité d'un lien entre inégalités de revenus et risque de VIH, avec un risque plus élevé (mesuré au niveau de la population par la prévalence du VIH) dans les pays où les inégalités de revenus sont plus marquées (Gillespie, Kadiyala & Greener, 2007 ; Piot, Greener & Russell, 2007). On ne comprend pas encore très bien comment ces inégalités peuvent contribuer au risque et à la vulnérabilité face au VIH – si un tel lien causal existe vraiment.

Cependant, certains chercheurs suggèrent que les inégalités de revenus peuvent refléter le niveau de cohésion sociale dans une société donnée, les disparités dans les revenus traduisant une plus grande stratification sociale entre les groupes socioéconomiques. Une étude complémentaire au niveau sous-national et communautaire s'impose pour pouvoir formuler une politique valable à cet égard.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Un total de 80% de pays ont intégré un volet sur les femmes dans leur stratégie nationale de lutte contre le VIH, et 83% des pays déclarent avoir une politique pour garantir aux femmes comme aux hommes l'égalité d'accès aux services anti-VIH.
- Environ deux tiers (67%) des pays déclarent avoir des lois protégeant les gens de la discrimination liée au VIH.
- Une majorité (67%) de pays déclarent avoir des lois, des réglementations, ou des politiques qui confèrent aux personnes vivant avec le VIH une protection contre la discrimination

Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- Seulement environ la moitié (53%) des pays déclarent consacrer des enveloppes budgétaires aux programmes de lutte contre le VIH conçus pour les femmes et les filles.
- Moins de la moitié (47%) des pays déclarent soutenir l'offre de services juridiques pour aider les personnes vivant avec le VIH à faire valoir leurs droits les protégeant contre la discrimination.
- Près des deux tiers (63%) des pays rapportent l'existence de lois, de réglementations ou de politiques entravant l'accès des populations les plus à risque aux services de prévention, de traitement, de soins, et d'appui en matière de VIH.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- Les organisations de la société civile ont accès à une vraie aide financière dans un pays sur cinq.
- Peu de pays ont des protections juridiques pour les populations les plus à risque de VIH. Un total de 26% de pays déclarent avoir des lois qui protègent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 21% ont des lois anti-discrimination pour protéger les professionnel(le)s du sexe, et moins d'un cinquième (16%) protègent les consommateurs de drogues injectables de la discrimination.
- Les données rapportées par les pays ci-dessus demeurent insuffisantes en ce qui concerne la portée, la qualité, le nombre de bénéficiaires, ou l'impact des programmes.

Source : Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

Le camp Goodtime



« Je ne suis pas comme les autres écolières », explique Stéphanie, une adolescente australienne vivant avec le VIH. « Enfin si je le suis ... mais je dois aussi faire face au secret, à la discrimination, aux attitudes d'ignorance à l'école, je dois décider ce qu'il faut dire à mes amis qui se montrent négatifs, et j'ai constamment peur d'être découverte ... »

Stéphanie est née avec le VIH à un moment où la maladie engendrait la terreur en Australie. Même si un système médical de premier ordre l'a maintenue en bonne santé et en pleine forme, elle a souffert au sein d'une communauté par ailleurs bienveillante.

« Le lycée, c'est dur pour tous les adolescents, mais moi, j'ai un nuage de secret qui plane tous les jours au-dessus de ma tête, » dit-elle. « Par exemple, une activité plutôt normale pour une adolescente australienne – passer la nuit chez une copine – demande davantage de réflexion que de simplement emballer son pyjama et sa brosse à dents ; ça devient un réel problème, je dois cacher mes médicaments à mes amies et à leur famille. »

A l'école, Stéphanie a rencontré toute la panoplie des craintes et de l'ignorance entourant le VIH pour les autres – des blagues cruelles à la discrimination active. Dans son école précédente, elle a annoncé sa sérologie VIH au vice-directeur qui lui a dit que si elle n'informait pas l'ensemble de l'école, elle devrait partir. Alors elle a quitté l'école, mais le personnel était déjà informé de son statut VIH.

« Il y a plein d'enfants qui ont des histoires tristes à pleurer, car ils ont été humiliés à cause d'une maladie qu'ils ont héritée. Mais les adolescents séropos d'Australie ne vont pas se rendre sans combattre, » dit-elle. « Le fait même que des gens comme moi sont encore là montre que les personnes vivant avec le VIH figurent parmi les plus résilientes du monde... »

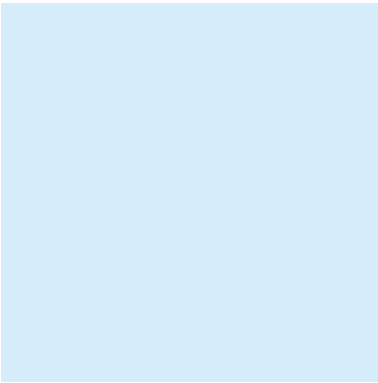
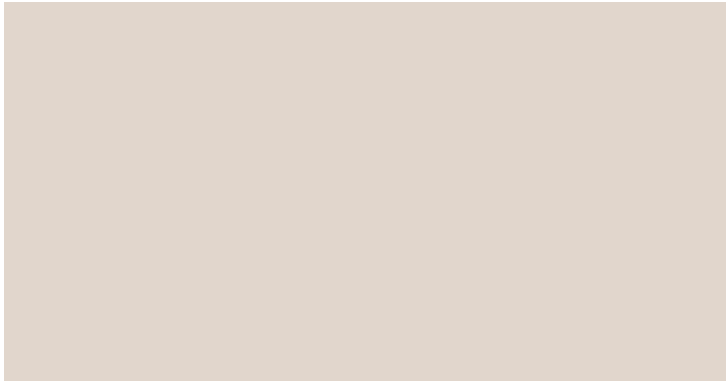
Il n'y a guère qu'un bref moment de l'année pendant lequel Stéphanie n'a pas à craindre la discrimination, c'est lorsqu'elle se rend au Camp Goodtime, le camp national annuel destiné aux enfants séropositifs au VIH et à leurs familles. « Il n'y a rien de plus fort que le lien qui unit des adolescents séropositifs. Lorsque nous sommes ensemble, les rires, les pleurs, le soutien, les souvenirs des camps passés et le rappel de ceux qui sont décédés sont permanents, » explique-t-elle.

Le camp est plus précieux pour les adolescents séropositifs que leurs médicaments. « Le Camp Goodtime, c'est être accepté, aimé et c'est aussi pouvoir parler franchement, sans crainte, » ajoute-t-elle.

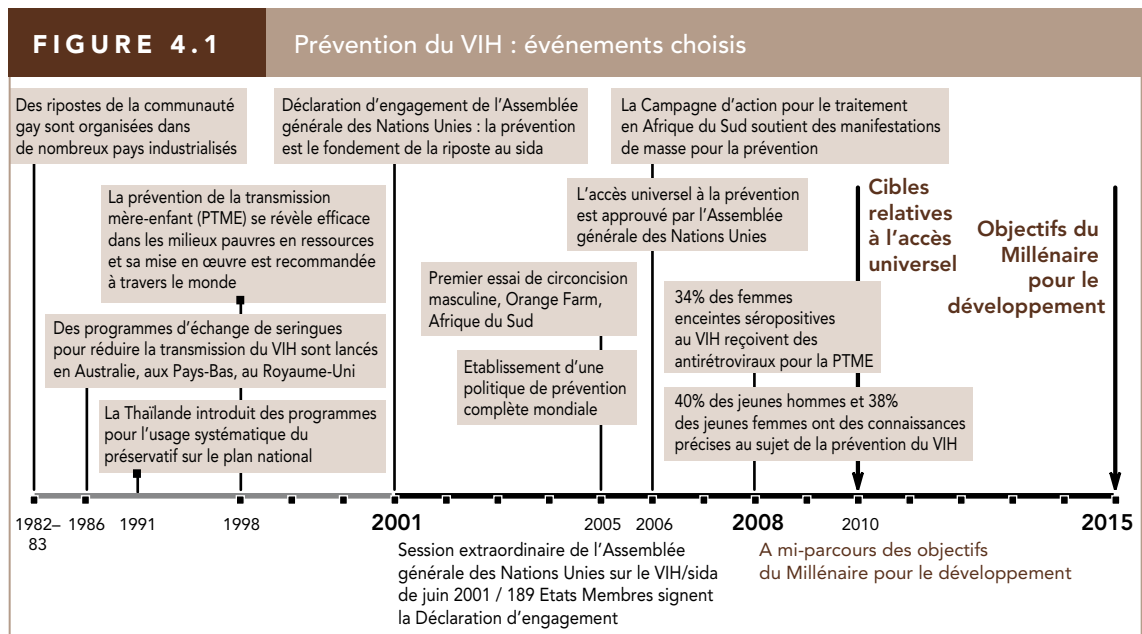
Stéphanie pense qu'elle doit sa survie à ce camp et au soutien et à la force qu'elle reçoit de sa mère et de ses amis séropositifs au VIH. Une personne inspirée qui l'a conseillée et présentée à un groupe de soutien à l'intention de femmes séropositives au VIH, l'a également aidée à définir son rôle de défenseur des adolescents vivant avec le VIH. « Elle m'a ouvert les yeux pour me permettre de changer moi-même sans attendre qu'on le fasse pour moi. »

Lorsqu'elle avait 15 ans, Stéphanie a parlé à un groupe de femmes séropositives lors du Sommet international des femmes. Elle leur a lancé le défi suivant « Je m'appelle Stéphanie. J'ai survécu au combat contre le VIH et j'ai quelque chose à communiquer au monde. Et vous ? »

Prévenir les nouvelles infections à VIH:
la clé pour inverser le cours de l'épidémie



Chapitre 4



Messages clés

- Le cours de l'épidémie mondiale de VIH ne pourra pas être inversé et les progrès enregistrés au niveau de l'élargissement de l'accès au traitement ne pourront pas être maintenus si l'on ne réussit pas mieux à réduire davantage le taux des nouvelles infections à VIH.
- Les stratégies de prévention existantes peuvent être efficaces pour réduire le risque d'exposition au VIH, mais les programmes de prévention – en particulier dans les pays à épidémies concentrées – ne parviennent pas à atteindre bon nombre de personnes fortement exposées au risque d'infection, y compris une majorité d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de consommateurs de drogues injectables.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 45% de l'ensemble des nouvelles infections à VIH chez les adultes et de nombreux jeunes manquent toujours d'informations précises et complètes sur la façon d'éviter d'être exposé au virus.
- Au cours des deux dernières années, des progrès majeurs ont été accomplis pour élargir l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant. Ces progrès permettent de penser qu'à l'avenir, des financements, un engagement et une action stratégique suffisants pourraient rendre ce mode de transmission du VIH de plus en plus rare.
- Les efforts de prévention doivent être axés de manière plus stratégique sur les partenariats sexuels, en particulier ceux qui accroissent le risque d'exposition au VIH ; ceux-ci incluent les partenariats entre personnes sérodifférentes et les partenariats sexuels multiples et simultanés.
- Les programmes de prévention ne pourront pas avoir une efficacité optimale tant qu'ils ne seront pas soutenus par des initiatives efficaces qui luttent contre les facteurs sociaux qui accroissent le risque et la vulnérabilité, y compris l'inégalité entre les sexes, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et la marginalisation sociale des populations les plus confrontées au risque d'exposition au virus.
- Pérenniser les progrès de la prévention constitue l'un des plus grands défis de la prévention du VIH. Pour maintenir une riposte de prévention forte, les pays doivent développer un « mouvement de prévention », renforcer les capacités humaines et techniques nécessaires pour pérenniser les efforts de prévention, et travailler pour stimuler une demande accrue de services de prévention.

Le cours de l'épidémie de VIH ne pourra pas être inversé si l'on n'enregistre pas des progrès importants et durables au niveau de la prévention des nouvelles infections. La prévention du VIH reste – selon les termes de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* – « le fondement de la riposte ». L'accès au traitement s'est régulièrement élargi ces dernières années, mais les efforts de prévention des nouvelles infections à VIH sont restés à la traîne. Alors que 87% des pays ayant fixé des objectifs pour l'accès universel ont établi des cibles en matière de traitement du VIH, environ 50% seulement de ces pays ont fixé des cibles pour les principales stratégies de prévention du virus.

Entre 2005 et 2007, des nouveaux financements substantiels ont été mis à la disposition des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et, comme les commentaires ci-après le révèlent, l'accès à certaines composantes d'une prévention complète du VIH a été amélioré. Toutefois, alors que nous sommes à mi-parcours de la date-butoir fixée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, bon nombre de personnes exposées au risque d'infection manquent d'un accès significatif à des services de prévention fondés sur des preuves éclairées.¹

Ce chapitre est axé sur les activités de prévention du VIH. Il vient compléter le Chapitre 3 qui décrit les facteurs sociétaux auxquels il faut s'attaquer pour maximiser l'impact des programmes de prévention du VIH. Après avoir brièvement résumé les preuves éclairées sur lesquelles se fondent les stratégies et les outils de prévention du virus disponibles, ce chapitre fournit des informations sur la couverture des programmes et recense les principales actions nécessaires pour amplifier l'impact stratégique des efforts de prévention du VIH. Sa dernière section examine les difficultés qu'il y a à pérenniser les progrès de la prévention, et met l'accent sur la nécessité de renforcer les capacités nationales et locales de prévention et de créer un mouvement social à assise large qui génère une demande continue de services de prévention du VIH.

Une prévention du VIH fondée sur des preuves éclairées

La grande expérience acquise dans différentes régions a révélé l'efficacité d'un large éventail de stratégies de prévention du VIH. Des stratégies valables existent pour prévenir tous les modes de transmission du virus – transmission sexuelle, par le sang (y compris via la consommation de drogues injectables ou dans les milieux sanitaires) et transmission mère-enfant (Wegbreit, 2006). Les approches de prévention du virus disponibles incluent des stratégies visant à :

- faire évoluer les comportements sexuels et liés à la consommation de drogues ;
- promouvoir une utilisation correcte et régulière des préservatifs masculins et féminins ;
- réduire le nombre de partenaires sexuels ;
- améliorer la gestion des infections sexuellement transmissibles ;
- élargir l'accès au conseil et au test VIH ;
- améliorer l'accès des consommateurs de drogues aux programmes de réduction des risques ;
- promouvoir la circoncision médicale chez les hommes ; et
- garantir une lutte efficace contre l'infection dans les milieux sanitaires (ONUSIDA, 2005).²

Il a été confirmé, au cours des dernières années, que la circoncision était une méthode potentiellement intéressante pour réduire le risque d'infection à VIH chez les hommes. D'autres développements récents incluent l'émergence d'un ensemble de stratégies de prévention du VIH centrées sur le traitement antirétroviral ; les stratégies comprennent notamment la prévention de la transmission mère-enfant, la prophylaxie post-exposition, les traitements expérimentaux pour la prophylaxie pré-exposition³ et les bénéfices probables de prévention secondaire de l'administration thérapeutique de médicaments antirétroviraux. Les actions de prévention sont très efficaces lorsqu'elles reposent sur des combinaisons

¹ Les stratégies de prévention fondées sur des preuves éclairées sont celles qui sont basées sur des preuves scientifiques valables. Les facteurs inhérents à la prise des décisions nationales concernant les stratégies de prévention du VIH n'incluent pas seulement les preuves, mais aussi la pertinence, le coût, la faisabilité et l'équité.

² Des études d'observation indiquent que – dans les pays qui ont mis en œuvre des programmes de prévention du VIH dans les premières années de l'épidémie – les changements de comportement de la population ont réduit l'incidence du VIH d'une moyenne de 50%-90% (Auerbach, Hayes & Kandathil, 2006).

³ Des essais concernant huit approches expérimentales différentes de la prophylaxie pré-exposition étaient soit en cours soit planifiées en mars 2008. Deux de ces essais étudient des formulations à action locale, y compris l'étude CAPRISA 004, premier essai microbicide d'un produit intégrant des médicaments antirétroviraux.

stratégiques d'approches fondées sur des preuves éclairées qui répondent aux besoins spécifiques des personnes exposées au risque. Elargir et intensifier les combinaisons de stratégies de prévention du VIH devrait permettre d'éviter plus de la moitié de l'ensemble des nouvelles infections prévues entre 2005 et 2015 (Stover et al., 2006).

De même, des directives claires ont été établies pour le recensement national des priorités en matière de prévention. Les programmes essentiels nécessaires pour la prévention du VIH ont été recensés – depuis les programmes adaptés visant à prévenir la transmission par voie sexuelle ou consommation de drogues jusqu'aux stratégies conçues pour protéger la sécurité de l'approvisionnement national en sang. Des orientations normatives sont à la disposition des pays concernant les mesures stratégiques essentielles pour appuyer les stratégies nationales de prévention du VIH (ONUSIDA, 2005).

Le choix de la combinaison spécifique de stratégies de prévention la mieux adaptée à la situation d'un pays doit être guidé par des éléments concrets. On recommande aux pays de « connaître leur épidémie et leur riposte ». Grâce à l'utilisation de preuves éclairées solides et en constante amélioration, les pays sont en mesure :

- de recenser les comportements et les milieux associés à la transmission du VIH, et les populations les plus exposées au risque d'infection par le virus ;
- de comprendre les grandes tendances épidémiologiques ;
- d'évaluer la portée, l'échelle, la qualité et l'axe des programmes de prévention ;
- de lutter contre les facteurs contextuels qui accroissent le risque et la vulnérabilité au VIH ; et
- de combler les insuffisances au niveau de l'accès aux services essentiels de prévention (ONUSIDA, 2005 ; ONUSIDA, 2007a).

Maximiser l'impact stratégique de la prévention du VIH

Au cours des années précédentes, le *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida* a présenté un résumé des

preuves de l'efficacité des composantes individuelles d'une prévention complète du VIH (ONUSIDA, 2006a). Le reste de ce chapitre s'intéresse à un certain nombre de mesures à impact élevé pour maximiser l'effet des approches existantes de prévention du VIH. En utilisant une prévention du VIH fondée sur des preuves éclairées de manière plus stratégique – et en luttant au final contre de nombreux problèmes clés que l'on a ignorés ou auxquels on accordait peu d'importance – des progrès pourront être accomplis plus rapidement en direction de l'objectif ultime qu'est l'inversion du cours de l'épidémie mondiale d'ici à 2015, comme indiqué dans l'objectif du Millénaire pour le développement numéro 6.

Des programmes de prévention du VIH francs, précis et complets destinés aux jeunes

Le cours de l'épidémie mondiale ne peut pas être inversé si l'on ne réussit pas durablement à réduire les nouvelles infections à VIH chez les jeunes. Près de la moitié de la population de la planète a moins de 25 ans (UNFPA, 2003). Au niveau mondial, on estime que les jeunes de moins de 25 ans représentaient environ 45% de l'ensemble des nouvelles infections à VIH chez les adultes en 2007.

Lutter contre des connaissances inexactes sur le VIH

Alors que les connaissances sont souvent insuffisantes – à elles seules – pour entraîner des changements de comportement durables, une compréhension précise des risques inhérents au VIH et de la manière d'éviter de s'exposer est une condition préalable à la réduction des risques. Malheureusement, de nombreux jeunes n'ont pas les connaissances de base concernant la prévention du VIH. Des données d'enquêtes menées dans 64 pays indiquent que 40% des jeunes hommes et 38% des jeunes femmes de 15 à 24 ans avaient des connaissances précises et complètes sur le VIH et sur la manière d'éviter la contamination (Indicateur UNGASS 13).⁴ Bien que cela constitue une amélioration, en particulier chez les jeunes femmes, par rapport aux niveaux de connaissance de 2005 – lorsque 37% des jeunes hommes et 28% des jeunes femmes avaient des

⁴ Cet indicateur utilise des données d'enquêtes de population (de préférence des deux dernières années) pour évaluer la capacité des jeunes à recenser correctement les manières d'éviter une transmission sexuelle du virus (ex : l'utilisation du préservatif) et à rejeter les principales idées fausses concernant la transmission du VIH (ex : l'idée selon laquelle le virus peut être transmis par des piqûres de moustiques). On pose aux jeunes cinq questions pertinentes et ils sont supposés avoir des connaissances précises et complètes sur le VIH s'ils peuvent répondre avec exactitude à l'ensemble de ces cinq questions.

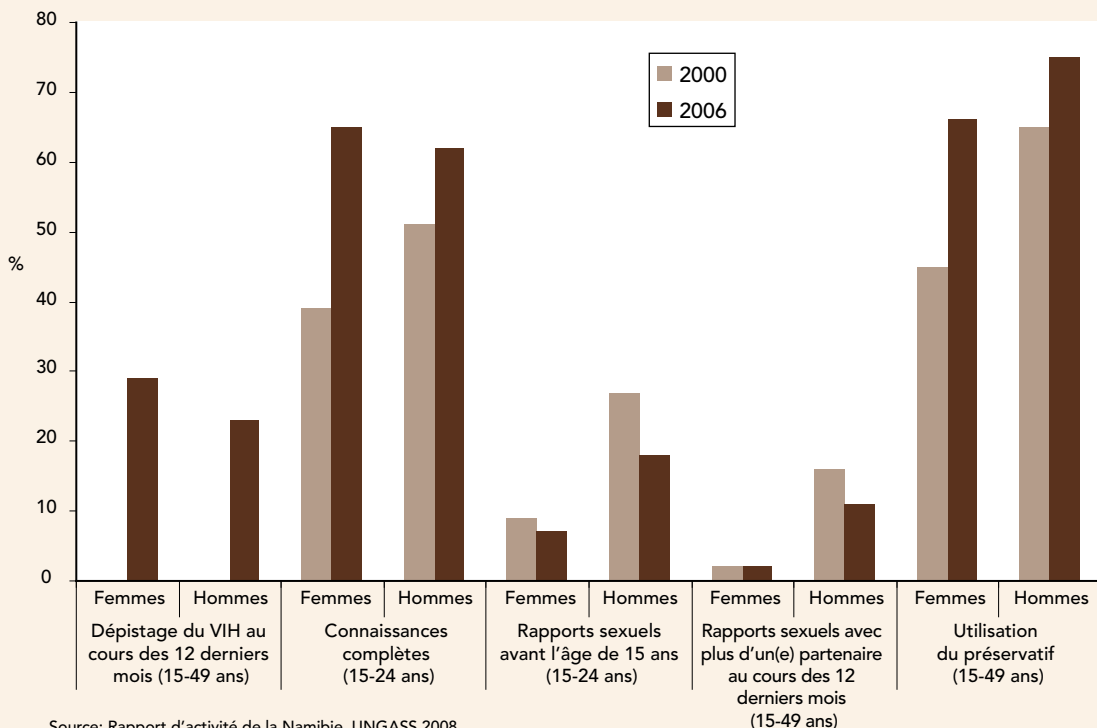
Un leadership national en matière de prévention du VIH fait-il la différence? Le cas de la Namibie

Au cours des dernières années, le Gouvernement namibien a pris des mesures pour renforcer la riposte nationale au VIH, laquelle est guidée par un plan stratégique à cinq ans dont l'objectif absolu est de réduire l'incidence du VIH. Sur les deux dernières années, le pays a plus que doublé les montants alloués au niveau national aux programmes de lutte contre le virus; il est également parvenu à mobiliser un appui international substantiellement accru. En 2007, le pays a promulgué une loi destinée à stimuler et à orienter des efforts de riposte au VIH plus importants de la part d'un large éventail de ministères et de secteurs nationaux.

Ces efforts portent leurs fruits et se traduisent par une meilleure couverture des initiatives essentielles de prévention ainsi que par une évolution favorable des tendances comportementales et épidémiologiques. Une éducation VIH fondée sur les compétences psychosociales est maintenant enseignée dans 79% des écoles secondaires, une campagne nationale a été axée sur le risque d'infection à VIH et l'abus d'alcool, et plus de 25 millions de préservatifs masculins sont distribués gratuitement chaque année par le secteur public (ce qui correspond à sept préservatifs par homme de 15 à 49 ans). La Namibie a le taux de dépistage du VIH le plus élevé des 38 pays récemment sondés par le programme d'Enquête démographique et de santé (DHS), avec 29% des femmes et 18% des hommes de 15 à 49 ans ayant reçu les résultats d'un test VIH au cours des 12 derniers mois (Measure DHS, 2008). Les niveaux de connaissances concernant le VIH et l'utilisation des préservatifs ont augmenté alors que, parallèlement, les taux de rapports sexuels avant 15 ans et de rapports sexuels avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois ont diminué (Figure 4.2). La prévalence du VIH chez les adultes semble s'être stabilisée alors que la prévalence chez les jeunes femmes fréquentant les dispensaires prénatals est tombée de 18% en 2003 à 14% en 2007.

FIGURE 4.2

Namibie: Connaissances concernant le VIH et comportements parmi la population générale, 2000–2006



Source: Rapport d'activité de la Namibie, UNGASS 2008.

Adapter les efforts de prévention en fonction des différents milieux

Les pays présentant des caractéristiques épidémiques divergentes nécessiteront inévitablement des stratégies nationales différentes pour mettre en œuvre des programmes efficaces de prévention du VIH. Les épidémies de VIH ont été classées dans les catégories « de faible niveau », « concentrée », « généralisée » ou « hyperendémique », comme indiqué ci-dessous.

- Dans une épidémie de faible niveau, l'infection à VIH peut exister depuis de nombreuses années, mais ne s'est jamais propagée à des niveaux significatifs dans les sous-groupes de population.
- Dans une épidémie concentrée, le VIH s'est rapidement propagé dans un sous-groupe de population défini, mais n'est pas bien établi dans la population générale. Ce profil suggère des réseaux actifs de risque au sein du sous-groupe de population concerné. L'évolution future de l'épidémie est déterminée par la fréquence et la nature des liens entre des sous-groupes de population hautement infectés et la population générale.
- Dans une épidémie généralisée, le VIH est solidement établi dans la population générale. Bien que des sous-groupes de population « à haut risque » soient susceptibles de contribuer de manière disproportionnée à la propagation du virus, les réseaux de partenaires sexuels de la population générale sont suffisants pour pérenniser la propagation de l'épidémie, indépendamment des sous-groupes de population plus exposés au risque d'infection.
- Dans une épidémie hyperendémique, la prévalence globale de l'infection à VIH chez les adultes est supérieure à 15%.
- Sur les 135 pays à revenu faible ou intermédiaire, l'ONUSIDA estime que 97 ont des épidémies de faible niveau ou concentrées et 38 ont des épidémies généralisées – dont sept sont classées comme hyperendémiques.

Dans les pays où les épidémies sont de faible niveau et concentrées, la prévention sera principalement axée sur les populations les plus exposées au risque. Malheureusement, 69% des pays ayant des épidémies de faible niveau ou concentrées déclarent avoir des lois, des réglementations ou des politiques qui font obstacle à l'utilisation de services en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées. Les pays doivent travailler pour abroger ces obstacles légaux et pour promouvoir activement l'accès à la prévention. Pour réduire le risque qu'une épidémie de faible niveau ou concentrée ne devienne généralisée, les programmes de prévention doivent aussi être axés sur les ponts épidémiologiques potentiels, tels que les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables ou les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Dans les épidémies généralisées, où l'infection s'étend au-delà de sous-groupes de population à risque élevé, il faut investir davantage dans des interventions plus larges ciblant la population, telles que des campagnes médiatiques grand public, une éducation en milieu scolaire, une mobilisation communautaire, des interventions sur le lieu de travail et des stratégies visant à faire évoluer les normes sociales. À l'inverse, les pays ayant une épidémie hyperendémique nécessitent une mobilisation très large de toute la société pour lutter contre les pratiques socioculturelles et économiques qui contribuent à favoriser des comportements sexuels à risque. Cet axe élargi doit venir en complément d'interventions ciblant un développement intensif des connaissances et des changements de comportement, pour réduire le nombre de personnes qui ont des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel ou des rapports sexuels concomitants avec de multiples partenaires. L'accès à la circoncision médicale chez l'homme doit aussi être élargi (ONUSIDA, 2007a).



Un moine bouddhiste dirige une session d'éducation et de prévention du VIH pour des jeunes. Les sources potentielles de prévention du VIH pour les jeunes sont nombreuses, par exemple, les écoles, les pairs, les médias, les parents et les leaders religieux.

connaissances de base sur le VIH – les niveaux de connaissance de 2007 sont toujours très inférieurs à l'objectif de la *Déclaration d'engagement* qui vise des connaissances complètes sur le VIH chez 95% des jeunes d'ici à 2010.

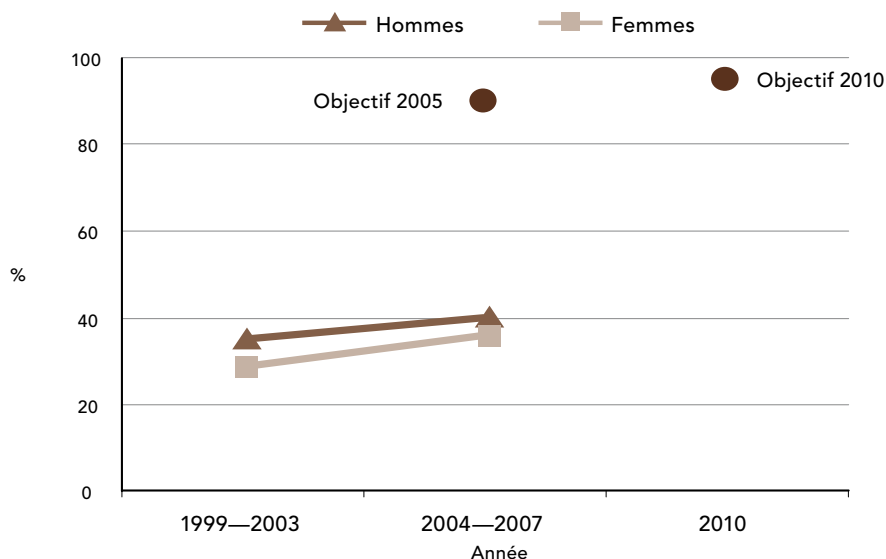
Alors que plus de 70% des jeunes hommes savent que les préservatifs peuvent protéger de l'exposition au VIH, seulement 55% des jeunes femmes citent l'utilisation des préservatifs comme stratégie efficace de prévention (Indicateur UNGASS 13). En Somalie, 4% seulement des jeunes femmes (15-24 ans) déclarent avoir des connaissances précises sur le VIH et 11% seulement des femmes adultes savent que les préservatifs peuvent prévenir la transmission du virus.

Des stratégies efficaces pour atteindre les jeunes

De nombreux circuits existent pour éduquer les jeunes au sujet du VIH, pour garantir leur accès à des biens de prévention et à des services de santé, et pour

FIGURE 4.3

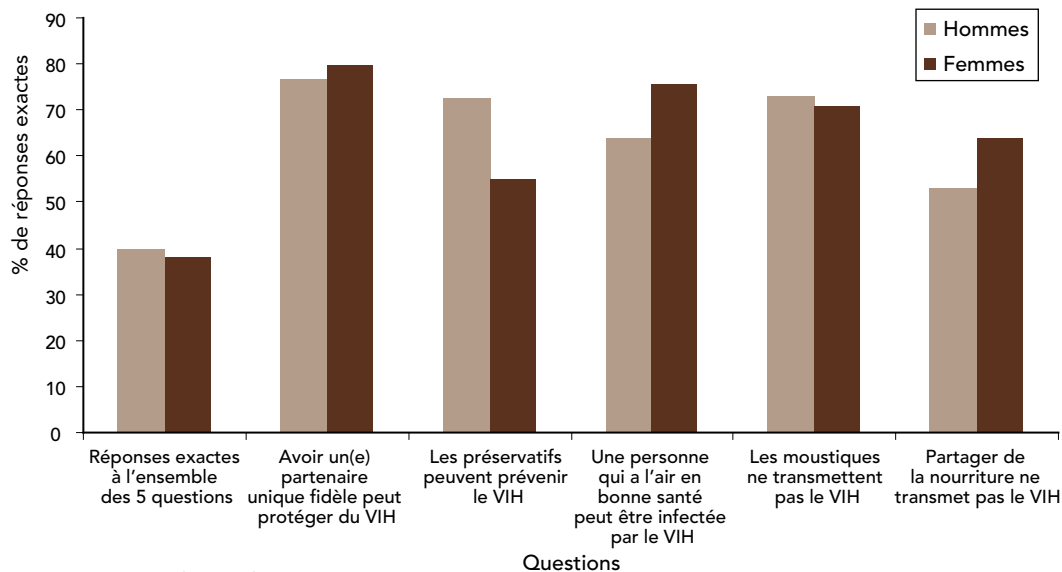
Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes (15-24 ans), 1999-2007



Source: MEASURE DHS 2008.

FIGURE 4.4

Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes, par type de question



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

les encourager à prendre des mesures pour éviter la transmission du virus.⁵

- *Programmes en milieu scolaire.* Dans une méta-analyse de 22 études de programmes éducatifs de prévention en milieu scolaire dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, 16 programmes qui incluaient des interventions menées par des adultes dans le cadre du programme scolaire ont eu des effets positifs sur l'âge du premier rapport sexuel, la fréquence des rapports sexuels, le nombre de partenaires, l'utilisation de préservatifs ou de contraceptifs, et la fréquence des rapports sexuels non protégés (OMS, 2006b; Biddlecom et al., 2007).⁶
- *Programmes à assise communautaire pour les jeunes non scolarisés.* Des études d'évaluation ont révélé que l'on peut obtenir d'importants résultats au niveau des comportements des jeunes non scolarisés, en particulier lorsque les programmes

sont fournis par le biais de structures bien établies de services destinées aux jeunes (Maticka-Tyndale & Brouillard-Coyle, 2006).

- *Médias grand public.* D'après une méta-analyse, cinq campagnes médias axées sur les jeunes sur six organisées dans différents pays à revenu faible ou intermédiaire ont eu un impact mesurable sur les comportements à risque liés au VIH (National Research Council, 2005).
- *Services destinés aux jeunes.* Les services destinés aux jeunes permettent de «fermer» ceux-ci pour les mettre en relation avec des informations et des services de prévention du VIH. Ces services luttent aussi contre des facteurs qui sont susceptibles d'accroître le risque d'exposition au VIH des jeunes, tels que le chômage, la pauvreté ou l'absence d'accès aux soins (Akhmedov et al., 2007).⁷

⁵ Pour avoir un résumé récent des résultats concrets des programmes visant à faire évoluer les comportements ciblant les jeunes, voir World Association for Sexual Health, 2008.

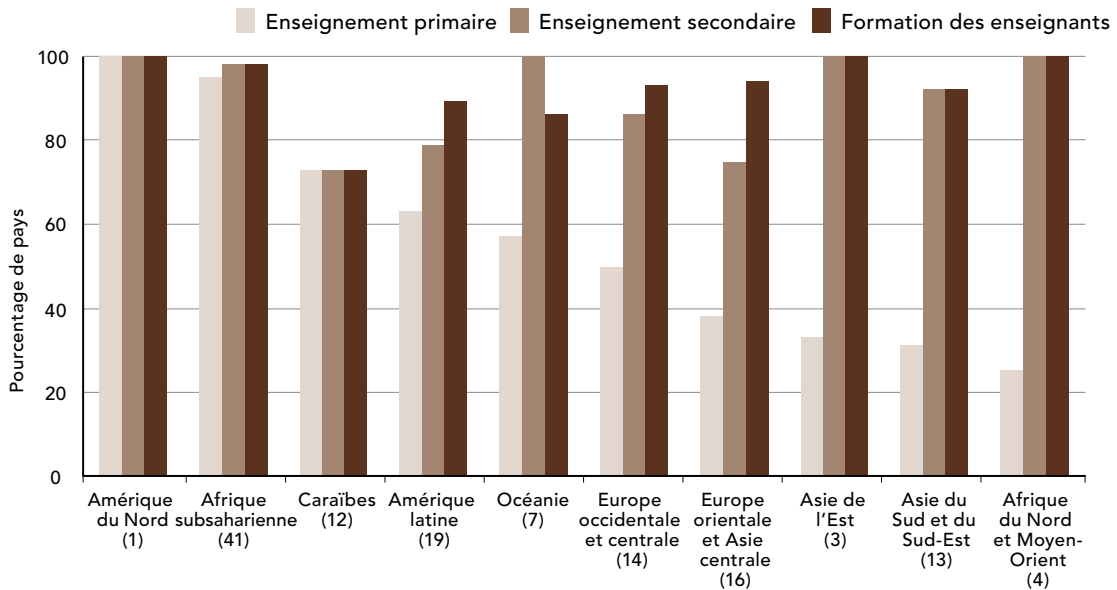
⁶ Le Kenya et le Zimbabwe – pays où des changements positifs significatifs au niveau des comportements sexuels chez les jeunes ont été déclarés ces dernières années – ont beaucoup investi de manière précoce dans des programmes de prévention du VIH en milieu scolaire.

⁷ Les jeunes sont surreprésentés parmi les «pauvres» du monde (OIT, 2006). La pauvreté ou l'absence d'opportunités de travail décent peut priver les jeunes de tout objectif ou de tout sentiment d'appartenance à la société et les soumettre potentiellement à des rapports sexuels contraints et à d'autres situations qui accroissent leur risque d'exposition au VIH.

De nombreux pays ne parviennent pas à utiliser les circuits existants pour fournir des informations et des services de prévention du VIH aux jeunes. Les pays indiquent pour la plupart (89%) avoir intégré une éducation VIH dans les programmes de leurs écoles secondaires, mais 65% seulement proposent une éducation VIH dans les écoles primaires – situation que l'on peut particulièrement retrouver dans les pays d'Afrique subsaharienne. Comme la Figure 4.5 le montre, l'éducation sida n'est pas toujours intégrée dans la formation des enseignants. Les gouvernements nationaux dans 67% des pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir mis en œuvre une éducation VIH en milieu scolaire dans la plupart des districts la nécessitant (sinon dans tous), et 42% ont mis en place des programmes de prévention du VIH pour les jeunes non scolarisés dans la plupart des districts les nécessitant (sinon dans tous). Les réponses d'informateurs non gouvernementaux indiquaient

des taux de mise en œuvre même inférieurs, de 51% et 28%, respectivement (données de l'Indice composite des politiques nationales fournies par les pays, 2008). Ce faible niveau de mise en œuvre se reflète dans le manque de données concernant cette intervention. Sur les 151 pays qui ont remis des rapports d'activité nationaux en 2008, 34 seulement ont déclaré le pourcentage d'écoles qui enseignaient une prévention du VIH basée sur les compétences psychosociales au cours de la dernière année scolaire. Parmi les pays déclarants, cette intervention était en moyenne fournie dans moins de 40% des écoles. En outre, les informateurs non gouvernementaux dans 36 pays (28%) indiquent que ces pays ont des lois, politiques ou réglementations qui empêchent en fait les jeunes d'avoir accès à une prévention du VIH ou à d'autres services (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

FIGURE 4.5 Pourcentage de pays proposant une éducation sida dans le cadre du programme scolaire



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

Eduquer les jeunes pairs sur le VIH

Champuii (24 ans) est ancienne consommatrice de drogues et éducatrice pour les pairs à Aizwal, Mizoram, Inde

Les problèmes de Champuii ont commencé tôt. Abandonnée par ses parents lorsqu'elle n'avait que six ans, elle a été élevée par des parents adoptifs mais ne s'est jamais sentie chez elle. Au début de l'adolescence, elle buvait de l'alcool et s'est très vite mise à consommer des drogues dures.

« Lorsque j'ai commencé à me droguer, ma vie a été faite de hauts et de bas » dit-elle. « A l'école, mes professeurs me renvoyaient et lorsque mes parents ont appris que je me droguais, ils m'ont mise à la porte. » Sans endroit pour vivre, les rues sont devenues son domicile et ses amis consommateurs de drogues sa seule famille. Elle a commencé à revendre de la drogue pour subvenir à ses besoins et financer sa propre consommation.

Champuii a également eu des problèmes d'identité sexuelle. « Mes parents m'interdisaient de porter des vêtements et de m'amuser avec des jouets de garçon » dit-elle. « Ils m'obligeaient à vivre comme une petite fille. Mais je n'étais pas sûre d'en être une. Lorsque j'étais en dehors de la maison, je vivais comme un jeune homme. »

Elle a été arrêtée de nombreuses fois et envoyée dans des centres et des camps de redressement. La dernière fois qu'elle a été enfermée, elle a pris conscience que ses jours étaient comptés. Son corps et son esprit se dégradaient rapidement, et elle a eu peur de mourir. Une fois, une blessure douloureuse à la jambe l'a tenue éveillée toute la nuit. Au matin, elle a décidé de changer de vie et d'arrêter la drogue. « A la dernière minute, je me suis demandé pourquoi je devrais mourir à cause de la drogue ? Cette vie m'a été donnée par Dieu alors il faut que je la lui rende » déclare-t-elle.

Cela fait plus de deux ans que Champuii n'a pas pris de drogues. Elle travaille sous l'égide de l'ONUSIDA comme éducatrice pour les pairs pour CHARCA, organisation non gouvernementale locale, et offre un appui, des informations et des conseils aux consommateurs de drogues exposés au risque d'infection à VIH. Elle travaille aussi avec des groupes et des associations de jeunes locaux. Champuii parle toujours de ses propres expériences. « Comme ça, les gens ont confiance en moi » dit-elle. « Ils peuvent me parler de leurs problèmes et je peux les conseiller. C'est l'avantage d'être ouverte concernant ma vie. »

Champuii et les autres éducateurs pour les pairs utilisent la musique pour atteindre les jeunes. Elle se produit régulièrement dans des églises et a aussi chanté lors d'une émission diffusée par la télévision locale. Chaque fois, elle profite de l'opportunité pour éduquer les auditeurs sur la consommation de drogues et le VIH.

Elle a parcouru un long chemin depuis l'époque où elle consommait des drogues. « Avant, les gens me méprisaient » dit-elle. « Aujourd'hui, lorsque je me produis et chante dans une église, j'ai l'impression d'être acceptée par eux. Je suis la plus heureuse lorsqu'ils font l'éloge de mes chansons. »

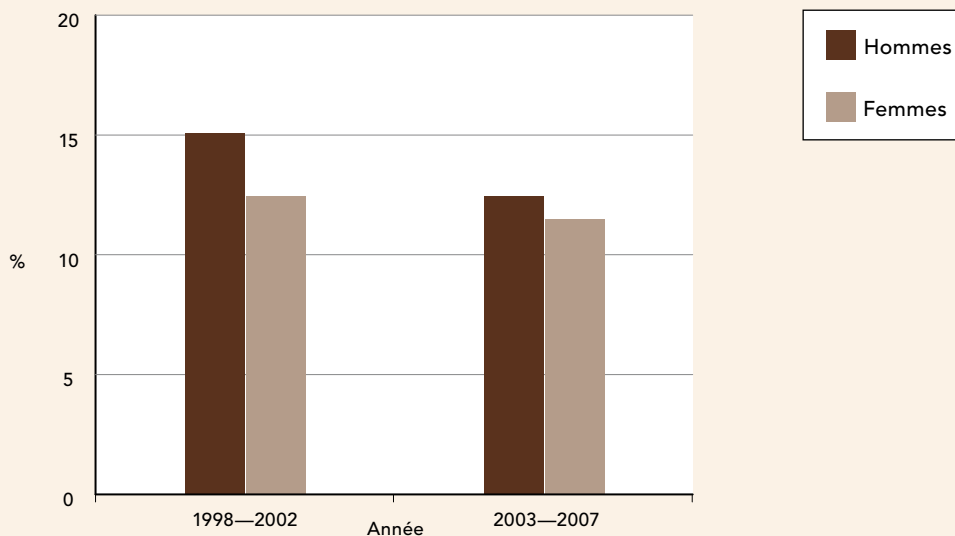
Champuii est devenue un modèle et un leader dans sa ville. Lorsqu'elle ne fait pas d'éducation pour les pairs, elle s'occupe d'eux au centre où elle vit. C'est une maison d'accueil pour les jeunes qui ont « décroché » de la drogue et de la prostitution et qui peut héberger jusqu'à 25 personnes.

« Après tout ce que j'ai traversé, tous ces hauts et tous ces bas, j'ai l'impression d'avoir plein de moyens » dit-elle. « Je regarde la vie d'un meilleur œil. Je suis très optimiste. »



FIGURE 4.6

Pourcentage de jeunes ayant leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans, par sexe



Source: MEASURE DHS.

Relever l'âge des premiers rapports sexuels des jeunes

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le pourcentage de jeunes qui ont des rapports sexuels avant 15 ans diminue dans toutes les régions – dans le sillage d'une tendance identifiée au début de la décennie actuelle (Figure 4.6). Les hommes sont beaucoup plus susceptibles de déclarer des rapports sexuels avant 15 ans, sauf en Afrique subsaharienne où la probabilité que les adolescentes de moins de 15 ans soient plus sexuellement actives que les garçons est proche de 50%. Alors que la tendance mondiale au relèvement de l'âge des premiers rapports sexuels est visible, les enquêtes révèlent des variations substantielles entre pays. Si l'on compare les comportements sexuels des jeunes hommes dans six pays d'Afrique, l'âge moyen du premier rapport sexuel a baissé en Éthiopie, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie entre 1996–2001 et 2002–2006, mais augmenté au Mozambique, en Ouganda et au Rwanda (Indicateur UNGASS 15).

Tous les jeunes ont le droit d'être éduqués sur la manière dont le VIH se transmet, mais la nécessité d'avoir des services de prévention du virus est particulièrement urgente pour ceux qui sont spécifiquement exposés au risque d'infection. Cela inclut les jeunes victimes de déplacements, de migrations, de la pauvreté ou d'emprisonnement, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Fournir une prévention du VIH précise et complète destinée aux jeunes

L'une des principales faiblesses de nombreuses initiatives de prévention destinées aux jeunes

est qu'elles ne parlent pas avec franchise ou ne fournissent pas les informations précises et complètes dont les jeunes ont besoin. Bon nombre des pays qui imposent une éducation VIH dans les écoles proposent des cours qui accordent la priorité à des programmes prônant l'abstinence, ce qui décourage les discussions directes sur les préservatifs et la sexualité à moindre risque. Toutefois, aucune étude dans des pays à revenu faible ou intermédiaire n'a découvert que cette approche était efficace, et des études publiées aux États-Unis indiquent que les programmes de prévention destinés à la jeunesse et promouvant uniquement l'abstinence ne réduisent pas le risque d'infection par le VIH (Underhill, Montgomery & Operario, 2007).

La recherche de nouveaux outils de prévention

Alors que les programmes nationaux s'efforcent d'élargir et d'intensifier les stratégies de prévention du VIH existantes et d'améliorer leur application stratégique, on continue de chercher d'autres outils pour renforcer les activités de prévention. En particulier, de nouvelles méthodes de prévention sont nécessaires de toute urgence pour les femmes qui manquent actuellement d'accès à des méthodes de prévention qu'elles peuvent contrôler.

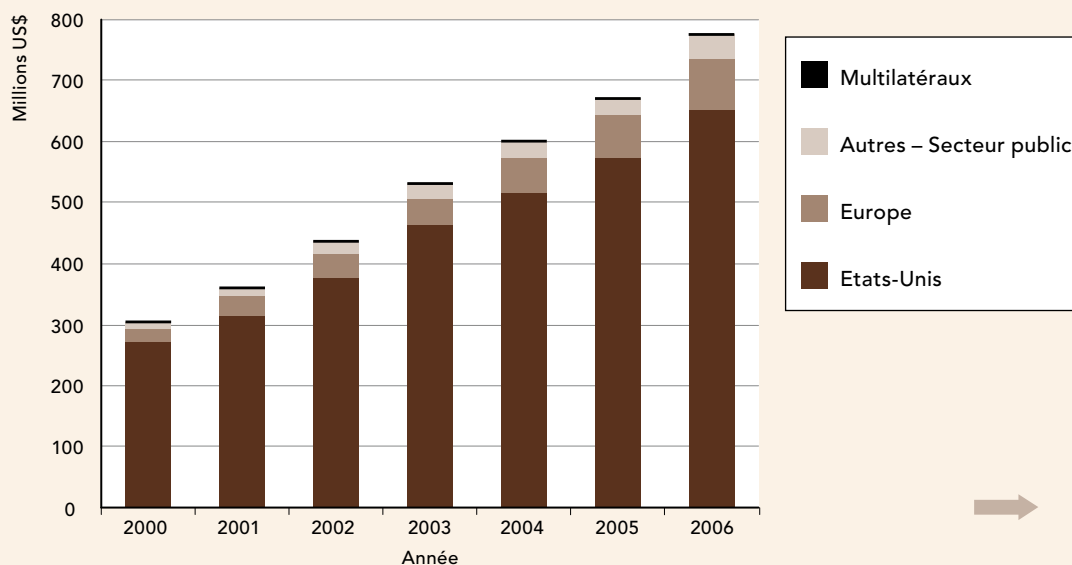
En 2007, les résultats de la recherche sur la prévention biomédicale du VIH ont été peu encourageants. En septembre 2007, des essais d'efficacité du candidat vaccin anti-VIH le plus prometteur – un produit Merck & Co. visant à obtenir de fortes réponses immunitaires à médiation cellulaire à l'exposition au virus – ont été arrêtés après que l'on eut découvert que le vaccin n'était pas efficace. De même, des études sur des microbicides vaginaux de première génération ont découvert qu'ils n'étaient pas efficaces non plus (Nelson, 2007). Des essais ont aussi révélé que les diaphragmes féminins (utilisés parallèlement à un gel lubrifiant) n'offraient pas d'avantage supplémentaire par rapport au préservatif (Padian et al., 2007) et des études sur le traitement à l'acyclovir du virus de l'herpès simplex type 2 ne sont pas parvenues à démontrer une protection supplémentaire contre l'infection à VIH (Watson-Jones et al., 2008).

Il est naturel d'être déçu lorsque les essais cliniques ne parviennent pas à confirmer l'efficacité d'un produit, mais l'ampleur et la gravité de l'épidémie de VIH requièrent que l'on maintienne l'effort de recherche, y compris la recherche sur des stratégies novatrices visant à faire évoluer les comportements sociaux et sur de nouvelles méthodes de prévention. Les chercheurs enquêtent sur de nouvelles approches de prévention, telles que les vaccins visant globalement à générer des anticorps neutralisants du VIH (Montefiori et al., 2007) et les microbicides qui intègrent des composants antirétroviraux – dont deux sont désormais entrés dans une phase d'essais cliniques. Certains microbicides de nouvelle génération semblent particulièrement attractifs car ils ne nécessitent pas d'être appliqués juste avant le rapport sexuel. En outre, des études cherchent à découvrir si la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition et un traitement amélioré du virus de l'herpès simplex type 2 peuvent réduire le risque de transmission sexuelle du VIH.

Les dépenses allouées par des entités non commerciales à la recherche sur de nouvelles méthodes de prévention ont considérablement augmenté entre 2000 et 2006 – de 153% pour les vaccins et

FIGURE 4.7

Investissements annuels alloués à la recherche et au développement sur les vaccins anti-VIH, par source de financement entre 2000 et 2006



Source: Groupe de travail sur le suivi des ressources allouées à la recherche sur les microbicides et les vaccins anti-VIH, 2007.

de 430% pour les microbicides (Figure 4.7). Pendant cette période, les sources de financement du secteur public ont investi près de US\$ 67 millions en recherche et développement sur un éventail d'autres approches expérimentales de prévention biomédicale, y compris la circoncision masculine des adultes, la suppression du virus de l'herpès simplex type 2, les méthodes de protection vaginale pour prévenir la transmission du VIH et la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition.

Les essais de prévention bien conçus sont complexes et onéreux (Groupe de travail sur la prévention mondiale du VIH, 2006). Les essais doivent enrôler des milliers de participants pour évaluer l'efficacité des nouvelles méthodes de prévention et sont souvent l'objet de complications, notamment un faible respect des protocoles d'essai par les participants et une incidence insuffisamment élevée du VIH pour fournir la puissance statistique nécessaire pour que les résultats soient significatifs. L'incidence du VIH a tendance à baisser dans le temps dans les cohortes d'essai – peut-être du fait de la fourniture régulière par les promoteurs des essais d'un ensemble puissant de mesures de prévention du VIH – d'où il résulte qu'il est plus compliqué pour les essais de détecter de manière fiable l'effet des interventions (Gray & Wawer, 2007). Il est aussi évident que les essais de prévention ont peu de chances de réussir si les communautés dans lesquelles ces recherches ont lieu ne participent pas et ne s'approprient pas de manière significative et continue le processus (ONUSIDA & AVAC, 2007).

Dans la majeure partie du monde, de nombreux jeunes deviennent sexuellement actifs à l'adolescence. Au Kenya, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie, par exemple, les jeunes sont pour la plupart déjà sexuellement actifs lorsqu'ils arrivent à l'âge de 18 ans (Zaba et al., 2004). Ces chiffres sont comparables à ceux déclarés dans des pays à revenu élevé, tels que les États-Unis, où 47% des jeunes ont déjà eu leur première relation sexuelle à l'époque où ils finissent le lycée (enseignement secondaire) (Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Les parents, les autorités sanitaires, les systèmes scolaires et les fournisseurs de services destinés aux jeunes ont intérêt à encourager ceux-ci à retarder la date de leur initiation à la sexualité et ont aussi pour obligation de fournir aux jeunes qui sont sexuellement actifs des informations et un appui susceptibles de leur sauver la vie.

Réduire la fourniture d'informations sur la sexualité humaine et la prévention du VIH est incohérent avec une composante essentielle des efforts efficaces de prévention du VIH ciblant les jeunes – à savoir l'incitation à discuter ouvertement de sexualité et des conséquences de rapports sexuels précoces. En Afrique du Sud, les indices les plus significatifs de l'utilisation des préservatifs chez les jeunes adultes sont l'utilisation d'un préservatif lors du premier rapport sexuel et le fait de discuter des préservatifs avec son premier partenaire sexuel (Hendriksen et al., 2007).

Outre la fourniture d'informations de base et l'incitation à discuter de la sexualité à moindre risque, les programmes de prévention destinés aux jeunes doivent promouvoir des normes sociales qui les protègent et réduisent leur risque d'infection. Cela

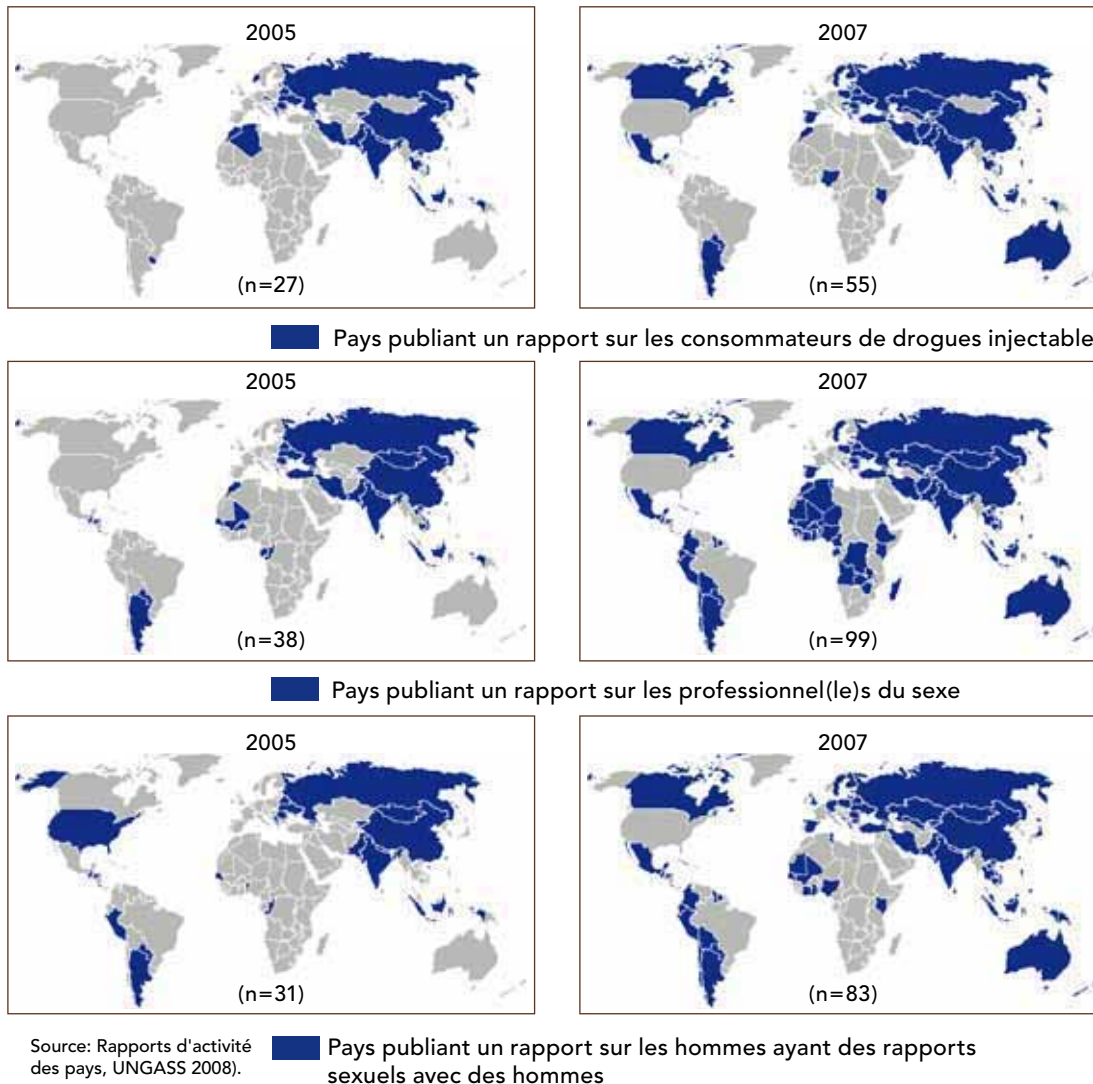
signifie souvent que les programmes doivent aborder des sujets sensibles qui peuvent mettre certaines personnes mal à l'aise. Ces sujets incluent les normes sexospécifiques qui idéalisent le « machisme » et le multipartenariat sexuel pour les hommes et les garçons, et accroissent le risque d'exposition au VIH pour les filles. Au Burkina Faso, au Ghana, au Malawi et en Ouganda, par exemple, près d'une adolescente sur cinq (15-19 ans) a déclaré que sa première expérience sexuelle avait eu lieu de force ou sous la contrainte (Biddlecom et al., 2007).

L'un des autres sujets sensibles que les efforts de prévention du VIH ciblant les jeunes doivent aborder est le rôle des relations sexuelles intergénérationnelles dans la transmission du VIH aux filles et aux jeunes femmes. En Afrique australe, les adolescentes ont de deux à quatre fois et demie plus de risques d'être infectées que les adolescents du même âge (Bearinger et al., 2007). L'ampleur du phénomène des rapports sexuels entre adolescentes et hommes adultes est souvent un facteur important à l'origine des disparités de prévalence du VIH entre les adolescents et les adolescentes en Afrique (Dupas, 2006). Selon des enquêtes récentes menées en Ouganda, trois adolescentes célibataires ayant déjà eu une expérience sexuelle sur quatre ont déclaré avoir reçu des cadeaux ou de l'argent en échange de rapports sexuels, habituellement de la part d'un homme plus âgé (Darabi et al., 2008).

La différence d'âge médian entre les époux en Afrique varie de 5,5 ans à 9,2 ans – et est donc nettement plus importante que la différence d'âge médian entre les membres d'un couple marié

FIGURE 4.8

Rapports de pays sur les services de prévention destinés aux populations les plus exposées au risque d'infection, 2005 et 2007



Couverture élargie et intensifiée de la prévention destinée aux populations les plus exposées au risque

En dehors de l'Afrique subsaharienne, les épidémies sont pour la plupart de faible niveau ou concentrées, et sont principalement associées à des comportements à risque dans des sous-groupes de population spécifiques. Presque partout dans le monde, les personnes appartenant à ces populations sont exposées au VIH lors de rapports sexuels non protégés ou de l'utilisation de matériel d'injection contaminé. Trois sous-groupes de population sont régulièrement recensés comme étant à haut risque d'exposition au VIH: les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.⁸

Les rapports nationaux sur les indicateurs de l'UNGASS signalent que la fourniture de services de prévention pour les populations les plus exposées au risque est irrégulière et extrêmement variable au sein des régions et entre celles-ci. Bien que des pourcentages significatifs de ces populations puissent correctement identifier les moyens permettant de prévenir une transmission sexuelle du VIH, bon nombre de ces personnes n'ont pas accès aux biens essentiels de prévention, tels que les préservatifs et les aiguilles stériles.

Parmi les populations les plus exposées, ce sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont l'accès le plus limité à des services de prévention du VIH.

dans d'autres régions (Wellings et al., 2006). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le mariage précoce constitue le facteur le plus courant qui accroît le risque d'exposition au VIH des adolescentes; les jeunes femmes mariées ont des rapports sexuels non protégés plus fréquents que les jeunes femmes célibataires, habituellement avec des maris qui sont plus âgés et ont davantage de risques d'être séropositifs au VIH (Gregson et al., 2002; Wellings et al., 2006; Bearinger et al., 2007). Pourtant, il existe relativement peu de programmes élargis de prévention du VIH qui ont pour objectif de modifier les normes sociales relatives aux partenariats intergénérationnels.

L'ampleur des rapports sur les indicateurs de l'UNGASS donne à penser que les pays prennent de plus en plus conscience du caractère central des efforts de prévention du VIH qui ciblent les populations les plus à risque d'exposition au virus. Comme la Figure 4.8 le montre, le nombre de pays publiant un rapport sur les indicateurs spécifiquement liés aux consommateurs de drogues injectables, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux professionnel(le)s du sexe a augmenté entre 2005 et 2007 (Indicateur UNGASS 9).

Presque tous les pays (92%) sont dotés d'une politique ou d'une stratégie qui favorise des actions de prévention du VIH destinées aux populations les plus à risque d'exposition au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008); ce pourcentage a augmenté dans le temps (ex: par rapport à 81% en 2003). Toutefois, les services de prévention destinés à ces populations ont été élargis et intensifiés dans un nombre relativement limité de milieux, laissant la plupart des personnes exposées au risque d'infection face à un accès restreint, voire pas d'accès, aux services de prévention du VIH (Figures 4.9 et 4.10). En outre, les informateurs non gouvernementaux dans près de deux tiers des pays (63%) indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces de



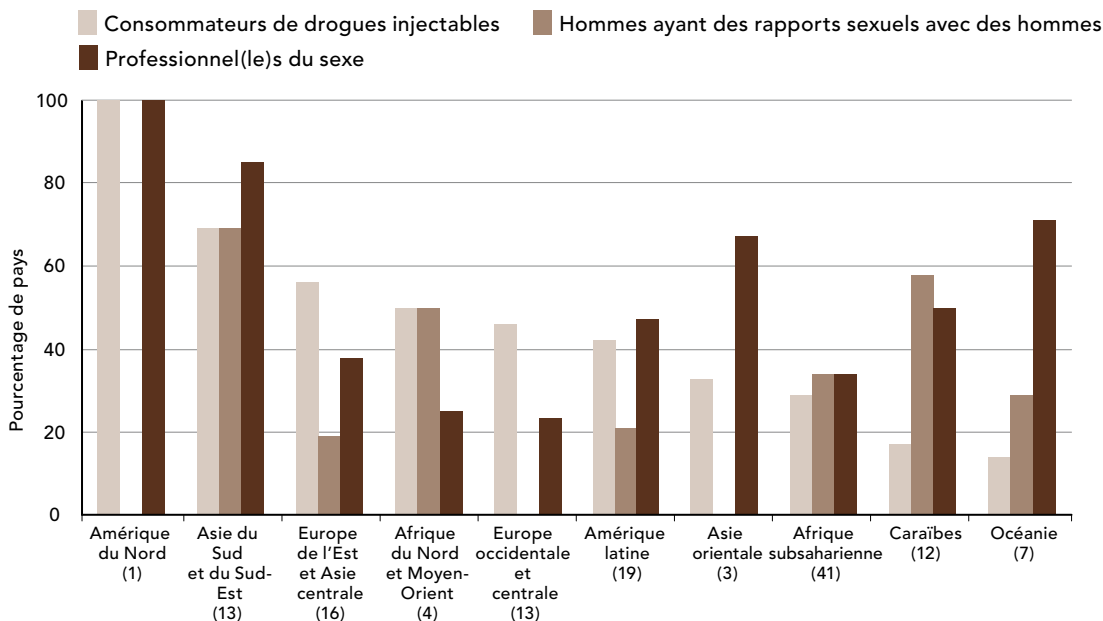
prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH destinées aux populations les plus exposées au risque d'infection (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Au final, la faible couverture des personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH reflète un manque de leadership parmi les dirigeants politiques, les ministères nationaux et les donateurs internationaux. Les sections suivantes abordent la question de la couverture actuelle des programmes de prévention destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux consommateurs de drogues injectables.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Comme expliqué dans le Chapitre 2, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont confrontés à un risque disproportionné d'exposition au VIH dans différents milieux à travers le monde (Centers for Disease Control and Prevention, 2006b). Pourtant, les services de prévention du VIH destinés à ce groupe de population et mis à sa disposition sont massivement insuffisants par rapport à ce qu'ils devraient être. Dans les pays présentant des rapports sur les populations les plus à risque d'exposition au VIH, 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarent savoir où ils peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu un préservatif pendant l'année précédente (Indicateur UNGASS 9). Les gouvernements de moins de 20% des pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir mis en œuvre des programmes de

FIGURE 4.9

Pourcentage de pays ayant des lois, réglementations ou politiques faisant obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées au risque



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

prévention du VIH ciblés destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans presque tous les districts les nécessitant (sinon dans tous). Les informateurs non gouvernementaux de 10% seulement de ces pays déclarent la mise en œuvre de tels programmes. Les informateurs non gouvernementaux de 32% des pays indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques faisant obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

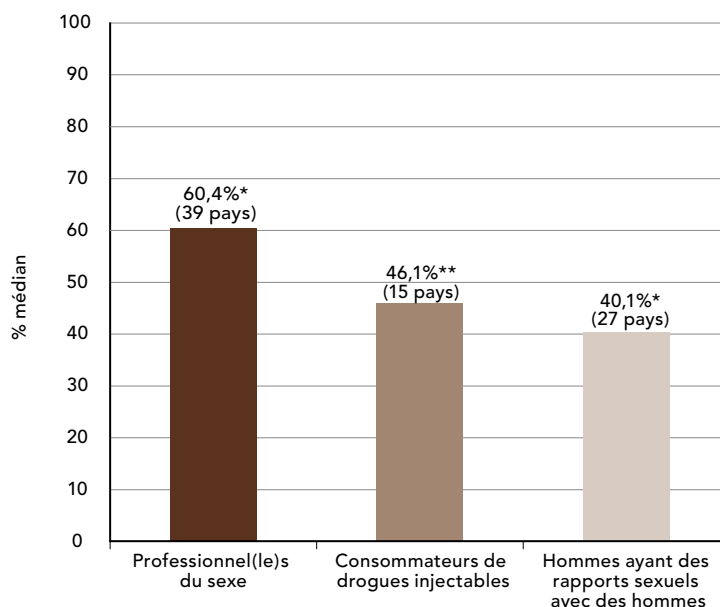
Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sont légion à savoir que les préservatifs permettent de prévenir la transmission du VIH, mais ils sont aussi nombreux à ne pas avoir accès aux préservatifs. Dans plusieurs pays (y compris l'Arménie, la Grèce, le Mexique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la Turquie), moins de 25% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont accès aux préservatifs. Moins de 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés en

Indonésie, aux Philippines, en Turquie et en Ukraine déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. A Cuba, à peine plus de la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Indicatif UNGASS 9).

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont aussi divers, sur le plan culturel, que la population mondiale, allant des hommes s'identifiant comme gays dans les principaux centres urbains des pays à revenu élevé jusqu'aux « hijras » travaillant comme professionnels du sexe en Inde. Les programmes ciblés destinés à ces groupes de population doivent obtenir une participation active des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sur le plan local pour s'assurer que les initiatives répondent aux besoins réels et à la situation des bénéficiaires visés. Les recherches réalisées sur les interventions de prévention du VIH destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont pour la plupart été faites dans des pays à revenu élevé, ce qui met en évidence la nécessité de lancer de toute urgence davantage de recherches

FIGURE 4.10

Pourcentage des populations les plus à risque atteintes par les programmes de prévention du VIH, 2005–2007



* Pourcentage de professionnel(le)s du sexe et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarant savoir où ils/elles peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu des préservatifs.

** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables déclarant savoir où ils peuvent se soumettre à un test de dépistage du VIH et avoir reçu des préservatifs et des aiguilles/des seringues stériles.

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

dans le domaine des sciences sociales et des études d'intervention chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Des études de recherche ethnographique ciblées – telles que la récente étude qui a examiné les différentes significations sexuelles des relations entre hommes au Viet Nam (Vu et al., 2008) – pourraient aussi aider à concevoir, adapter et mettre en œuvre des programmes de prévention dans des milieux particuliers. Dans de nombreux cas, toutefois, où des recherches valables axées sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été entreprises, les constatations n'ont pas été suivies par la mise en œuvre d'actions spécifiques dans la pratique.

Une action de prévention spécifiquement conçue pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes récemment testée à Dakar, Sénégal, met en lumière à la fois le potentiel des programmes de prévention du VIH fondés sur des preuves éclairées ciblés sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et certains des obstacles auxquels

ces hommes sont confrontés dans différents milieux. Elaboré en collaboration avec le Ministère de la Santé, des experts techniques et des organisations non gouvernementales, le projet incluait une éducation par les pairs, un accès élargi aux services en rapport avec le VIH et les infections sexuellement transmissibles, et des activités de sensibilisation des médias. L'intervention a conduit à une amélioration significative des connaissances sur le VIH et à une utilisation beaucoup plus importante des services de dépistage du virus. Toutefois, malgré l'amélioration des connaissances concernant l'efficacité des préservatifs, on a observé peu de changements dans les taux d'utilisation régulière des préservatifs. L'utilisation régulière de lubrifiants à base d'eau est aussi restée faible, essentiellement parce que ces produits sont chers et difficiles à utiliser (Population Council et USAID, 2007).

Les professionnel(le)s du sexe

L'expression « professionnel(le)s du sexe » décrit une population significative à elle seule en termes

Mobilisez-vous pour vos droits

Nigel Mathlin est Président de GrenChap, partenariat caribéen sur le VIH/sida

Nigel Mathlin milite pour les questions liées au VIH depuis qu'il a assisté pour la première fois à un atelier d'éducation pour les pairs il y a 12 ans. Il a récemment créé une petite organisation non gouvernementale, le « Grenade/Caribbean HIV/AIDS Partnership » (GrenChap), principalement axée sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'autres populations exposées à un risque élevé d'infection à VIH à la Grenade.



« C'est une expérience permanente, un vrai défi, que d'avoir le courage de faire face au public – se lever, mettre sur le devant de la scène des problèmes importants qui ne sont pas vraiment très populaires » déclare M. Mathlin. « Les gens supposent automatiquement que vous êtes sans doute séropositif ou que vous êtes un HSH, un professionnel du sexe, un consommateur de drogues ou que vous appartenez à tout autre groupe pour lequel vous plaidez. Mais tout ce qui compte, c'est de leur faire comprendre que le problème n'est pas là. Que je sois hétéro ou homo, cela ne doit pas avoir d'incidence sur mon accès au traitement ou sur mes droits. »

La stigmatisation à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est un obstacle considérable à la programmation de la lutte contre le VIH dans les Caraïbes orientales. Jusqu'à récemment, les relations sexuelles entre hommes n'étaient même pas reconnues. « C'était un vrai problème car personne ne voulait vraiment parler de cette question » explique M. Mathlin. « Les gens disaient : « Il n'y a pas d'homosexuels à la Grenade ». Je veux dire qu'à présent, il existe toujours des lois qui criminalisent la sodomie à la Grenade, comme dans un grand nombre d'autres îles des Caraïbes. »

M. Mathlin essaye de profiter de chaque occasion pour éduquer les gens et pour être le porte-parole des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Mais le chemin à parcourir est encore long. « Il est évident qu'il reste énormément de travail à faire » déclare-t-il. « Trop de gens continuent de mourir du sida. Les gens devraient être plus nombreux à demander un traitement et les attitudes à l'égard des homosexuels, des professionnel(le)s du sexe... et des consommateurs de drogues injectables doivent changer. On continue de leur dénier leurs droits. »

M. Mathlin considère la question de la sexospécificité comme une question transversale importante dans les Caraïbes. « De nombreux hommes caribéens souhaitent conserver cette image ultra-masculine et s'ils ne le font pas, ils ne sont pas respectés. Pour moi, ils « jouent aux coqs ». Du fait de ces attitudes, il est difficile pour les gens de négocier des rapports sexuels à moindre risque et ces comportements sont le principal moteur de l'épidémie dans la région. La situation est aggravée par les rapports sexuels intergénérationnels, la pauvreté, la violence domestique et l'effondrement des structures familiales. La perte du respect des femmes est un autre facteur qui crée une vulnérabilité au VIH. »

M. Mathlin est motivé par les progrès accomplis à travers les Caraïbes et apprend de l'expérience de voisins tels que la Jamaïque où des organisations luttent contre le climat de violence à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes grâce au soutien des partenaires internationaux tels que Human Rights Watch. D'autres organisations travaillent dur pour faire évoluer les lois et les politiques qui stigmatisent et criminalisent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

M. Mathlin trouve son rôle de défenseur de la lutte contre le VIH difficile. Bien qu'il ait été encouragé par des étrangers, ceux dont il est proche ne lui ont pas toujours apporté un tel soutien. Parfois, il s'inquiète même pour sa propre sécurité. Il craint que l'homophobie ne l'oblige à quitter sa maison et son pays qu'il aime, comme cela est arrivé à certains de ses pairs jamaïcains.

Mais il faut continuer d'agir. « Je peux faire la différence » déclare M. Mathlin. « Qu'importe que l'impact soit faible, c'est un impact positif et à la fin de la journée, si je peux sauver une ou plusieurs vies, ou si je peux faciliter la vie des sans voix, j'ai rempli ma mission et ça me suffit. »

épidémiologiques, mais englobe des groupes de personnes très diverses (femmes, hommes et transgenres) et des personnes travaillant dans des milieux très différents (maisons de passe, lieux informels et la rue). Certain(e)s professionnel(le)s du sexe sont très mobiles et certain(e)s n'ont que des relations sexuelles informelles consenties en échange de cadeaux ou de faveurs. Les personnes se livrant au commerce du sexe sont nombreuses à ne pas se considérer comme des professionnel(le)s du sexe.

Au Kenya, la recherche donne à penser que les projets de prévention qui se traduisent par un accroissement de l'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels tarifés pourraient réduire de manière significative la transmission du VIH. Si le taux d'utilisation du préservatif pendant des rapports sexuels tarifés atteignait 90% le long de la route transafricaine qui relie Mombasa et Kampala, Ouganda (où quelque 8000 professionnelles du sexe exercent leurs activités), on estime à environ 2000-2500 le nombre de nouvelles infections à VIH qui pourraient être évitées chaque année sur ce tronçon de la route, avec une diminution de l'incidence du VIH de 1,3% à 0,4% (Morris, 2006).

Les approches communautaires visant l'émancipation ont régulièrement démontré, en particulier lorsqu'elles sont combinées à des programmes axés sur l'environnement dans lequel les professionnel(le)s du sexe vivent et travaillent, qu'elles étaient efficaces pour accroître l'utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients (Kerrigan et al., 2006). Dans le district Sonagachi de Calcutta, Inde, un projet visant à émanciper les professionnel(le)s du sexe et à faciliter leur accès à des informations essentielles et des services de santé a, par exemple, entraîné une baisse de deux tiers de l'incidence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe ciblé(e)s et une hausse des taux d'utilisation des préservatifs de 5% à 90% (Basu et al., 2004; Pardasani, 2005). Dans l'Etat du Karnataka, Inde, l'utilisation des services de prévention du VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe a été facilitée par la participation de personnes de ce groupe à des études de formation comportementale et des études de surveillance des infections sexuellement transmissibles, à la mobilisation d'un réseau de sensibilisation des pairs, et au choix du lieu et du personnel pour le dispensaire du projet (Steen et al., 2006). En Afrique,

des programmes de prévention du virus par les pairs destinés aux professionnel(le)s du sexe se sont révélés extrêmement efficaces pour faire évoluer les comportements sexuels et réduire le taux de nouvelles infections à VIH (Wegbreit et al., 2006).

Le niveau déclaré d'accès aux préservatifs et au test VIH pour les professionnel(le)s du sexe est légèrement plus élevé que pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – dans 39 pays, une moyenne de 60% des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir accès aux préservatifs et au test VIH. Les variations entre régions se présentent comme suit : 41% en Asie du Sud et Asie du Sud-Est, 72,8% en Amérique latine et dans les Caraïbes, 69% en Europe orientale et en Asie centrale (sept pays), et 69,7% en Afrique subsaharienne (Indicateur UNGASS 9). Les taux déclarés d'utilisation du préservatif avec le dernier client sont généralement assez élevés, même s'il y a des exceptions ; au Liban, environ un tiers seulement des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.

Les consommateurs de drogues injectables

L'utilisation de matériel contaminé lors de la consommation de drogues injectables représente un mode particulièrement fréquent de transmission du VIH, et conduit souvent à une propagation rapide de l'infection dans des réseaux locaux de consommateurs de drogues. A Karachi, Pakistan, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a par exemple augmenté de moins de 1% au début 2004 à 26% en mars 2005 (Emmanuel, Archibald & Altaf, 2006).

On estime à 78% le pourcentage de consommateurs de drogues injectables du monde vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (Aceijas et al., 2004). Au niveau de la planète, les taux de consommation d'opiacés et d'autres stupéfiants se sont stabilisés ces dernières années, à des niveaux souvent élevés cependant ; on continue d'enregistrer une augmentation de la consommation d'opiacés en Asie centrale et en Europe orientale (Commission des Nations Unies sur les stupéfiants, 2008). Les épidémies nationales de VIH dans ces régions sont principalement dynamisées par la transmission entre consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels. Plusieurs pays, particulièrement en Asie, ont également déclaré une augmentation de la



Un dixième ou plus de la population chinoise, qui compte 1,3 milliard de personnes, a migré vers les zones urbaines.

Prévention du VIH destinée aux travailleurs migrants

Au niveau mondial, on estimait à 86 millions le nombre de travailleurs migrants vivant en dehors des frontières de leur pays d'origine en 2005 (Nations Unies, 2006). Des millions de

personnes à travers la planète ont aussi des emplois qui nécessitent des déplacements permanents.

La relation entre migration et VIH a fait l'objet d'études approfondies mais reste partiellement incomprise. L'impact des migrations sur la propagation du VIH peut aussi différer en fonction des raisons à l'origine des déplacements et de tout un ensemble d'autres paramètres (Southern African Migration Project (SAMP), 2005). Se déplacer pour le travail accroît le risque d'exposition au VIH de différentes manières. Les personnes peuvent migrer de zones où la prévalence du VIH est faible à des zones où elle est plus élevée, ce qui augmente les risques associés aux comportements sexuels. Les migrants adoptent des comportements induisant des risques plus élevés car ils sont isolés de leur famille ou de leurs réseaux d'appui social, et ils ont souvent un accès limité aux services de prévention (White, 2003; Khan et al., 2007). Dans 22% des pays, les informateurs non gouvernementaux indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH destinés aux migrants (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Certaines initiatives d'éducation par les pairs ciblées dans des milieux de travail qui attirent de grands nombres de travailleurs migrants se sont révélées efficaces pour sensibiliser les migrants susceptibles d'être vulnérables à l'exposition au VIH (Population Council, 2003; Clinton Global Initiative, 2007). La Chine compte un nombre estimé de 200 millions de travailleurs migrants et a annoncé en 2007 le lancement d'initiatives de prévention du VIH sur les lieux de travail employant des migrants. Ce pays a aussi mis en œuvre des interventions d'éducation et d'information sur les comportements dans 420 ports frontières afin de sensibiliser un million de personnes partant à l'étranger. La All China Trade Union a lancé des campagnes d'éducation VIH dans 10 000 écoles du soir, atteignant un nombre estimé de trois millions de travailleurs migrants.

L'installation stratégique de services de prévention du VIH est particulièrement importante pour les chauffeurs de camions et autres travailleurs du secteur des transports. Au Brésil, un programme fournissant des services de prévention, de conseil et de test VIH, et de dépistage des infections sexuellement transmissibles à côté des postes de douane a incité les chauffeurs de camions transfrontaliers à augmenter de manière significative leur utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels (Chinaglia et al., 2007). Les initiatives de prévention destinées aux populations mobiles doivent tenir compte de la sexospécificité dans les situations de risque accru d'exposition au VIH dans la mesure où les femmes représentent la moitié des migrants du monde (Commission mondiale sur les migrations internationales, 2005).

consommation de drogues non opiacées ces dernières années, et ce, bien que les dernières statistiques sur la fabrication et la consommation de drogues suggèrent une stabilisation de ces tendances (ONU DC, 2007).

Une prévention efficace du VIH destinée aux consommateurs de drogues injectables requiert un accès immédiat au traitement de substitution⁹ de la dépendance aux drogues et à des aiguilles et seringues stériles. En outre, les programmes de prévention doivent aider les consommateurs de drogues injectables à réduire les risques de transmission sexuelle du virus et les mettre en relation avec d'autres services sanitaires et sociaux, y compris le conseil et le test confidentiels du VIH et le traitement antirétroviral (Institute of Medicine, 2006). Ensemble, ces composantes programmatiques sont souvent connues sous l'appellation de «réduction des risques». Des études ont régulièrement montré que la réduction des risques diminue les infections à VIH et les comportements à risque sans contribuer à un accroissement de la consommation de drogues ou d'autres risques dans les communautés dans lesquelles ces programmes sont mis en œuvre (Institute of Medicine, 2006; Fiellin, Green & Heimer, 2007).

L'expérience dans différentes régions a montré qu'il était possible d'élargir et d'intensifier les programmes de réduction des risques, et ce, même face aux résistances officielles (Physicians for Human Rights, 2007). Les caractéristiques communes des programmes à niveau de couverture élevé destinés aux consommateurs de drogues injectables incluent la participation des organisations communautaires, le travail avec les organismes chargés de l'application des lois pour minimiser le harcèlement, des financements adaptés et pérennes, la facilité d'accès pour les clients, et la participation des consommateurs de drogues injectables aux organes consultatifs et autres structures appropriées (ONUSIDA, 2006b).

Dans 15 pays publiant des données sur les programmes de prévention destinés aux consommateurs de drogues injectables, la couverture médiane de la prévention était de 46% en 2007 (UNGASS, 2008 Indicateur 9).¹⁰ La couverture des consommateurs de drogues injectables est plus faible en Europe orientale et en Asie centrale (médiane 46,8%) qu'en Asie du Sud et du Sud-Est (médiane 61,5%). L'une des grandes difficultés

Prévention du VIH dans les milieux carcéraux

En moyenne, les détenus ont des taux d'infection beaucoup plus élevés que les personnes libres (Dolan et al., 2007). Cela reflète en partie la probabilité disproportionnée d'incarcération de groupes de population spécifiques, tels que les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Le VIH se propage aussi dans les prisons, habituellement à l'occasion de la consommation de drogues injectables et de rapports sexuels non protégés. Dans tous les pays où des données sur la prévalence du VIH dans les prisons sont disponibles, les femmes détenues ont des taux d'infection supérieurs aux hommes incarcérés.

Des services complets de prévention du VIH sont rarement disponibles dans les prisons. Un tiers (33%) des pays indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux détenus (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Des services complets de traitement et de réduction des risques dans les prisons destinés aux consommateurs de drogues sont uniquement proposés en Espagne, en République islamique d'Iran et en Suisse. En 2006, huit pays seulement avaient mis en place ou piloté des programmes d'échange des aiguilles et des seringues dans les prisons (Lines et al., 2006).

⁹ Le traitement de substitution de la toxicomanie comprend habituellement l'administration de méthadone. La buprénorphine est une alternative à la méthadone utilisée dans un certain nombre de pays, et elle peut être plus acceptable pour certains consommateurs de drogues injectables. Un essai clinique (HPTN 058) est en cours en Chine et en Thaïlande pour évaluer l'efficacité de la buprénorphine dans la réduction de l'incidence du VIH.

¹⁰ S'agissant des consommateurs de drogues injectables et pour ce qui est de l'Indicateur 9 de l'UNGASS, on demande aux personnes si elles savent où elles peuvent se soumettre à un test VIH, si on leur a donné un préservatif dans les 12 derniers mois et si on leur a donné des aiguilles et des seringues stériles (ex: par l'intermédiaire d'un travailleur de proximité, d'un éducateur pour les pairs ou d'un programme d'échange de seringues).

Reconstruire les personnes : réduction des risques au Cambodge

Le projet Korsang est le premier projet de réduction des risques cambodgien qui prévoit l'échange d'aiguilles et de seringues, une éducation VIH et d'autres services destinés aux consommateurs de drogues de Phnom Penh. Fondé en 2003 par Holly Bradshaw, grand-mère américaine et ancienne toxicomane, le projet emploie 68 personnes et atteint plus de 3000 consommateurs de drogues.



« Il y a de nombreuses discriminations contre nous et il nous a fallu beaucoup de temps [pour que les choses démarrent] » déclare Mme Bradshaw. « Le premier centre d'accueil était dans un squat. Il y faisait près de 50 degrés Celsius à la saison chaude et nous avons une table, trois chaises, deux ventilateurs et des nombreux rats. »

Bon nombre des personnes qui travaillent pour le projet Korsang sont des jeunes cambodgiens qui ont vécu la majeure partie de leur vie comme réfugiés aux Etats-Unis avant d'être renvoyés dans leur pays pour différents crimes. Wicket, qui a 27 ans, est l'un de ces jeunes déportés. Lorsqu'il a rencontré Mme Bradshaw, il vivait avec sa famille dans la campagne où il se sentait inutile et pas à sa place. Wicket a rejoint le projet Korsang et été formé pour être l'un de ses premiers volontaires.

Le projet Korsang repose sur un groupe d'éducateurs pour les pairs – lesquels sont tous soit des consommateurs de drogues soit d'anciens toxicomanes. « Nous choisissons ceux qui sont respectés, qui viennent des banlieues où les équipes ne peuvent normalement pas entrer » déclare Wicket. « Ils viennent au centre Korsang, ils partent en mission de sensibilisation pour distribuer des seringues et collecter des seringues souillées. Ils éduquent leurs pairs. »

Le terme « Korsang » signifie réparer ou reconstruire, et c'est exactement ce que le projet fait aux consommateurs de drogues de Phnom Penh. Outre la réduction des risques et la fourniture de services médicaux, le projet offre de la nourriture et un hébergement, et un refuge pour les consommateurs de drogues. « Les gars sont pour la plupart des consommateurs de drogues injectables qui vivent dans la rue et n'ont nulle part où aller » déclare Wicket. « Ils sont épuisés, passant leurs nuits à fuir la police, les gangsters locaux ou les gens qui veulent les voler. Ils n'ont rien à manger et pas d'endroit pour se reposer, alors le centre Korsang leur offre un environnement sûr où ils peuvent se reposer, manger, dormir, discuter avec leurs pairs et obtenir les services médicaux dont ils ont besoin. »

L'attitude des Cambodgiens en général est la principale difficulté à laquelle le projet est confronté. Celui-ci a été expulsé six fois de ses locaux par des voisins en colère. « Ils ne veulent pas avoir de consommateurs de drogues dans leur arrière-cour ou dans leur immeuble » déclare Mme Bradshaw. « Dès que l'on entre et que l'on s'installe dans un bâtiment, on nous expulse à nouveau. Les voisins signent des pétitions... et c'est un problème considérable pour Korsang. C'est de la discrimination à l'encontre des consommateurs de drogues. »

« Ce que les consommateurs de drogues traversent les tue littéralement » déclare Mme Bradshaw. « La discrimination, la criminalisation et la répression... Ils sont battus, pendus, affamés, on leur refuse tout traitement, mais ce ne sont pas des criminels, ce sont des consommateurs de drogues, ils ont une maladie chronique, ils ont besoin d'un traitement. Mais c'est comme s'ils étaient stigmatisés deux fois... Ils ont besoin qu'on respecte leurs droits humains. »

Mme Bradshaw est motivée pour poursuivre son travail du fait de ses propres expériences en tant que toxicomane. Elle a commencé à consommer de la drogue quand elle avait 12 ans et à s'injecter de l'héroïne quand elle a atteint la vingtaine. Elle a participé à une douzaine de programmes de désintoxication mais rien n'a marché jusqu'à ce qu'elle se retrouve face à une condamnation à 22 ans de prison. Elle s'est alors arrêtée et a très vite commencé à travailler pour fournir des services aux autres. Elle pensait qu'elle devait redonner aux autres ce qu'elle avait pris. « C'est tout ce que je connais, être toxicomane, être sous traitement, être en prison, travailler avec des consommateurs de drogues. »

« Je n'ai pas l'impression d'avoir choisi de faire cela, mais d'avoir été choisie pour le faire » dit-elle. « C'est la raison pour laquelle je suis toujours vivante, vous savez, pour servir les autres – c'est ce que je veux faire dans la vie. Je veux continuer de le faire jusqu'au dernier jour. »

Approvisionnement en sang sûr : rapport de situation

Soumettre les dons de sang à un dépistage efficace du VIH avant de procéder à des transfusions est une stratégie qui présente un très bon rapport coût/efficacité pour prévenir la transmission du virus. Le risque de transmission du VIH lors d'une transfusion sanguine est supérieur à 90% car un important volume de sang peut être transfusé d'une poche de sang contaminé à un patient (Donegan et al., 1994). D'après les rapports de pays sur les indicateurs de l'UNGASS associés à la *Déclaration d'engagement*, 91 pays déclarent avoir pris des mesures pour s'assurer que tous les dons de virus font l'objet d'un dépistage du VIH et que toutes les procédures de test sont de qualité garantie. Toutefois, 34 pays n'effectuent pas des tests de dépistage du VIH répondant à des normes de qualité minimales sur l'ensemble des dons de sang et 67 pays n'ont pas fourni d'informations concernant cet indicateur (UNGASS, 2008 Indicateur 3).

Plus d'un million de poches de sang n'ont toujours pas fait l'objet d'un dépistage du VIH répondant à des normes de qualité minimales. Plus de 20 ans après la mise à disposition de systèmes de dépistage sensibles, le non-dépistage du VIH dans les dons de sang dans le respect des normes de qualité minimales suscite de sérieuses inquiétudes. Des efforts supplémentaires sont aussi nécessaires pour réduire les transfusions sanguines qui ne sont pas réellement nécessaires.

de l'élargissement de l'accès aux programmes de réduction des risques est de garantir l'équité entre les sexes car ces programmes sont pour la plupart principalement conçus pour les hommes (International Harm Reduction Development Program, 2007 ; Hankins, 2008).

L'absence de soutien officiel pour la réduction des risques dans de nombreux pays, les lois qui interdisent les principales composantes des stratégies de réduction des risques et le coût élevé des programmes réglementés (ex : limites strictes d'importation de traitements de la dépendance aux opioïdes) font qu'il est souvent difficile de pouvoir simplement mettre en œuvre des initiatives de réduction des risques, sans parler d'élargir et d'intensifier de tels programmes (Fiellin, Green & Heimer, 2007). Les informateurs non gouvernementaux dans 40% des pays indiquent qu'il existe des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à la fourniture de services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Le traitement de substitution à la méthadone n'est disponible que dans 52 pays et 32 pays seulement proposent le traitement de substitution à la buprénorphine. Le traitement de substitution est très peu disponible en Europe orientale et en Asie centrale où la consommation

de drogues injectables représente le mode de transmission du VIH le plus important (TRC, 2008).

Au cours des dernières années, des progrès importants mais inégaux ont été enregistrés en matière d'accès à la réduction des risques dans différents milieux. La Chine, par exemple, a élargi les principales composantes de la réduction des risques, atteignant plus de 88 000 personnes avec des traitements de substitution à la méthadone et près de 50 000 consommateurs de drogues injectables avec des services d'échange de seringues (données à octobre 2007). Le Viet Nam lance son premier projet pilote de traitement de substitution à la méthadone en 2008 (Oanh, 2007) et les programmes de réduction des risques dans le pays ont distribué 15 millions de préservatifs et 7,5 millions d'aiguilles et de seringues pour les 10 premiers mois de 2007. En 2006, la Bulgarie, l'Estonie, la Finlande, la Lettonie et la Lituanie ont créé un réseau régional pour élargir et coordonner les services de prévention du VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables, avec un financement garanti jusqu'en 2009 de la Commission européenne. En Thaïlande, à l'inverse, un récent rapport d'informateurs de la société civile a révélé un développement limité des programmes de réduction des risques malgré l'engagement pris en 2004 par les pouvoirs publics

– et dont on a beaucoup parlé – en faveur d'une amélioration de l'accès à la prévention pour les consommateurs de drogues (Thai AIDS Treatment Action Group et Human Rights Watch, 2007).

Des politiques de contrôle des drogues agressives empêchent souvent l'utilisation des programmes de réduction des risques, ce qui souligne la nécessité d'une collaboration interministérielle et d'une sensibilisation des personnels chargés de l'application des lois pour éviter des approches susceptibles de dissuader les gens de participer aux programmes de prévention. Dans la plupart des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, par exemple, la police arrête parfois des personnes pour la possession de quantités extrêmement faibles de stupéfiants, ce qui

peut tout à fait dissuader les consommateurs de drogues de participer à des programmes d'échange de seringues (Nashkoev & Sergeev, 2007). D'après un rapport officiel de la Géorgie à l'ONUSIDA sur les indicateurs de l'UNGASS, le climat créé par les politiques anti-drogues nationales a fait obstacle aux efforts visant à proposer un accès même minime à des services de désintoxication et de réhabilitation. En Thaïlande, en 2003, la prétendue exécution extrajudiciaire et la violence qui y était associée, et qui a eu comme conséquence le décès de plus de 2000 dealers et consommateurs de drogues présumés, continue d'avoir des répercussions dans la société. Les informateurs de la société civile indiquent que les consommateurs de drogues injectables ont peur

Prévention du VIH ciblant les personnes vivant avec le virus

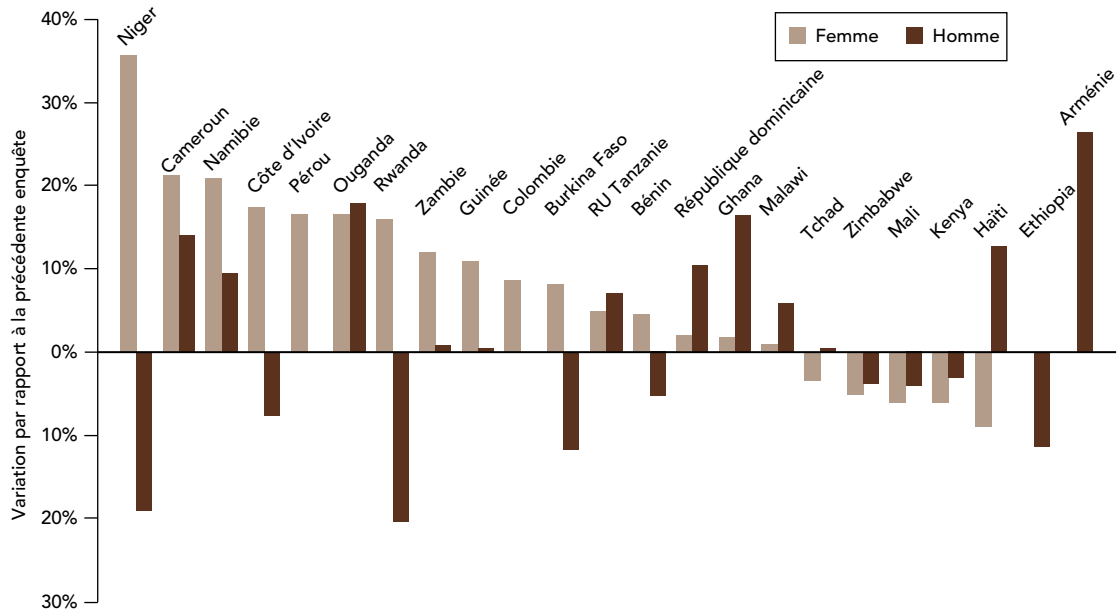
Pendant la majeure partie de l'épidémie, les programmes de prévention ont principalement été axés sur la promotion de la réduction des risques parmi les personnes séronégatives au VIH ou ne connaissant pas leur statut VIH. Après l'apparition des polythérapies, qui prolongent de manière significative la vie et améliorent la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, la demande de services de prévention du VIH améliorés destinés aux personnes vivant avec le virus est devenue de plus en plus importante (Groupe de travail sur la prévention mondiale du VIH, 2004). Relativement peu d'études ont examiné l'efficacité des programmes de prévention ciblant spécifiquement les personnes vivant avec le VIH, mais les programmes adaptés aux besoins de ces personnes peuvent réduire les comportements à risque (Crepaz et al., 2006).

Lorsque ce rapport a été communiqué à la presse, l'OMS finalisait des orientations sur la prévention du VIH et d'autres interventions essentielles destinées à des adultes et des adolescents vivant avec le VIH dans des milieux à ressources limitées. Les directives de l'OMS prévoient un conseil et d'autres appuis pour la réduction des risques dans le cadre d'un ensemble homogène de services incluant le traitement, les soins et l'appui pour les personnes vivant avec le VIH. Les programmes de réduction des risques sont simplement l'une des nombreuses composantes comportementales d'une prévention complète du VIH et d'une prise en charge des personnes vivant avec le virus, avec notamment des stratégies visant à promouvoir le respect du traitement et à atténuer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH. Les services psychosociaux destinés à promouvoir des comportements sans risque parmi les personnes séropositives doivent tenir compte des différences en matière de culture, de sexe, d'âge et de vulnérabilité. Il est essentiel d'obtenir une participation active des personnes vivant avec le VIH lorsque l'on conçoit ces services et qu'on les met en œuvre.

En 2008, la Commission fédérale suisse pour les problèmes liés au sida a conclu après avoir analysé quatre études que les personnes séropositives au VIH ayant une charge virale indétectable à la suite d'un traitement antirétroviral ne risquaient pas de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels (Vernazza et al., 2008). En réaction à cela, l'ONUSIDA et l'OMS ont souligné l'importance permanente d'une prévention complète du VIH destinée aux personnes vivant avec le virus. L'ONUSIDA et l'OMS signalent que le risque de transmission du VIH est plus faible pour les personnes ayant une charge virale indétectable, mais souligne qu'aucune étude n'a encore exclu totalement le risque de transmission du VIH.

FIGURE 4.11

Variation en pourcentage de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire dans les 12 derniers mois (par sexe)



Source: MEASURE DHS 2008.

d'accéder aux services de réduction des risques et autres services de santé (Thai AIDS Treatment Action Group et Human Rights Watch, 2007).

Prévention du VIH dans les partenariats sexuels

Historiquement, l'évaluation rigoureuse des programmes de prévention du VIH était principalement concentrée sur les personnes plutôt que sur les couples. Cette omission pourrait être importante car les enquêtes internationales sur les comportements sexuels des jeunes révèlent régulièrement que les partenaires sexuels ont une influence majeure sur les pratiques sexuelles particulières que les jeunes décident d'expérimenter (Marston & King, 2006). Deux types au moins de partenariats semblent justifier qu'on leur propose une prévention du VIH ciblée et intensifiée – les partenariats entre personnes sérodifférentes et les partenariats sexuels multiples et simultanés. En adaptant spécifiquement des programmes pour atteindre les personnes engagées dans différents types de partenariat, les efforts de prévention du

VIH peuvent avoir un impact plus important que les programmes qui ont uniquement pour objectif de modifier les comportements d'une seule personne.

Les partenariats entre personnes sérodifférentes

Lorsque la connaissance du statut sérologique VIH est faible et l'utilisation du préservatif peu fréquente, le risque de transmission au sein d'un partenariat entre personnes sérodifférentes peut être élevé, en particulier lorsque le partenaire séropositif a été récemment infecté mais n'en a pas encore conscience. Parmi les couples hétérosexuels sérodifférents en Ouganda, on estime à 8% le risque que le partenaire non infecté soit contaminé par le VIH chaque année (Wawer et al., 2005).

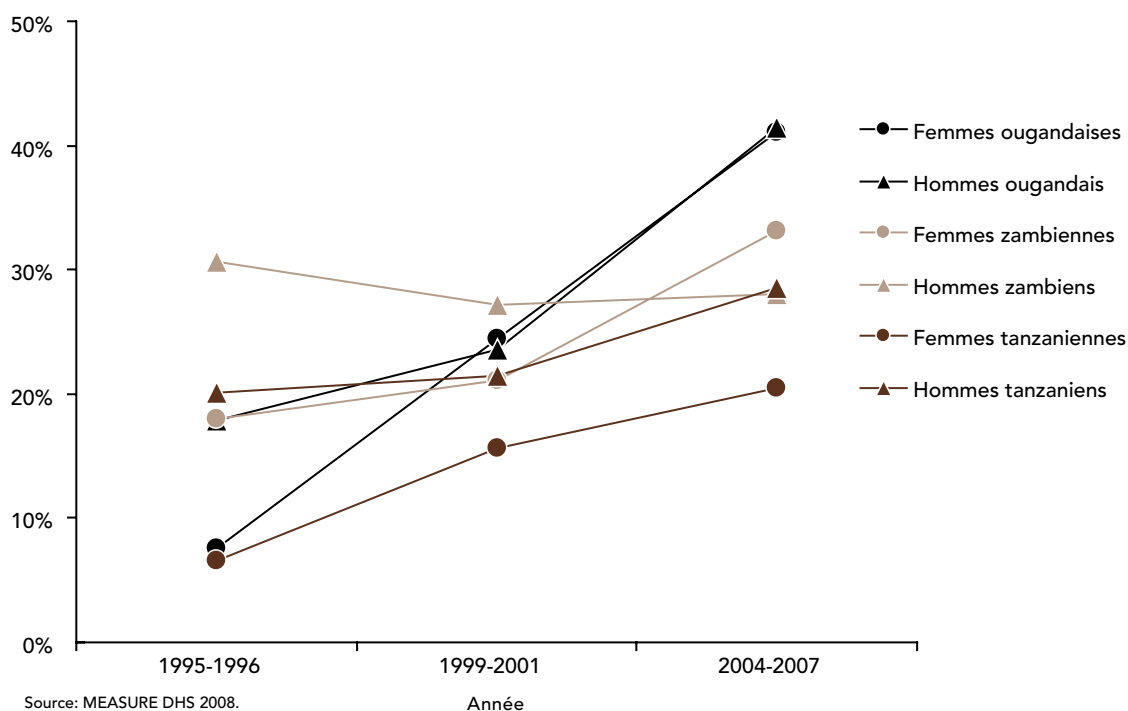
D'après des Enquêtes démographiques et de santé menées dans cinq pays d'Afrique, deux tiers des couples infectés par le VIH sont sérodifférents (de Walque, 2007). De même, des enquêtes réalisées en Afrique de l'Est indiquent que plus de 40% des personnes mariées vivant avec le VIH ont des conjoint(e)s non infecté(e)s (Were et al., 2006).

Développer l'utilisation des préservatifs chez les personnes ayant de multiples partenaires

L'utilisation régulière de préservatifs par les personnes qui ont de multiples partenaires (définies comme ayant eu plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois) semble se développer, en particulier dans les zones les plus affectées par l'épidémie. Dans la dernière série d'Enquêtes démographiques et de santé, une moyenne de 27% [2%-66%] de femmes (15-49 ans) et de 33% [7%-75%] d'hommes (15-49 ans) qui ont eu plus d'un(e) partenaire au cours de l'année précédente ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Dans 21 pays où cette information a été collectée au cours des deux dernières enquêtes au moins, l'utilisation du préservatif par les femmes a augmenté dans 16 pays et l'utilisation du préservatif par les hommes a augmenté dans 12 pays (Figure 4.11). Cependant, comme la Figure 4.12 le montre, les progrès enregistrés au niveau de l'utilisation du préservatif ne peuvent pas être considérés comme acquis dans la mesure où cette utilisation a diminué dans un certain nombre de pays.

FIGURE 4.12

Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel, parmi les personnes ayant eu plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois, dans trois pays lourdement affectés



L'enquête portant sur cinq pays d'Afrique a révélé que le partenaire infecté dans un couple sérodifférent était féminin dans 30%-40% des cas. Plus de la moitié des femmes séropositives au VIH interrogées qui sont mariées ou cohabitent n'avaient pas été infectées par leur partenaire actuel (de Walque, 2007). Au Burkina Faso, près de 90% des couples cohabitants ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (de Walque, 2007).

Fournir aux couples sérodifférents des services de traitement et de prévention améliorés et plus pointus, y compris un appui en matière de conseil, un accès aux préservatifs masculins et féminins, un traitement antirétroviral, un traitement rapide des infections sexuellement transmissibles et une circoncision médicale des hommes, peut aider à prévenir la transmission du VIH. La connaissance du statut sérologique VIH est un point de départ important. En Afrique subsaharienne, le « dépistage en couple »

a réduit la transmission du virus dans les couples sérodifférents (Allen et al., 2003). Le dépistage volontaire des couples sera probablement optimisé lorsqu'il sera accompagné d'un conseil centré sur le client. La connaissance du statut sérologique VIH ne dynamise la prévention que si elle conduit les personnes concernées à adopter des comportements sexuels à moindre risque. Cependant, la peur de la stigmatisation et du rejet incite de nombreuses personnes à annoncer avec retard ou à ne pas annoncer du tout leur statut à leur partenaire régulier. Cela souligne à quel point les initiatives de conseil et de réduction de la stigmatisation sont importantes en ceci qu'elles peuvent faciliter une annonce en temps voulu entre partenaires. Le traitement a aussi un rôle à jouer pour réduire le risque de transmission dans un partenariat entre personnes sérodifférentes car la réception d'un traitement antirétroviral est associé à une réduction de 80% de la transmission dans des couples sérodiscordants (Castilla et al., 2005).

Les multipartenariats sexuels

Bien que l'on ne dispose que de données limitées, le risque d'accélération de la transmission du VIH lié aux partenariats sexuels multiples et simultanés est particulièrement important là où la prévalence du VIH est élevée et/ou les taux de mobilité de la population sont significatifs (Cassels, Clark & Morris, 2008). Ces facteurs sont communs en Afrique australe où la simultanéité a été citée comme une raison possible expliquant les niveaux anormalement élevés d'infection à VIH dans cette sous-région (voir Chapitre 2).

D'après une enquête nationale ayant porté sur plus de 7000 personnes (15-65 ans) en Afrique du Sud, les normes sociales courantes encouragent à la fois les partenariats simultanés et un taux de rotation rapide des partenaires sexuels, et il n'y a pas d'appui solide des pairs en faveur d'un engagement vis-à-vis d'un partenaire unique. De manière importante, 21% seulement des personnes interrogées ont indiqué que la proposition consistant à « avoir un partenaire unique et lui rester fidèle » pouvait prévenir la transmission du VIH, et 5% seulement ont identifié la réduction du nombre de partenaires sexuels comme stratégie valable de prévention du VIH (CADRE et al., 2007).

Peu d'études ont examiné les stratégies visant à faire évoluer les attitudes et les pratiques concernant les partenariats simultanés. Toutefois, la littérature sur la

prévention du VIH est pleine d'exemples faisant état de changements radicaux des comportements sexuels et de l'établissement de nouvelles normes sexuelles ancrées dans la population (Auerbach, Hayes & Kandathil, 2006). Des changements de comportement aussi radicaux ont souvent suivi des campagnes de haut niveau visant à faire évoluer les normes sexuelles et à accroître la sensibilisation aux risques liés au VIH. Les efforts de prévention, en particulier dans les milieux hyperendémiques, doivent inclure des stratégies au niveau communautaire pour éduquer les personnes concernant le risque inhérent aux partenariats multiples et pour établir de nouvelles normes sociales qui incitent à éviter les relations simultanées.

En 2006, le « Think Tank » (groupe de réflexion) sur la prévention du VIH de la Communauté de développement de l'Afrique australe a recommandé que la priorité régionale absolue en matière de prévention du VIH soit de s'attaquer au problème des partenariats sexuels multiples et simultanés (SADC, 2006). Ainsi, les efforts régionaux pour traiter plus efficacement le problème des partenariats concomitants dans les ripostes au VIH ont été accélérés. Après avoir examiné la recherche formative à la fin 2007, les neuf pays participant à un programme régional organisé par Soul City, projet en faveur de la promotion de la santé et du changement social, ont recommandé le lancement d'une campagne régionale de prévention du VIH ciblant les partenariats sexuels multiples et simultanés. Les participants au projet Soul City sont arrivés à la conclusion que la campagne devrait porter sur la communication entre enfants et parents, et entre partenaires, sur les différences entre les sexes (ex: domination masculine et émancipation des femmes), sur la socialisation et sur la pression des pairs.

Prévention du VIH adaptée aux hommes hétérosexuels

Influencer le comportement sexuel des hommes est essentiel pour réduire le nombre de nouvelles infections à VIH. Non seulement les hommes représentent la moitié des infections à travers le monde, mais les encourager à éviter les comportements sexuels à risque joue un rôle vital pour prévenir les nouvelles infections à VIH chez les femmes.

Alors que différents modèles de prévention ont été élaborés pour fournir des services de prévention ciblés aux hommes ayant des rapports sexuels avec

Intégrer la circoncision médicale des hommes dans les efforts nationaux de prévention du VIH

Des essais cliniques menés en Afrique du Sud, au Kenya et en Ouganda démontrent que la circoncision médicale des hommes réduit (d'environ 60%) le risque qu'une femme vivant avec le VIH transmette le virus à son partenaire sexuel masculin (Auvert et al., 2005; Bailey et al., 2007; Gray et al., 2007). Les premiers résultats indiquant un effet préventif positif de la circoncision ont semble-t-il entraîné un accroissement des demandes de circoncision dans certaines parties d'Afrique (OMS, 2006).

Il y a encore beaucoup d'inconnues concernant le rôle potentiel de la circoncision médicale des hommes dans le ralentissement du taux des nouvelles infections à VIH au niveau de la population. La circoncision médicale des hommes offre d'autres avantages en termes de diminution de la maladie de l'ulcère génital et du papillomavirus humain (agent causal du cancer de l'utérus), mais il est peu probable qu'elle ait un effet directement protecteur contre le VIH pour les femmes pendant les rapports sexuels. On évalue actuellement pendant le déroulement du programme de recherche le degré auquel les avantages constatés dans des conditions d'essais contrôlés peuvent être reproduits dans la vie de tous les jours, en particulier sur les sites de trois essais. Certaines études d'observation conduites chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes incitent à penser qu'il existe un effet protecteur lié à la circoncision (Buchbinder et al., 2005) mais d'autres études n'arrivent pas aux mêmes conclusions (Millett & Peterson, 2007; Templeton & Hogben, 2007). Les hommes participant à l'essai vaccinal à base d'adénovirus de Merck étaient des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et ceux qui étaient circoncis avaient le risque de contamination par le VIH le plus faible (Robertson, 2008).

Des experts réunis par l'ONUSIDA et l'OMS en mars 2007 sont arrivés à la conclusion que les résultats de la recherche sur les avantages de la circoncision médicale des hommes hétérosexuels étaient intéressants. La consultation a évalué la circoncision masculine comme intervention de prévention efficace, remarquant que son impact était susceptible d'être plus important dans des milieux où la prévalence du VIH transmis lors de rapports hétérosexuels était élevée, où les niveaux de circoncision étaient faibles et où les populations exposées au risque d'infection par le VIH étaient importantes (ONUSIDA & OMS, 2007). Un certain nombre de pays mettent en œuvre des services de circoncision en tant que composante d'une prévention complète du VIH, avec un appui technique des partenaires des Nations Unies et d'autres dans le cadre du deuxième plan de travail des Nations Unies sur la circoncision masculine.

Depuis 2005, plusieurs études de modélisation et d'analyse des rapports coût/efficacité ont établi une estimation du nombre d'infections qui pourraient être évitées grâce à un élargissement et une intensification des programmes de circoncision masculine des adultes en Afrique subsaharienne (Williams et al., 2006; Hallett et al., 2008). Ces études ont conclu que la circoncision masculine était une approche présentant un bon rapport coût/efficacité pour prévenir les nouvelles infections à VIH dans les milieux où la prévalence est élevée – en raison d'économies prévues dues au fait que les coûts des traitements antirétroviraux futurs sont très nettement supérieurs aux coûts des programmes de circoncision (Kahn, Marseille & Auvert, 2006).

L'une des principales difficultés liées à l'élargissement et à l'intensification des opérations de circoncision est de s'assurer que ces opérations sont réalisées en toute sécurité. Historiquement, de nombreuses circoncisions ont été réalisées en Afrique en dehors des milieux médicaux, souvent par des tradipraticiens. Les infections et autres complications liées à l'opération sont courantes. (Schoofs, 2007). Il y a aussi le risque que le VIH soit lui-même transmis lors des



opérations de circoncision en cas d'absence de contrôle des infections. Toutefois, il y a peu de preuves concrètes directes allant dans ce sens, et les pratiques traditionnelles d'initiation offrent des occasions pour transmettre les normes et les valeurs entourant la masculinité. Ces pratiques peuvent donc constituer des opportunités importantes pour faire une éducation de prévention sur le VIH (Peltzer et al., 2007). Des programmes de formation des personnes pratiquant les circoncisions masculines sont actuellement en cours pour garantir une sécurité et une qualité acceptables des procédures de circoncision (Schoofs, 2007).

Dans la mesure où il existe un risque que les hommes circoncis et leurs partenaires puissent s'imaginer à tort que cette procédure évite la nécessité d'utiliser d'autres mesures de protection, le déploiement de la procédure de circoncision médicale doit être accompagné d'un renforcement des efforts de prévention du VIH. En particulier, des campagnes d'éducation du public doivent insister sur le fait que la circoncision n'offre qu'une protection partielle aux hommes et que la transmission du virus peut toujours se produire pendant des rapports sexuels, y compris après la circoncision. En outre, les fournisseurs de soins doivent conseiller avec prudence les hommes se soumettant à cette opération, et leurs partenaires, afin d'éviter tout rapport sexuel tant que les plaies liées à la circoncision ne sont pas complètement guéries.

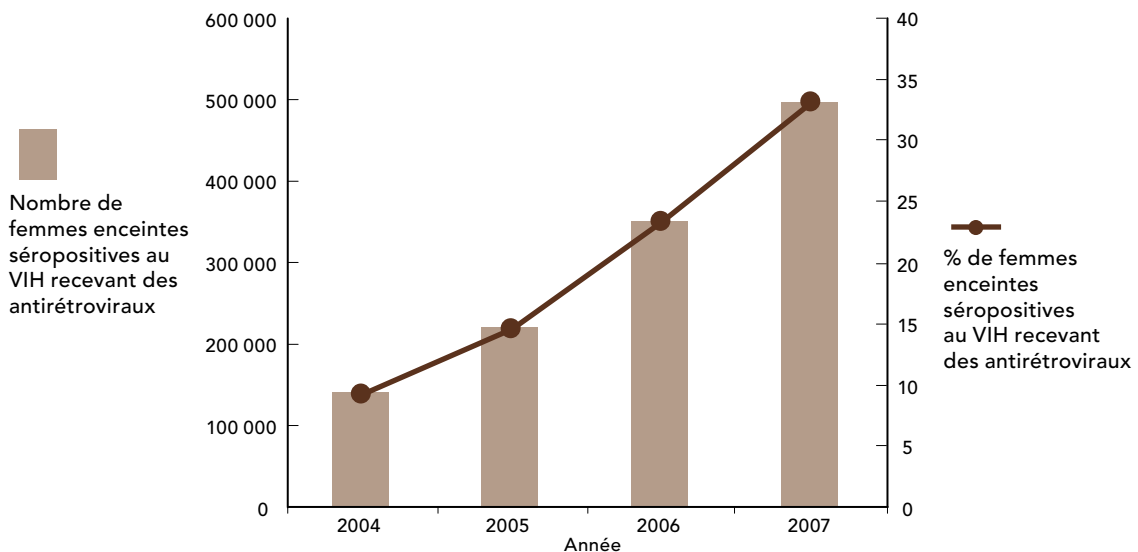
des hommes, peu de programmes de prévention du VIH ont été spécifiquement conçus pour prendre en compte les valeurs que les hommes hétérosexuels attachent à la sexualité, les plaisirs qu'ils en tirent, et les pressions sociales liées au sexe. L'une des règles cardinales de la prévention du VIH est que les programmes doivent être pertinents sur le plan culturel pour la population ciblée, mais cette règle n'a pas été rigoureusement suivie pour les

programmes ostensiblement ciblés pour faire évoluer les comportements des hommes.

Accorder plus d'attention aux besoins de prévention des hommes hétérosexuels ne doit en aucune manière suggérer une diminution des efforts engagés envers la prise en compte des besoins des femmes et des filles. A l'inverse, les programmes efficaces de prévention destinés aux hommes complètent les initiatives visant à émanciper les femmes et les filles

FIGURE 4.13

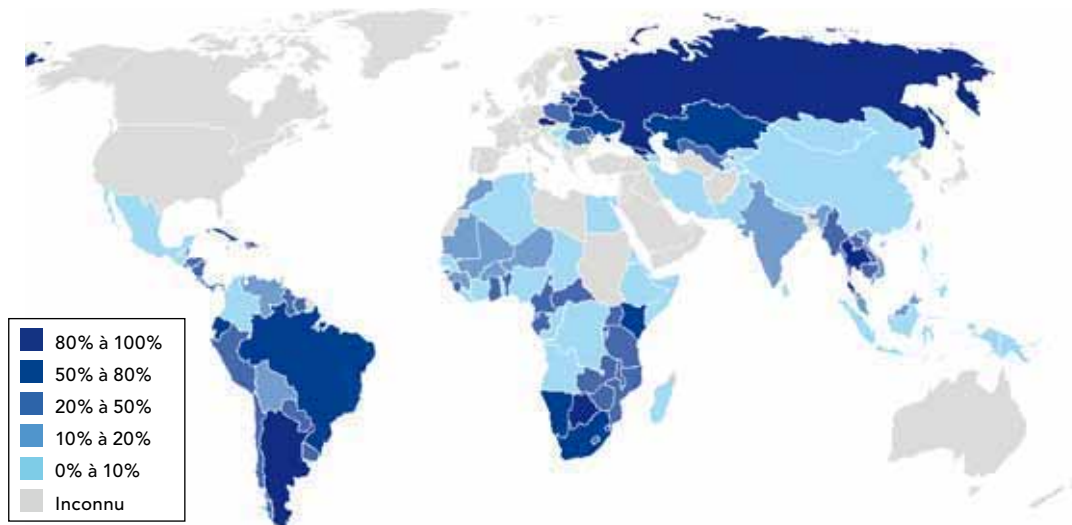
Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2004–2007



Source: ONUSIDA, UNICEF & OMS, 2008; données fournies par les pays.

FIGURE 4.14

Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2007



Source: ONUSIDA, UNICEF & OMS, 2008 ; données fournies par les pays.

pour prévenir la transmission du VIH. L'absence de méthodes de prévention contrôlées par les femmes souligne à quel point il est important de promouvoir des comportements sexuels responsables et à moindre risque parmi les hommes.

Les efforts de prévention du VIH destinés aux hommes hétérosexuels ont pour objectif de motiver les hommes et les femmes à parler plus ouvertement de sexe, de sexualité, de consommation de drogues et du VIH. Une prévention efficace du virus encourage aussi les hommes à prendre davantage soin d'eux-mêmes, de leurs partenaires et de leur famille. Dès 2001, l'ONUSIDA a documenté 12 modèles différents de « meilleures pratiques » en matière de programmation de la prévention destinée aux hommes (ONUSIDA, 2001). Toutefois, ces projets sont restés localisés et n'ont pas été élargis et intensifiés (CIRF et Instituto Promundo, 2007 ; OMS et Instituto Promundo, 2007).

Les programmes destinés aux hommes et aux garçons qui abordent ouvertement la question des déséquilibres de pouvoir entre les sexes peuvent aider à faire évoluer les normes sexospécifiques (voir Chapitre 3). Dans de nombreux pays, les normes sexospécifiques en vigueur rendent simultanément les femmes vulnérables au pouvoir des hommes tout

en encourageant ces derniers à placer les femmes en situation de risque. Par exemple, les concepts de masculinité qui vantent la multiplicité des partenaires peuvent exercer des pressions considérables sur les hommes, les conduisant à se comporter de manière particulière. Du fait de ces dynamiques, les hommes et les femmes sont exposés à un risque accru d'infection par le VIH.

Mobilisation mondiale pour éradiquer la transmission mère-enfant

En l'absence de toute intervention, le risque de transmission mère-enfant du VIH est d'environ 15%-30% si la mère n'allaite pas son nourrisson au sein. En cas d'allaitement au sein prolongé, le risque d'infection peut s'élever jusqu'à 45% (De Cock, 2000). L'administration en temps voulu d'un traitement court à base d'antirétroviraux réduit de manière significative le risque de transmission du virus (Guay et al., 1999).

Il n'existe encore aucun traitement chimioprophylactique dont l'efficacité a été prouvée pour réduire le risque de transmission du VIH lors de l'allaitement au sein, même si des essais sont en cours pour évaluer différentes approches expérimentales. Jusqu'à ce qu'un traitement prophylactique soit

élaboré, il semble que l'allaitement au sein à l'exclusion de toute autre nourriture et qu'un sevrage précoce contribuent à minimiser le risque de transmission au nouveau-né dans les milieux où aucune autre méthode sûre d'alimentation du nourrisson n'est disponible (Kuhn et al., 2007).

Dans les pays à revenu élevé, une couverture étendue des services de prévention de la transmission mère-enfant a permis de maintenir les taux de transmission au-dessous de 1%. En Europe occidentale, par exemple, 191 nouveaux diagnostics d'infection à VIH seulement ont été associés à une transmission mère-enfant en 2006 (EuroHIV, 2007). Des résultats similaires peuvent être obtenus dans des milieux pauvres en ressources, comme cela a été démontré dans une étude réalisée à Abidjan, Côte d'Ivoire, qui a prouvé que l'on pouvait limiter le taux de transmission mère-enfant du virus à moins de 6% lorsque les services nécessaires étaient mis à disposition (Tonwe-Gold, 2007). Au Botswana, où le gouvernement national a fait de la prévention de la transmission mère-enfant une priorité majeure, le taux d'enfants nés de mères séropositives ayant été contaminés par le VIH a chuté à 4% (Donnelly, 2007).

Les informateurs gouvernementaux et non gouvernementaux dans 63% des pays ayant des épidémies généralisées déclarent avoir mis en œuvre une prévention de la transmission mère-enfant dans la plupart des districts la nécessitant (sinon dans tous) (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008), mais la couverture actuelle des programmes ne reflète pas un degré d'accès aussi élevé. Les estimations épidémiologiques donnent à penser que la couverture des traitements antirétroviraux dispensés aux femmes enceintes séropositives au VIH pour prévenir la transmission mère-enfant du virus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a augmenté de 9% en 2004 à 34% en 2007 (Figure 4.13). Ces chiffres sont fondés sur des estimations épidémiologiques révisées de la prévalence mondiale et nationale du VIH (voir Chapitre 2), sur un processus de rapprochement des données entre l'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF, et sur les rapports de pays sur l'Indicateur 5 de l'UNGASS. La rupture de liens dans la filière des soins pour la prévention de la transmission mère-enfant semble en partie responsable d'une couverture réduite. Par exemple, des estimations suggèrent que 18% seulement de l'ensemble des femmes enceintes

séropositives font l'objet d'un test de dépistage dans les centres de soins prénatals. Toutefois, parmi les femmes ayant fait l'objet d'un tel dépistage, 80% de celles qui se sont révélées séropositives ont reçu un traitement antirétroviral. Cela incite à penser que l'absence de test pourrait entraver les efforts visant à accroître la couverture de prévention pour les femmes qui en ont besoin (UNICEF, 2007).

Plusieurs pays ont réalisé des progrès significatifs au niveau de l'élargissement de la couverture de la prévention du VIH destinée aux femmes enceintes séropositives ces dernières années. Entre 2004 et 2006, la couverture de la prévention de la transmission mère-enfant a augmenté de 12% à 64% [53%-80%] en Namibie, de 5% à 67% [60%-74%] au Swaziland et de 15% à 57% [49%-69%] en Afrique du Sud. Comme la Figure 4.14 l'indique, les progrès nationaux en matière d'élargissement et d'intensification des services de prévention de la transmission mère-enfant sont extrêmement variables.

De nombreux facteurs empêchent le développement de services de prévention de la transmission mère-enfant. L'ensemble des services de prévention disponibles pour les femmes enceintes est par exemple conçu pour être fourni dans des milieux sanitaires, pourtant l'utilisation de services de soins prénatals varie fortement au sein des pays et entre ceux-ci, et est habituellement beaucoup plus faible dans les zones rurales (Say & Rain, 2007). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, où les femmes accouchent pour la plupart à la maison, la couverture des services de prévention de la transmission mère-enfant est inférieure à 5%. Au niveau mondial, une femme enceinte sur six dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoit pas de soins prénatals avant d'accoucher (UNICEF, 2008). Dans les 30 pays d'Afrique affichant les scores de développement humain les plus faibles, les naissances ne sont pour la plupart pas assistées par un professionnel de santé expérimenté, sauf au Zimbabwe (PNUD, 2007). Même dans des centres de soins prénatals où l'utilisation de services de prévention du VIH est élevée, comme à Bangkok, les enquêtes indiquent que bon nombre de femmes n'utilisent pas les services en raison de l'incohérence des soins prénatals, de la peur de la stigmatisation et d'inquiétudes concernant la révélation de leur statut sérologique VIH (Teeraratkul, 2005).

D'après des études menées en Afrique du Sud et en Côte d'Ivoire, les stratégies recommandées concernant l'allaitement au sein ne sont pas largement suivies (Becquet, 2005 ; Doherty, 2007). En outre, de nombreux nourrissons nés de mères séropositives ne reçoivent pas de soins de suivi, ce qui empêche un diagnostic en temps voulu de l'infection à VIH et une mise rapide sous traitement antirétroviral. Au Malawi, par exemple, 19% seulement des nourrissons nés de mères séropositives ont été soumis à un dépistage du VIH dans les 12 mois suivant leur naissance (Manzi, 2005).

Dans l'immédiat, les pays, les donateurs et les autres partenaires doivent s'appuyer sur les progrès récents pour que des services largement accessibles soient disponibles en nombre suffisant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de reproduire les résultats enregistrés dans les milieux à revenu élevé. Ces mesures sauveront des vies et réduiront les coûts de traitement futurs.

La mise en œuvre d'un système de dépistage du VIH à l'initiative du fournisseur de soins dans les centres prénatals et d'autres milieux favorise déjà une plus grande utilisation des programmes. Dans certains dispensaires, les femmes enceintes dont on pense qu'elles ne reviendront sans doute pas au dispensaire pour leur accouchement reçoivent des doses de névirapine pour elles-mêmes et leur nourrisson (Stripipatana, 2007). D'autres dispensaires s'efforcent de faire participer les partenaires masculins et les pères. En Afrique du Sud et en Ethiopie, des programmes ont mobilisé des mères séropositives au VIH qui ont l'expérience des services de prévention de la transmission mère-enfant pour fournir une éducation, des informations et un appui aux femmes enceintes. Une étude récente menée dans certaines maternités de Saint-Petersbourg, Fédération de Russie, a révélé que la proposition d'un dépistage rapide du VIH sur place se traduisait par le recensement d'un nombre significatif de femmes séropositives précédemment non diagnostiquées et par la fourniture d'un traitement antirétroviral à 98% des nourrissons exposés au VIH (Kissin et al., 2008).

Pérenniser la prévention du VIH sur le long terme

L'un des grands défis pratiques de la prévention du VIH est de pérenniser les évolutions positives

au niveau des comportements sexuels et de la consommation de drogues sur le long terme. La prévention du VIH n'est pas une intervention que l'on fait « une fois pour toutes » et qui confère une immunité à vie contre l'infection. Au lieu de cela, la réduction des risques est un effort de toute une vie qui nécessite appui, renfort et autodiscipline.

Les dernières recherches donnent à penser que, alors que les personnes réduisent souvent de manière significative leurs comportements à risque au niveau sexuel dans l'année qui suit des interventions intensives et répétées en face à face ou en petits groupes, il est fréquent qu'elles ne parviennent pas à conserver des comportements à moindre risque pendant plus longtemps. Par exemple, des essais relatifs à une intervention de conseil individualisé durant 10 semaines destinée aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont révélé que l'intervention entraînait des changements de comportement positifs significatifs à court terme et réduisait l'incidence du VIH. Au bout de trois ans, toutefois, les participants à l'intervention ne présentaient pas de différence majeure par rapport au groupe de contrôle en ce qui concerne l'incidence du VIH, ce qui a conduit à penser que l'impact positif initial n'était pas durable (Coates et al., 2008).

Cette caractéristique a aussi été visible en dehors des cas d'essai, lorsque les succès précoces des efforts de prévention au niveau national sont apparus difficiles à pérenniser sur le long terme. En Ouganda, le pays d'Afrique qui est le mieux parvenu à réduire la prévalence du VIH, des enquêtes ont documenté une augmentation des comportements sexuels à risque au cours des dernières années (ONUSIDA, 2007b). De même, plusieurs pays à revenu élevé qui avaient enregistré une forte diminution de l'incidence du VIH dans les années 1980 après la réalisation d'investissements massifs dans des programmes de prévention du VIH ciblés constatent aujourd'hui une forte augmentation des comportements sexuels à risque et des nouvelles infections à VIH (EuroHIV, 2007 ; Osmond et al., 2007).

Les personnes ont du mal à maintenir des changements de comportement dans le temps, et ce, pour un certain nombre de raisons. Les efforts de prévention sont souvent de court terme et les personnes peuvent revenir à leurs comportements précédents si les initiatives de prévention ne sont

pas maintenues ou renforcées. Certains de ceux qui adoptent des comportements à moindre risque peuvent «se fatiguer de la prévention» et revenir finalement à leurs comportements antérieurs qui constituent la norme dans leur communauté. En outre, les évolutions de l'environnement peuvent modifier les perceptions individuelles du risque. Dans les pays à revenu élevé, par exemple, l'amélioration des perspectives de traitement a donné l'impression que la maladie était moins grave, ce qui semble inciter certains à avoir davantage de comportements sexuels qui augmentent le risque d'exposition au VIH (Suarez et al., 2001).

Tout comme le traitement du VIH, la prévention du virus est «à vie». Pour garantir leur pertinence permanente, les stratégies de prévention doivent être renforcées et revues au fur et à mesure que l'épidémie évolue et que la situation sous-jacente change. Les efforts de recherche sur la prévention doivent se concentrer spécifiquement sur les stratégies permettant d'éviter que les évolutions de l'environnement (ex: l'introduction de traitements ou de nouvelles méthodes de prévention) ne fragilisent les niveaux existants de respect des comportements à moindre risque.

Pour enregistrer et pérenniser leurs succès, les efforts de prévention du VIH doivent atteindre l'intensité nécessaire et être fournis d'une manière qui respecte des critères de qualité élevés et soit basée sur des preuves éclairées. Jusqu'à récemment, les questions de la qualité et de l'intensité semblaient quelque peu théoriques dans la plupart des lieux de prévention dans la mesure où la couverture de la plupart des activités essentielles de prévention était extrêmement faible. Toutefois, comme ce rapport le montre, cette situation commence à évoluer et la couverture s'élargit aussi bien pour les initiatives ciblant la population générale que pour les programmes axés sur les populations les plus exposées au risque. Avec une couverture plus large des programmes de prévention, les indicateurs de performance devront aussi suivre le même rythme et intégrer des mesures de la qualité et de l'intensité des initiatives de prévention.

Les financements alloués et l'appui politique national à la prévention du VIH ont augmenté, mais l'utilisation des services de prévention est loin d'être optimale, ce qui souligne la nécessité de stimuler la demande de services de prévention pour qu'elle soit

plus importante. L'histoire de l'épidémie donne à penser que les programmes gouvernementaux ou les politiques des donateurs ne suffiront sans doute pas, à eux seuls, à créer de la demande. Dans divers pays de différentes régions, l'émergence d'une demande de masse populaire de services de prévention du VIH a nécessité un leadership authentique et durable, et un engagement des communautés efficaces (Piot, 2008). Il faut maintenir une attention permanente pour élargir et intensifier les services essentiels de prévention et des investissements plus importants doivent être engagés dans des stratégies de mobilisation sociale. En Ethiopie, par exemple, les programmes nationaux de lutte contre le VIH ont accordé la priorité à la mobilisation de la société du bas de l'échelle (niveau local) au plus haut niveau, pour accélérer les progrès en direction de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH.

Lorsque l'on aura généré une demande plus importante de services de prévention, des efforts complémentaires seront nécessaires pour renforcer les capacités locales et nationales afin de pérenniser des interventions de prévention de haut niveau de qualité pour l'avenir. Il sera nécessaire d'améliorer les capacités organisationnelles et les compétences de gestion au niveau local – parallèlement à une amélioration des capacités d'analyse aux niveaux national et sous-national – pour collecter, évaluer et réagir aux nouvelles informations relatives à l'épidémie. Ces mesures garantiront des capacités suffisantes pour mettre en œuvre et pérenniser les stratégies de prévention existantes, et permettre que l'on introduise et que l'on élargisse rapidement les stratégies et méthodes de prévention futures.

Alors que l'épidémie évolue, les décideurs pensent souvent qu'il est tentant de ne pas aller jusqu'au bout des financements des efforts de prévention, supposant que les investissements antérieurs ont été suffisants pour s'attaquer au problème. L'expérience des Etats-Unis est éloquent à cet égard. Au commencement de l'épidémie, au début des années 1980, la prévention du VIH représentait 25% de l'ensemble des dépenses allouées à la lutte contre le virus. Les dépenses consacrées à la prévention sont ensuite tombées à 13% en 1990. En 2006, 25 ans après que le sida a été reconnu en tant qu'épidémie, 4% seulement des dépenses du Gouvernement des Etats-

Unis étaient directement alloués à la prévention des nouvelles infections à VIH (Fondation Henry J Kaiser Family, 2006).

Pérenniser la prévention du VIH nécessite un leadership national qui ait conscience à la fois du rapport coût/efficacité et de la nécessité humanitaire des investissements dans la prévention, et comprenne le caractère de long terme de la menace. Les efforts engagés pour convaincre les leaders politiques d'investir dans la prévention du VIH ont été difficiles car il n'y a pas de groupe de soutien naturel pour la prévention. L'incapacité à faire participer des personnes vivant avec le VIH et les personnes exposées à un risque élevé d'infection par le VIH à la

conception et à la mise en œuvre des programmes de prévention a aussi affaibli ces derniers.

Dans un certain nombre de pays, la recherche de nouvelles méthodes de prévention a généré un militantisme significatif et une organisation des communautés, notamment parce que des dizaines de milliers de personnes à travers le monde ont été enrôlées dans des essais de prévention ces dernières années. Une mobilisation similaire, mais à une échelle beaucoup plus grande, est nécessaire pour exiger une mise en œuvre immédiate des outils fondés sur des preuves éclairées qui existent déjà pour prévenir les nouvelles infections.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Presque tous les pays (95%) disposent de politiques qui prévoient un accès gratuit à des services de prévention du VIH.
- Les gouvernements nationaux déclarent pour la plupart (89%) avoir intégré une éducation VIH dans les programmes scolaires de l'enseignement secondaire, mais ils sont beaucoup moins nombreux à inclure une éducation VIH dans les programmes de l'enseignement primaire (65%) ou à avoir une stratégie d'éducation VIH pour les jeunes non scolarisés (64%).
- Presque tous les gouvernements nationaux (92%) disposent d'une politique ou d'une stratégie de prévention du VIH destinée aux populations les plus exposées au risque.

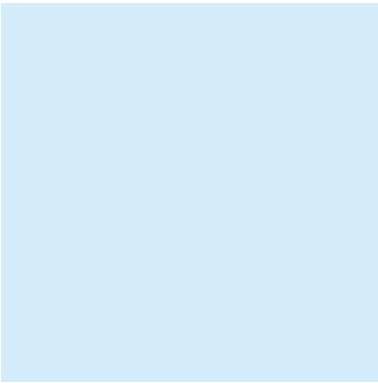
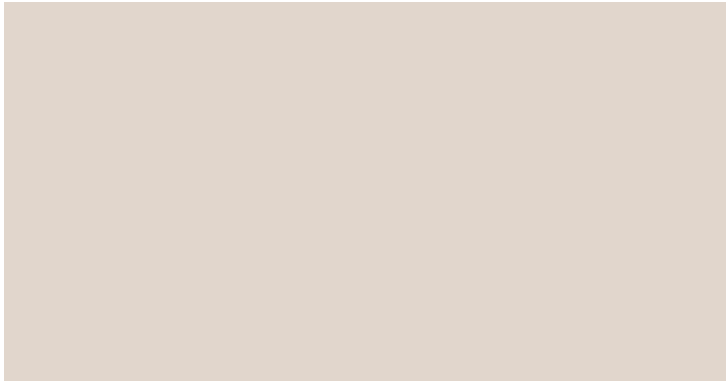
Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- Il arrive souvent que les programmes de prévention du VIH ne parviennent pas à fournir des informations précises et complètes aux jeunes. Selon les informateurs non gouvernementaux, 28% des pays ont des lois, des réglementations ou des politiques qui font obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux jeunes.
- Les informateurs gouvernementaux indiquent que 63% des pays ont des lois, réglementations ou politiques qui font obstacle à des services efficaces en rapport avec le VIH destinés aux populations les plus exposées au risque.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- Les données d'enquêtes de 64 pays indiquent que 40% des hommes et 36% des femmes (15-24 ans) ont des connaissances précises et complètes concernant la prévention du VIH – c'est-à-dire des pourcentages très inférieurs à l'objectif de 95% de la *Déclaration d'engagement*.
- Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant du virus a augmenté de 9% en 2004 à 34% en 2007.
- Parmi les rares pays publiant des rapports sur les populations les plus exposées au risque, 60% des professionnel(le)s du sexe, 46% des consommateurs de drogues injectables et 40% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été atteints par des programmes de prévention du VIH en 2007.

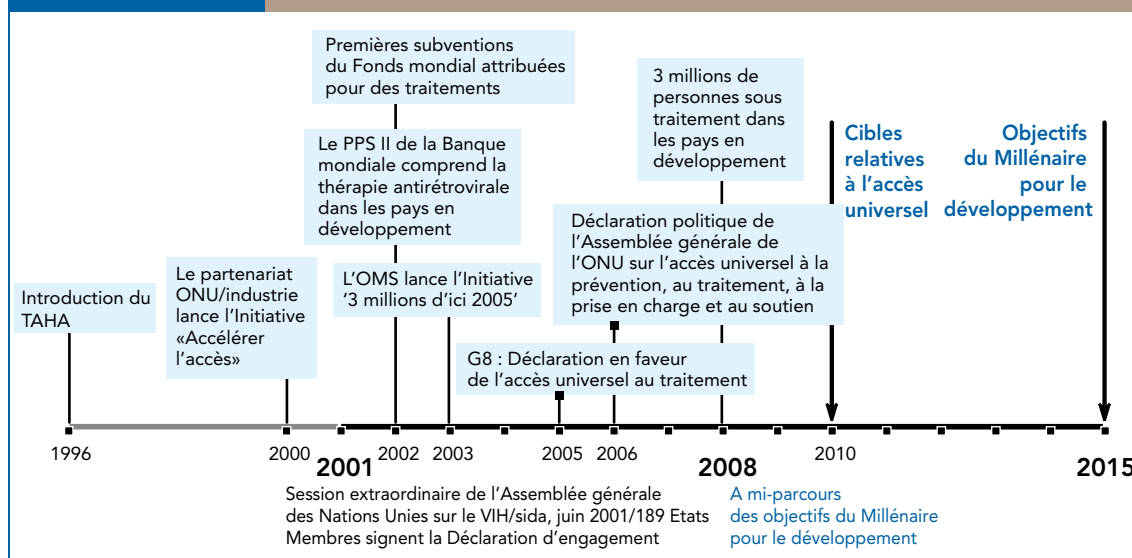
Traitement et prise en charge:
progrès sans précédent et défis à relever



Chapitre 5


FIGURE 5.1

Événements marquants relatifs au traitement du sida



Messages clés

- Le nombre de personnes qui bénéficient de médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été multiplié par 10 en six ans seulement, pour atteindre près de 3 millions de personnes à fin 2007.
- L'expansion rapide de l'accès aux traitements dans les milieux aux ressources limitées permet de sauver des vies, d'améliorer la qualité de la vie et de contribuer à la revitalisation des ménages, des communautés et de sociétés entières.
- Il faut intensifier les efforts pour assurer la fourniture en temps utile des traitements du VIH aux enfants, dont la probabilité de bénéficier des médicaments antirétroviraux est beaucoup moins élevée que celle des adultes.
- A l'échelle mondiale, la couverture des traitements antirétroviraux pour les femmes est égale ou supérieure à celle des hommes.
- Les populations les plus exposées au risque de VIH, par exemple les consommateurs de drogues injectables, sont confrontés à des obstacles considérables pour accéder au traitement du VIH, souvent en raison de l'institutionnalisation de la discrimination.
- L'insuffisance du dépistage réduit l'impact du traitement du VIH, car les individus qui sont diagnostiqués tardivement ont un moins bon pronostic. Toutefois, plusieurs pays appliquent avec succès une série d'approches destinées à aider les gens à connaître leur sérologie VIH.
- Bien qu'il existe des médicaments abordables, le nombre de personnes vivant à la fois avec le VIH et la tuberculose et bénéficiant d'un traitement pour ces deux maladies est insuffisant. Cette situation contribue à maintenir une morbidité et une mortalité évitables importantes.
- Les faiblesses des systèmes de santé ralentissent l'intensification des programmes de traitement du VIH, d'où la nécessité de stimuler l'action en faveur du renforcement de ces systèmes. L'élargissement de la thérapie antirétrovirale contribue à la mise en place d'importantes améliorations dans l'infrastructure des soins de santé dans les milieux pauvres en ressources.
- Pour garantir la viabilité des traitements du VIH, il faudra notamment mettre au point des thérapies de deuxième et troisième intentions financièrement plus abordables, et parvenir à mieux prévenir les nouvelles infections à VIH.

La décision qu'a prise la communauté internationale de faire avancer l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH constitue un engagement moral aux proportions historiques. Le monde n'a jusqu'ici jamais tenté de fournir la prise en charge d'une maladie chronique à une telle échelle dans les milieux aux ressources limitées. Avant cette décennie, les pays à revenu faible ou intermédiaire devaient attendre 10-20 ans – parfois plus d'une génération – pour que les nouvelles technologies de la santé soient mises à leur disposition. A peine plus d'une décennie après l'apparition des associations d'antirétroviraux, des millions d'individus dans des milieux manquant de ressources bénéficient aujourd'hui de ces médicaments.

Les engagements pris à l'échelle mondiale pour rendre les traitements contre le VIH accessibles dans les milieux aux ressources restreintes commencent à porter leurs fruits. En six ans à peine, le nombre de personnes au bénéfice d'une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a été multiplié par plus de 10 (Figure 5.2). Dans certains endroits où le VIH était inévitablement mortel il y a quelques temps encore, l'introduction de ces thérapies qui prolongent la vie a revitalisé les familles et des communautés entières et apporté à la riposte élargie à

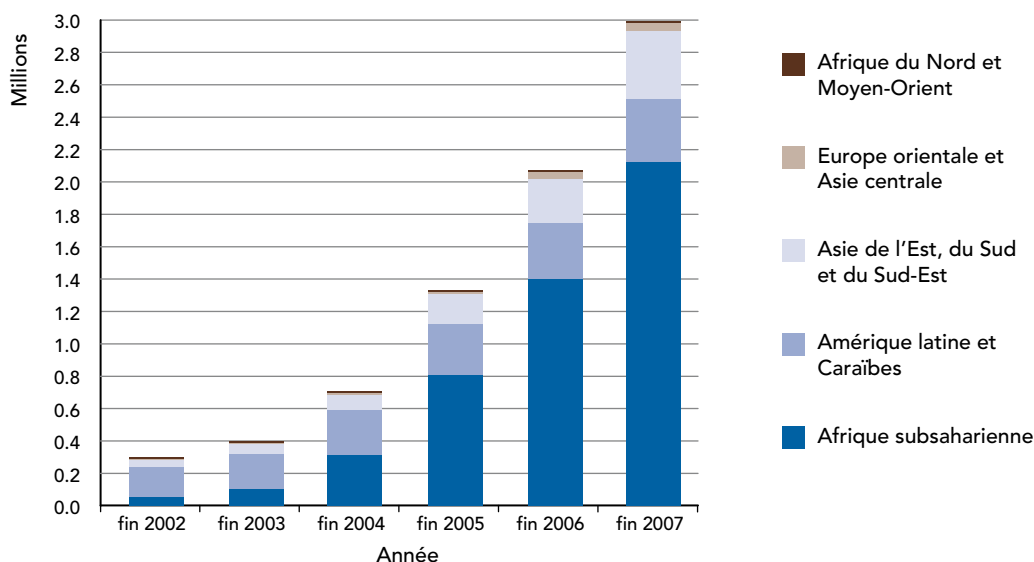
l'épidémie une énergie nouvelle (Sanders, 2008). Bien des individus partagent les honneurs de cette réussite, en particulier les personnes vivant avec le sida elles-mêmes, dont le plaidoyer a contribué à réaliser ce que l'on considérait il y a peu comme impossible.

Malgré ces réussites considérables, il faudra des progrès bien plus massifs pour avancer sur la voie de l'accès universel au traitement et à la prise en charge du VIH. Le nombre des nouvelles infections à VIH reste d'année en année supérieur à l'augmentation du nombre des personnes sous traitement antirétroviral dans une proportion de 2,5 à 1. Par conséquent, la viabilité à long terme de l'élargissement des traitements, même au rythme actuel, pourrait être compromise.

Les enfants ne profitent pas en toute équité des considérables avancées réalisées dans les traitements, et la probabilité qu'ils bénéficient des médicaments antirétroviraux est beaucoup moins élevée que celle des adultes. De plus, des centaines de milliers de personnes atteintes d'une coinfection VIH et tuberculose meurent inutilement chaque année en raison de l'insuffisance des services de diagnostic de la tuberculose, de l'échec de la distribution des médicaments abordables à ceux qui en ont besoin et de l'augmentation des taux de résistance de la tuberculose aux médicaments.

FIGURE 5.2

Nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2002-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Le présent chapitre résume les progrès faits à ce jour pour élargir l'accès aux traitements du VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il examine les problèmes rencontrés pour garantir un accès équitable aux médicaments antirétroviraux, ainsi qu'aux éléments du traitement et de la prise en charge du VIH qui ne sont pas associés aux antirétroviraux, dont la prise en charge des infections opportunistes et autres maladies. Enfin le chapitre décrit les obstacles à un élargissement plus rapide et plus important et résume ce que l'on connaît des moyens de surmonter ces obstacles.

Progrès accomplis pour réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH

L'impact des médicaments antirétroviraux sur la prise en charge de l'infection à VIH a été frappant, les améliorations dans le domaine de la santé s'étant révélées beaucoup plus marquées et durables qu'on ne l'avait prévu lors de l'apparition des trithérapies vers le milieu des années 1990. Les récentes études conduites au Danemark suggèrent qu'un jeune homme dont le VIH vient d'être diagnostiqué pourrait vivre encore 35 années grâce aux médicaments disponibles, ce qui triple l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (Lohse et al., 2007). En un peu plus d'une décennie, on estime que l'introduction des trithérapies a permis de sauver trois millions d'années de vie rien qu'aux États-Unis (Walensky et al., 2006).

Au fur et à mesure de l'accumulation des essais et de l'expérience cliniques, qui nous en apprennent toujours plus sur la gestion de la thérapie antirétrovirale, les effets de cette thérapie sur la santé s'améliorent encore davantage. Des données émanant du suivi du traitement et de la prise en charge du VIH à l'échelle nationale au Royaume-Uni, par exemple, indiquent que la durée médiane de la période menant à l'échec du traitement – pour les malades sous traitement de première intention comprenant un ou plusieurs inhibiteurs de la protéase – se situe entre 4,3 et 6,5 ans; cependant, les malades bénéficiant dès le début d'un protocole thérapeutique comprenant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) ont une durée médiane avant l'échec du traitement de 13,2 ans (Beck et al., 2008a). Comme l'explique le Chapitre 6, un accès accru aux médicaments

antirétroviraux améliore aussi la qualité de vie de millions de personnes, profitant aux familles, aux communautés et aux sociétés.

La disponibilité accrue des médicaments antirétroviraux atténue le fardeau de la mortalité liée au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, comme elle l'a fait dans les pays à revenu élevé il y a une décennie (Figure 5.3). Dans les campagnes d'Afrique du Sud, des baisses importantes de la mortalité ont été relevées en 2006, lorsque l'accès à ces médicaments s'est accru (Nyirenda et al., 2007). Après des décennies d'augmentation de la mortalité, le nombre de décès annuels dus au sida dans le monde a baissé au cours des deux ans écoulés, en raison partiellement d'une augmentation importante de l'accès au traitement du VIH ces dernières années.

La thérapie antirétrovirale s'est également révélée être une intervention efficace et économique sur le plan des coûts dans les pays à revenu élevé comme dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Harling, 2005). La plupart des études du rapport coût-efficacité réalisées jusqu'ici n'ont porté que sur les coûts directs. Si les coûts indirects sont comptabilisés, le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) pourrait bien être, dans de nombreux pays, une intervention rentable, puisqu'elle permet aux individus vivant avec le VIH de rester bien portants et actifs sur le plan social et économique (Badri, 2006).

Cependant, même si un meilleur accès au traitement donne des résultats dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les niveaux de succès pourraient bien être un peu moins élevés dans les milieux manquant de ressources que dans les pays riches. Six mois et 12 mois après le début d'une thérapie antirétrovirale, les taux de mortalité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire sont plus élevés d'au moins 28% que ceux des malades des pays riches (Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries Collaboration, 2006). Lorsqu'on calcule la survie à long terme, même si les avantages de la thérapie antirétrovirale sont considérables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ils restent inférieurs à ceux dont bénéficient les pays à revenu élevé (Beck, 2008b). Plusieurs facteurs contribuent probablement à ce phénomène, par exemple, dans les milieux où manquent les ressources, les maladies cliniques sont plus avancées lors du début du traitement et l'incidence des maladies concomitantes

Prendre courage et s'épanouir grâce aux antirétroviraux

Lilian Mworeko est coordonnatrice régionale pour l'Afrique du Comité international des femmes vivant avec le VIH et le sida. Elle vit en Ouganda.



Lilian Mworeko avait 29 ans lorsqu'elle a appris son diagnostic de VIH. C'était le jour de la mort de son mari.

« J'étais en état de choc en raison du décès de mon mari, si bien que mes résultats ne m'ont pas particulièrement troublée, » dit-elle. « Mais plus tard, après l'enterrement, la réalité de ma séropositivité m'est tombée dessus. Et voilà, j'étais une jeune veuve, avec un petit enfant et je devais me battre pour faire face toute seule. »

Seule et sans argent, Mworeko s'est tournée vers les groupes et réseaux de soutien de sa ville natale en Ouganda. Elle a commencé par en apprendre davantage sur le VIH. Gagnant en confiance, elle a aussi été en mesure d'obtenir l'appui dont elle avait besoin auprès de sa famille et de ses amis.

« J'ai pris mon courage à deux mains, car je savais que la vie devait continuer, » explique-t-elle.

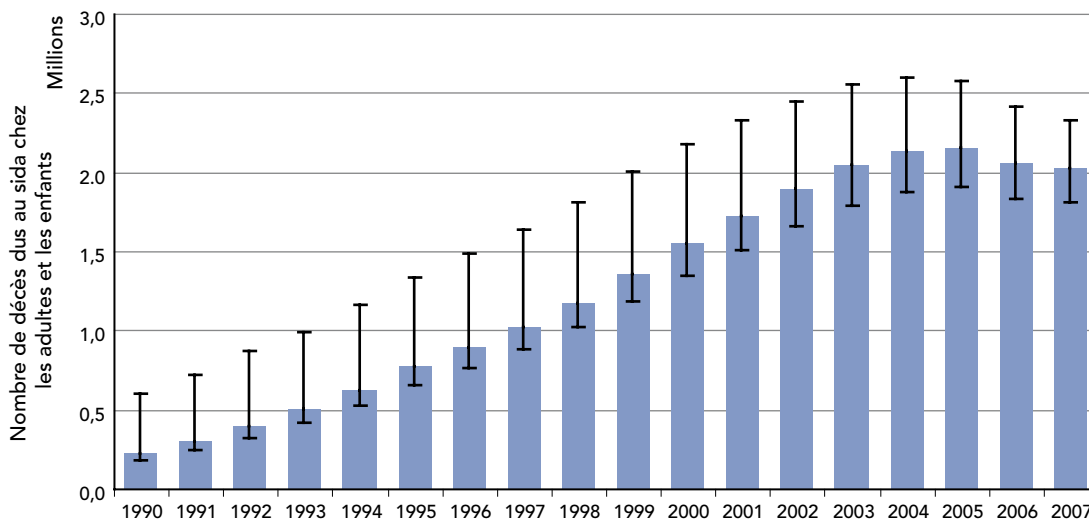
Son courage lui a été fort utile quelques années plus tard lorsqu'elle a décidé, avec son nouveau compagnon, d'avoir un enfant. Elle a beaucoup lu et cherché pour être sûre de ne pas transmettre le virus à son futur bébé. A cette époque, elle était déjà sous traitement antirétroviral, mais ce n'était pas le schéma thérapeutique recommandé pour prévenir la transmission mère-enfant. « J'ai eu plusieurs consultations avec les médecins et ils ont dû changer mes médicaments et effectuer des tests pour compter mes CD4 et ma charge virale, » dit-elle. « J'ai parlé de ma sérologie avec mon médecin. Il m'a beaucoup soutenue. A un moment donné, j'ai cru que je devrais avoir une césarienne puis j'ai changé d'avis. J'ai bénéficié d'énormément d'appui ... c'est principalement parce que j'ai tout partagé avec les médecins. »

Mworeka a également reçu l'aide d'autres femmes séropositives au VIH qui avaient lancé un programme lié à la maternité sous le nom de Mama's Club. Elles parlaient des problèmes auxquels elles étaient confrontées et des mesures et précautions nécessaires pour prévenir la transmission verticale. Le soutien et l'interaction avec les autres femmes se sont révélés inestimables. Malgré tout, Mworeko a eu d'autres chocs après la naissance de son nouveau bébé. Elle avait décidé de le nourrir au biberon pour être absolument certaine de ne pas lui transmettre le virus par le lait maternel. « Je pensais que c'était peu coûteux d'être dans un programme de prévention de la TME, » explique Mworeko, « mais je ne connaissais pas le prix des préparations pour nourrissons. C'est très cher et le bébé avait besoin de quatre boîtes par semaine dans les premières semaines. »

Mworeko estime qu'elle a bien de la chance d'avoir accès à la thérapie antirétrovirale et aux soins médicaux qui lui sont fournis dans le cadre de son travail. « Cela m'a donné espoir et quand je considère ma vie maintenant, je suis plus positive qu'auparavant ... il y avait des moments où même le lendemain était incertain, mais aujourd'hui je vois les choses de façon positive; j'ai décidé de reprendre mes études pour avancer dans ma carrière et apporter une plus grande contribution à ma communauté. »

FIGURE 5.3

Estimation du nombre de décès dus au sida chez les adultes et les enfants à l'échelle mondiale, 1990-2007



Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

Ce trait indique la fourchette entourant l'estimation

est plus importante (Beck, 2008b). Dans l'intérêt de l'équité à l'échelle mondiale, il faudrait à la fois faire porter les efforts sur l'élargissement des traitements antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et comprendre et résoudre les obstacles à l'amélioration des résultats pour les nombreux patients des milieux aux ressources limitées.

Gestion des antirétroviraux dans les milieux aux ressources limitées

En décembre 2007, on estimait à 3 millions le nombre de personnes sous traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui représente 31% de ceux qui ont besoin d'un traitement et une augmentation de 45% par rapport à 2006.

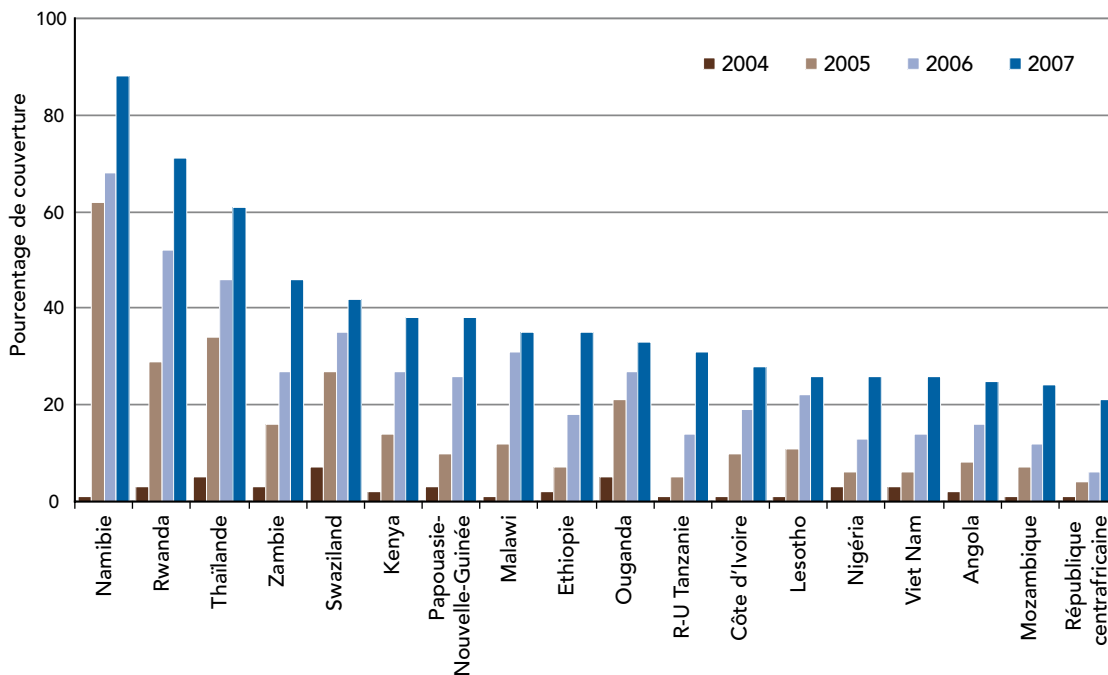
De nombreux pays ont connu des augmentations spectaculaires de la couverture des traitements (Figure 5.4). En Namibie par exemple, où la couverture des traitements était inférieure à 1% en 2003, 88% des personnes qui en avaient besoin étaient sous traitement antirétroviral en 2007. Au Rwanda, la couverture de la thérapie antirétrovirale a passé de 1% en 2003 à près de 71% en 2007, grâce à une multiplication par 40 du nombre de sites de traitement antirétroviral. La

couverture par la thérapie antirétrovirale a également augmenté en Thaïlande, passant de 4% en 2003 à 61% en 2007 (UNGASS Indicateur 4, 2008).

La Figure 5.5 montre le pourcentage de couverture par la thérapie antirétrovirale entre hommes et femmes dans des pays à épidémies généralisées et concentrées, sur la base d'estimations modélisées des besoins de chaque sexe. Dans la plupart des pays, les femmes bénéficient d'une couverture plus importante que prévu de la thérapie antirétrovirale. Cette disparité sexuelle est particulièrement prononcée dans les épidémies généralisées, ce qui pourrait être associé au fait qu'un grand nombre de femmes séropositives au VIH disposent de deux moyens d'accéder aux traitements – les programmes de traitement du VIH et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Sept pays ont une couverture équivalente pour les hommes et les femmes alors que dans deux pays – le Belize et le Chili – les hommes ont une couverture beaucoup plus élevée que les femmes. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer les raisons pour lesquelles les femmes bénéficient généralement d'une meilleure couverture que les hommes et pour identifier des stratégies plus efficaces susceptibles d'accroître l'accès universel aux traitements.

FIGURE 5.4

Intensification de la couverture antirétrovirale dans le temps, dans un groupe choisi de pays connaissant des épidémies généralisées et concentrées, 2004-2007



Source: Rapports d'activités des pays, UNGASS 2008.

Les médicaments antirétroviraux sont administrés avec succès dans certains des milieux les plus problématiques de la planète. Dans les zones de conflit de la République démocratique du Congo, par exemple, un programme de traitement du VIH de Médecins sans Frontières a obtenu des taux d'observance des traitements comparables à ceux relevés dans des zones ne connaissant aucun conflit.

Élargir l'accès aux traitements : une entreprise collective

La croissance rapide de la couverture de la thérapie antirétrovirale représente un des grands succès de l'histoire mondiale récente de la santé. Il y a moins de 10 ans, au moment où les médicaments antirétroviraux contribuaient à de fortes baisses de la morbidité et de la mortalité liées au VIH dans les pays à revenu élevé, on pensait généralement que ces

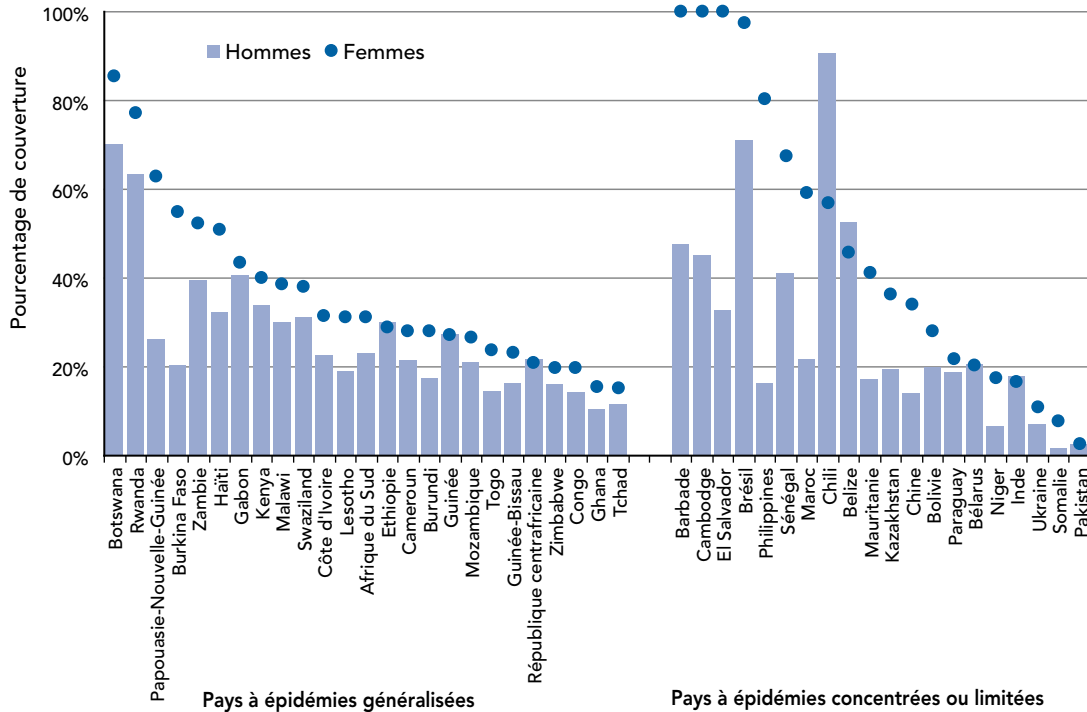
médicaments capables de prolonger la vie resteraient financièrement inabordables et donc inaccessibles pour les pays à faible revenu, et ceci peut-être pendant des décennies.

Dans le cas du VIH, atténuer les fortes disparités en matière d'accès aux soins de santé qui caractérisent la pratique sanitaire mondiale a exigé leadership et coordination des diverses parties prenantes aux niveaux mondial, régional et national. En réponse à l'initiative de l'OMS/ONUSIDA « 3 millions d'ici 2005 »,¹ les gouvernements nationaux se sont lancés dans l'élargissement de l'accès au traitement du VIH, fixant des objectifs ambitieux et déployant d'importants efforts pour développer les capacités nationales et surmonter les obstacles. La société civile s'est mobilisée pour soutenir l'accès universel aux traitements, un leadership tout particulier étant apporté par les personnes vivant avec le VIH.

¹ Lancée en décembre 2003, l'Initiative « 3 millions d'ici 2005 » proposait l'expansion massive de la thérapie antirétrovirale, pour faire en sorte que 3 millions de personnes soient placées sous antirétroviraux d'ici la fin de 2005. Bien que ce but n'ait été atteint que deux ans après la date fixée, l'initiative a été cruciale pour catalyser une action sans précédent d'élargissement de l'accès aux traitements dans les milieux aux ressources restreintes.

FIGURE 5.5

Comparaison de la couverture de la thérapie antirétrovirale en 2007 entre les hommes et les femmes (pour les pays fournissant des données par sexe sur le nombre de personnes sous traitement)



Note: Les estimations de couverture utilisent le ratio du nombre d'hommes et de femmes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale à la valeur finale projetée de toutes les personnes sous thérapie antirétrovirale en décembre 2007. Ceci nous donne des estimations pour décembre 2007 du nombre d'hommes et de femmes sous thérapie antirétrovirale, qui sont ensuite divisées par le nombre estimatif des hommes et femmes respectivement qui ont besoin d'un traitement antirétroviral.

Source: Données fournies par l'ONUSIDA et l'OMS, 2008.

A l'échelle mondiale, la *Déclaration politique sur le VIH/sida*, adoptée lors de la Réunion de haut niveau sur le VIH/sida de l'Assemblée générale de l'ONU en 2006, promettait d'avancer sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH d'ici à 2010, objectif qui a obtenu l'appui déterminé des grands organismes mondiaux et régionaux, allant des pays industrialisés du G8 à l'Union africaine et à la Communauté des Caraïbes et Marché commun.

Les principaux bailleurs de fonds ont contribué à financer l'expansion de l'accès au traitement. Le PEPFAR a pour but de placer 2,5 millions de personnes sous traitement d'ici à 2012. D'ici à décembre 2007, le Fonds mondial avait financé la distribution de médicaments antirétroviraux à 1,4 million de personnes, ce qui représente

une augmentation de 88% par rapport à l'année précédente (Fonds mondial, 2008). UNITAID – un mécanisme international relativement nouveau créé pour acheter des médicaments et financé par les taxes aériennes – joue un rôle de premier plan dans l'élargissement des programmes de traitement pédiatrique et des services de prévention de la transmission mère-enfant.

De nombreuses compagnies privées contribuent également à l'élargissement de l'accès aux traitements du VIH (Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida, 2007). Au Botswana, Debswana a constitué un partenariat officiel avec le gouvernement du pays pour accélérer l'expansion des traitements et finance la distribution des antirétroviraux à ses employés séropositifs au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Dix moyennes à grandes

La thérapie antirétrovirale dure toute la vie. Pour un programme de traitement efficace, il est crucial d'assurer un approvisionnement durable en antirétroviraux.



entreprises figurent parmi les membres de la Coalition des entreprises du Suriname contre le VIH, qui a récemment mis en œuvre un plan d'action stratégique sur le VIH pour accroître l'engagement des entreprises dans la riposte au VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Néanmoins, il faudra déployer bien d'autres efforts pour impliquer totalement l'industrie dans l'élargissement des traitements, car les informateurs tant gouvernementaux que non gouvernementaux affirment que le 9% seulement des pays connaissant des épidémies généralisées ont mis en place des services de traitement du VIH ou des systèmes d'orientation-recours dans le monde du travail dans tous les districts qui en ont besoin (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

De nombreuses organisations confessionnelles jouent également un rôle dans l'élargissement de l'accès au traitement, car elles fournissent jusqu'à 40% de tous les services de santé liés au VIH dans certains pays (OMS, 2007f). Avec l'appui financier d'organismes comme le Fonds mondial, l'Association Santé des églises de Zambie fournira d'ici fin 2008 des antirétroviraux à 17 000 personnes et elle transforme actuellement plus de 100 établissements de santé des églises, afin de mettre en place le

Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) contre la tuberculose. D'après des enquêtes récentes, les programmes financés par l'Eglise anglicane fournissaient des antirétroviraux à 10 000 personnes en République-Unie de Tanzanie (Anglican United Nations Office, 2007), et des ordres religieux catholiques soutiennent la distribution de médicaments à plus de 90 000 personnes dans le monde (Union internationale des Supérieur(e)s généraux(les), 2008).

Partout dans le monde, les personnes vivant avec le VIH se sont mobilisées en faveur de l'accélération de l'élargissement des traitements et de la promotion du succès de ces traitements. Au Kenya, un réseau national de clubs post-test contribue à faire mieux comprendre aux personnes récemment diagnostiquées les questions entourant le VIH et à devenir des partenaires actifs de leur propre santé. Après une réunion avec des représentants de 20 compagnies pharmaceutiques, Ashar Alo, un grand réseau de personnes vivant avec le VIH au Bangladesh, a signé un accord pour obtenir une baisse du prix des antirétroviraux et mettre en place un programme de dons de médicaments. En Inde, le South Inde Positive Network (SIP+) fournit un enseignement relatif au

Recherches en vue d'améliorer les options thérapeutiques

Bien que les traitements antirétroviraux dont on dispose améliorent la santé et la longévité des personnes séropositives, plusieurs incertitudes demeurent en ce qui concerne la prise en charge médicale de la maladie à VIH. La recherche se poursuit en vue d'identifier les schémas thérapeutiques les plus efficaces pour des personnes qui n'ont pas encore bénéficié d'une thérapie (Eron et al., 2006; MacArthur et al., 2006; Lazzarin et al., 2007; Delfraissy et al., 2008). La question de savoir s'il faut intervenir au moyen d'antirétroviraux au cours de la phase aiguë de l'infection à VIH reste un sujet de débat et elle est au cœur des recherches cliniques qui se poursuivent (Fidler et al., 2008; Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Il est aussi essentiel de mettre en place de nouvelles options thérapeutiques qui soient plus simples à prendre, moins toxiques et plus abordables.

Une des grandes priorités, qui fait l'objet de recherches actuelles urgentes et va devenir de plus en plus importante, c'est la mise au point de schémas thérapeutiques d'une efficacité optimale pour les personnes chez lesquelles l'une ou l'autre des associations d'antirétroviraux est un échec (Abgrail et al., 2006; Clotet et al., 2007). Les chercheurs travaillent également à mettre au point de nouvelles classes d'antirétroviraux. Il s'agit notamment de composés qui empêchent le virus de pénétrer dans les cellules (Este & Telenti, 2007) ou qui bloquent l'enzyme intégrase qui joue un rôle dans la multiplication du VIH (Grinsztejn et al., 2007).

De plus, de vastes recherches sont en cours sur le potentiel des tests génétiques qui permettraient d'offrir peut-être aux divers malades des schémas thérapeutiques antirétroviraux plus précisément adaptés à leurs besoins. Dans les établissements où il existe déjà, le dépistage de l'allèle HLA-B5701 permet aux cliniciens d'identifier l'hypersensibilité à l'abacavir et d'éviter ainsi des effets de toxicité médicamenteuse potentiellement mortels (Phillips & Malial, 2008).

traitement à des centaines de personnes transsexuelles vivant avec le VIH et collabore avec les soignants locaux pour combattre la stigmatisation et surmonter les autres obstacles à la fréquentation des services de santé par cette population.

Introduire et adapter les traitements du VIH

La méthode à suivre pour élargir la thérapie antirétrovirale dans les milieux aux ressources limitées est bien documentée (OMS, 2006a). Il est conseillé aux pays d'élaborer des plans nationaux de traitement dotés d'objectifs clairs, d'encourager le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour accroître la fréquentation des services de traitement et d'entreprendre des actions visant à renforcer les systèmes de santé et de réglementation. Tous les pays signalent qu'ils ont mis en place une politique ou une stratégie de promotion d'un ensemble complet de traitement, de prise en charge et de soutien

dans le domaine du VIH. La plupart des pays (85%) connaissant des épidémies généralisées et 52% des pays à épidémies concentrées rapportent qu'ils ont élaboré des estimations nationales et formulé des projections concernant le nombre de personnes qui auront besoin de thérapie antirétrovirale dans l'avenir (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

L'OMS recommande l'utilisation et l'achat groupé à l'échelle nationale de médicaments antirétroviraux sous forme d'association de médicaments en dose fixe. Les traitements de première intention comprennent deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI) et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI). Pour les traitements de deuxième intention, on préfère une association de deux INTI (dont un au moins est nouveau) et un inhibiteur de la protéase potentialisé par le ritonavir (OMS, 2006a).

La plupart des directives nationales sur le traitement du VIH se conforment aux recommandations de l'OMS relatives aux traitements de première intention et au suivi clinique systématique (Beck et al., 2006). Toutefois, des enquêtes de la société civile effectuées dans 16 pays à revenu faible ou intermédiaire ont montré que de nombreux établissements cliniques prescrivait des traitements qui ne correspondaient pas aux directives mondiales sur les traitements (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007), indiquant ainsi qu'un suivi est nécessaire pour garantir l'observance des normes nationales.

Le moment optimal pour entamer une thérapie antirétrovirale reste un sujet de débat. L'OMS conseille aux cliniciens qui travaillent dans des établissements où il est possible de compter les CD4, d'envisager de lancer le traitement lorsque le nombre de CD4 des malades tombe au-dessous de 350 cellules par mm³ et d'entamer le traitement chez tous les patients qui ont moins de 200 CD4 par mm³. Lorsqu'il n'est pas possible de compter les CD4, l'OMS recommande que la thérapie antirétrovirale soit commencée lorsque les malades montrent des signes cliniques d'une immunosuppression avancée ou grave (OMS, 2006). Le Ministère de la Santé des Etats-Unis recommande d'entamer une thérapie antirétrovirale chez les patients qui ont présenté une infection opportuniste liée au sida ou dont le nombre de CD4 est inférieur à 350 par mm³ (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008).

Traitement et prise en charge des enfants

En l'absence de traitement, la moitié environ des enfants atteints d'infection à VIH périnatale mourront

avant l'âge de deux ans (Newell et al., 2004; Marston et al., 2005). La grande expérience acquise dans les pays à revenu élevé a montré que les médicaments antirétroviraux pouvaient atténuer les maladies et réduire les décès chez les enfants et les adolescents vivant avec le VIH (Patel et al., 2008). En Europe occidentale en 2006, par exemple, seuls 10 enfants infectés par la transmission mère-enfant sont décédés du sida (EuroHIV, 2007).

Lorsqu'il est accessible dans les milieux aux ressources limitées, le traitement des enfants se révèle très efficace. Des études de l'efficacité du traitement antirétroviral ont relevé des taux de survie à deux ans supérieurs à 80% dans plusieurs pays, notamment la Côte d'Ivoire, Haïti, le Malawi et la Zambie (Fassinou et al., 2004; Rouet et al., 2006; Bolton-Moore et al., 2007; Bong et al., 2007; George et al., 2007). D'autres études ont trouvé une probabilité de survie à 12 mois allant de 87% (O'Brien et al., 2006) à plus de 95% dans divers endroits d'Afrique subsaharienne et d'Asie (Puthanakit et al., 2005; Janssens et al., 2007; Reddi et al., 2007; Arrivé et al., 2008).

Bien que le recours aux antirétroviraux pour soigner les enfants ait augmenté ces dernières années en Afrique subsaharienne, les enfants vivant avec le VIH ont globalement une probabilité d'un tiers seulement de recevoir une thérapie antirétrovirale par rapport aux adultes (Prendergast et al., 2007).

D'après les gouvernements nationaux, le traitement pédiatrique du VIH est disponible dans tous les districts qui en ont besoin dans 44% des pays connaissant une épidémie concentrée et dans 36% des pays qui ont une épidémie généralisée. Les informateurs non gouvernementaux suggèrent que l'accès est en réalité plus limité encore, affirmant que

L'Ethiopie redouble d'efforts pour atteindre l'accès universel aux traitements

Les premiers efforts déployés par l'Ethiopie en 2004-2006 pour élargir la thérapie antirétrovirale ont atteint 65% de la cible de 100 000 personnes. En novembre 2006, le Gouvernement a lancé une Campagne sida du Millénaire sur deux ans pour stimuler l'expansion de l'accès au traitement. La campagne s'appuyait sur une décentralisation de la riposte, des objectifs clairs, une planification coordonnée, l'élargissement des communications et une meilleure intégration du traitement du VIH dans les établissements de santé. Au cours de ses sept premiers mois, la campagne a pu apporter des services de conseil et de dépistage du VIH à près d'un million de personnes et entamé une thérapie antirétrovirale chez plus de 31 000 malades (Ethiopia Federal Ministry of Health, 2007).

la disponibilité généralisée du traitement pédiatrique ne se trouve que dans 31% des pays à épidémie concentrée et 9% des pays à épidémie généralisée (Rapports d'activité des pays, UNGASS, 2008).

Plusieurs facteurs menacent l'accès des enfants infectés par le VIH au traitement. Par exemple un diagnostic rapide de l'infection à VIH chez les nourrissons est essentiel, mais il est souvent difficile à établir. Les enfants exposés au VIH portent généralement les anticorps anti-VIH de leur mère pendant les premiers mois de leur vie, même lorsqu'ils ne sont pas eux-mêmes infectés ; par conséquent, le dépistage traditionnel des anticorps anti-VIH (par la technique du titrage immuno-enzymatique ou ELISA, ou par test rapide) n'est pas en mesure de détecter de manière fiable une réelle infection à VIH pendant les six à 18 premiers mois. Les tests virologiques – dont la réaction en chaîne de l'ADN polymérase (test PCR), le test PCR ARN en temps réel, ou l'utilisation du dosage de l'antigène p24 par test ultrasensible – sont donc nécessaires pour poser un diagnostic précis en temps voulu. Cependant, l'accès à ces techniques est fréquemment limité et très variable dans les milieux aux ressources limitées (De Baets et al., 2005 ; Prendergast et al., 2007). Le coût et la complexité de ces méthodes ont baissé ces dernières années, ce qui améliore la faisabilité de ces tests là où les ressources manquent (OMS, 2006b). Le test sur des gouttes de sang séché provenant de piqûres au talon chez les nourrissons évite les difficultés liées à la phlébotomie chez le bébé et permet la centralisation des capacités de laboratoire (OMS, 2006c). L'utilisation de gouttes de sang séché offre la possibilité d'augmenter considérablement le diagnostic précoce et le traitement en temps utile du VIH chez les jeunes enfants. Selon une étude effectuée en Afrique du Sud, l'utilisation des stratégies disponibles financièrement abordables pour améliorer le diagnostic chez les nourrissons exposés au VIH pourraient accroître considérablement les chances de survie des enfants infectés par le VIH (Sherman, Matsebula & Jones 2005).

Les cliniciens examinent diverses stratégies en vue d'améliorer la fréquentation des services de traitement par les enfants vivant avec le VIH. Par exemple, les cartes de santé, qui documentent la sérologie d'un nourrisson lorsqu'un enfant a participé à un programme de prévention de la transmission

mère-enfant, permet aux agents de santé d'agir correctement lorsque l'enfant vient pour la première fois pour des vaccinations après sa naissance. De la même manière que le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant contribuent à l'élargissement des services de prévention de la transmission mère-enfant et du traitement du VIH en général, cette approche est maintenant utilisée dans les établissements susceptibles d'accueillir des enfants vivant avec le VIH, par exemple les services pédiatriques dans les pays à forte prévalence.

Les antirétroviraux actuels ont été, en premier lieu, mis au point pour les adultes ; la plupart des associations en dose fixe ne conviennent pas aux enfants. Pour aider les cliniciens à définir les doses appropriées d'antirétroviraux pour les enfants, l'OMS a élaboré des tableaux de dosage pédiatrique actualisés et faciles d'utilisation. En collaboration avec la Fondation Clinton, UNITAID a négocié une baisse de 40% du prix des antirétroviraux pédiatriques et, d'ici à décembre 2007, avait financé le diagnostic et le traitement du VIH pour 102 000 enfants dans le monde (UNITAID, 2008).

Suivi du succès des traitements

En l'absence de mesures de la charge virale là où les ressources manquent, il est conseillé aux cliniciens d'utiliser le suivi clinique ou immunologique, ou les deux, pour décider du moment où commencer une thérapie, évaluer le succès du traitement et décider du moment où passer d'un traitement de première intention à un traitement de deuxième intention. Les antirétroviraux n'éliminent pas le virus, mais maintiennent la réplication virale à de faibles niveaux (Palmer et al., 2008), c'est pourquoi le traitement doit se poursuivre sans interruption. L'échec des traitements antirétroviraux, tel que le mesure l'augmentation de la charge virale, tend à se produire assez tardivement dans les milieux cliniques, surtout depuis que les schémas thérapeutiques et les techniques de prise en charge clinique de la distribution des antirétroviraux se sont améliorés (Phillips et al., 2007). Des études effectuées au Royaume-Uni indiquent que près de 11% des malades décéderont dans les cinq années suivant l'échec des trois principales classes de médicaments antirétroviraux (Phillips et al., 2007).

Suivi des effets secondaires

Jusqu'à 50% des malades sous thérapie antirétrovirale souffrent parfois des effets secondaires des médicaments (Fellay et al., 2001). Les effets secondaires les plus courants varient en fonction des schémas thérapeutiques, mais ils peuvent comprendre l'hypersensibilité, l'acidose lactique, l'augmentation des lipides sanguins, des épisodes hémorragiques, de l'anémie, de la neuropathie, la lipodystrophie et la pancréatite (NIH, 2008). Si la plupart des effets secondaires diminuent avec le temps, certains sont potentiellement mortels, ce qui montre bien l'importance d'un suivi attentif des malades (NIH, 2008).

Comme le dit un clinicien VIH de premier plan « Le succès des [antirétroviraux] a un coût » (Lange, 2006). Ce coût, c'est la personne qui prend les médicaments qui l'assume. Les effets secondaires déplaisants, souvent douloureux et parfois défigurants qui peuvent être associés aux médicaments ont un impact négatif important sur la qualité de vie et sur la capacité ou la volonté d'un individu d'observer le traitement prescrit.

La gestion des effets secondaires constitue une part essentielle de l'administration des médicaments antirétroviraux. Après plus d'une décennie d'expériences cliniques dans ce domaine, on en sait davantage sur les types d'effets secondaires des différents antirétroviraux. L'amélioration de la base des connaissances aide le clinicien à prescrire des traitements qui ont une probabilité accrue de succès à long terme et à affiner les thérapies lorsque surviennent des effets secondaires. Cependant, la gestion des effets secondaires peut se révéler plus délicate dans les milieux aux ressources restreintes, car il n'est pas toujours possible de changer de médicaments en raison d'un accès limité à l'ensemble de la panoplie des antirétroviraux homologués dans les pays à revenu élevé.

Avec le temps, la prévalence de la résistance du VIH aux médicaments a augmenté dans les pays à revenu élevé et au Brésil, où les antirétroviraux sont employés depuis plus longtemps qu'ailleurs (Weinstock et al., 2004 ; Barreto et al., 2006). Dans les pays à revenu faible et faible à intermédiaire, où les antirétroviraux ont été introduits plus récemment, les taux de résistance relevés sont bien inférieurs, mais ils pourraient augmenter avec l'allongement de la survie des personnes sous traitement.

Il faut obtenir un niveau d'observance des traitements plus élevé pour éviter ou retarder l'apparition de la pharmacorésistance, qui est étroitement associée à l'échec des traitements (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). Un volume croissant de données associe les interruptions de traitement – y compris celles qui sont motivées par le nombre des CD4 – au rebond viral, à des résultats cliniques inférieurs et à une baisse de la qualité de vie (Strategies for Management of Antiretroviral Therapy Study Group, 2006 ; Burman et al., 2008 ; UK Collaborative HIV Cohort

Study, 2008). Les efforts déployés pour encourager l'observance des traitements ont été facilités par la simplification des schémas thérapeutiques antirétroviraux ces dernières années, y compris la mise au point de doses à ne prendre qu'une fois par jour (Johnson, et al., 2006 ; Niel Malan, 2008).

Bien qu'il soit possible d'atteindre une bonne observance des traitements dans les milieux aux ressources limitées et dans diverses populations vulnérables (Mills et al., 2006), nombreuses sont les personnes vivant avec le VIH qui trouvent qu'il est difficile de respecter les schémas thérapeutiques antirétroviraux. Dans un dispensaire de Johannesburg, en 15 mois, près d'un malade sur six a abandonné son traitement après l'avoir commencé (Dalal et al., 2008). Les facteurs susceptibles de contribuer à la non-observance sont nombreux et peuvent varier selon la population et le milieu. Il peut s'agir de facteurs sociaux et économiques (p. ex. la pauvreté, la précarité du logement et l'insuffisance des transports conduisant à des centres de traitement éloignés) et

de problèmes de santé qui ne sont pas liés au VIH (p. ex. une dépendance active à des substances chimiques ou une maladie mentale) (Hicks et al., 2007 ; Tegger et al., 2008). Il peut être particulièrement difficile de garantir une réelle observance des traitements chez les enfants en raison du manque de formules pédiatriques appropriées, du mauvais goût de certains médicaments antirétroviraux pédiatriques et du fait qu'il faille dépendre d'un adulte soignant pour l'administration du médicament.

Bien que l'observance des traitements antirétroviraux ait été au centre d'un grand nombre d'essais cliniques, les stratégies optimales susceptibles de mesurer et d'améliorer cette observance n'ont pas encore été définies (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2008). L'éducation des malades, le conseil et l'utilisation de rappels constituent des éléments prometteurs des stratégies de soutien à l'observance des traitements (Wang et al., 2007 ; Wang & Wu, 2007 ; Aspelung & van Wyk, 2008). Dans les campagnes de l'Ouganda, plus de 95% des malades observaient leur traitement dans 95% des cas au moins (en se fondant sur le nombre de comprimés) après avoir été exposés à

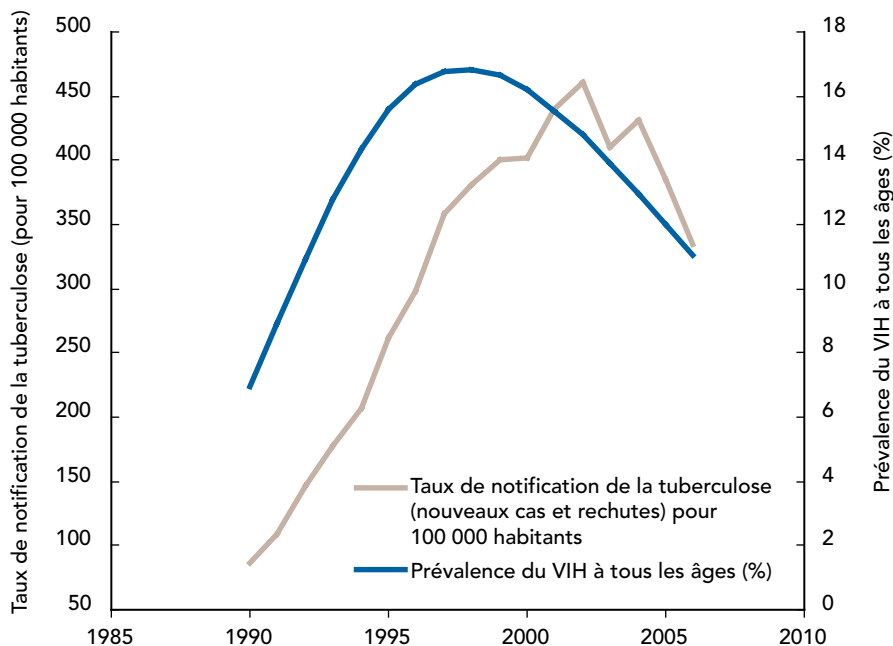
diverses interventions en faveur de l'observance, y compris les groupes d'enseignement, la planification de l'observance personnelle, les « compagnons de traitement » et la distribution hebdomadaire des médicaments à la maison (Weidle et al., 2006). Les programmes qui s'appuient sur les pairs et fournissent une assistance soutenue à l'observance des traitements se sont révélés efficaces ; par exemple dans la province de Java Ouest en Indonésie, le programme Pantura Plus Karawang forme et soutient des bénévoles dans les zones rurales et urbaines afin qu'ils apportent une aide à l'observance aux personnes sous thérapie antirétrovirale.

Éléments du traitement et de la prise en charge complets du VIH sans lien avec les antirétroviraux

La prise en charge médicale du VIH, ce n'est pas seulement le traitement de l'infection à VIH sous-jacente. L'immunodéficience liée au VIH accroît le risque de contracter toute une série de maladies débilitantes potentiellement mortelles ; par conséquent

FIGURE 5.6

Relation entre le taux de notification de la tuberculose et la prévalence du VIH au Zimbabwe, 1990-2006



Source: Rapport mondial 2008 de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose (OMS, 2008a) ; estimations de la prévalence du VIH, ONUSIDA.

la prévention et le traitement de ces infections opportunistes sont essentiels à l'efficacité du traitement et de la prise en charge du VIH. Les personnes vivant avec le VIH souffrent également souvent d'autres maladies qui ne sont pas directement liées à leur infection à VIH, mais qui peuvent être aggravées par la présence du VIH ou compliquer la thérapie antirétrovirale. Pour maximiser le succès du traitement contre le VIH, il faut aussi prêter attention à la nutrition, à la santé mentale et aux facteurs sociaux et économiques, par exemple l'accès aux transports. Ce n'est qu'en veillant à ce que les personnes vivant avec le VIH participent activement à leur propre prise en charge médicale que les cliniciens seront en mesure de traiter rapidement et efficacement tout l'éventail des maladies auxquelles les personnes séropositives au VIH sont potentiellement vulnérables.

Tuberculose

La communauté internationale accorde, à juste titre, une attention exceptionnelle à l'élargissement de la thérapie antirétrovirale, mais elle déploie beaucoup moins d'efforts pour une activité qui pourrait entraîner

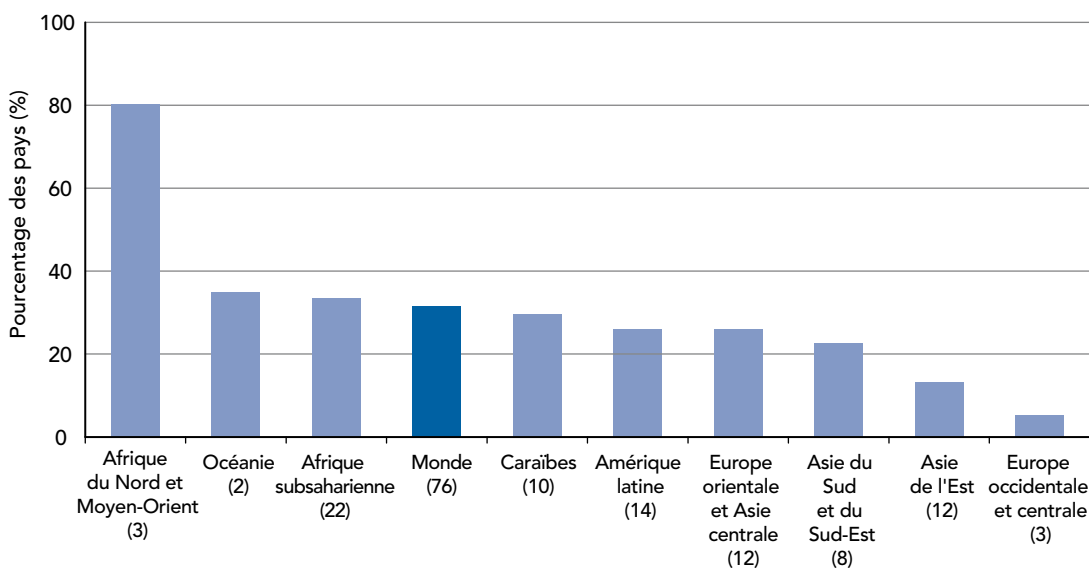
des baisses comparables de la mortalité et de la morbidité liées au VIH, à savoir la prévention, le diagnostic et le traitement en temps utile de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

La tuberculose reste l'infection opportuniste la plus fréquente chez les personnes vivant avec le VIH, y compris celles qui sont sous thérapie antirétrovirale et elle est une des principales causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Egger, 2007). Les synergies entre VIH et tuberculose sont illustrées à la Figure 5.6, qui montre comment la baisse de la prévalence du VIH au Zimbabwe a entraîné une baisse de la tuberculose. Vu l'impact synergique du VIH et de la tuberculose, l'Afrique connaît aujourd'hui ce que les experts de la tuberculose appellent la pire épidémie de tuberculose depuis l'apparition des antibiotiques (Chaisson, 2008).

On estime que 22% des cas de tuberculose en Afrique surviennent chez des personnes vivant avec le VIH; dans certains pays de la région ce chiffre peut atteindre 70% (OMS, 2008a). Jusqu'à la moitié des enfants vivant avec le VIH en Afrique du Sud

FIGURE 5.7

Pourcentage des cas incidents de tuberculose chez des personnes vivant avec le VIH, qui reçoivent à la fois des antirétroviraux et des médicaments antituberculeux, 2007



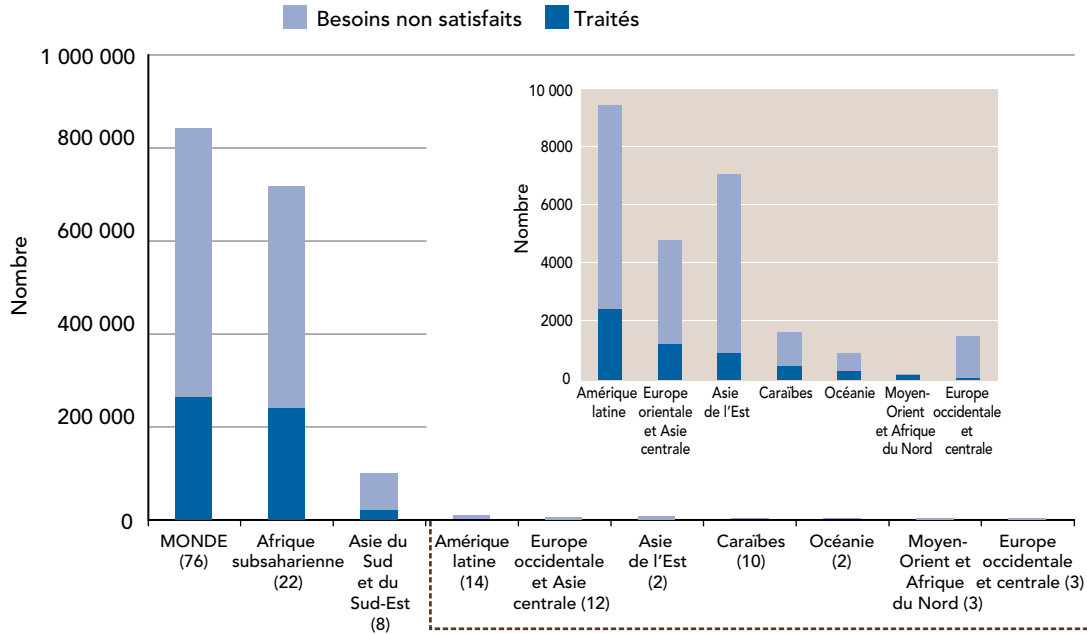
Note: pas de données de l'Amérique du Nord

(nombre de pays faisant rapport)

Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

FIGURE 5.8

Besoins de traitement non satisfaits pour les cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, par région, 2007



(Nombre de pays notifiant des cas)
 Note: Pas de données d'Amérique du Nord
 Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

sont également infectés par la tuberculose (Prendergast et al., 2007). Bien que l'incidence de la tuberculose ait baissé à l'échelle mondiale ces dernières années, le nombre de cas continue d'augmenter dans les zones fortement touchées par le VIH ou par la tuberculose pharmacorésistante, comme c'est le cas en Afrique et en Europe orientale (OMS, 2008a).

Diagnostiquer et traiter la tuberculose active. La tuberculose est particulièrement difficile à diagnostiquer chez les personnes vivant avec le VIH, que ce soit par la microscopie des crachats ou sur le plan clinique (Hopewell et al., 2006; Chaisson & Martinson, 2008). Des outils de diagnostic plus sensibles permettraient de réduire de 20% la mortalité liée à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (Dowdy et al., 2006), mais ces techniques sont rarement disponibles dans les milieux où les ressources manquent (Chaisson & Martinson, 2008).

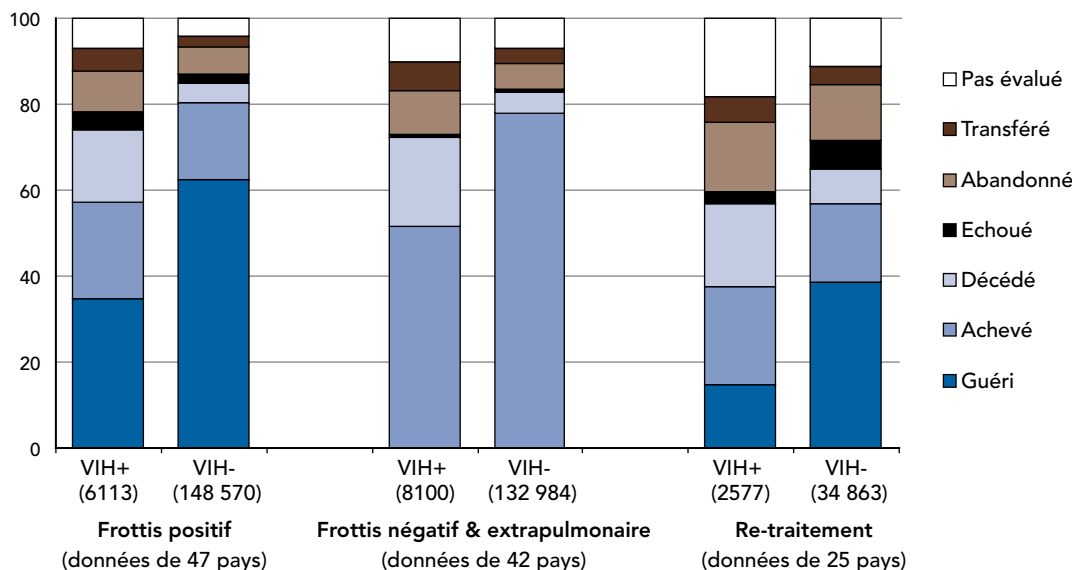
Le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH suit la même approche de base que pour les patients qui ne sont pas infectés par le VIH.

Pourtant, malgré l'existence de traitements abordables et bien maîtrisés de la tuberculose, 32% seulement des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH bénéficient à la fois des médicaments antirétroviraux et antituberculeux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Si l'on se réfère au nombre de malades qui devraient bénéficier de ce double traitement, c'est en Afrique subsaharienne que ce besoin est le moins satisfait (Figure 5.7). Si on les compare aux personnes atteintes de tuberculose sans infection à VIH, les personnes tuberculeuses vivant avec le VIH ont des taux de succès de traitement moins élevés, en raison principalement d'un risque de décès accru (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008; OMS, 2008a).

On recommande aux malades séropositifs au VIH de prendre systématiquement du cotrimoxazole, qui peut amener une baisse de 40% de la mortalité (OMS, 2007b). En 2006, 78% des personnes séropositives au VIH atteintes de tuberculose ont bénéficié d'une prophylaxie au cotrimoxazole (OMS, 2008a).

FIGURE 5.9

Résultats des traitements des personnes atteintes de tuberculose séropositives au VIH et séronégatives au VIH, cohorte 2005



Note: Les chiffres sous les colonnes représentent le nombre de malades figurant dans la cohorte.

Source: Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Organisation mondiale de la Santé, Genève.

Les interactions potentielles entre médicaments, ainsi que les difficultés associées à l'observance de plusieurs schémas thérapeutiques, peuvent compliquer le traitement simultané de la tuberculose et du VIH (Hopewell et al., 2006). En 2007, l'OMS a publié un nouveau module pour la prise en charge conjointe de la tuberculose et du VIH dans le cadre de son initiative sur la Prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (OMS, 2007b). Une information précise et continue est essentielle si l'on veut aider les malades qui suivent un traitement contre le VIH et la tuberculose à prendre correctement un grand nombre de comprimés et à respecter les modifications de médication exigées par les schémas thérapeutiques standard du double traitement.

Quelle que soit la sérologie VIH, l'observance consciencieuse des traitements de la tuberculose est cruciale pour éviter l'apparition de la pharmacorésistance, qui entraîne des échecs de traitement et peut être transmise à d'autres. On a montré que les personnes vivant avec le VIH avaient un risque deux fois plus élevé d'être atteintes de tuberculose multirésistante (TB-MR) que les

personnes qui ne sont pas infectées par le VIH (OMS, 2008c). Dans une zone rurale de la province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, une flambée de tuberculose ultra-résistante aux médicaments TB-UR), c'est-à-dire une tuberculose qui est résistante à la fois aux médicaments de première et de deuxième intentions, a été associée à une mortalité extrêmement élevée parmi des personnes vivant avec le VIH (Gandhi et al., 2006).

Prévenir la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé à toutes les personnes vivant avec le VIH de procéder régulièrement au dépistage de la tuberculose active. En l'absence de preuves de maladie active, il faudrait que ces personnes soient traitées pour une infection tuberculeuse latente au moyen d'une thérapie préventive de six à neuf mois (OMS, 2004). D'après les gouvernements nationaux, 42% seulement des pays connaissant des épidémies généralisées ont mis en œuvre le dépistage systématique de la tuberculose chez les personnes séropositives au VIH et 27% seulement fournissent une thérapie de prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans

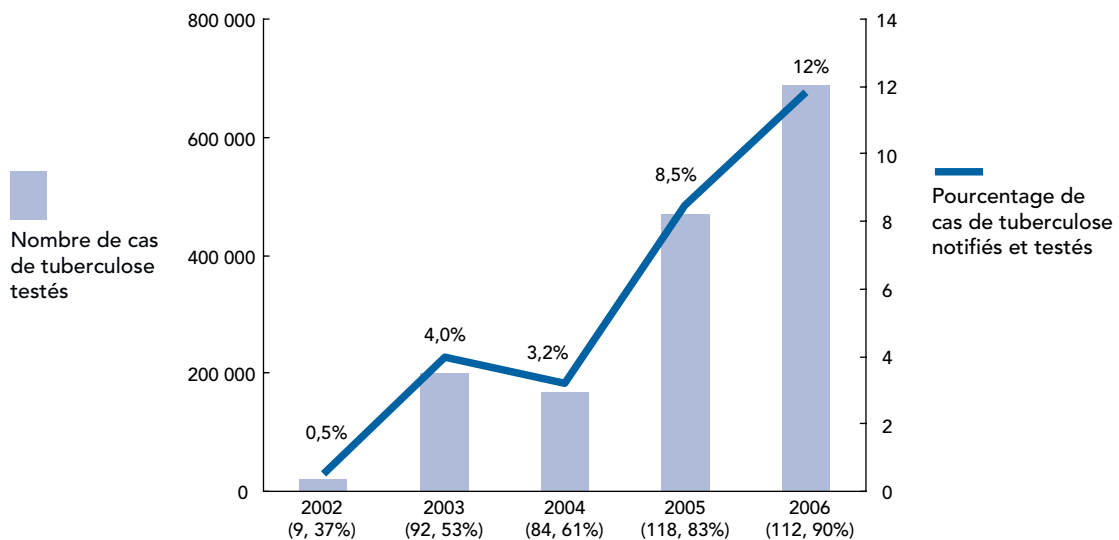
les districts qui en ont besoin; des informateurs non gouvernementaux indiquent que ces deux services ne sont largement disponibles que dans 24% des pays connaissant des épidémies généralisées (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Une enquête OMS dans 41 pays qui connaissent un fardeau de VIH et de tuberculose modéré à élevé a noté que, si 51% des pays disposent de politiques nationales pour la fourniture de thérapie antituberculeuse préventive aux personnes séropositives au VIH atteintes d'infection tuberculeuse latente, 15% seulement des pays avaient mis en œuvre la politique à l'échelle nationale. A l'échelle mondiale, 27 000 personnes séropositives au VIH seulement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient entamé une thérapie préventive à l'isoniazide en 2006 et presque toutes dans un seul pays, le Botswana (OMS, 2008a).

Prévenir la poursuite de la transmission. Les établissements de soins sont potentiellement des lieux importants de transmission de la tuberculose – et plus gravement, de la TB-UR – aux personnes vivant avec le VIH. Un modèle mathématique a montré que la mise en place des méthodes disponibles de lutte contre l'infection dans les établissements de soins

pourrait prévenir près de la moitié de tous les cas de TB-UR en Afrique du Sud (Basu et al., 2007). Selon des rapports nationaux, plus de 60% des pays connaissant des épidémies généralisées n'ont toujours pas mis en œuvre les bonnes pratiques de lutte contre l'infection pour prévenir la transmission de la tuberculose dans les milieux à forte prévalence, par exemple les dispensaires de prise en charge du VIH (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Problèmes rencontrés par les systèmes de santé pour prendre en charge la coinfection VIH/tuberculose. Les insuffisances institutionnelles se combinent pour entraver les efforts déployés par les pays afin de répondre à la menace synergique que présente la coinfection VIH/tuberculose. Les actions entreprises notamment pour réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH sont contrecarrées par l'échec de l'intégration des services VIH et tuberculose aux niveaux national et sous-national, qui a pour effet des occasions manquées de fournir des services optimaux de prévention, de diagnostic et de traitement.

FIGURE 5.10 Dépistage du VIH chez les malades de la tuberculose, tous pays, 2006



Note: Les chiffres sous les colonnes représentent le nombre de pays qui notifient des données, suivi du pourcentage du total estimé des cas de tuberculose séropositifs au VIH observés dans les pays qui notifient des cas.

Source: OMS, 2008a.

Le financement des efforts de lutte contre la tuberculose dans les pays connaissant un lourd fardeau de cette maladie a plus que doublé depuis 2002, mais un grand nombre des pays les plus touchés n'ont pas encore prévu de budget suffisant pour les activités visant à réduire le fardeau de la tuberculose liée au VIH. Les obstacles au sein des systèmes de santé, par exemple l'insuffisance des approvisionnements en médicaments et des capacités de laboratoire, limitent encore et toujours la prise en charge efficace des personnes vivant avec le VIH (OMS, 2007d).

Sur les 63 pays qui, collectivement, abritent 97% des cas de tuberculose séropositifs au VIH dans le monde, 63% ont mis en place des plans nationaux pour la fourniture intégrée de la prise en charge du VIH et de la tuberculose. Néanmoins, un grand nombre de ces plans n'ont pas été traduits en réels systèmes de prestations. Bien que le Plan mondial « Halte à la tuberculose » 2006–2015 ait fixé comme objectif mondial de dépister le VIH chez 1,6 million de malades de la tuberculose chaque année, quelque 700 000 seulement de ces malades avaient été testés pour le VIH en 2006 (OMS, 2008a) (Figure 5.10).

Défis techniques à relever pour améliorer l'issue de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. En plus de 40 ans, aucune nouvelle classe de médicaments antituberculeux n'a été approuvée et le principal test de diagnostic est vieux de plus de 100 ans. Il faudrait considérablement accroître les investissements dans la recherche de nouveaux outils pour prévenir, diagnostiquer et traiter la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.

Autres maladies liées au VIH

En plus de la tuberculose, les personnes vivant avec le VIH peuvent être vulnérables à toutes sortes d'infections opportunistes, par exemple la pneumonie à *Pneumocystis carinii*, la rétinite due au cytomégalovirus, diverses maladies et complications orales, des changements de la masse osseuse et un risque accru de maladies osseuses, ainsi que le cancer du col de l'utérus. La thérapie antirétrovirale est souvent cruciale pour une gestion efficace des infections opportunistes, car le rétablissement des fonctions immunologiques réduit généralement considérablement le risque de survenue d'une maladie opportuniste (Heiden et al., 2007). En outre, les interventions cliniques portent sur les infections

opportunistes elles-mêmes, ce qui exige un suivi constant du malade, des outils de diagnostic précis, une prophylaxie en temps opportun et un traitement ciblé.

L'accès aux médicaments et aux autres services de santé nécessaires à la prise en charge des maladies opportunistes liées au VIH est souvent sévèrement limité dans un grand nombre des pays manquant de ressources. Soixante-dix pour cent des pays participant à une enquête de l'OMS ont indiqué que des approvisionnements irréguliers et des ruptures de stock fréquentes constituaient des obstacles à l'élargissement de la prophylaxie au cotrimoxazole à l'échelle nationale, prophylaxie utilisée dans le traitement de la tuberculose et d'autres infections opportunistes liés au VIH.

L'hépatite B est endémique dans un grand nombre de pays à forte prévalence du VIH et elle se concentre particulièrement chez les enfants. Dans une étude en Côte d'Ivoire, 12% des enfants vivant avec le VIH étaient également infectés par l'hépatite B (Rouet et al., 2008). Les adultes atteints d'une double infection VIH et hépatite B passent au stade chronique de l'hépatite B cinq fois plus rapidement que les adultes qui ne sont pas infectés par le VIH. Les personnes atteintes à la fois de VIH et d'hépatite B ont parfois des difficultés à tolérer les antirétroviraux, ce qui exige un suivi étroit et continu des malades (Hoffman, 2007). Certaines études ont également relevé un risque potentiel accru de résistance aux antirétroviraux chez les enfants coinfectés par le VIH et l'hépatite B (Rouet et al., 2008). On ne peut pas guérir l'hépatite B, bien que la suppression de la maladie soit possible par une thérapie prolongée, de durée parfois indéterminée. Malheureusement, sur les sept médicaments actuellement utilisés pour traiter l'hépatite B chronique dans les pays à revenu élevé, un seul est largement disponible en Afrique et en Asie (Hoffman, 2007).

Besoins des consommateurs de drogues injectables en matière de traitement

Même s'il est parfaitement possible d'obtenir d'excellents résultats par la thérapie antirétrovirale chez des individus séropositifs qui dépendent de substances, la toxicomanie peut avoir un effet important sur les approches thérapeutiques. La consommation d'alcool, par exemple, peut exacerber les effets secondaires des médicaments (NIH, 2008) et

les malades dépendants de substances chimiques ont parfois de la peine à respecter les traitements prescrits.

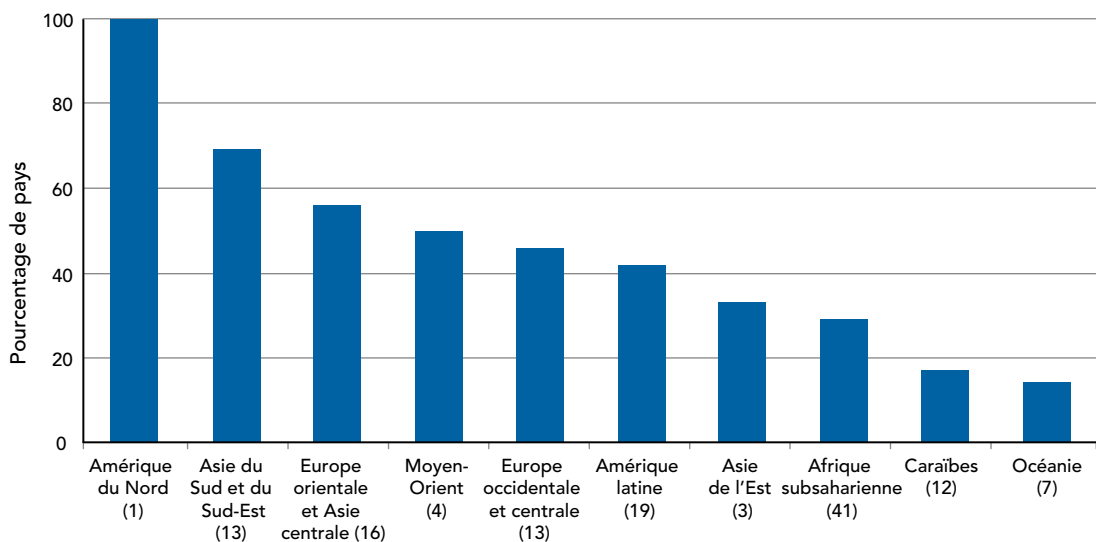
Les traitements de substitution par la méthadone ou la buprénorphine sont efficaces pour traiter la dépendance aux opiacés. L'OMS a ajouté la méthadone à la liste des médicaments essentiels en 2005. Néanmoins, l'insuffisance ou l'absence totale de traitements de substitution dans de nombreuses parties du monde, en raison de l'interdiction de ces services par les politiques gouvernementales, constitue un obstacle majeur au traitement efficace des personnes séropositives dépendantes des opiacés (voir Chapitre 4). Le manque de traitements de substitution pour la dépendance aux substances chimiques est particulièrement important en Chine, en Fédération de Russie et en Inde (OMS, 2008b). Selon les rapports des informateurs non gouvernementaux, de nombreux pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, d'Asie du Sud et du Sud-Est et d'Amérique du Nord sont dotés de loi, de réglementations et de politiques qui entravent la fréquentation des services liés au VIH par les consommateurs de drogues injectables (données de l'Indice composite des politiques nationales fournies par les pays, 2008) (Figure 5.11).

La coinfection avec une ou plusieurs formes d'hépatite est fréquente chez les personnes vivant avec le VIH dans de nombreuses régions du monde. Des études aux Etats-Unis suggèrent que 50% à 90% des consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH sont aussi infectés par l'hépatite C (Centers for Disease Control and Prevention, 2005). L'infection à VIH accroît significativement le risque de décès par maladies hépatiques chez les individus infectés par l'hépatite C (Smit et al., 2008). Bien qu'il soit possible d'obtenir d'excellents résultats cliniques chez les individus coinfectés par le VIH et l'hépatite C, la prise en charge médicale simultanée des deux maladies peut être complexe étant donné les interactions et la toxicité potentielles des médicaments et les incertitudes quant au choix des meilleures approches thérapeutiques (Sulkowski & Benhamou, 2007).

Maladies du vieillissement

Dans les situations où les antirétroviraux sont largement utilisés depuis le milieu des années 1990, le traitement a radicalement changé le cours naturel de l'infection à VIH, élargissant le spectre des problèmes de santé présentés par les individus

FIGURE 5.11 Pourcentage de pays qui annoncent des lois, réglementations ou politiques constituant des obstacles à la fréquentation des services pour les consommateurs de drogues injectables



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

(nombre de pays faisant rapport)

vivant avec le VIH et modifiant les causes de décès les plus courantes chez les personnes séropositives au VIH (Smit et al., 2006). En particulier, les maladies chroniques et les maladies concomitantes provoquent un pourcentage toujours plus grand de décès parmi les personnes vivant avec le VIH dans les milieux où les antirétroviraux sont utilisés depuis plus d'une décennie. Entre 1995 et 2006, le pourcentage de décès non liés au VIH parmi les personnes vivant avec le VIH à New York a augmenté de 8% à 32%, les maladies cardio-vasculaires et les cancers non associés au sida représentant près de la moitié de tous les décès (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007). En Norvège, alors que le risque de décès lié au VIH a baissé de 80% depuis l'apparition des trithérapies, le taux de mortalité chez les personnes vivant avec le VIH reste quatre fois plus élevé que celui de la population générale (2007).

Au fur et à mesure que les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire vivent plus longtemps grâce à un accès accru aux médicaments antirétroviraux, il est probable que le nombre et la prévalence des infections opportunistes liées au VIH vont également évoluer. Par exemple, en se basant sur l'expérience des pays à revenu élevé, où les médicaments sont largement disponibles depuis le milieu des années 1990, plusieurs cancers non liés au sida pourraient bien devenir des complications de plus en plus importantes de l'infection à VIH (Grulich et al., 2007; Dhir et al., 2008).

Santé mentale

L'infection à VIH, maladie potentiellement mortelle et objet de stigmatisation, a inévitablement des effets sur la santé mentale. On estime que près de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde souffriront à un moment ou un autre de dépression clinique (Miller, 2006). En plus de ses conséquences psychosociales, l'infection à VIH peut avoir d'importants effets biologiques sur le fonctionnement de la santé mentale, avec pour effet des déficiences cognitives et la démence (Freeman et al., 2005).

L'intégration des services de santé mentale dans les programmes de traitement antirétroviral est essentielle pour une prise en charge et un traitement efficaces. En moyenne, les malades qui connaissent des troubles de l'humeur, de l'anxiété ou un abus de substances

ont une réaction virologique moins marquée à la thérapie antirétrovirale que les personnes qui ne sont pas atteintes de ces maladies (Pence et al., 2005). La dépression a également été associée à une baisse des apports nutritionnels chez les personnes vivant avec le VIH (Isaac et al., 2008).

Il existe des stratégies avérées de conseil, de soutien social et de psychothérapie pour répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes vivant avec le VIH (Catalan et al., 2005). Les gouvernements nationaux des pays connaissant des épidémies généralisées indiquent que des services d'appui psychosocial existent dans tous les districts qui en ont besoin dans 52% des pays, bien que les informateurs non gouvernementaux estiment que ceci n'est le cas que dans 27% de ces pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Des services professionnels de santé mentale sont rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Alors que les troubles mentaux représentent plus de 11% du fardeau total de morbidité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, nombreux sont les pays qui investissent moins de 1% de leurs budgets de santé dans les services de santé mentale (Patel, 2007). L'élargissement des capacités en santé mentale des établissements où l'on administre des antirétroviraux est une priorité importante sur la voie de l'accès au traitement universel.

Nutrition et traitement et prise en charge du VIH

L'état nutritionnel est un des meilleurs indicateurs de prédiction de la mortalité liée au VIH. Avec la progression de la maladie à VIH, l'état nutritionnel se détériore fréquemment. L'infection à VIH augmente les besoins en protéines, micronutriments et énergie chez les adultes comme les enfants (OMS, 2003; Friis, 2005). Dans le même temps, les symptômes liés au VIH, tels que le manque d'appétit, les ulcères buccaux et une mauvaise absorption des nutriments est susceptible de réduire la consommation d'aliments. Le manque d'accès à une nourriture adéquate constitue un problème particulier pour les personnes qui entament une thérapie antirétrovirale et il arrive qu'il entrave la fréquentation des services de traitement.

La VIH accentue les carences nutritionnelles déjà importantes qui sont le lot d'un grand nombre de pays fortement touchés par l'épidémie. Généralement, dans les pays les moins développés 35% de la population souffre d'une nutrition insuffisante (PNUD, 2005). Les carences en micronutriments sont l'une des formes les plus courantes de la mauvaise nutrition dans les pays à faible revenu et elles peuvent porter encore davantage atteinte au système immunitaire des personnes vivant avec le VIH, réduisant ainsi la capacité de l'organisme à combattre l'infection (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004a; Jones et al., 2006).

Dans le cas des enfants séropositifs au VIH, une mauvaise nutrition accélère la progression de la maladie à VIH et accroît le risque de décès dans les premières années de vie (Walzer et al., 2006). En Afrique subsaharienne et dans d'autres pays touchés par le VIH, les carences nutritionnelles sont fréquentes chez les enfants (Bryce et al., 2008). Il est particulièrement important de suivre le régime alimentaire des enfants allaités au sein nés de mères séropositives au VIH au moment où ils sont sevrés, car cette transition a souvent pour effet une sous-alimentation et un risque accru de mortalité ou de retard de croissance (Becquet et al., 2006).

Un soutien nutritionnel offert en temps utile aux personnes vivant avec le VIH peut contribuer à prolonger la période asymptomatique de relative bonne santé pour ces personnes ou, si le système immunitaire est déjà gravement atteint, à réduire le risque de décès. (Pour un résumé des données disponibles sur l'impact de l'appui nutritionnel sur la santé des personnes vivant avec le VIH, voir Gillespie & Kadiyala, 2005). Parmi les stratégies avérées permettant d'améliorer l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH, on peut noter la distribution de rations dans les zones d'insécurité alimentaire, les suppléments en micronutriments et les aliments thérapeutiques pour combattre les effets de la malnutrition modérée ou grave (Gillespie & Kadiyala, 2005). D'après les rapports non gouvernementaux, seuls 11% des pays connaissant des épidémies généralisées assurent la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH dans tous les districts, alors que les rapports des gouvernements indiquent que ces services sont largement disponibles dans 23% des pays (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Le suivi nutritionnel, associé à une intervention appropriée en temps utile, est un élément crucial de la gestion des antirétroviraux. Au niveau le plus élémentaire, lorsque les malades ont faim ou sont sous-nutris, il leur est difficile et parfois même impossible de suivre des schémas thérapeutiques complexes (Marston & Decock, 2004). Selon le traitement prescrit, la prise de médicaments antirétroviraux exige certaines restrictions diététiques; certains médicaments doivent être pris à jeun, alors que le métabolisme d'autres médicaments est optimisé lorsqu'ils sont pris au moment des repas (Food and Nutrition Technical Assistance, 2004b). Comme c'est le cas pour tous les médicaments, les antirétroviraux seront vraisemblablement plus efficaces lorsqu'ils sont absorbés par des personnes bien nourries. En outre, certains effets secondaires courants des médicaments, comme la nausée ou le manque d'appétit, peuvent entraîner une baisse de la consommation alimentaire. Un récent projet de recherche opérationnelle conduit par le Programme alimentaire mondial et le Centre de recherche sur les maladies infectieuses en Zambie a trouvé que les malades sous thérapie antirétrovirale qui bénéficiaient d'un soutien nutritionnel ciblé avaient de meilleurs taux d'observance des traitements.

Améliorer l'accès aux services de traitement et de prise en charge

Même si d'importants progrès ont été faits, l'élargissement des traitements n'a pas suivi l'accroissement des besoins réels. Dans plusieurs régions, les actions destinées à fournir les thérapies indispensables à ceux qui en ont besoin ont rencontré toutes sortes d'obstacles. Pour atteindre l'accès universel, il faudra élaborer des stratégies efficaces pour surmonter ces obstacles.

Connaissance insuffisante de sa sérologie VIH

On dispose de techniques financièrement abordables pour diagnostiquer l'infection à VIH, y compris les tests rapides qui évitent aux individus un retour au laboratoire pour recevoir leurs résultats. Si le diagnostic du VIH est assez facile chez les adultes – sauf juste après l'exposition au virus, où des techniques plus pointues sont nécessaires pour poser un diagnostic définitif – il est plus compliqué chez les jeunes enfants, comme on l'a montré plus haut.

Les soins palliatifs dans les ripostes nationales au VIH

Une des questions qui revêt une importance croissante dans l'intensification de l'accès universel, c'est le rôle des soins palliatifs en tant que composante intégrale des ripostes nationales au VIH. Les soins palliatifs, ce sont l'appui psychosocial, l'accès aux médicaments susceptibles de contrôler les douleurs et les symptômes et les autres mesures traitant des difficultés physiques, mentales et spirituelles rencontrées lorsqu'on doit faire face au VIH et aux maladies qui lui sont associées.

Les programmes actuels de soins palliatifs sont soumis à d'énormes pressions pour répondre à une demande croissante. Par exemple, dans le district de Motheo de l'Etat libre, en Afrique du Sud, on estime à 44 000 le nombre d'orphelins de mère, dont 7736 vivent avec le VIH. On pense que plus de 25 000 enfants de moins de 10 ans souffrent de malnutrition. Le seul programme de soins palliatifs du district permet d'aider 1300 enfants, soit une fraction de ceux qui ont besoin d'un soutien (Dippenaar & Marston, 2008).

Les obstacles juridiques et réglementaires à l'accès aux médicaments analgésiques simples et peu coûteux constituent une entrave importante à l'efficacité des services de soins palliatifs. L'Organe international de contrôle des stupéfiants admet que la plupart des pays ont une faible consommation de médicaments à base d'opiacés et que sept pays à revenu élevé représentant 12% seulement de la population mondiale (Allemagne, Australie, Autriche, Canada, Etats-Unis, France et Royaume-Uni) consomment 84% de la morphine médicale. L'Organe a invité les gouvernements à examiner de manière critique et à réviser les méthodes qu'ils appliquent pour estimer les besoins de leurs pays en opiacés (Organe international de contrôle des stupéfiants, 1989).

Un diagnostic en temps utile de l'infection à VIH est crucial pour une prise en charge efficace de l'infection à VIH. Les personnes diagnostiquées tardivement répondent moins bien à la thérapie antirétrovirale et sont exposées à un risque accru de maladie et de décès (Girardi, Sabin & Monforte 2007). Une étude réalisée à New York a révélé que les personnes atteintes d'une infection opportuniste au moment de leur diagnostic de sida avaient un risque trois fois plus élevé de mourir dans les trois ans que les personnes ayant moins de 200 CD4 par mm³, mais aucun antécédent d'infection opportuniste (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2005).

Pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH, le diagnostic du virus n'est posé qu'après une importante détérioration de leur système immunitaire. Au Brésil par exemple – malgré plus d'une décennie d'expérience dans la fourniture d'antirétroviraux dans le cadre du système de santé publique – près de la moitié des personnes vivant avec le VIH apprennent leur diagnostic d'infection en même temps que leur diagnostic de sida (Agence

France Presse, 2008). Ce n'est que récemment que de vastes enquêtes démographiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont commencé à recueillir des informations sur les antécédents des personnes concernant le test VIH, c'est pourquoi il est encore impossible d'analyser les tendances du dépistage. Plus récemment encore, le test sérologique a été introduit dans ces enquêtes, ce qui permet une analyse à la fois de la sérologie VIH et des antécédents de test. Dans les 16 pays où cette analyse était possible, la plupart des personnes interrogées qui ont présenté un test positif pour le VIH n'avaient jamais fait de test VIH auparavant (MEASURE DHS, 2008). Dans presque 40% des pays connaissant des épidémies généralisées, les gouvernements indiquent que les services de conseil et de dépistage du VIH n'ont pas été mis en place dans tous les districts qui en auraient besoin. Les sources non gouvernementales rapportent que c'est dans 70% des pays que ces services ne sont pas largement répandus (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Les services de conseil et de dépistage du VIH à l'intention des personnes atteintes de tuberculose ne sont pas encore disponibles

partout : dans les pays connaissant des épidémies généralisées, 46% des rapports gouvernementaux indiquent que ces services sont disponibles dans tous les districts qui en ont besoin, mais les rapports non gouvernementaux affirment que ce n'est le cas que dans 27% des pays seulement (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Ce ne sont pas que les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont de la peine à assurer une connaissance élargie et en temps utile de la sérologie VIH. On estime que 25% de toutes les personnes séropositives aux Etats-Unis n'ont pas été diagnostiquées (Centers for Disease Control and Prevention, 2002). A New York, capitale financière mondiale, une personne sur quatre qui a présenté un test VIH positif a reçu un diagnostic de sida dans le mois suivant son test de séropositivité (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007).

Comme le décrit le Chapitre 2, la forte stigmatisation qui entoure le VIH dans de nombreux pays décourage bien des gens de chercher à connaître leur sérologie VIH (Weiser et al., 2006). Pourtant de plus en plus de données montrent qu'une action nationale concertée pour promouvoir le dépistage et combattre la stigmatisation liée au VIH peut accroître considérablement le niveau du dépistage. Par exemple, de nombreux pays ont mis en place le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé (ONUSIDA & OMS, 2007) et utilisent les tests rapides, les laboratoires mobiles et d'autres méthodes extra-institutionnelles pour améliorer les connaissances relatives à la sérologie VIH. Au Botswana, le nombre de personnes utilisant les services de dépistage a plus que doublé dans l'année qui a suivi le conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant (Steen et al., 2007). La recherche sociale et comportementale suggère que l'importance et la nature des services liés au test sont souvent des déterminants essentiels de la fréquentation des services (Obermeyer & Osborn, 2007).

Une campagne nationale de promotion de la connaissance de sa sérologie VIH au Malawi a culminé avec la deuxième « Semaine nationale de conseil et de dépistage du VIH » en juillet 2007. Un total de 186 631 personnes ont été testées cette semaine-là, dépassant largement la cible de 130 000 fixée par la campagne, et 80% de ces personnes

n'avaient jamais été testées auparavant. La campagne a permis de diagnostiquer une infection à VIH chez 15 667 personnes, soit 6,1% des hommes testés, 9,7% des femmes non enceintes, et 11,3% des femmes enceintes (Malawi National AIDS Commission, 2007). De même, l'Éthiopie a noté une multiplication par huit de la fréquentation des services de conseil et de test VIH, détectant plus de 108 000 nouvelles infections, soit 6% de toutes les personnes testées (Ethiopia Federal Ministry of Health, 2007).

La médecine traditionnelle africaine est souvent la première, et parfois la seule, option de soins de santé accessible dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, c'est pourquoi la participation des guérisseurs traditionnels à la riposte au VIH est cruciale. Dans la province du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, des actions ont porté sur le développement des capacités des guérisseurs traditionnels à parler de VIH et de sexualité avec les personnes qui les consultent.

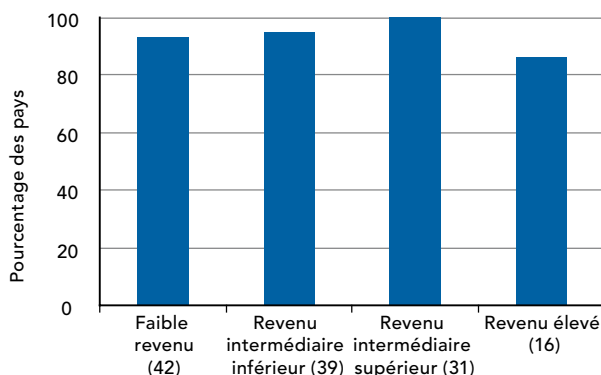
Obstacles économiques

Des problèmes économiques empêchent souvent les gens d'utiliser les médicaments antirétroviraux, car ils doivent par exemple payer une redevance, partager le paiement ou s'acquitter d'autres coûts-patient qui sont supportés par les ménages affectés. La plupart des pays (92% selon des rapports non gouvernementaux) ont des politiques de fourniture gratuite de médicaments antirétroviraux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Cependant, des études de la société civile dans 17 pays ont découvert que de nombreux patients recevant des médicaments gratuits devaient supporter eux-mêmes les coûts parfois considérables des tests de diagnostic ou du traitement des infections opportunistes (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007) (voir Figure 5.12). Reconnaissant les obstacles à l'accès que peuvent représenter les coûts-patient, le Gouvernement du Cameroun a introduit la gratuité du traitement du VIH en 2007, une approche qu'appliquent de nombreux autres pays.

Le traitement peut être parfois beaucoup plus accessible dans les régions urbaines que dans les zones rurales. Un accès limité aux moyens de transport peut considérablement restreindre l'accès au traitement pour les personnes séropositives au VIH dans les zones rurales. Même dans les cas où un dispensaire local est en mesure de fournir des médicaments antirétroviraux,

FIGURE 5.12

Pourcentage par revenu des pays qui annoncent la gratuité du traitement antirétroviral



Source: Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008.

les habitants séropositifs des zones rurales doivent parfois voyager des heures pour faire un test de CD4 ou de la charge virale (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). En 2008, les Chemins de fer indiens ont annoncé un rabais de 50% du prix des billets de train pour les personnes voyageant pour recevoir un traitement du VIH.

Garantir un accès équitable

En plus d'augmenter le nombre total de personnes recevant des antirétroviraux, il faut déployer des efforts ciblés pour garantir que toutes les personnes qui ont besoin de traitement aient un même accès aux médicaments. Des études de la société civile confirment que de nombreuses personnes vivant avec le VIH, en particulier celles venant de groupes marginalisés, sont souvent confrontées à des obstacles considérables pour accéder au traitement du VIH (Human Rights Watch, 2007a; Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Des informateurs non gouvernementaux rapportent que 74% des pays ont mis en place des politiques en vue de garantir un accès égal à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH pour les populations les plus menacées. Cependant, ils indiquent aussi que 63% des pays ont des lois, réglementations ou politiques qui entravent l'accès de ces groupes aux services ((Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Par exemple, plusieurs pays stipulent que les jeunes gens vivant avec le VIH doivent obtenir le consentement de leurs parents avant de recevoir des médicaments antirétroviraux. Selon le rapport «fantôme» de la société civile sur les progrès nationaux en Fédération de Russie, la constitution d'un registre

national des consommateurs de drogues injectables entraîne souvent la discrimination dans l'accès aux services à l'encontre des personnes séropositives au VIH dont les noms figurent dans ce registre.

Soutenir le traitement et les soins VIH

Bien que des progrès importants aient été réalisés dans l'extension de l'accès à la thérapie antirétrovirale, un effort collectif sur des décennies sera nécessaire pour soutenir un accès au traitement du VIH qui doit durer toute la vie. Le nombre de personnes nécessitant un traitement continuera à augmenter, car le processus de la maladie à VIH va se poursuivre chez les 30 millions de personnes dans le monde qui sont séropositives au VIH mais n'ont jamais suivi de traitement. De plus, les coûts du traitement par personne vont probablement augmenter avec le temps, au fur et à mesure que les malades sous associations standard de médicaments en doses fixes vont passer à des médicaments plus coûteux de deuxième et troisième intentions.

Le défi de la pérennisation des traitements est clairement illustré par l'expérience du Brésil. Ce pays, leader des efforts mondiaux d'élargissement de l'accès au traitement, a commencé en 1996 à offrir un traitement antirétroviral dans le cadre de son système de santé, puis a rapidement étendu l'accès en divisant par cinq le coût des médicaments entre 1997 et 2004. Mais récemment, les dépenses budgétaires pour le traitement du VIH ont considérablement augmenté (Nunn et al., 2007). On estime que le coût de la fourniture de médicaments au Brésil en 2008 atteindra US\$ 525 millions – plus du double de la somme dépensée en 2004 (ONUSIDA, 2007b).

Détermination mondiale à renforcer les systèmes de santé dans les milieux pauvres en ressources

Pour étendre et soutenir l'accès aux traitements dans les milieux pauvres en ressources, il faudra mettre en place des compétences humaines solides et durables pour administrer les thérapies antirétrovirales. Cette priorité a attiré un large éventail d'efforts de renforcement des capacités. Une de ces initiatives, menée par l'OMS, est axée sur les moyens de «traiter, former et fidéliser» les professionnels de la santé (Samb et al., 2007).

Les donateurs attachent une importance grandissante au renforcement des systèmes de santé pour soutenir l'élargissement du traitement du VIH. En 2007, le PEPFAR a dépensé US\$ 638 millions pour développer les capacités des secteurs privés et publics de la santé (PEPFAR, 2008). En novembre 2007, le Fonds mondial a annoncé que 20% des fonds de sa série 2008 d'attribution de subventions porteraient sur les mesures de renforcement des systèmes, notamment l'amélioration de l'infrastructure, le renforcement des filières d'approvisionnement et des ressources humaines (Fonds mondial, 2007b).

L'effort actuel d'accroissement de l'accès aux thérapies contribue à soutenir les systèmes de santé fragiles, apportant des bénéfices qui vont au-delà du VIH. Par exemple, 13 pays cibles du PEPFAR ont montré une amélioration de 36% dans le respect des normes relatives à la sécurité du sang au cours des trois dernières années (PEPFAR, 2008). L'intégration du VIH dans les services de soins de santé primaires peut contribuer à améliorer la fréquentation globale des services de santé. Au Rwanda, par exemple, la fourniture de soins VIH de base a été associée à une augmentation des services sans rapport avec le VIH, tels que les consultations ambulatoires, les tests de laboratoire sans rapport avec le VIH, le dépistage de la syphilis et les consultations prénatales (Family Health International, 2007).

À la clôture de la toute première conférence de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé à Kampala, Ouganda, en mars 2008, plus de 1000 participants venus de 57 pays ont adopté la Déclaration de Kampala, qui a appelé à un financement accru pour s'attaquer aux pénuries de professionnels de la santé en Afrique. L'Alliance estime que 1,5 million de professionnels supplémentaires devront être formés pour s'attaquer à la crise des infrastructures de santé en Afrique, pour un coût annuel de US\$ 3,3 milliards. Entre autres, la déclaration invite les pays à revenu élevé à payer une contrepartie aux pays dont ils recrutent les professionnels de la santé.

Des efforts ciblés seront nécessaires afin de garantir que les améliorations récentes dans l'accès au traitement sont soutenues sur le long terme et de s'attaquer aux facteurs clés qui pourraient mettre en péril l'accès au traitement dans les années à venir.

Ressources humaines

De graves pénuries de professionnels de la santé entravent l'élargissement du traitement dans de nombreux pays lourdement affectés par l'épidémie. Abritant plus de deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde, l'Afrique subsaharienne ne compte que 3% des professionnels de la santé dans le monde et représente moins de 1% des dépenses mondiales de santé (OMS, 2006d).

En guise d'exemple, alors que 347 médecins sont disponibles pour 100 000 personnes en Norvège, il n'y en a que deux pour 100 000 au Malawi ou en République-Unie de Tanzanie (PNUD, 2007). De nombreux facteurs contribuent à la crise des ressources humaines dans les systèmes de santé, parmi lesquels : la faiblesse des programmes nationaux d'éducation et de formation médicales, la mise en œuvre limitée des politiques nationales de gestion des ressources humaines et la « fuite des cerveaux » bien documentée des professionnels de la santé, qui quittent des emplois peu rémunérés dans leurs pays d'origine pour un travail mieux rémunéré dans des pays à revenu élevé ou dans des pays voisins (Moore & Morrison, 2007 ; Arah, Ogbu & Okeke, 2008).

La thérapie antirétrovirale permet à des millions de personnes dans le monde de mener une vie productive et en bonne santé. Le traitement ne préserve pas seulement la vie des individus, mais bénéficie aux familles, aux communautés et à l'ensemble de la société.



L'épidémie elle-même sape la capacité des systèmes de santé à répondre au défi que représente l'intensification de l'action en vue de l'accès universel. Alors que le nombre actuel de professionnels de la santé infectés par le VIH peut sembler relativement modeste dans un pays donné, ces infections peuvent avoir un impact majeur sur la riposte nationale au VIH car fréquemment, le nombre de cliniciens chargés de la fourniture des antirétroviraux est limité, et ceci même dans des pays à forte prévalence. Le besoin crucial de préserver des compétences humaines essentielles dans les secteurs de la santé a poussé certains pays à introduire des services spéciaux de prévention et de traitement VIH pour les professionnels de la santé. Au Malawi, par exemple, plus de 1000 professionnels de la santé recevaient des médicaments antirétroviraux en juin 2006. Le Gouvernement du Malawi estime qu'un accès amélioré aux thérapies antirétrovirales a sauvé la vie de 250 professionnels de la santé, générant des économies de productivité équivalant approximativement aux ressources humaines nécessaires pour fournir des médicaments antirétroviraux à l'échelle nationale (Makombe et al., 2007). Le fait que le manque de ressources humaines ait été identifié comme un obstacle à la mise en œuvre d'une subvention du Fonds mondial au Malawi a poussé le Fonds mondial à approuver l'allocation de US\$ 40 millions pour soutenir la stratégie d'urgence du pays en matière de ressources humaines, qui a également attiré un financement important du Département du Royaume-Uni pour le développement international.

Le manque d'effectifs entrave également le fonctionnement de systèmes qui sont vitaux pour l'accès au traitement. Par exemple, les autorités nationales de réglementation sont souvent très

insuffisantes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Gray, 2004). En conséquence, bien des médicaments antirétroviraux plus récents et de deuxième intention ne sont toujours pas homologués dans certains pays à forte prévalence (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Plusieurs stratégies ont été proposées pour réduire les blocages dans l'homologation des médicaments dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, y compris le développement ciblé des capacités au sein des autorités nationales de réglementation, une plus grande collaboration régionale dans l'homologation des médicaments et une assistance accrue aux pays à faible revenu de la part de spécialistes de la réglementation des pays à revenu élevé (Gray, 2004).

Des problèmes de gestion des approvisionnements peuvent également faire obstacle à la distribution des antirétroviraux. Des études de la société civile dans 17 pays ont montré que des ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux (soit aucune réserve disponible) avaient été observées dans divers établissements cliniques dans plusieurs régions en 2007 (Coalition internationale pour la préparation aux traitements, 2007). Tant que les ruptures de stocks seront un problème courant pour de nombreuses maladies dans les pays pauvres en ressources, il faudra des systèmes de remplacement fonctionnels pour prévenir l'interruption des traitements du VIH.

Améliorer la capacité de diagnostic

Si une approche de santé publique permet d'administrer des médicaments antirétroviraux même en l'absence des techniques de diagnostic perfectionnées qui sont la norme dans les pays riches,

Le transfert de tâches pour accroître la capacité des systèmes de santé

Le transfert de tâches est une des stratégies permettant de s'attaquer au manque de professionnels de la santé. Elle implique la redistribution de tâches cliniques au sein des équipes de santé, des agents de santé les plus spécialisés à ceux qui le sont moins, par exemple, des médecins spécialistes aux généralistes, des médecins au personnel infirmier et du personnel infirmier à des membres formés de la communauté. Le transfert de tâches augmente l'efficacité de la fourniture des soins de santé, accroît les effectifs en ressources humaines et facilite une extension plus rapide des programmes de traitement (OMS, 2007e).

Le transfert de tâches est apparu ces dernières années comme un important sujet de discussion dans les cercles VIH suite à l'élargissement des traitements, mais cette approche est courante dans de nombreux milieux pauvres en ressources. Les cliniciens non-médecins sont nombreux dans 25 des 47 pays africains étudiés, surpassant même le nombre de médecins dans neuf pays (OMS, ONUSIDA & PEPFAR, 2008). Plus de trois décennies d'expérience dans l'emploi des agents communautaires pour la thérapie DOTS contre la tuberculose montrent bien la capacité de ces agents à fournir de nombreux services de soins de santé primaires (Samb et al., 2007). Bien que l'accent mis sur le transfert de tâches pour l'élargissement de la thérapie antirétrovirale puisse soulever des inquiétudes quant à la possibilité de soins de deuxième classe dans des milieux aux ressources limitées, la réalité est que le transfert de tâches est devenu courant dans les établissements cliniques des pays à revenu élevé, avec l'emploi étendu et satisfaisant des assistants médicaux et des personnels infirmiers (Wilson et al., 2005).

Afin d'accélérer l'extension des traitements et d'accroître les ressources humaines, plusieurs pays à forte prévalence du VIH ont complété leur emploi informel de non-médecins, de longue date, avec des efforts plus systématiques pour promouvoir le transfert de tâches en tant qu'élément de leurs stratégies nationales de lutte contre le VIH. Ces efforts produisent des résultats prometteurs. Au Mozambique, après avoir formé des non-médecins à prescrire des médicaments antirétroviraux dans 85% des établissements cliniques du pays, le nombre de sites administrant des médicaments a été multiplié par trois et la couverture des traitements a passé de 9,4% à 16,4% (Gimbel et al., 2007). Les programmes adoptant une approche de la fourniture de services VIH axée sur les personnels infirmiers en Haïti et au Rwanda signalent peu de pertes dans le suivi médical, des taux élevés de réussite du traitement et des niveaux de mortalité qui sont comparables à ceux des programmes antirétroviraux plus traditionnels (OMS, ONUSIDA & PEPFAR, 2008).

Afin de guider les efforts de renforcement des ressources humaines pour le VIH, l'OMS, l'ONUSIDA et l'initiative PEPFAR ont élaboré conjointement des directives détaillées relatives au transfert de tâches. Ces directives traitent des mécanismes de garantie de qualité et autres questions connexes. Le transfert de tâches n'est pas une panacée contre les faiblesses infrastructurelles qui freinent l'élargissement des traitements, mais une des approches parmi d'autres qui doivent être poursuivies, par exemple l'augmentation de la rémunération des professionnels de la santé dans les milieux pauvres en ressources et l'amélioration de l'éducation et de la formation médicales.

une amélioration de la capacité de diagnostic dans les milieux aux ressources restreintes aidera les cliniciens à maximiser l'impact et la viabilité de la thérapie antirétrovirale. Le besoin de tests virologiques pour diagnostiquer le VIH chez les enfants exposés à la naissance a des implications particulières pour la capacité des laboratoires locaux. L'expérience a démontré la faisabilité de la mise en place des tests de détermination des CD4 et de la charge virale dans

des milieux aux ressources limitées et l'expansion de ces tests constitue une importante priorité de santé (OMS, 2007a).

Il existe plusieurs méthodes pour mesurer les CD4, y compris un test nouveau, simple et peu coûteux qui pourrait être particulièrement bien adapté aux petits établissements qui n'ont pas les capacités de laboratoire suffisantes (Srithanaviboonchai et al., 2008). La Fondation Clinton a négocié des

réductions de prix jusqu'à 80% auprès des principaux fabricants de techniques permettant de déterminer les CD4 et la charge virale.

Garantir des médicaments antirétroviraux abordables

Dans de nombreux pays lourdement affectés par le VIH – y compris le Kenya, le Malawi, le Nigéria et la Zambie – la dépense annuelle pour les soins de santé de tous ordres est inférieure à US\$ (PPA) 100 par personne (PNUD, 2007). Dans les milieux où les ressources pour la santé sont très limitées, de nombreux médicaments sont considérés comme trop coûteux pour être systématiquement utilisés (Steinbrook, 2007). Jusqu'ici ceci était particulièrement le cas pour les nouveaux médicaments brevetés mis au point par des entreprises pharmaceutiques dans les pays à revenu élevé.

Comme dans de nombreux autres domaines, la riposte au VIH a contribué à trouver de nouveaux moyens d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Grâce à la pression des activistes, à l'émergence de la concurrence des fabricants de génériques et à des négociations directes de l'ONUSIDA et d'autres partenaires avec les entreprises pharmaceutiques, les prix des principaux médicaments antirétroviraux ont nettement baissé au cours des 10 dernières années. Un système de fixation des prix, préconisé depuis longtemps par les experts de la santé mondiale mais rarement mis en pratique, a été mis en place sous l'appellation de « prix différenciés », c'est-à-dire que les entreprises fixent des prix différents selon les capacités de paiement d'un pays. Cette nouvelle approche dans la fixation des prix a libéré des ressources considérables pour les services de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par exemple, on estime que le Brésil a économisé à peu près US\$ 1 milliard entre 2001 et 2005 grâce à la fabrication interne de huit antirétroviraux génériques et à la négociation d'une baisse des prix auprès des fabricants (Nunn et al., 2007). Les gouvernements nationaux de 94% des pays connaissant des épidémies généralisées et 61% des pays à épidémies concentrées indiquent disposer de politiques nationales d'utilisation des médicaments génériques ou d'importation parallèle de médicaments pour promouvoir l'accès aux antirétroviraux (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008).

Les prix ont été réduits suite à l'adoption de règles du commerce international qui permettent une application flexible des dispositions légales relatives à la propriété intellectuelle en ce qui concerne les médicaments nécessaires pour résoudre des problèmes de santé publique graves. Selon les règles en vigueur, les pays peuvent délivrer des licences obligatoires pour des médicaments brevetés lorsque leur accès est indispensable à la protection de la santé publique.

De plus, l'existence d'une industrie pharmaceutique générique florissante dans des pays tels que l'Afrique du Sud, le Brésil, l'Inde et la Thaïlande a exercé une pression sur les prix et élargi la gamme des options abordables pour les programmes nationaux de traitement. L'Inde, le plus important fournisseur de médicaments aux pays à revenu faible ou intermédiaire, exporte deux tiers des médicaments qu'elle fabrique (Steinbrook, 2007).

Le cadre mondial actuel de la propriété intellectuelle n'a pas empêché l'émergence de controverses et d'incertitudes. En 2007, par exemple, une dispute publique a eu lieu entre la Thaïlande et Abbott Laboratories après que le pays eut annoncé son projet de délivrer des licences obligatoires pour l'utilisation du médicament antirétroviral de cette entreprise, le lopinavir-ritonavir. Cette décision de la Thaïlande faisait suite à l'échec des négociations de son gouvernement avec Abbott sur un prix abordable pour le médicament. Par ailleurs, depuis 2005, l'Inde délivre des brevets, comme l'exige l'Organisation mondiale du Commerce. Le fait que ce changement puisse finir par pousser les prix vers le haut en empêchant l'industrie générique indienne de produire des médicaments antirétroviraux essentiels est préoccupant.

En dépit des avancées de ces dernières années dans la fixation des prix, de nouvelles baisses du prix d'achat des antirétroviraux seront nécessaires pour accélérer l'élargissement des traitements. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les médicaments antirétroviraux de deuxième et troisième intentions, qui coûtent considérablement plus cher que les médicaments de première intention dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Même si 4% seulement des malades sous thérapie antirétrovirale dans 23 pays étudiés par l'OMS étaient sous traitement de deuxième intention en 2006 (OMS, 2007a), le besoin de thérapies de deuxième intention va s'accroître avec le temps. On estime à 3% chaque année le nombre de patients suivant un traitement antirétroviral de première

intention – environ 180 000 personnes en 2008 – qui devront passer à un traitement de deuxième intention (OMS, 2006b). A la suite de négociations avec les principaux fabricants de médicaments génériques, la Fondation Clinton et UNITAID ont annoncé en mai 2007 des réductions importantes du prix de 16 différentes formulations de huit médicaments antirétroviraux de deuxième intention. L'OMS a publié des conseils aux pays sur les critères à employer dans la sélection des traitements de deuxième intention, critères qui seront utilisés dans les directives nationales relatives aux traitements (OMS, 2007a).

Même si des progrès majeurs ont été réalisés, des défis impressionnants restent à relever si le monde veut parvenir à l'accès universel. Cependant, l'expérience acquise lors de cette dernière décennie montre que ces défis peuvent être surmontés. Comme l'explique le Chapitre 7, soutenir la riposte à long terme nécessitera un engagement politique fort, de plus grandes ressources encore, un accroissement des capacités nationales et l'implication active de toutes les parties prenantes, en particulier les personnes vivant avec le VIH.

Données pour l'action

Prend-on les bonnes mesures ?

- Tous les pays ont une politique nationale ou stratégie pour promouvoir le traitement, la prise en charge et le soutien complets en matière de VIH.
- Presque tous les pays (85%) connaissant des épidémies généralisées et 52% des pays connaissant des épidémies concentrées indiquent disposer d'évaluations fiables et avoir projeté les besoins à venir des personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale.
- Les gouvernements nationaux de 92% des pays à revenu faible ou intermédiaire rapportent que leurs politiques actuelles permettent la fourniture gratuite de médicaments antirétroviraux.

Les bonnes mesures sont-elles prises de la bonne manière ?

- De manière générale, les femmes bénéficient d'une couverture par la thérapie antirétrovirale plus étendue que les hommes, alors que les enfants n'ont eux qu'une couverture bien plus restreinte que les adultes et adolescents dans les pays connaissant des épidémies généralisées, là où le poids de la maladie est le plus lourd.
- Des informateurs non gouvernementaux rapportent que de nombreux pays (40%), y compris la plupart des pays d'Europe orientale, d'Asie centrale, du Sud et du Sud-Est, et d'Amérique du Nord ont des lois, réglementations et politiques qui entravent l'accès des consommateurs de drogues injectables aux services liés au VIH.
- Les services de traitement du VIH et de la tuberculose n'ont pas été réellement intégrés dans la plupart des pays où un grand nombre de personnes sont infectées à la fois par le VIH et la tuberculose. Les gouvernements nationaux indiquent que 42% seulement des pays à épidémies généralisées ont mis en œuvre un dépistage systématique de la tuberculose chez les patients séropositifs au VIH et 27% seulement d'entre eux fournissent une thérapie préventive de la tuberculose dans toutes les régions qui en ont besoin; les rapports non gouvernementaux indiquent que ces deux services ne sont largement disponibles que dans 24% des pays à épidémies généralisées.

Ces actions ont-elles été suffisamment étendues pour faire la différence ?

- A fin 2007, trois millions de personnes avaient eu accès à des médicaments antirétroviraux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, soit 31% du besoin mondial estimé et une amélioration de 45% par rapport à 2006.
- Le nombre de décès dus au sida a commencé à décliner, en partie grâce à l'amélioration de l'accès au traitement. Cette amélioration de l'accès augmente aussi la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.
- Seuls 32% des cas de tuberculose incidente chez des personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'un double traitement pour leur infection à VIH et leur tuberculose en 2007.