

OUTLOOK

PAGES SPÉCIALES :
ÉTAT ACTUEL DE
LA RIPOSTE AU SIDA

L'ENQUÊTE
DE RÉFÉRENCE

TRAITEMENT 2.0 }

Une
journée
entre
amies

LE MOT DE LA FIN
avec Annie Lennox

**SORTIR
LE
SIDA
DE
SON
ISOLEMENT**



LES NOUVELLES DONNÉES
MONTRENT QUE MOINS
DE FEMMES MEURENT
CHAQUE JOUR AU COURS
DE LA GROSSESSE ET DE
L'ACCOUCHEMENT. L'ONUSIDA
SOUTIENT L'APPEL DU
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL BAN
KI-MOON EN FAVEUR D'UN
MOUVEMENT POUR LA SANTÉ
MATERNELLE ET INFANTILE
CONFORMÉMENT AUX OBJECTIFS
DU MILLÉNAIRE POUR LE
DÉVELOPPEMENT 4 ET 5.

OUTLOOK

REPORTAGES

- 82 | NE PRENONS PAS DE RISQUES
Par les artistes Jiten Thukral et Sumir Tagra.
- 84 | 24 HEURES DE MA VIE
Une journée avec M. Evgeny Pisemsky.
- 88 | DES SOMMETS ET DES VALLÉES
Les montagnes en dents de scie du VIH et de la consommation de drogues.
- 96 | L'HOMME INVISIBLE
La nouvelle sculpture de l'artiste Daniel Goldstein.
- 103 | LE VIH ET LA LOI
Le carrefour où se croisent le VIH, les droits humains et la loi.
- 106 | EN ATTENDANT QUE LE MONDE CHANGE
Les restrictions aux voyages
- 110 | UNE JOURNÉE ENTRE AMIES *[En couverture]*
Rejoignez trois amies à Rio pour une journée resto, mode et fun.
- 111 | VOUS AVEZ DIT TRANSGENRE ?
La communauté transgenre en pleine évolution.
- 120 | ÊTES-VOUS HOMOPHOBE ?
OUTLOOK parle de perceptions et d'expériences.
- 126 | LA FÊTE DES MÈRES
Comme le dit le proverbe – le travail d'une mère n'est jamais fini.
- 132 | HAÏTI SOUFFRE TOUJOURS
Le pays est encore en train de panser ses plaies.
- 134 | UN REGARD POSITIF
Une nouvelle exposition montre les visages de l'espoir.
- 138 | GAGNANT-GAGNANT : FOOTBALL ET RIPOSTE AU SIDA
Le foot aide à accroître la sensibilisation au VIH.
- 140 | @SIDA
Révéler le potentiel des médias sociaux.
- 144 | VIENNE : GUIDE DU VISITEUR
La ville d'accueil de la Conférence internationale sur le sida.
- 148 | LE MOT DE LA FIN
L'étonnante Annie Lennox.
- 149 | OBJECTIF ZÉRO
Zéro bébé infecté par le VIH d'ici à 2015.

84 | 24 HEURES DE MA VIE



Table des matières

NUMÉRO 2 | JUILLET 2010

À PROPOS

- 1 | SORTIR LE SIDA DE SON ISOLEMENT
Soutenir le mouvement autour de la santé maternelle et infantile
- 4 | SUR LE WEB
- 5 | COURRIER
- 7 | CE QUE NOUS PENSONS

LE BRIEFING

- 8 | LE SAVIEZ-VOUS ?
Informations express en provenance du monde entier.
- 9 | SOYEZ FUTÉS
De nouvelles idées et un nouveau regard pour interpréter et utiliser les données.



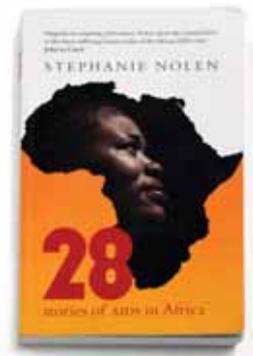
26 | Laboratoire d'idées



23 | Le pitch



144 | Vienne : guide du visiteur



28 | OUTLOOK recommande

PAGES SPÉCIALES : L'ÉTAT ACTUEL DE LA RIPOSTE AU SIDA

- 32 | LE SIDA DE DEMAIN SE CONSTRUIT AUJOURD'HUI
Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibé, fait part de sa réflexion sur l'avenir de la riposte au sida.
- 34 | L'ENQUÊTE DE RÉFÉRENCE
Vingt-neuf ans après le début de l'épidémie, que pense le monde au sujet du sida ? Une nouvelle enquête mondiale étudie la manière dont les attitudes et les perceptions sont en train d'évoluer.
- 46 | TRAITEMENT 2.0
Imaginez un traitement radicalement simplifié qui marche aussi pour la prévention !
- 54 | COMPRENDRE À QUOI SERT L'ARGENT
La santé est-elle un luxe ou une nécessité ? OUTLOOK exprime son point de vue.
- 62 | L'APPORT DES BRICS
Cinq pays pourraient avoir le pouvoir de briser la trajectoire de l'épidémie.
- 74 | AFRIQUE DU SUD : UNE RIPOSTE AU SIDA RESTRUCTURÉE
De grands objectifs. De grands changements. L'Afrique du Sud repense sa riposte au sida et son avenir.
- 80 | AFRIQUE DU SUD : QUEL EST VOTRE AVIS ?
Que pensent les Sud-Africains des changements qui se produisent dans leur pays ?



LE PITCH



L'ÉTAT ACTUEL DE
LA RIPOSTE AU SIDA



L'HOMME INVISIBLE



OUTLOOK : LE RAPPORT



L'ENQUÊTE DE RÉFÉRENCE



SUR LE WEB

unaids.org

@UNAIDS

Tenez-vous au courant des activités de l'ONUSIDA par l'intermédiaire de certains médias sociaux parmi les plus populaires : consultez Facebook (facebook.com/unaids) et Twitter (twitter.com/unaids) pour accéder aux actualités et communiquer avec vos amis, et inscrivez-vous sur AIDSSpace.org pour vous connecter à la communauté mondiale du sida.

État actuel de la riposte au sida

Téléchargez les pages spéciales d'OUTLOOK qui contiennent les dernières réflexions sur la prévention et le traitement en matière de VIH. Ces temps difficiles sur le plan économique exigent des solutions plus audacieuses, mieux pensées et plus créatives à propos de la manière dont le monde peut collectivement en faire plus avec moins de moyens.

OUTLOOK : LE RAPPORT

Téléchargez le dernier numéro du tout nouveau rapport de l'ONUSIDA. Préparé pour la Conférence internationale sur le sida à Vienne, OUTLOOK représente une mine de données, de témoignages puissants et d'évaluations tournées vers l'avenir sur la riposte mondiale au sida.

L'enquête de référence

Procurez-vous tous les détails de la nouvelle enquête de perception, de la méthodologie et de la manière dont vous et votre organisation pouvez utiliser ces informations dans vos activités de plaidoyer.



L'homme invisible

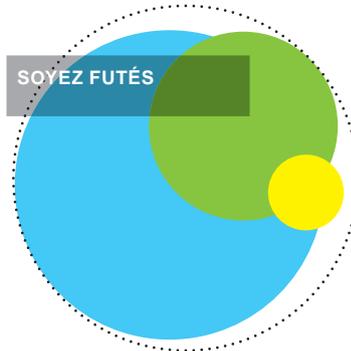
Voyez comment l'artiste de renom Daniel Goldstein a transformé plus de 800 seringues en une symphonie au design innovant inspirée par la réflexion, l'absence et l'espoir.

Le pitch

Penchez-vous sur ces trois idées créatives pour une campagne internationale destinée à mettre fin aux restrictions liées au VIH à l'entrée, au séjour et à la résidence. D'une bande rouge à un monde qui semble beaucoup plus petit, trois agences espèrent vous donner l'idée de faire une différence aujourd'hui même.



SOYEZ FUTÉS



Soyez futés

Laissez-vous emporter dans un voyage visuel de découverte. OUTLOOK se demande comment mieux comprendre l'épidémie de sida et sa riposte par le biais de modèles, de récits et de connexions. Regardez l'ensemble complet des graphiques et des sources 'Get Smart' (Soyez futés).

Une journée entre amies – la vidéo du 'making of'

Entrez dans les coulisses du reportage-photo sur Une journée entre amies. Assistez à la séance de photos grâce à une vidéo du 'making of' à Rio de Janeiro, au Brésil.

L'art et le sida

OUTLOOK a établi un partenariat avec MAKE ART/STOP AIDS pour une grande partie du graphisme de ce rapport. MAKE ART/STOP AIDS est un réseau international d'étudiants, d'artistes et d'activistes engagés à mettre un terme à l'épidémie mondiale de sida. Les artistes peuvent influencer les perceptions et les potentiels de changement qui transforment littéralement la manière dont les gens pensent et agissent.

Courrier



Envoyez vos messages au rapport OUTLOOK de l'ONUSIDA. Faites-nous part de vos suggestions à propos du nouveau rapport et de vos opinions sur les questions traitées.

Écrivez-nous à :
outlook@unaids.org

Copyright © 2010
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).
Tous droits de reproduction réservés.

ISBN: 978-92-9173-860-1

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra pas être tenu responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Principe GIPA : Soutenir une plus grande participation des personnes vivant avec le VIH/sida par une initiative qui renforcera la capacité et la coordination des réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida et les mouvements associatifs. En permettant leur participation pleine et entière à notre réponse commune face à la pandémie, à tous les niveaux, national, régional et mondial, cette initiative s'attachera notamment à stimuler la création d'un environnement politique, juridique et social favorable à la lutte contre le sida.

Ce que nous pensons

État actuel de la riposte au sida

À la veille du trentième anniversaire de l'épidémie, l'ONUSIDA fait le point sur la situation actuelle et sur ce qui nous attend en matière d'épidémie et de riposte au sida. Dans une section spéciale, nous mettons en évidence les résultats d'une nouvelle enquête très complète établissant que le sida reste un des problèmes majeurs auxquels le monde doit faire face.

OUTLOOK s'intéresse tout particulièrement aux économies émergentes des pays BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) et étudie comment ceux-ci pourraient briser la trajectoire de l'épidémie de VIH. Au vu de l'élasticité économique de la santé, nous posons la question : la santé est-elle un bien de première nécessité ou un luxe ?

Traitement 2.0

Est-il possible de révolutionner le traitement et, par voie de conséquence, la prévention ? L'ONUSIDA étudie ce dont la plate-forme de traitement de demain a besoin aujourd'hui. Avec 10 millions de personnes en attente de traitement, il faut trouver des solutions plus intelligentes, plus rapides, moins onéreuses et plus efficaces.

VIH et consommation de drogues injectables

La consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VIH en Europe orientale et en Asie centrale, la seule région où le taux de prévalence augmente. Ce qui n'est guère étonnant lorsque l'on sait qu'une seule injection de drogue s'accompagne d'un risque de 1% de contracter l'infection à VIH, au lieu de 0,2% lors d'un rapport hétérosexuel non protégé.

Des droits, ici et maintenant

De nombreuses questions se posent au carrefour des droits de l'homme et de l'épidémie de sida. Il s'agit souvent d'obstacles susceptibles de bloquer la riposte, des restrictions de voyage jusqu'aux lois et réglementations discriminantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH. OUTLOOK démontre que pour être efficace, la riposte du monde au VIH doit tenir compte des droits de l'homme.

L'art et le sida

L'art est depuis toujours une puissante forme de communication. Que ce soit avec la Fondation Keith Haring ou le collectionneur d'art Jean Pigozzi, l'ONUSIDA a le privilège de travailler avec divers artistes et collectionneurs réputés. OUTLOOK fait équipe avec le photographe sud-africain Gideon Mendel dans le cadre d'un nouveau projet baptisé *Un regard positif*. Les illustrations de l'artiste australienne Kat Macleod mettent l'accent sur le problème des restrictions de voyage. Et nous travaillons avec le programme Make Art/Stop AIDS du Professeur David Gere pour présenter les travaux de Daniel Goldstein, Jiten Thukral et Sumir Tagra.

Nouveau domaine prioritaire de l'ONUSIDA

L'ONUSIDA a créé un nouveau domaine prioritaire axé sur la responsabilisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnel(le)s du sexe et des personnes transsexuelles afin qu'ils se protègent de l'infection à VIH et puissent bénéficier d'un traitement antirétroviral. Pour illustrer ce propos, nous évaluons ce que signifie être membre de la communauté transsexuelle. Et OUTLOOK pose la question : êtes-vous homophobe ?

Quelques statistiques clés pour 2008 :

NOUVELLES INFECTIONS PAR JOUR

Enfants	1200
Jeunes (15-24 ans)	2500
Adultes (25 ans et +)	3700

NOUVELLES INFECTIONS À VIH

Enfants	430 000
Jeunes (15-24 ans)	920 000
Adultes (25 ans et +)	1 340 000

PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Enfants	2 100 000
Jeunes (15-24 ans)	5 000 000
Adultes (25 ans et +)	26 300 000

Le saviez-vous ?

Faits tirés des rapports d'activité 2010 soumis par les pays (rapports UNGASS)



1 BELIZE

Le gouvernement a lancé un programme en matière de santé sexuelle qui a permis de former plus de 150 éducateurs pour les pairs et d'ouvrir deux espaces d'accueil supplémentaires destinés aux jeunes, des lieux sûrs où les étudiants peuvent accéder à des informations sur le VIH.

2 THAÏLANDE

Le programme de formation True Lives en Thaïlande permet de renforcer les connaissances et les compétences des personnes vivant avec le VIH qui se soumettent à des bilans de surveillance clinique. Les modules traitent notamment de l'évaluation des symptômes des infections sexuellement transmissibles et de l'élaboration d'un plan de divulgation de sa propre séropositivité.

3 ESTONIE

Dans la capitale Tallinn et ses environs, les services d'échange d'aiguilles et de seringues sont gratuits pour tous. Entre 2004 et 2009, le nombre de seringues distribuées est passé de 520 000 à 2,3 millions.

4 FINLANDE

Pro-tukipiste (Pro-centre Finland) a organisé un programme de formation de pairs-éducatrices ciblant les professionnelles du sexe russophones d'Helsinki. La formation couvrirait les droits reconnus par la loi, la santé et le bien-être, les pratiques sexuelles sans risque et la toxicomanie.

5 CANADA

La population autochtone vivant avec le VIH a été sensibilisée dans le cadre d'une collaboration entre les gouvernements local et fédéral à Winnipeg, Manitoba. Le projet visait à améliorer la situation sanitaire de ces personnes et à éviter qu'elles se retrouvent sans abri.

6 SWAZILAND

Une majorité d'enfants du Swaziland ne vivant pas en famille avec leurs deux parents, ce pays a créé des centres kagogo (grands-mères) pour transmettre des compétences psychosociales aux orphelins et aux enfants vulnérables.

7 RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'IRAN

Des cliniques triangulaires ont été créées en République islamique d'Iran pour répondre aux trois épidémies que sont les infections sexuellement transmissibles, la consommation de drogues injectables et le VIH. Les centres adoptent une approche de réduction des risques et proposent des services de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

8 INDONÉSIE

En plus de services de conseil et de traitements de substitution à base de méthadone, les conseillers de la prison de Kerobokan ont mis en place une art-thérapie et une yoga-thérapie pour les détenus.

Soyez futés.

UN NOUVEAU REGARD SUR LES DONNÉES

Le VIH est présent partout mais plus ou moins répandu selon les régions. Le fort taux de prévalence en Afrique du Sud, combiné à la taille de la population, fait de ce pays celui où l'on trouve le plus de personnes vivant avec le VIH. En Inde, en revanche, le taux de prévalence du VIH est beaucoup plus faible, inférieur à 1%, mais avec une population d'un milliard d'individus, le pays se classe juste derrière l'Afrique du Sud par son nombre de séropositifs. Le Swaziland compte 1,2 million d'habitants, moins qu'une ville indienne, mais un adulte sur quatre y est infecté par le VIH.

EN FAISONS-NOUS ASSEZ ?

En Australie, un consommateur de drogues injectables a accès à 200 aiguilles et seringues environ chaque année, contre deux seulement en Fédération de Russie.

En Afrique, la majorité des infections sont contractées lors de rapports hétérosexuels mais en 2008, chaque homme adulte n'avait accès qu'à quatre préservatifs. Au Ghana, plus de 40% des infections surviennent lors de rapports sexuels tarifés, de rapports sexuels entre hommes et de la consommation de drogues injectables, mais seulement 0,24% des dépenses de prévention sont consacrées aux services destinés à ces populations.

En Ouganda, de nombreuses cliniques attendent le décès de personnes sous traitement pour prendre en charge de nouveaux patients. Dans certaines régions du Moyen-Orient, l'approvisionnement en sang n'est toujours pas sûr, tandis que dans le reste du monde le contrôle du sang avant une transfusion est quasiment systématique. La proportion de personnes vivant avec le VIH dans les prisons est plus élevée que dans le reste de la population.

OUTLOOK explore visuellement quelques-uns de ces paradoxes de l'épidémie de VIH — ses multiples visages, sa prolifération et la riposte, les succès et les échecs. Et pose une fois de plus la question : En faisons-nous assez ?



Ampleur de l'épidémie de sida

33,4 MILLIONS DE PERSONNES VIVENT AVEC LE VIH

2 MILLIONS DE
DÉCÈS CHAQUE
ANNÉE

2,7 MILLIONS DE
NOUVELLES INFECTIONS
CHAQUE ANNÉE

430 000
enfants

910 000 jeunes

QUELQUE 40%
SEULEMENT CONNAISSENT
LEUR STATUT VIH

10 millions de personnes en attente de traitement

5 millions de personnes sous traitement

ASIE
4,7 MILLIONS

Inde 2,4 millions

EUROPE ORIENTALE
1,5 MILLION

Fédération de Russie
940 000

AMÉRIQUE LATINE
2 MILLIONS

Brésil
730 000

MOYEN ORIENT
ET AFRIQUE
DU NORD
380 000

CARAÏBES
240 000

Océanie
74 000

190 000 sous
traitement

Chine
700 000

90% des infections par
transmission hétérosexuelle

AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE
2,3 MILLIONS

États-Unis d'Amérique
1,2 million

AFRIQUE SUB-SAHARIENNE
22,4 MILLIONS

Mozambique
2,4 millions

Nigéria
2,6 millions

Ouganda
940 000

103 080
enfants

* Pays à fort taux
de prévalence du VIH
chez les adultes
(% prévalence chez
les adultes)

Namibie*
200 000
(15,3%)

Lesotho*
270 000
(23,2%)

Swaziland*
190 000
(26,1%)

Botswana*
300 000
(23,9%)

857 455 personnes nécessitent
un traitement

Éthiopie
980 000

Afrique du Sud*
5,7 millions
(18,1%)

République-Unie de Tanzanie
1,4 million

Zimbabwe*
1,3 million
(15,3%)

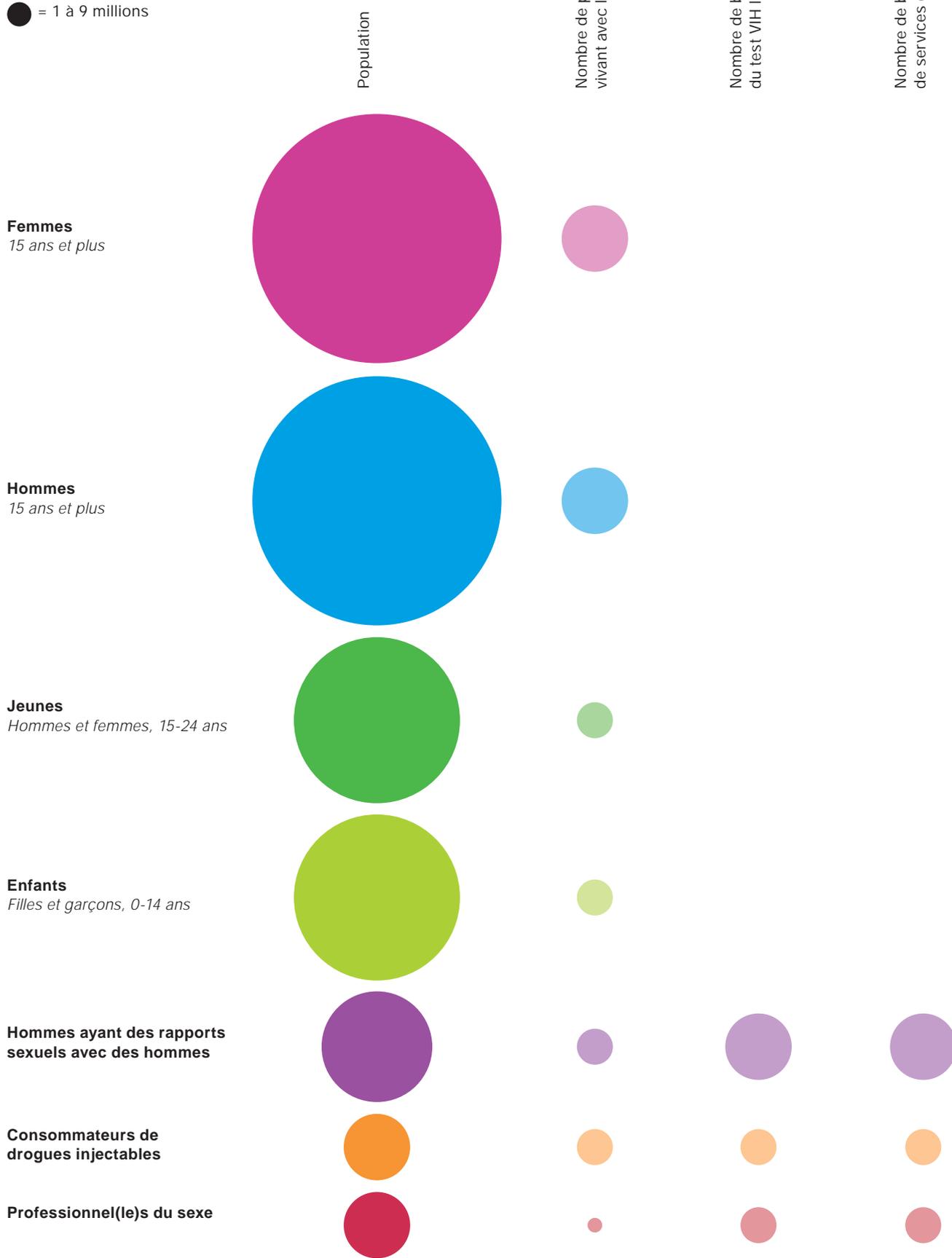
Zambie*
1,3 million
(15,2%)

:: 1500 nouvelles infections par jour

1 million de personnes sous traitement

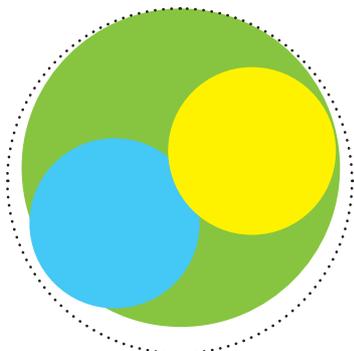
Populations mondiales en danger

● = 1 à 9 millions

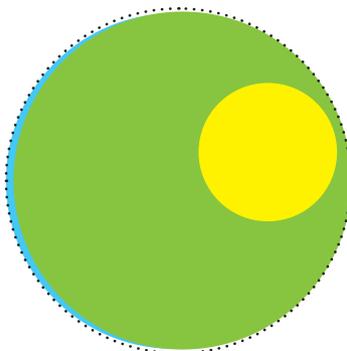


Source : Rapports épidémiologie 2010 soumis par les pays (UNGASS), Le point sur l'épidémie de sida 2009 (ONUSIDA), Cacns 2006, Yandepite 2006, Aceijas 2006, Mathers 2008

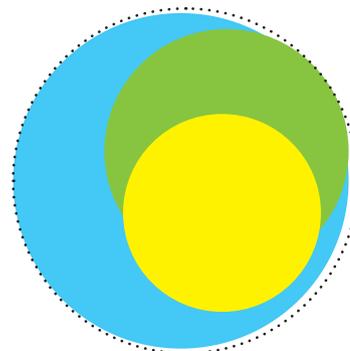
Rendre le travail du sexe sûr



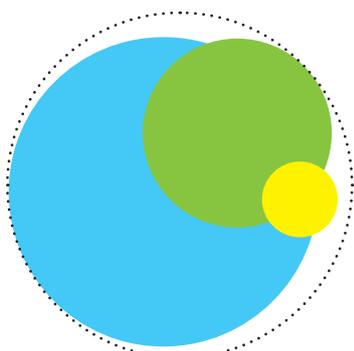
BÉNIN



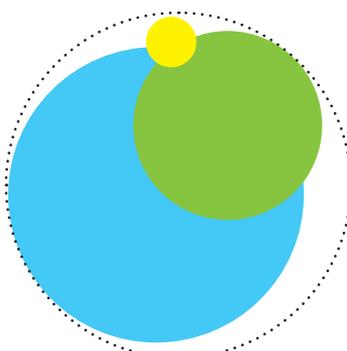
BURKINA FASO



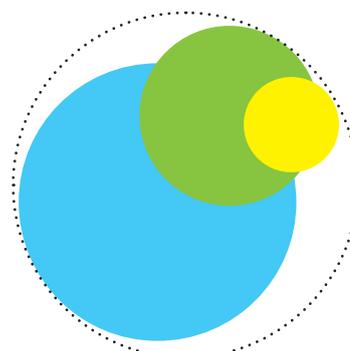
CÔTE D'IVOIRE



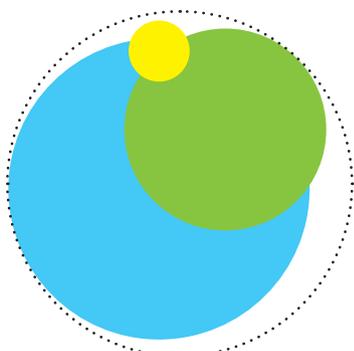
INDE



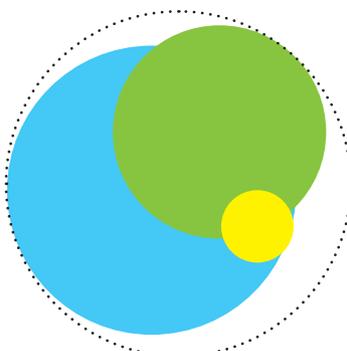
NÉPAL



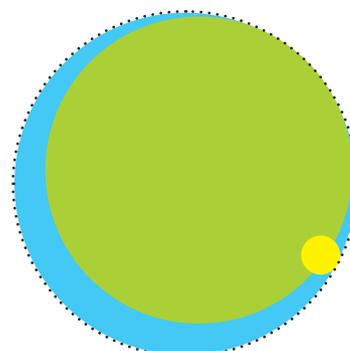
INDONÉSIE



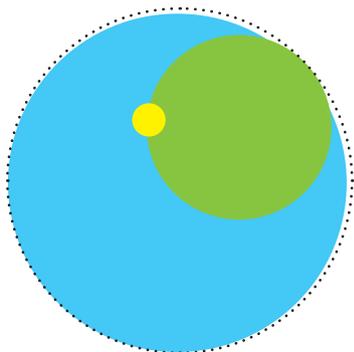
VIET NAM



FÉDÉRATION DE RUSSIE



KAZAKHSTAN



ROUMANIE



Ensemble des professionnelles du sexe du pays (100%)



Pourcentage de séropositives



Pourcentage ayant bénéficié d'un test VIH l'année dernière et connaissant les résultats



Pourcentage ayant utilisé un préservatif avec leur client le plus récent

Le chevauchement des cercles n'indique pas une association entre le taux de prévalence du VIH et le taux de tests VIH ou d'utilisation du préservatif, respectivement.

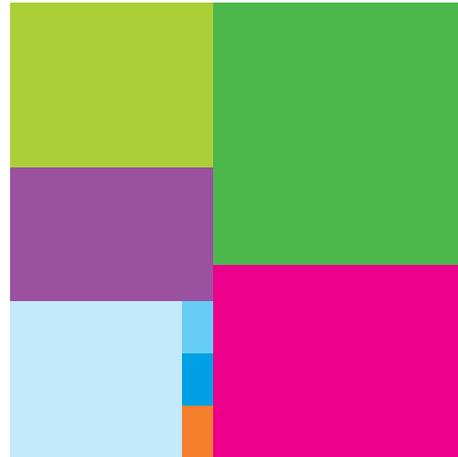
Les 100 dernières infections à VIH

Chaque carré représente les 100 dernières infections à VIH contractées dans les pays suivants.
Chaque couleur représente un mode de transmission différent.

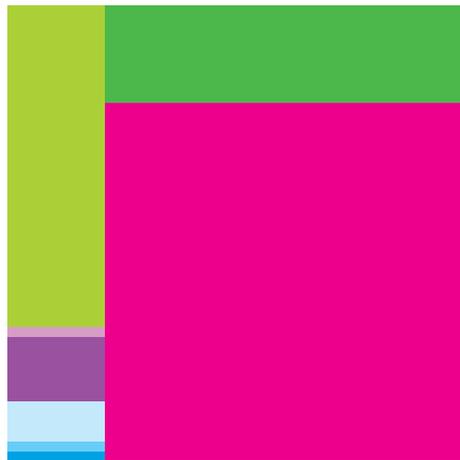
NIGÉRIA



CÔTE D'IVOIRE



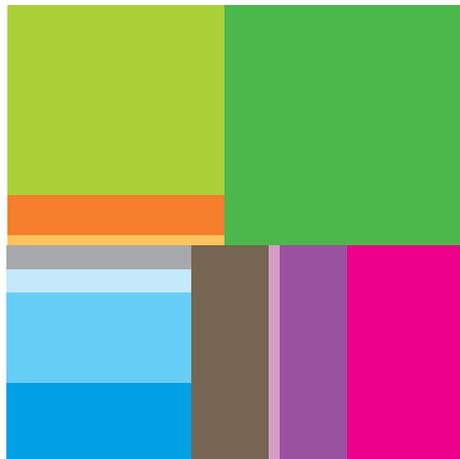
LESOTHO



GHANA



KENYA

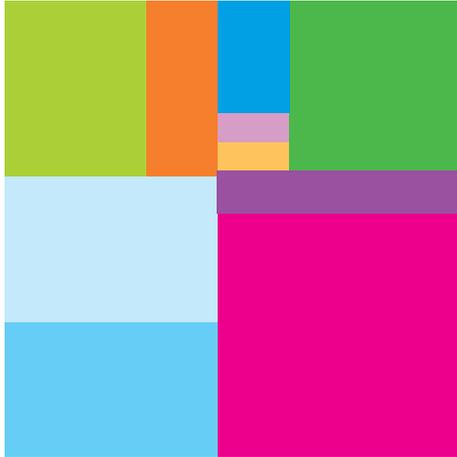


ZAMBIE



- Couples hétérosexuels stables
- Partenaires des clientes des professionnelles du sexe
- Professionnelles du sexe
- Personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels
- Clients des professionnelles du sexe
- Partenaires des personnes ayant des rapports hétérosexuels occasionnels

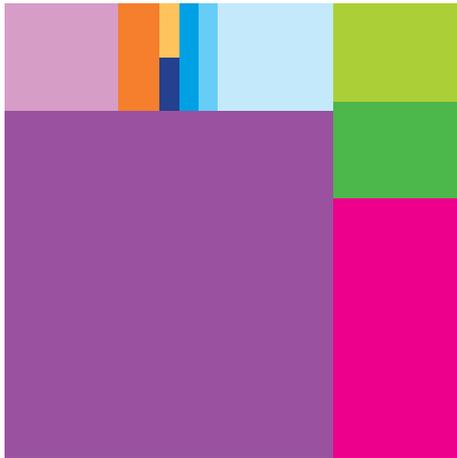
BÉNIN



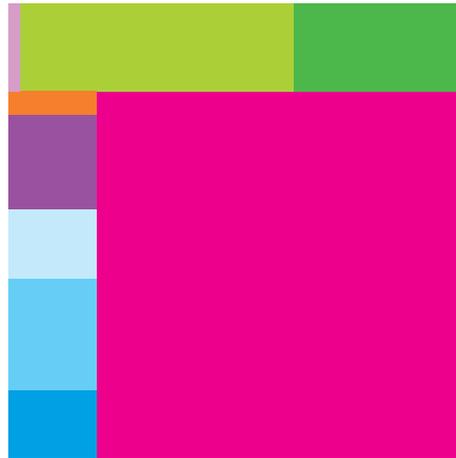
BURKINA FASO



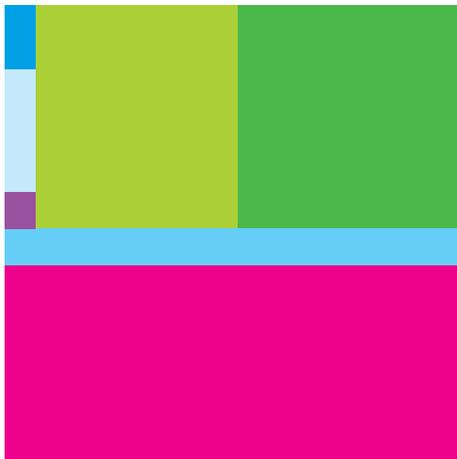
PÉROU



SWAZILAND



OUGANDA



SÉNÉGAL



Sources consultables sur onmsida.org

- Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Partenaires féminines des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Transfusions sanguines
- Consommateurs de drogues injectables
- Partenaires des consommateurs de drogues injectables
- Injections médicales
- Population carcérale (mesurée au Kenya seulement)
- Autre

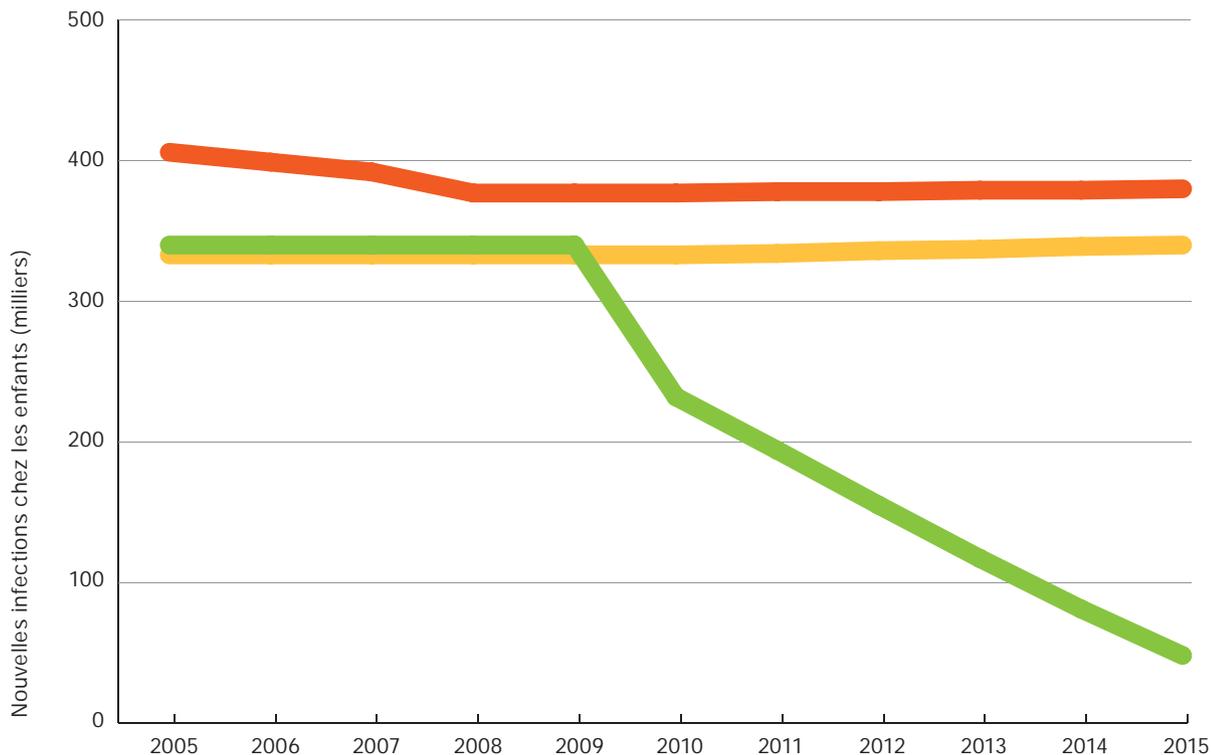
La quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est possible

Dans des conditions idéales, une prophylaxie antirétrovirale et la fourniture de substituts du lait maternel pourraient réduire la transmission de 30 à 35% au lieu de 1 à 2% en l'absence de telles interventions.



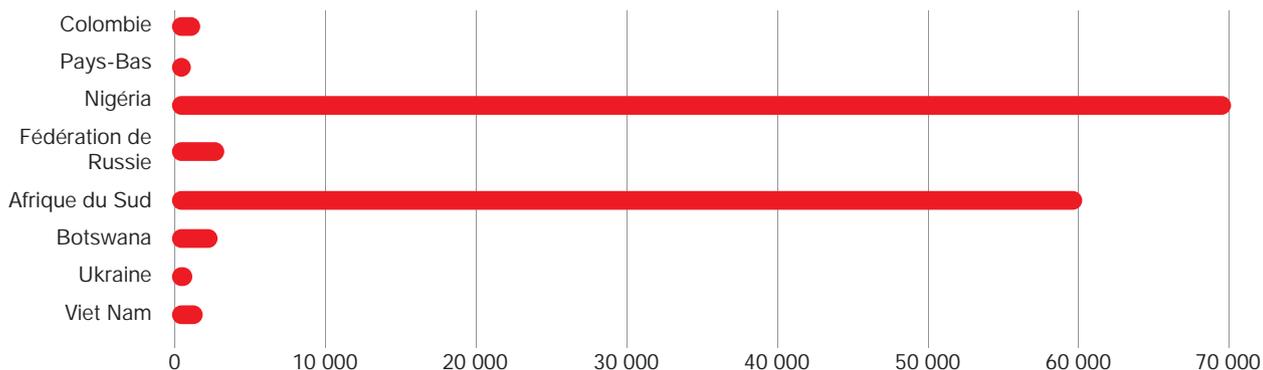
Nouvelles infections chez les enfants dans les 19 pays où le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH est le plus élevé, 2005-2015

- █ Si aucune prévention de la transmission de la mère à l'enfant n'est disponible
- █ Si nous poursuivons la prévention de la transmission de la mère à l'enfant aux niveaux 2009
- █ Si nous mettons en œuvre les quatre composants critiques*



* La mise en œuvre des quatre composants critiques inclurait la division par deux de l'incidence du VIH, la satisfaction de tous les besoins de planification familiale, le triplement de la couverture de la prophylaxie antirétrovirale pour atteindre un taux de 95% et la garantie de la poursuite de la prophylaxie pendant l'allaitement.
 Source : Fichiers de projections et d'estimations du VIH par pays, ONUSIDA

Nouvelles infections chez les enfants (0-14) en 2008



Source : Estimations VIH 2009 OMS/ONUSIDA

Plus de la moitié du ciel

33,4 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde

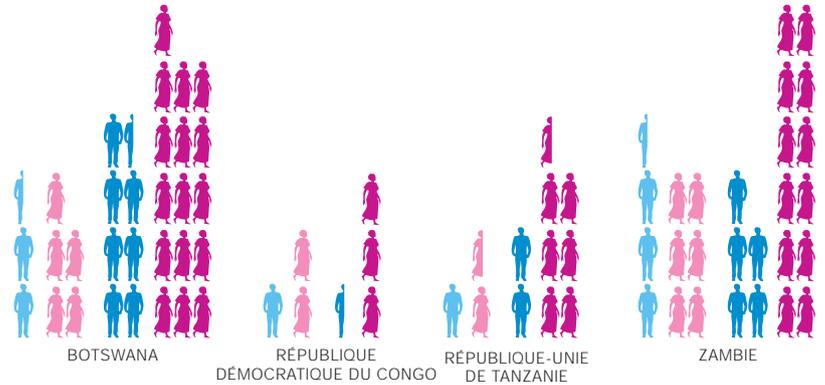
 2,4 MILLIONS D'ENFANTS

 15,3 MILLIONS D'HOMMES

 15,7 MILLIONS DE FEMMES

La prévalence du VIH chez les femmes est plus élevée que chez les hommes en Afrique subsaharienne

 = 1% des femmes 15-19 ans  = 1% des femmes 20-24 ans  = 1% des hommes 15-19 ans  = 1% des hommes 20-24 ans



Prévalence du VIH chez les femmes en Afrique subsaharienne par statut matrimonial

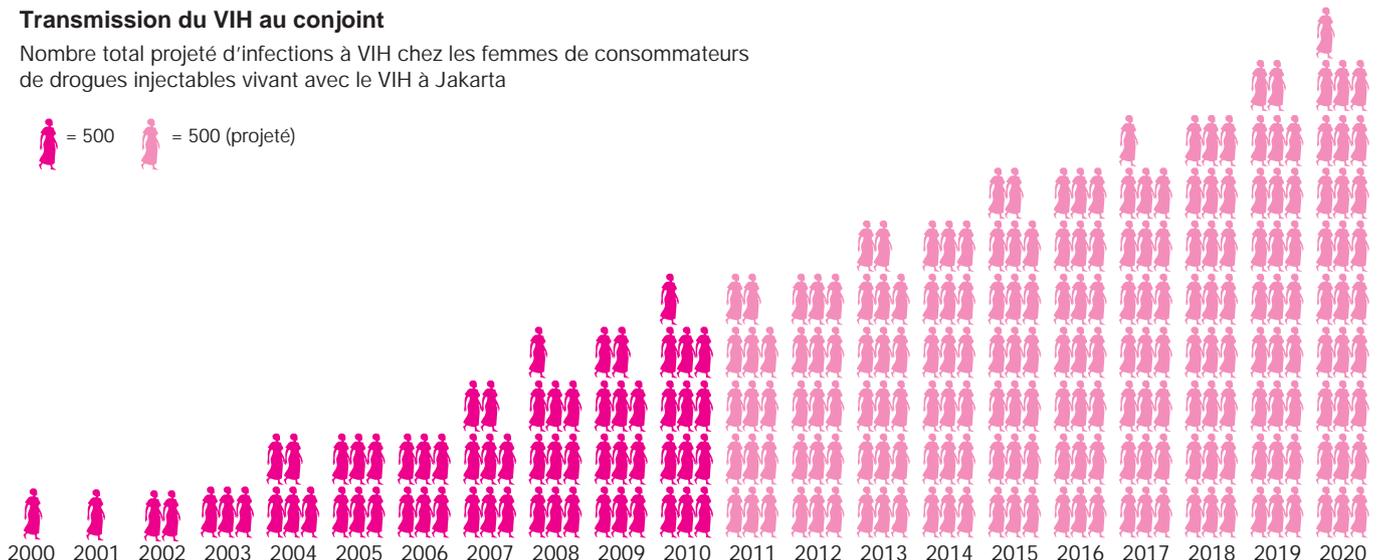
 = 1% des femmes jamais mariées  = 1% des femmes mariées/vivant avec un partenaire  = 1% des femmes divorcées/séparées  = 1% des femmes veuves



Transmission du VIH au conjoint

Nombre total projeté d'infections à VIH chez les femmes de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH à Jakarta

 = 500  = 500 (projeté)



Source : Projections du modèle épidémiologique fondées sur les données disponibles pour Jakarta

Politiques et actions des pays

Gouvernement

	Plan stratégique Le pays en a-t-il un ?				Droits de l'homme Le pays a-t-il des lois non discriminatoires ?				Prévention du VIH La majorité des personnes en ayant besoin ont accès aux services suivants :				Traitement				
	Plan stratégique	Objectifs et étapes clairs	Plan national de suivi et d'évaluation	Plan national d'action en faveur des orphelins et des enfants	Protection des personnes vivant avec le VIH	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Consommateurs de drogues injectables	La majorité des personnes en ayant besoin ont accès aux services suivants :	Promotion du préservatif	Conseil et test VIH	Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	Thérapie antirétrovirale	Traitement du sida pédiatrique	Conseil et test VIH pour les patients tuberculeux
Brésil	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Fédération de Russie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Inde	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Chine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Afrique du Sud	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Thaïlande	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Cambodge	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Viet Nam	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Indonésie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Haiti	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Bahamas	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Guyana	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
République dominicaine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Ukraine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Estonie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Bélarus	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Ouzbékistan	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Swaziland	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Botswana	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Kenya	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Mozambique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Panama	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Suriname	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Mexique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Colombie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Égypte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Maroc	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Algérie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Suisse	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Espagne	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
République centrafricaine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Gabon	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Nigéria	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Cameroun	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	

Oui Non Pas de données Question non posée

Société civile

	Plan stratégique Le pays en a-t-il un ?			Droits de l'homme Le pays a-t-il des lois non discriminatoires ?			Prévention du VIH La majorité des personnes en ayant besoin ont accès aux services suivants :			Traitement							
	Plan stratégique	Objectifs et étapes clairs	Plan national de suivi et d'évaluation	Plan national d'action en faveur des orphelins et des enfants	Protection des personnes vivant avec le VIH	Professionnel(le)s du sexe	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Consommateurs de drogues injectables	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant	Promotion du préservatif	Conseil et test VIH	Réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables	Réduction des risques pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe	Thérapie antirétrovirale	Traitement du sida pédiatrique	Conseil et test VIH pour les patients tuberculeux
Brésil																	
Fédération de Russie																	
Inde																	
Chine																	
Afrique du Sud																	
Thaïlande																	
Cambodge																	
Papouasie-Nouvelle-Guinée																	
Viet Nam																	
Indonésie																	
Haiti																	
Bahamas																	
Guyana																	
République dominicaine																	
Ukraine																	
Estonie																	
Bélarus																	
Ouzbékistan																	
Swaziland																	
Botswana																	
Kenya																	
Mozambique																	
Panama																	
Suriname																	
Mexique																	
Colombie																	
Égypte																	
Maroc																	
Algérie																	
Suisse																	
Espagne																	
République centrafricaine																	
Gabon																	
Nigéria																	
Cameroun																	

Les pays sélectionnés pour chaque région sont ceux où le taux de prévalence du VIH et/ou le nombre de personnes vivant avec le VIH sont les plus élevés (ONUSIDA 2008). Ces informations proviennent de l'indice composite des politiques nationales des rapports UNGASS 2010 soumis par les pays. La partie A est complétée par des fonctionnaires du gouvernement et la partie B par des représentants d'organisations de la société civile, d'agences bilatérales et d'organisations des Nations Unies. Le rapport définitif est soumis par le gouvernement. Les informations spécifiques aux pays sont déjà disponibles en ligne : l'ensemble des données sera publié en novembre. Rendez-vous sur le site www.unaids.org pour plus d'informations.

Quelque part dans le monde

Mais le gouvernement s'est déjà engagé dans une prévention complète du VIH qui inclut la réduction des risques!

Mémo

Je me demande si la menace n'est pas celui qui utilise le terme « menace ».

À : Secrétaire exécutif, Autorité nationale de lutte contre le sida
De : Secrétaire permanent, Ministère de l'Intérieur
Cc : Lecteurs d'OUTLOOK
Date : Juillet 2010
Re : Consommation de drogues et discours sur le sida prévu lors de la conférence à venir

Le nuage de cendres volcaniques a empêché l'honorable Vice-ministre de rejoindre sa destination à temps pour prononcer son discours. Devant le remplacer, j'ai lu la version provisoire que vous m'avez adressée et il m'a semblé nécessaire de la récrire.

L'apport des autres est formateur.

Nombreuses sont les personnes qui, dans notre région, travaillent sur cette question et obtiennent des résultats

Mesdames et messieurs,

C'est un grand plaisir pour moi d'assister à cette conférence importante qui s'attaque à l'une de nos principales priorités, à savoir la consommation de drogues et la propagation du VIH. Notre gouvernement a toujours défendu une interdiction totale des drogues. À la lumière des épidémies de VIH et de consommation de drogues dans notre pays, nous avons formulé une stratégie nationale de lutte contre la drogue qui remplit un double objectif : nous débarrasser des drogues et du VIH, menaces jumelles qui frappent notre nation.

Nous pensons que notre pays est différent et que nos solutions doivent être uniques. Nous sommes bien conscients que certains aimeraient nous voir adopter une approche plus souple pour lutter contre la drogue mais une telle démarche ramènerait notre nation en arrière et mettrait nos jeunes aux prises avec un fléau non seulement immoral mais mettant leur vie en danger.

Bien sûr, nous ne voulons pas rendre les jeunes dépendants aux drogues mais nous ne voulons pas non plus de discrimination à l'égard des consommateurs de drogues et des personnes vivant avec le VIH.

Notre politique repose sur quatre piliers :

- Tolérance zéro pour la consommation de drogues
- Dissuasion
- Éducation
- Réadaptation

Ces piliers seront mis en œuvre en vue d'atteindre notre objectif d'éradication des drogues d'ici à 2015.

Les consommateurs de drogues injectables ont le droit d'être protégés, comme tout le monde, des arrestations, tortures et meurtres arbitraires

Pourquoi pas plutôt les cinq piliers suivants ?

1. Prévention primaire avant le début de la consommation de drogues
2. Accès aux services de réduction des risques
3. Traitement anti-drogue volontaire.
4. Décriminalisation des consommateurs de drogues
5. Implication des consommateurs de drogues dans la conception et l'exécution des programmes

Vous ne pouvez pas obliger les gens à fréquenter des centres de désintoxication.

Nous pouvons aspirer à un océan de peur ou à une mer de connaissance et de tranquillité.

???

Il faut tenir nos enfants éloignés des drogues. Nous ne pouvons pas tolérer que nos rues et nos espaces de loisir deviennent **des hauts lieux de la consommation de drogues**. C'est pourquoi nous devons poursuivre activement l'objectif de tolérance zéro au cœur de la déclaration de principes du parti au pouvoir, une promesse que nous devons maintenant tenir.

Un traitement, un emploi et un soutien donnent de meilleurs résultats qu'une tactique basée sur la peur qui pousse les gens vers la clandestinité.

Nous devons mettre plus de policiers dans les rues. Les gouttes d'eau finissent par former **un océan**. Si nous parvenons à éradiquer les parties visibles du commerce de drogue dans nos rues, nous porterons un coup sérieux aux revendeurs.

La dissuasion est le deuxième pilier de notre politique. Nos lois sont claires. Nous avertissons la population des dangers de la consommation de drogues et **punissons ceux qui enfreignent les lois**. Nous travaillons également avec le Conseil médical de façon à garantir une réglementation très stricte des achats de produits chimiques et de tout ce qui peut servir à produire des drogues. La finalité des drogues est de sauver des vies, pas de les détruire.

Respecter les droits de l'homme ne signifie pas insinuer qu'il est de bon ton de consommer des drogues

La toxicomanie semble de plus en plus perçue comme une activité **normale et même en vogue**. C'est pourtant un crime qui fait des victimes. Elle ronge la société et nuit à la santé et au bien-être des personnes, **des familles et des communautés**. Selon les estimations, les dépenses de santé d'un consommateur de drogues seraient 80% plus élevées que celles d'un citoyen type de la même classe d'âge.

Aidons les familles et les communautés à trouver des solutions locales

Les toxicomanes sont incapables de **prendre librement des décisions** concernant leur avenir. Baisser les bras et opter pour la **légalisation des drogues** n'est donc pas une option politique envisageable.

Si, ils le peuvent. Des recherches prouvent que les consommateurs de drogues sous traitement de substitution peuvent occuper un emploi.

Enfin, je voudrais parler de la réadaptation. Je suis convaincu que les toxicomanes doivent être réadaptés à la société lorsqu'ils ont complètement décroché et pas avant. Je sais que plusieurs programmes pilotes dans le pays proposent des **substituts à base d'opioïdes** ainsi que des aiguilles et des seringues propres. Pourquoi promouvoir l'idée de mettre **plus d'aiguilles entre les mains des consommateurs de drogues ?**

Je ne crois pas que quiconque ici demande la légalisation de l'héroïne.

Nous pensons que c'est une ruse de **l'industrie pharmaceutique pour créer un marché** sous couvert de traitement des consommateurs de drogues. Nous pensons qu'en introduisant ces drogues, nous prêtons le flanc à une dépendance à long terme. Si la méthadone n'est pas employée dans les **pays développés**, pourquoi l'utiliserions-nous ?

Bien, il connaît la thérapie à base de méthadone. Faisons maintenant en sorte qu'il promeuve le traitement. La méthadone est un médicament présélectionné par l'OMS.

Mesdames et messieurs,

Je vous exhorte tous à faire preuve de prudence et à vous **cantonner à des approches éprouvées**. Il est de notre **devoir de respecter la loi**. Ainsi, nous pourrions garantir l'avenir de notre pays et apporter paix et stabilité à la région.

La distribution d'aiguilles et de seringues propres n'augmente pas la consommation de drogues mais freine la transmission du VIH et de l'hépatite C.

Merci

C'est pourquoi le taux de prévalence du VIH a augmenté de plus de 40% dans la capitale.

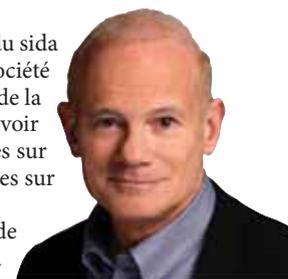
La réduction des risques peut favoriser le respect de la loi. Elle n'est pas en contradiction avec les autres stratégies pertinentes de réduction de la demande de drogues

Où sont les preuves ?

L'Australie, le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis utilisent des traitements de substitution à la méthadone.

Bill Roedy est le Président-directeur général de MTV Networks International mais aussi un ardent militant du sida depuis les années 1980. Le premier cas de VIH fut signalé l'année du lancement de MTV et depuis, cette société de médias s'est efforcée d'impliquer son public de façon créative en le sensibilisant à l'épidémie. Au travers de la campagne MTV Staying Alive, Bill Roedy orchestre les efforts de la marque à l'échelle du globe en vue de promouvoir l'éducation au VIH. La campagne a produit des programmes primés, des sites Internet et des événements diffusés sur le réseau de chaînes de MTV qui chaque année apportent à plus de 900 millions de foyers des informations vitales sur la prévention du VIH.

Bill Roedy est aussi Président de la Fondation Staying Alive lancée en 2005 pour élargir l'impact au niveau de la base. La fondation alloue de petites subventions à des projets de prévention du VIH partout dans le monde ; à ce jour, plus de 230 subventions ont été accordées à des jeunes dans 56 pays. Utilisant la puissance des médias, Bill Roedy met l'accent sur la responsabilisation des jeunes pour faire la différence et encourager un changement social positif. « Les personnes mues par un rêve partagé et qui travaillent ensemble à une même cause peuvent changer le monde », estime M. Roedy.



LE BUREAU DE

Bill Roedy



C'est le prix que nous remettons aux lauréats de la Fondation Staying Alive.

J'ai acheté cette peinture il y a 10 ans à Durban en Afrique du Sud, à un militant du sida local. Elle symbolise l'Afrique qui réfléchit de façon positive à l'élaboration de ses propres solutions à l'épidémie de VIH.

Photo de Nelson Mandela et de l'équipe du documentaire *Meeting Mandela*.

Une des affiches de notre campagne Staying Alive — *Weapon of Mass Protection* (Arme de protection massive).

Certains des produits commercialisés conjointement par MTV et The Body Shop afin de mobiliser des fonds pour la Fondation Staying Alive.

Photo de Lebo, une chanteuse sud-africaine qui nous a quittés, malheureusement. Elle a travaillé avec moi sur la campagne Staying Alive.

Prix Free your Mind décerné chaque année lors des MTV Europe Music Awards.

Le pitch

Une question. Trois agences. Plein de bonnes idées.



OUTLOOK a invité trois agences spécialisées en stratégie de marque et communication à nous présenter leurs meilleures idées pour une campagne en vue d'abolir les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH – souvent résumées sous le terme 'restrictions aux voyages'.

Chaque agence a présenté son pitch – une proposition originale montrant comment promouvoir une idée.

LE MANDAT

Créer une campagne visuelle destinée aux voyageurs dans un aéroport, à un magazine de ligne aérienne ou un site Internet.

Agence 1.

LEO BURNETT INDE

Mumbai | leoburnett.com

CONCEPT – La trajectoire de vol

Pour expliquer le concept des restrictions aux voyages nous voulions un ancrage visuel percutant et néanmoins simple qui montrerait l'impact de ces restrictions. Une carte mondiale des trajectoires de vol est une représentation directe des voyages. Cette communication créative a été renforcée en faisant de ces trajectoires de vol de petits rubans rouges – signes les plus connus du mouvement mondial de lutte contre le sida. Avec un support visuel franc, direct et accrocheur, les grands titres, en caractères gras, attirent l'attention sur les pays qui appliquent des restrictions à l'entrée des personnes vivant avec le VIH. Le slogan soutient un appel à l'action et encourage les lecteurs à en savoir plus au sujet de la campagne.

Texte : Actuellement, 51 pays imposent des restrictions aux déplacements des personnes vivant avec le VIH. Ces restrictions aux voyages n'ont aucune utilité sinon de renforcer la stigmatisation et la discrimination. Rassemblons-nous et faisons entendre notre voix pour les faire abolir. Soutenez la campagne mondiale pour en finir dès aujourd'hui avec les restrictions aux voyages, sur unaids.org.

Qui sont-ils ?

Avec ses partenaires, Leo Burnett India s'efforce de placer l'humain au centre des marques de ses clients, de transformer la manière dont les gens pensent, ce qu'ils éprouvent et en fin de compte comment ils se comportent. Leo Burnett appartient au Groupe Publicis, avec 96 bureaux dans 84 pays.





Agence 2.
MOVING BRANDS
Londres | movingbrands.com

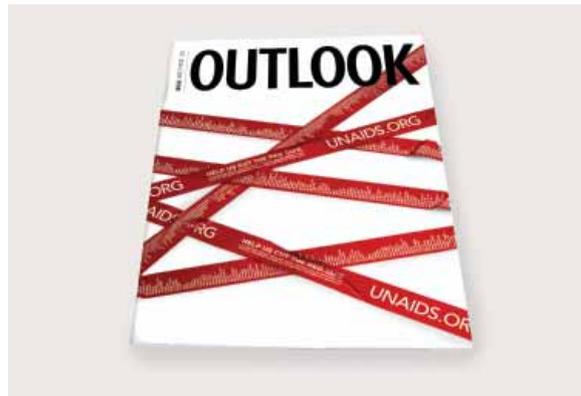
CONCEPT – The red tape

Dans les pays de langue anglaise, l'expression « Red tape » (bande rouge) est depuis longtemps un puissant symbole des lourdeurs administratives, de l'obstination mesquine et des restrictions inutiles dans tous les aspects de la vie quotidienne politique ou non. Nous souhaitons utiliser cette symbolique pour sensibiliser au problème et convaincre le public de contribuer à couper les restrictions imposées aux personnes vivant avec le VIH. L'approche graphique utilise un rouleau de bande adhésive spécialement fabriquée, susceptible d'être utilisée par-dessus des affiches, sur des couvertures de magazine, des sites Internet et dans la rue. Elle se traduira aussi en un signal graphique qui pourra se mettre en diagonale de tous les médias, qu'ils soient imprimés, numériques et sur écran. Il y aura deux types de bande : l'un portera une liste des pays appliquant des restrictions et l'autre le message de la campagne.

Texte : Aidez-nous à couper le 'red tape' : 51 pays imposent des restrictions inutiles aux déplacements des personnes vivant avec le VIH. Pour de plus amples informations, cliquez sur unaids.org.

Qui sont-ils ?

Moving Brands est une compagnie indépendante spécialisée en stratégie de marque, lauréate de plusieurs prix, dont les studios de création se trouvent à Londres, Zurich, Tokyo et San Francisco. Grâce à son approche unique de la stratégie de marque, de l'identité de marque et de son expérience des marques, elle trouve des moyens nouveaux forts de relier les marques aux populations et les populations aux marques. Son objectif est de redéfinir le marquage en fixant de nouvelles normes de créativité pour un monde en mutation.





Agence 3.
YOUNG & RUBICAM BRANDS
 Genève | yrbc.com

CONCEPT 1 – Un autre monde

Si vous êtes séropositif au VIH et souhaitez voyager, le monde devient tout autre – comme si certains pays n'existaient tout simplement pas. On concrétise cette idée avec un simple graphique du monde ne comportant que les pays qui appliquent des restrictions aux voyages. La carte du monde est emblématique et c'est quelque chose que tout le monde connaît. Lorsqu'on la redessine – comme le font les restrictions liées au VIH – le monde devient tout autre et on ne le reconnaît plus. Telle est l'idée derrière cette pub.

Texte : Si vous êtes séropositif au VIH, la moitié du monde ne veut pas vous connaître. 51 pays imposent sans raison des restrictions aux voyages des personnes vivant avec le VIH. Aidez-nous à ouvrir les frontières avec unaids.org.

CONCEPT 2 – La vérité par l'ironie

Les restrictions aux voyages imposées aux personnes vivant avec le VIH n'ont aucune justification. Cependant, tant de pays les imposent encore. Par une série de slogans simples mais forts, nous insistons sur le fait que les restrictions aux voyages des personnes vivant avec le VIH sont inutiles, nuisibles et font plus de mal que de bien. L'idée est d'employer l'humour léger et l'ironie pour qu'on ne puisse que conclure que les restrictions aux voyages des personnes vivant avec le VIH sont tout simplement une erreur !

Texte : 51 pays imposent sans raison des restrictions aux voyages des personnes vivant avec le VIH. Aidez-nous à ouvrir les frontières avec unaids.org.

Qui sont-ils ?

Young & Rubicam Brands Genève est une agence de marketing intégrée dont le crédo est de proposer aux clients « des idées avant la publicité et au-delà de la publicité ». Le bureau regroupe sous un même toit les compagnies Y & R Advertising (publicité), Cohn & Wolfe (relations publiques), Wunderman (marketing direct), Landor (stratégie de marque et concepts), et Y&R Business Communications (communications d'entreprise à entreprise), ainsi que Mediaedge:cia (planning médias et achat d'espace). Un système et une philosophie comptables internes ont permis d'abandonner la nécessité pour chaque entité de promouvoir individuellement ses services, et les clients sont ainsi assurés d'une approche marketing qui fournit le meilleur retour sur investissement de la totalité de leur budget marketing.



« Mesdames et messieurs, nous vous souhaitons un agréable voyage et vous rappelons que, pour aucune raison apparente il s'agit d'un vol VIH-négatif. »

51 pays imposent des restrictions de voyage sur les personnes vivant avec le VIH sans aucune raisons. Aidez-nous à ouvrir les frontières sur www.unaids.org



Apparemment, l'ignorance est plus contagieuse que le VIH.

51 pays imposent des restrictions de voyage sur les personnes vivant avec le VIH sans aucune raisons. Aidez-nous à ouvrir les frontières sur www.unaids.org



Laboratoire



ÉTATS-UNIS

DES BANANES CONTRE LE VIH ?

Selon des chercheurs de l'Université du Michigan, aux États-Unis d'Amérique, les bananes pourraient représenter une clé pour de nouvelles options en matière de protection contre le VIH. Au cours d'essais de laboratoire, des scientifiques ont découvert qu'une lectine (une glycoprotéine) qu'on trouve dans les bananes pourrait être aussi efficace que deux médicaments existants pour le traitement du VIH. Michael D. Swanson, l'auteur principal de l'étude, a déclaré « Le problème avec certains médicaments contre le VIH c'est que le virus peut muter et devenir résistant, mais c'est beaucoup plus difficile à faire en présence de lectines. » Le fruit le plus populaire au monde pourrait un jour aider les scientifiques à mettre au point un microbicide à base de lectines.



FRANCE

UN SITE WEB POUR LA COMMUNAUTE SÉROPOSITIVE FRANCOPHONE

Le site web de l'association française contre le VIH, AIDES, entend connecter les personnes francophones vivant avec le VIH dans le monde entier, de l'Afrique subsaharienne au Québec. Fondé sur les sites de réseaux sociaux populaires tels que Facebook et MySpace, Seronet.info offre aux utilisateurs des outils interactifs pour rester connectés et échanger des informations. L'un des rares sites de réseaux sociaux en langue française à l'intention des personnes vivant avec le VIH, Seronet.info fournit des forums, des blogues, des espaces de discussion et toute une gamme de fiches d'astuces pour répondre spécifiquement aux besoins des communautés (seronet.info).



ROYAUME-UNI

WWW.THEPLEASUREPROJECT.ORG

Le Pleasure Project (projet plaisir) est une initiative éducative qui encourage les rapports sexuels à moindre risque pour se sentir bien. Le projet adopte une approche positive et 'sexy' des rapports sexuels protégés. Le groupe offre une formation, des services de consultants, des travaux de recherches et des publications innovants aux formateurs et conseillers en santé sexuelle.

SOMALIE

L'ÉDUCATION AU VIH ENTRE À L'ÉCOLE

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), les politiques visant à réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes au VIH ne peuvent pas être mises en œuvre sans la pleine coopération du secteur de l'éducation. Un nouveau programme cible pour la première fois environ 800 écoliers du primaire et collégiens du secondaire de la république autodéclarée du Somaliland, au nord-ouest de la Somalie, au moyen de messages sur le VIH.

ROUMANIE

L'EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION PRÉCOCE

La Roumanie est l'un des rares pays de l'Europe centrale et orientale qui ne connaît pas d'épidémie concentrée de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables, bien qu'on pense qu'elle a une importante population de personnes qui s'injectent des drogues. Dans la capitale, Bucarest, on estime à 16 000 le nombre de personnes qui s'injectent des drogues (0,9% de la population urbaine), dont 95% s'injectent depuis plus de deux ans. Toutefois, la prévalence du VIH est plus faible – 1,0% en 2009 – que dans d'autres villes ayant un profil similaire.

Les chercheurs pensent que les programmes communautaires cohérents pour la prévention du VIH ont été efficaces, dans la mesure où 85% des consommateurs de drogues ont déclaré avoir utilisé du matériel stérile lors de leur dernière injection. L'élargissement de l'accès à des aiguilles et seringues propres en pharmacie y a contribué (38% des consommateurs de drogues injectables ont signalé s'en être procuré en pharmacie en 2009, contre 10% en 2005).

OUGANDA

LE TÉLÉPHONE MOBILE - UNE PLANCHE DE SALUT POUR LES NOUVEAU-NÉS

Dix centres de santé en Ouganda rural utilisent les SMS pour renvoyer les résultats du test VIH des bébés nés de mères séropositives à leurs médecins dans les trois à cinq jours. Avant le lancement de ce projet pilote, cela pouvait prendre jusqu'à 10 semaines pour obtenir les résultats du test. Pour un nouveau-né, cela peut représenter une éternité et retarde le moment où le bébé est placé sous thérapie antirétrovirale, lui faisant courir un risque potentiel. Si le projet pilote est couronné de succès, le système sera lancé dans tout l'Ouganda et pourrait grandement contribuer à faire baisser le taux élevé de mortalité infantile du pays.



INFO EXPRESS

EN TERMES DE PRODUCTION MONDIALE, LA BANANE EST LE QUATRIÈME PRODUIT AGRICOLE.

d'idées

AUSTRALIE

UN NOUVEAU TEST RAPIDE POUR LE VIH

Une nouvelle application destinée à améliorer la lecture des résultats du test rapide pour le VIH sera élaborée en Australie. Le Burnet Institute, au Victoria, et la compagnie d'applications biomédicales Axxin Ltd ont uni leurs efforts pour mettre au point un appareil permettant la lecture précise des tests rapides afin de déterminer si un patient a besoin d'une thérapie antirétrovirale. La porte-parole du Burnet Institute, Tracy Routledge, a déclaré au *Sydney Star Observer* qu'il s'agissait d'une importante innovation australienne qui supprimerait 'l'erreur humaine' au moment de savoir si et quand les personnes vivant avec le VIH devraient entamer un traitement.



INDE

DES TONGS AVEC UN MESSAGE

En Inde, les tongs portent un message sur la manière d'utiliser le préservatif. Ces articles de la ligne de vêtements conçue par les artistes Thukral et Tagra contiennent des messages de prévention du VIH. Jiten Thukral et Sumir Tagra travaillent en collaboration et utilisent une large gamme de moyens d'expression, notamment peinture, sculpture, installation, vidéo, design graphique et de produits, sites web, musique et mode.



ÉTATS-UNIS

ESSAI CLINIQUE DU PREMIER MÉDICAMENT 'QUATRE EN UN' CONTRE LE VIH

Un essai clinique de phase III est en cours chez Gilead Sciences pour évaluer un médicament anti-VIH quatre en un (ténofovir + emtricitabine, plus un nouveau composé, l'élvitegravir, qui bloque une enzyme appelée intégrase, dont le virus a besoin pour s'insérer dans les gènes de l'individu, ainsi qu'un médicament dit 'booster' [propulseur]). Dans une étude, l'innocuité, l'efficacité et la tolérabilité du comprimé quatre en un seront comparées à la pilule trois en un contre le VIH (ténofovir + emtricitabine + éfavirenz) sur une période de 96 semaines aux États-Unis d'Amérique et à Porto Rico.

La deuxième étude comparera le comprimé quatre en un à un autre traitement (ritonavir-atazanavir boosté et ténofovir + emtricitabine) sur une période de 96 semaines dans plus de 200 sites en Amérique du Nord, Amérique du Sud, Europe et Asie-Pacifique. Les premiers résultats ont montré que le comprimé quatre en un réduisait le virus à des niveaux indétectables chez 90% des patients après 24 semaines et provoquait moins d'effets secondaires que le comprimé trois en un.

MALAISIE

L'ISLAM ET LA RÉDUCTION DES RISQUES

À la suite d'une étude en profondeur sur l'épidémiologie de la consommation de drogues injectables et l'épidémie de VIH dans les pays islamiques, des chercheurs de l'Université de Malaisie ont identifié des enseignements de base trouvés dans le Coran et la Sunna (traditions prophétiques) qui soutiennent les programmes d'échange d'aiguilles et la thérapie de substitution aux opiacés.

Bien que les drogues soient 'haram' et qu'elles soient donc interdites en Islam, la consommation de drogues illicites est très répandue dans nombre de pays islamiques à travers le monde, ce qui a contribué à provoquer des épidémies de VIH apparemment concentrées parmi les consommateurs de drogues injectables. Selon l'étude, lorsqu'on les considère en appliquant les principes islamiques de préservation et de protection de la foi, de la vie, de l'intellect, de la progéniture et de la richesse, les programmes de réduction des risques sont acceptables et offrent une solution pratique à un problème qui pourrait causer des dommages bien plus graves à la société en général si on le laisse sans réponse.

MOZAMBIQUE

UNE MEILLEURE RIPOSTE AU VIH GRÂCE AUX NOUVELLES TECHNOLOGIES ET AU KAYAK

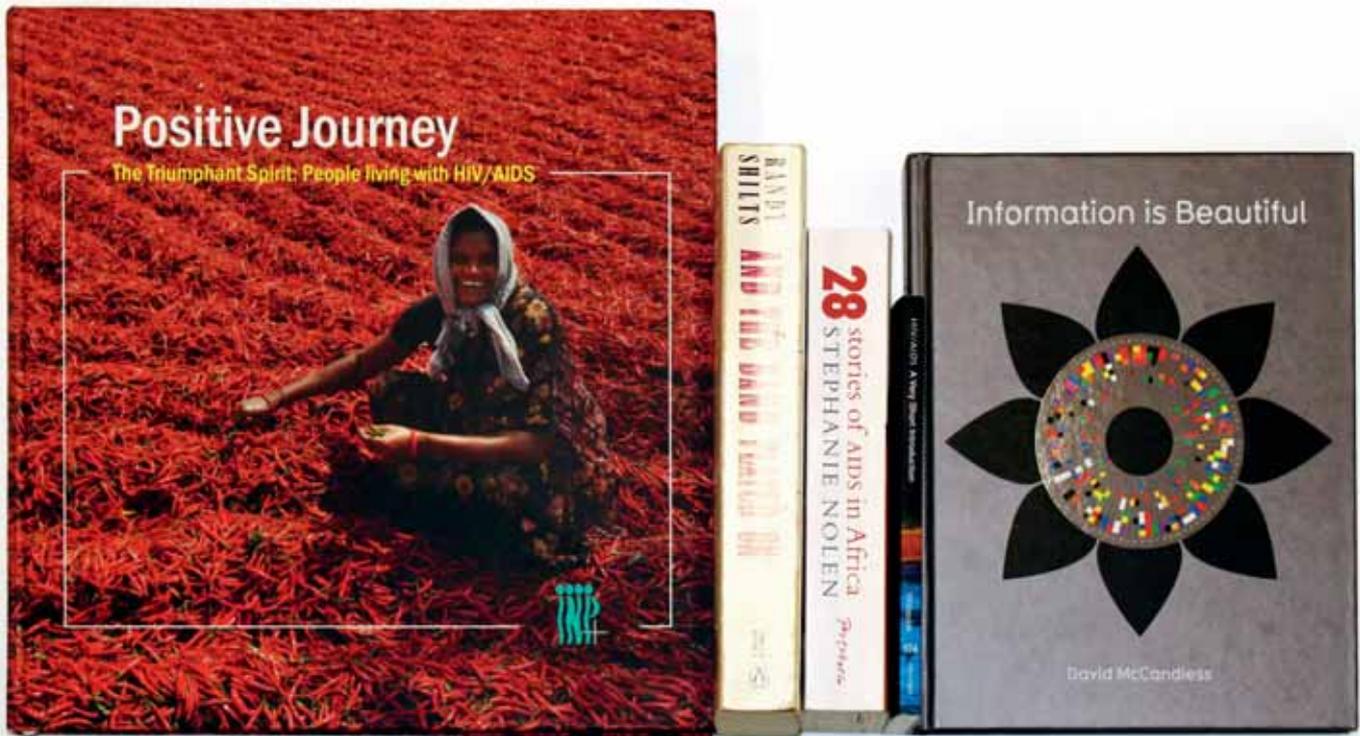
Faire parvenir dans les meilleurs délais les résultats du test VIH parmi les nourrissons qui peuvent avoir été exposés au virus est crucial pour leur santé et leur survie. L'Institut national de la santé (INS) du Mozambique utilise des messages par téléphonie mobile pour transmettre les résultats des tests VIH en temps réel directement des laboratoires à 260 centres de santé à travers le pays offrant un traitement pédiatrique et une prise en charge du VIH. Dans un autre projet, l'INS procède aux essais sur le terrain d'un appareil qui indique le même jour aux patients les résultats du test CD4, réduisant ainsi le nombre de visites requises au centre de santé et améliorant l'impact du traitement. Dans une région du nord, l'appareil pour le test CD4 est transporté par kayak dans les communautés reculées qui ne disposent pas de voies d'accès terrestres.



{ OUTLOOK }

Recommande

Des livres et une playlist à ne pas manquer



Livres

Anthologie sida

Partner to the poor

Paul Farmer, 2010

Depuis près de 30 ans, l'anthropologue et médecin Paul Farmer se rend dans quelques-uns des endroits les plus déshérités du monde afin d'apporter aux plus pauvres des pauvres les soins médicaux les meilleurs possibles. En 1987, il a fondé, avec plusieurs collègues, l'association *Partners in Health* (Partenaires pour la santé) afin de fournir aux démunis des possibilités de soins de santé préférentiels. *Partner to the poor* regroupe ses écrits de 1988 à 2009 pour offrir un vaste panorama de son œuvre. Une partie de la recette provenant de la vente du livre sera reversée à l'association Partenaires pour la santé.



HIV/AIDS: a very short introduction

Alan Whiteside, 2008

L'introduction au VIH d'Alan Whiteside est un excellent ouvrage pour qui souhaite mieux comprendre l'évolution de l'épidémie de VIH ou revoir les principales étapes de la riposte mondiale au sida. Riche d'un solide ensemble épidémiologique ainsi que de statistiques permettant de cartographier la progression du VIH, ce livre en format de poche est un excellent document à avoir sous la main.

28 témoins du sida en Afrique

Stephanie Nolen, 2008

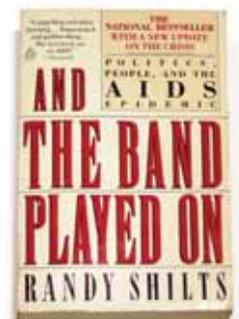
Stephanie Nolen, journaliste canadienne bien connue, a recueilli l'histoire de 28 personnes vivant avec le VIH et touchées par le virus dans 14 pays africains. Ces récits donnent un visage humain à l'épidémie et démontrent, par le biais de ces vies individuelles, toute la gravité du VIH. Ils décrivent le désespoir, le deuil, le chagrin – et, parfois, l'amour, l'espoir et la vie – des personnes qu'a rencontrées l'auteure au cours de ses voyages.

Classiques

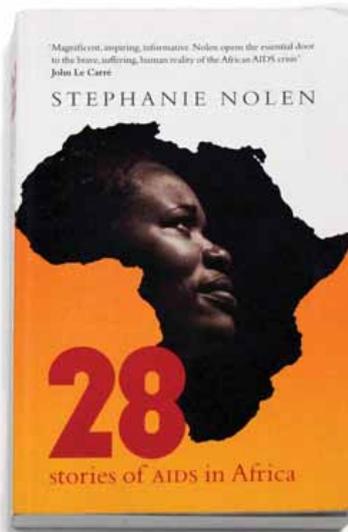
And the band played on: politics, people, and the AIDS epidemic

Randy Shilts, 1987

Randy Shilts, un des rares reporters à s'être plongé dans le domaine dès les débuts de l'épidémie, est allé bien au-delà des gros titres pour enquêter sur les aspects sociaux et scientifiques de la maladie. Ouvertement homosexuel, il refusait d'accepter que le VIH soit, comme on le disait alors, la maladie des homosexuels et par son travail il a montré les effets des injustices et de l'ostracisme envers les personnes vivant avec le VIH. Vingt-trois ans plus tard, son travail reste un modèle de journalisme d'investigation de qualité.



28 témoins du sida en Afrique
Stephanie Nolen, 2008



Art

Information is beautiful

David McCandless, 2010

Ceci n'est pas un livre d'images classique : il décrit comment présenter l'information – enquêtes, calendriers et autres données – d'une manière qui soit accessible à tous. Le lecteur va le feuilleter, s'arrêtant pour tourner le livre en tous sens, afin de mieux voir les graphiques, cercles et autres nuées de cette 'belle information' ainsi présentée.

Positive journey: the triumphant spirit—people living with HIV/AIDS

Réseau indien des personnes vivant avec le VIH (INP+), 2009

Le photographe indien Shaju John a passé plusieurs années à saisir en images la vie des personnes vivant avec le VIH dans six états de l'Inde. *Positive journey*, un projet du groupe INP+, mêle des images fortes à des récits touchants. Dans la préface, le photographe explique les changements qui sont intervenus au cours de ces dernières années, depuis le moment où les personnes vivant avec le VIH cachaient leur visage lorsqu'on les photographiait. Ce recueil témoigne de cette transformation.

Musique

Source d'inspiration

Universal Child

Annie Lennox, édition spéciale (2010)

Annie Lennox a lancé cette chanson lors du gala de charité américain *American Idol Gives Back 2010*. Activiste sida de longue date et récemment nommée Ambassadrice itinérante de l'ONUSIDA, elle a été inspirée par l'appel à l'action de Nelson Mandela. Elle a entamé la campagne SING pour récolter des fonds et sensibiliser les populations, en vue d'apporter soutien et changement aux femmes et enfants infectés et affectés par le VIH en Afrique du Sud.

Single Ladies (Put a Ring on it)

Beyoncé Knowles, from *I Am... Sasha Fierce* (2008)

La phrase « Put a ring on it », extraite du grand succès de Beyoncé, est utilisée comme slogan d'une campagne de sensibilisation à l'utilisation du préservatif féminin aux États-Unis. La campagne enseigne aux professionnel(le)s de la santé de la région de Chicago comment utiliser le préservatif, afin qu'ils/elles transmettent l'information à leurs clientes.

Al-Vida

Salman Ahmad, édition spéciale (2005)

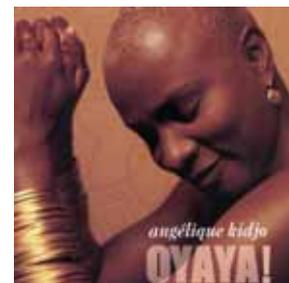
Salman Ahmad, star du rock au Pakistan, est chanteur et membre fondateur d'un des groupes de rock les plus importants d'Asie du Sud, *Junoon*. Ambassadeur itinérant pour l'ONUSIDA depuis 2005, il utilise sa musique pour sensibiliser le public au VIH. A l'occasion de la Journée mondiale sida 2005, Salman Ahmad a sorti *Al-Vida*, une chanson accompagnée d'une vidéo consacrée à la lutte d'une femme contre la stigmatisation, la discrimination et l'ignorance à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

Mutoto Kwanza

Angélique Kidjo, extrait de l'album *Oyaya!* (2004)

Le titre de cette salsa matinée de ska signifie « les enfants d'abord » – expression que la chanteuse béninoise a entendue dans un groupe d'enfants en République-Unie de Tanzanie. En visite dans ce pays en qualité d'Ambassadrice de bonne volonté de l'UNICEF, Angélique Kidjo a été bouleversée par le nombre d'enfants rendus orphelins par le sida. Son expérience là-bas et le cri de ces enfants chantant « mutoto kwanza » ont conduit Kidjo à parler de leur condition tragique mais d'une manière qui soit positive et porteuse d'espoir.

Mutoto Kwanza
Angélique Kidjo, album
Oyaya! (2004)



Abre tu Corazón (el Sida)

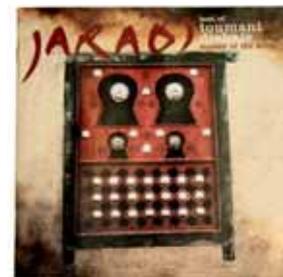
Marco Antonio Fernandez, extrait de l'album *Canciones Pendientes* (2003)

Cette ballade passionnée du musicien chilien Marco Antonio Fernandez en appelle à un amour et une acceptation sans condition. Ouvre ton cœur (sida), titre de la chanson en français, encourage les gens à voir au-delà du syndrome et à surmonter l'ignorance entourant le VIH.

Kandjoura

Toumani Diabaté, extrait de *Jarabi : le 'best of' de Toumani Diabaté* (2001)

Connu pour avoir introduit la kora – une harpe luth à 21 cordes, traditionnelle de l'Ouest – auprès des publics du monde entier, Toumani Diabaté a été nommé Ambassadeur itinérant de l'ONUSIDA en décembre 2008. Le premier morceau de l'album, *Kandjoura*, qui parle d'amour, de courage, de spiritualité, de tolérance et de pardon, constitue la réponse de l'artiste à l'épidémie de sida.



Mann Ke Manjeeré

Shubha Mudgal, extrait de l'album Mann Ke Manjeeré (2001)

Donner aux femmes les moyens de surmonter la violence et la répression, tel est le thème de cette chanson en hindi de la célèbre chanteuse Shubha Mudgal. La vidéo du morceau, dans laquelle joue l'actrice indienne bien connue Mita Vashisht, a été vue dans 26 millions de foyers en Inde et on lui attribue d'avoir mis en lumière la réalité de la violence familiale –non seulement en Inde mais dans toute l'Asie. L'expression 'mann ke manjeeré' signifie approximativement 'la musique de mon âme'. Le titre de la chanson est aussi le nom d'une campagne contre la violence à l'égard des femmes dirigée par l'ONG indienne Breakthrough.

Together Again

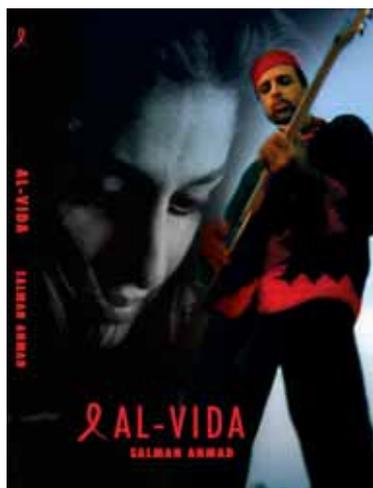
Janet Jackson, extrait de l'album The Velvet Rope (1997)

Together Again est l'hommage émouvant mais aussi optimiste de Janet Jackson à ses amis décédés du sida. Deuxième single de son album à succès The Velvet Rope, Together Again est sorti juste après la Journée mondiale sida 1997. Le morceau est devenu son huitième tube à atteindre la première place au hit-parade des 100 meilleurs singles aux États-Unis, se vendant à près de six millions d'exemplaires dans le monde.

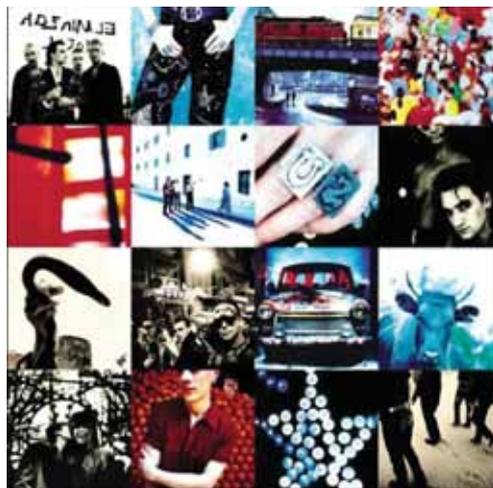
I'll Stand by You

The Pretenders, extrait de l'album Last of the Independents (1994)

Écrit par Chrissie Hynde avec son équipe de compositeurs, ce morceau a été chanté par Shakira lors du téléthon Espoir pour Haïti organisé par George Clooney et MTV. Le téléthon a permis de recueillir des millions de dollars pour contribuer à reconstruire le pays – le plus touché par le VIH dans les Caraïbes – et sa riposte au sida après le tremblement de terre dévastateur de janvier 2010.



Al-Vida
Salman Ahmad, édition spéciale (2005)



One
U2, album Achtung Baby (1991)

Streets of Philadelphia

Bruce Springsteen, extrait de l'album Philadelphia : musique écrite pour le film éponyme (1994)

Bruce Springsteen a écrit Streets of Philadelphia, titre que lui a demandé personnellement le metteur en scène du film, Jonathan Demme. Philadelphia a été l'un des premiers films des studios de Hollywood à aborder le VIH, l'homosexualité et l'homophobie. Le succès de Streets of Philadelphia a appelé l'attention sur le film, touchant ainsi un public qui sans cela aurait pu ne pas aller le voir.

Everybody Wants

Remo Fernandes, extrait de l'album Politicians Don't Know How to Rock 'n' Roll (1992)

Les paroles d'Everybody Wants ont fait sensation lorsque l'album a été diffusé dans toute l'Inde en 1992. Avec son refrain disant « tout le monde veut b... sans avoir à craindre le sida », le morceau a été l'un des premiers à parler ouvertement de sexe et de VIH dans le pays.

One

U2, extrait de l'album Achtung Baby (1991)
Ce morceau est considéré par de nombreux critiques comme l'une des meilleures chansons d'U2. Son titre est le même que celui de l'organisation de charité du chanteur Bono. La campagne ONE soutient les objectifs du Millénaire pour le développement, en mettant l'accent tout particulièrement sur la fin de l'extrême pauvreté et le renforcement de la riposte au sida.

Together Again
Janet Jackson, album The Velvet Rope (1997)

(Something Inside) So Strong

Labi Siffre, extrait de l'album So Strong (1988)

Le chanteur et compositeur Labi Siffre a trouvé l'inspiration de cette chanson dans un documentaire de la télévision montrant la violence de l'apartheid en Afrique du Sud. Depuis ce morceau est devenu bien plus qu'un hymne anti-apartheid, et résonne pour quiconque a connu le racisme, la répression, ou la stigmatisation et la discrimination. De nombreuses organisations non gouvernementales et internationales l'ont utilisé dans des campagnes axées sur les femmes et les enfants.

Feeling Good

Anthony Newley and Leslie Bricusse, pour la comédie musicale The Roar of the Greasepaint, the Smell of the Crowd (1964)
Ce classique a été repris par tout le monde, de Muse à Michael Bubl , mais la version peut-être la mieux connue est celle de l'inoubliable Nina Simone. Pourquoi cette chanson ? Le refrain nous le dit : « C'est une nouvelle aube, C'est un nouveau jour, C'est une nouvelle vie pour moi, Et je me sens bien. » ●



ÉTAT ACTUEL DE LA RIPOSTE AU SIDA

OUTLOOK explore l'état de la riposte au sida en 2010 et s'intéresse en particulier à la prévention et au traitement du VIH.

La situation économique difficile appelle de meilleures solutions, plus intelligentes et plus créatives.



-
- 32 LE SIDA DE DEMAIN SE CONSTRUIT AUJOURD'HUI
Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA nous fait part de ses réflexions
-
- 34 L'ENQUÊTE DE RÉFÉRENCE
Une nouvelle enquête d'opinion très complète qui marque une nouvelle décennie
-
- 46 TRAITEMENT 2.0
Penser autrement
-
- 54 COMPRENDRE À QUOI SERT L'ARGENT
La santé est un bien de première nécessité
-
- 62 L'APPORT DES BRICS
Cinq pays, une économie combinée pesant 9000 milliards de dollars des Etats-Unis, un tiers du fardeau du VIH
-
- 74 AFRIQUE DU SUD : UNE RIPOSTE AU SIDA RESTRUCTURÉE
Le changement est en marche
-
- 80 AFRIQUE DU SUD : QUEL EST VOTRE AVIS ?
Des citoyens s'expriment
-

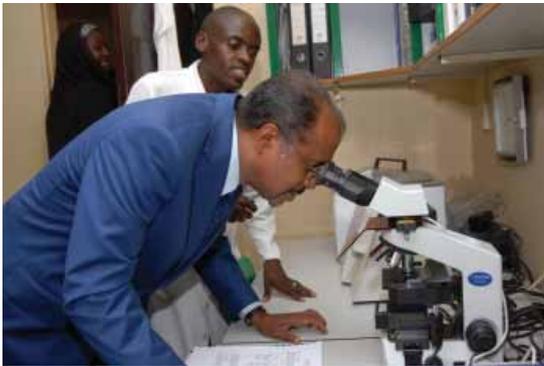
Le sida de demain se construit aujourd'hui

Michel Sidibé

Directeur exécutif de l'ONUSIDA

Il y a quelques mois, je me trouvais dans un dispensaire à Lagos, au Nigéria. Assis, je regardais le père de Jacob écouter patiemment la doctresse qui lui expliquait en quoi consistaient le traitement et les soins qu'il devrait administrer à son fils. Alors que je prêtai attention au récit de la lutte héroïque de la famille de Jacob pour rester en vie, je savais qu'il aurait été possible d'éviter que père et fils ne contractent l'infection à VIH.

Pouvons-nous empêcher que ne surviennent chaque jour 7400 nouvelles infections à VIH ? La réponse est oui. Mais cela ne demandera rien de moins qu'une révolution dans le domaine de la prévention.



Pendant trois décennies, les données attestant des moyens efficaces et inefficaces ont fait l'objet de débats à l'Assemblée générale des Nations Unies, au sein des parlements, dans les lieux de rassemblement des communautés et de culte, et dans les réunions et conférences scientifiques. Nous entrons maintenant dans la quatrième décennie, dotés des meilleures connaissances possibles en matière de prévention combinée et d'options thérapeutiques pour nous permettre de concrétiser notre vision commune : « Zéro nouvelles infections ».

Alors que les taux des nouvelles infections dépassent ceux du recours au traitement de 5:2, comment pouvons-nous œuvrer plus intelligemment et plus rapidement pour vaincre le VIH ?

Plus de 80% des cas de transmission du VIH ont lieu par voie sexuelle. Certes, prévenir la transmission du virus n'est pas simple, mais chaque méthode de prévention dont l'efficacité est avérée a un rôle décisif à jouer.

Il conviendrait d'encourager les familles et les communautés à entreprendre un dialogue ouvert sur la sexualité, qui reposerait sur les réalités actuelles. La prévalence du VIH chez les filles de 15 à 19 ans en Afrique du Sud et au Kenya est trois fois plus élevée que chez les hommes dans la même tranche d'âge. Dans d'autres pays, tels que le Botswana et la République-Unie de Tanzanie, elle est deux fois plus élevée. Souvent, ces différences surprenantes sont dues aux rapports sexuels intergénérationnels. Il est capital de bien comprendre les facteurs qui poussent des jeunes femmes et des jeunes hommes à avoir des relations sexuelles avec des personnes plus âgées, et de s'y attaquer. Les questions fondamentales de développement – l'accès à l'éducation, l'emploi, la sécurité sociale et la santé – peuvent apporter des réponses. Quand

les besoins essentiels ne sont pas satisfaits, la vulnérabilité croît. Et les rapports sexuels non protégés deviennent un point d'accès à la survie.

Bien entendu, les rapports sexuels n'ont pas tous une visée commerciale : ils répondent avant tout à un besoin biologique et humain. Les normes sociales telles que l'interdiction d'avoir des relations sexuelles avant le mariage ne sont pas vraiment faciles à appliquer à une époque où les gens se marient de plus en plus tard. Retarder l'âge du premier rapport est un moyen de prévention qu'il ne faut pas négliger, mais nous ne pouvons compter uniquement sur lui. Il est possible de donner aux jeunes les moyens de faire face à leurs besoins en matière de sexualité et de santé reproductive. Nous pouvons apaiser les parents et la société, qui craignent que l'éducation sexuelle ne pousse les enfants à avoir une sexualité précoce. Une analyse de 83 études effectuée récemment par D. B. Kirby et son équipe a montré que l'éducation sexuelle n'entraîne pas une augmentation de la fréquence des rapports ni de celle du nombre de partenaires. En revanche, elle peut contribuer à retarder l'âge de la première relation sexuelle, à diminuer le nombre de rapports ou à accroître l'usage du préservatif et des moyens contraceptifs.

La participation active des hommes pourrait permettre de surmonter l'un des obstacles majeurs dans le cadre de la riposte au sida. La circoncision masculine chez les

adultes peut constituer un tremplin pour le changement. Il est encourageant que le Roi des Zoulous, Goodwill Zwelithini, ait rétabli la tradition de la circoncision masculine parmi les jeunes Zoulous, en considération du fait qu'elle entraîne un effet protecteur à 60%. Cette décision illustre bien le pouvoir des communautés.

Un autre moyen est de faire en sorte que davantage d'hommes aient connaissance de leur sérologie VIH. Si les hommes connaissent leur statut, ils peuvent entamer un dialogue avec leur(s) partenaire(s) sur la sexualité sans risque, la grossesse et le traitement. Une étude effectuée récemment au Malawi a montré que la technique du dépistage du VIH à domicile – qui permet d'obtenir le résultat du test sur le champ – peut inciter tous les membres d'une famille à avoir davantage recours aux services de conseil et de test VIH.

En dehors de l'Afrique subsaharienne, de nombreux cas de transmission du VIH ont lieu dans le cadre des relations sexuelles entre hommes, du commerce du sexe et de la consommation de drogues. Malheureusement, ces pratiques sont souvent criminalisées et stigmatisées. Vivre en marge de la société n'implique pas que l'on doive n'avoir accès qu'à des services marginaux de prévention du VIH. C'est pourquoi j'ai demandé la décriminalisation de la consommation de drogues et des rapports sexuels entre adultes consentants. Les bienfaits d'une telle approche sont immenses. L'initiative indienne sur le sida « Avahan » et des agents de l'État indien signalent que la couverture universelle des services de prévention du VIH est presque atteinte pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Voilà la révolution en matière de prévention que j'évoquais précédemment. Elle a lieu quand on met de côté les questions d'ampleur limitée au profit du bien du plus grand nombre.

À Kolkata, en Inde, des professionnel(le)s du sexe dirigent des coopératives, gèrent des centres de soins et veillent à ce que les mineures ne se lancent pas dans le commerce du sexe. Elles/ils sont également parvenus à maintenir une faible prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe durant ces 20 dernières années, et ils transmettent leurs connaissances dans toute la région.

Les communautés se mobiliseront si elles ont accès à des services utiles et efficaces en matière de prévention et de traitement

du VIH. En Asie centrale, moins d'un consommateur de drogues injectables sur 100 a accès à un traitement de substitution aux opioïdes. Nous pouvons faire mieux. En Afrique subsaharienne, chaque personne sexuellement active ne peut disposer que de quatre préservatifs par an. Là aussi nous pouvons faire mieux, comme en Afrique du Sud, où chaque personne qui se présente spontanément pour subir un test VIH se voit offrir 100 préservatifs.

Je tressaille encore de joie à chaque fois que je tiens dans mes bras un nourrisson séronégatif né d'une mère vivant avec le VIH. Nous pouvons éliminer presque totalement la transmission mère-enfant et faire en sorte que les mères restent en vie. La riposte au sida a un grand rôle à jouer dans la réduction de la mortalité maternelle. C'est pourquoi j'ai exhorté l'ONUSIDA à répondre à l'appel du Secrétaire général des Nations Unies, M. Ban Ki-moon, pour un mouvement mondial en faveur de la santé maternelle et infantile, afin de contribuer à réaliser les quatrième et cinquième objectifs du Millénaire pour le développement.

Dans le cadre de la thérapie antirétrovirale, le nécessaire est fait pour que les femmes enceintes séropositives au VIH ne transmettent pas le virus à leur bébé en cours de

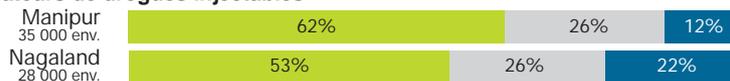
grossesse ou au moment de l'accouchement. De même, des études prometteuses montrent que les personnes sous traitement antirétroviral sont moins susceptibles d'infecter les autres quand leur charge virale est faible. La technique du traitement à des fins préventives offre aux personnes vivant avec le VIH une possibilité nouvelle d'être en première ligne de la révolution en matière de prévention.

Le concept de « santé, dignité et prévention positives » comprend plusieurs volets. Il s'agit en premier lieu de donner aux personnes vivant avec le VIH les moyens de prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches.

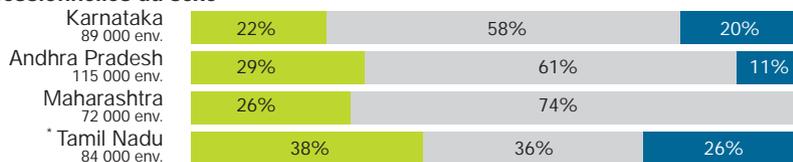
La révolution dans le domaine de la prévention se traduit par la mise en pratique de toutes les connaissances acquises ces 30 dernières années sur l'épidémie de VIH. Elle implique aussi que nous redoublions d'efforts et que nous transposions ceux-ci à une échelle appropriée. Elle suppose de ne négliger aucune piste dans le cadre de la recherche de solutions nouvelles et novatrices. Et, aspect le plus important, la révolution en matière de prévention signifie respecter les droits et la dignité de toutes les personnes, indépendamment de l'âge, du sexe et de l'orientation sexuelle, et donner à chacune les moyens de se protéger contre le VIH.

Le programme complémentaire de prévention Avahan a permis une couverture élevée des populations cibles, parvenant pratiquement à saturation (données de suivi du programme systématique)

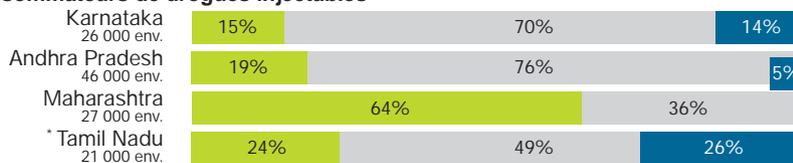
Consommateurs de drogues injectables



Professionnelles du sexe



Consommateurs de drogues injectables



■ Gouvernement de l'Inde et autres ■ Avahan ■ Non couvert

Les pourcentages indiquent la couverture prévue par la mise en place de services dans des zones géographiques particulières. * Comprend les districts sans couverture prévue. La qualité de la cartographie et de l'estimation de taille varient suivant les États. Ne comprend pas les zones rurales. Source : données du programme Avahan et de la State AIDS Control Society.

L'avenir de la prévention : un rêve éternellement teinté d'optimisme

Nous voici en 2020 : 10 ans ont passé.

Nous nous remémorons le succès des campagnes massives de dépistage du VIH qui ont eu lieu dans les années 2010. Après que l'Afrique du Sud a ouvert la voie, bon nombre de pays ont suivi son exemple. Du fait de la disparition des attitudes stigmatisantes au sein de la société, tout le monde a désormais connaissance de son statut VIH.

Rester séronégatif n'a jamais été aussi facile. Les techniques de communication, dont les réseaux sociaux, ont renforcé les normes de prévention du VIH. Résultat, plus de 95% des premiers rapports sexuels avant le mariage ont lieu avec préservatif.

Qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs, les jeunes ont à leur disposition toute une palette de moyens pour éviter la transmission sexuelle du virus. La quatrième génération de préservatifs féminins connaît un immense succès : en 2019, ils se sont mieux vendus que les préservatifs masculins, et ce pour la première fois.

De même, la circoncision masculine est une initiative particulièrement réussie. Entre 2010 et 2020, dans les pays où la prévalence est élevée, l'ensemble des adultes et des adolescents de sexe masculin qui souhaitaient se faire circoncire l'ont été. Les bébés de sexe masculin sont, quant à eux, circoncis à la naissance.

Une évolution importante est l'emploi de la thérapie antirétrovirale pour réduire la charge virale. Le monde entier tire profit des effets bénéfiques du traitement à des fins de prévention.

Les microbicides connaissent aussi un énorme succès. Ils existent désormais sous différentes formes, dont la plus répandue est l'anneau interne associant un contraceptif et un microbicide, qui peut être porté jusqu'à trois mois. Grâce à la libération lente de substances actives, il permet de se prémunir à la fois contre les grossesses non désirées et contre le VIH.

Les techniques ont progressé bien plus vite qu'on n'aurait pu l'espérer. Le taux de CD4 n'est presque plus employé pour décider du moment opportun pour entamer le traitement. Grâce aux nouveaux traitements médicamenteux de faible toxicité et auxquels le virus n'est pas résistant, les traitements d'entretien ne présentent plus aucune difficulté.

La recherche dans le domaine des vaccins a reçu un coup de fouet en 2009, quand un essai en Thaïlande a fait état d'un effet protecteur à 30%. Depuis, plusieurs autres essais ont été réalisés. Dans chaque cas, le vaccin a été combiné avec la souche virale qui est répandue au niveau local.

Parmi les réussites les plus importantes des 10 dernières années figure l'analyse des 'modes de transmission' que chaque pays a réalisée pour sa propre épidémie de VIH (sur la base des lieux où s'étaient produites les 1000 dernières infections). Les ajustements auxquels les programmes nationaux ont procédé au début de la décennie pour lutter contre les inadéquations entre l'épidémie au niveau local et la riposte en place ont permis à des pays de récolter les fruits de programmes de prévention combinée plus efficaces et mieux ciblés.

Grâce à l'intensité sans précédent des efforts déployés en matière de coordination et de transfert de connaissances entre pays, la riposte mondiale au sida est considérée comme un modèle d'action pour relever d'autres défis auxquels l'humanité doit faire face.

L'ENQUÊTE DE RÉFÉRENCE

L'ONUSIDA et la société de sondage Zogby International ont enquêté dans le monde pour savoir ce que les gens pensent de l'épidémie de sida et de la riposte.

Dans ce sondage mondial, le premier du genre, le sida reste bien placé sur la liste des problèmes les plus importants auxquels le monde est confronté.

Dans l'enquête, le sida est globalement perçu par le public comme le principal problème de santé au niveau mondial, devant l'eau potable.

Un sondage fondamentalement nouveau de l'ONUSIDA et de Zogby International révèle que près de 30 ans après le début de l'épidémie, les pays continuent, région par région, de placer le sida dans la liste des problèmes les plus importants auxquels le monde est confronté.

Presque toutes les personnes interrogées en Afrique subsaharienne, dans les Caraïbes, en Asie du Sud et du Sud-Est, en Amérique latine et en Asie de l'Est ont déclaré que le sida était un problème important.

Aux États-Unis d'Amérique, huit sondés sur 10 disent que ce problème est important et près de neuf sondés sur 10 concluent la même chose en Fédération de Russie. En Inde, deux tiers environ des personnes interrogées indiquent que l'épidémie de sida est un problème mondial plus important que d'autres. En Afrique subsaharienne, six personnes sur 10 (57%) déclarent que l'épidémie de sida est un problème aussi important que d'autres dans le monde.

Dans l'enquête, le sida est globalement perçu par le public comme le principal problème de santé au niveau mondial, devant l'eau potable.

Principale réalisation de la riposte au sida

La sensibilisation du public à la question du sida a globalement été considérée comme la principale réalisation de la riposte au sida par une personne sur trois (34%). Viennent ensuite la mise en œuvre d'autres programmes de prévention du VIH (17,8%) et le développement de nouveaux médicaments antirétroviraux (17,1%).

Environ 7,8% des personnes interrogées considèrent que l'accès au traitement a été la principale réalisation et 7,2% ont indiqué que c'était plutôt la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Environ 3,9% des sondés ont estimé que les programmes d'éducation à l'abstinence étaient efficaces. Un peu plus de 5% des gens ont considéré que la riposte mondiale avait été efficace au niveau de la distribution de préservatifs ou d'aiguilles propres dans le cadre des activités de prévention.

Le développement d'un nouveau traitement antirétroviral a été vu comme la principale réalisation aux États-Unis d'Amérique, en Europe orientale et en Asie centrale. L'accès au traitement a été le plus souvent cité par les personnes en Amérique latine (11%) et dans les Caraïbes (12%).

Les financements demeurent un obstacle majeur

En Suède, près de 62% des personnes pensent que la disponibilité de ressources/financements ou la disponibilité de soins financièrement abordables (58%) empêchent le monde de riposter efficacement au sida. Au Royaume-Uni, quelque 60% des sondés ont également considéré que le manque de financements était le principal obstacle.

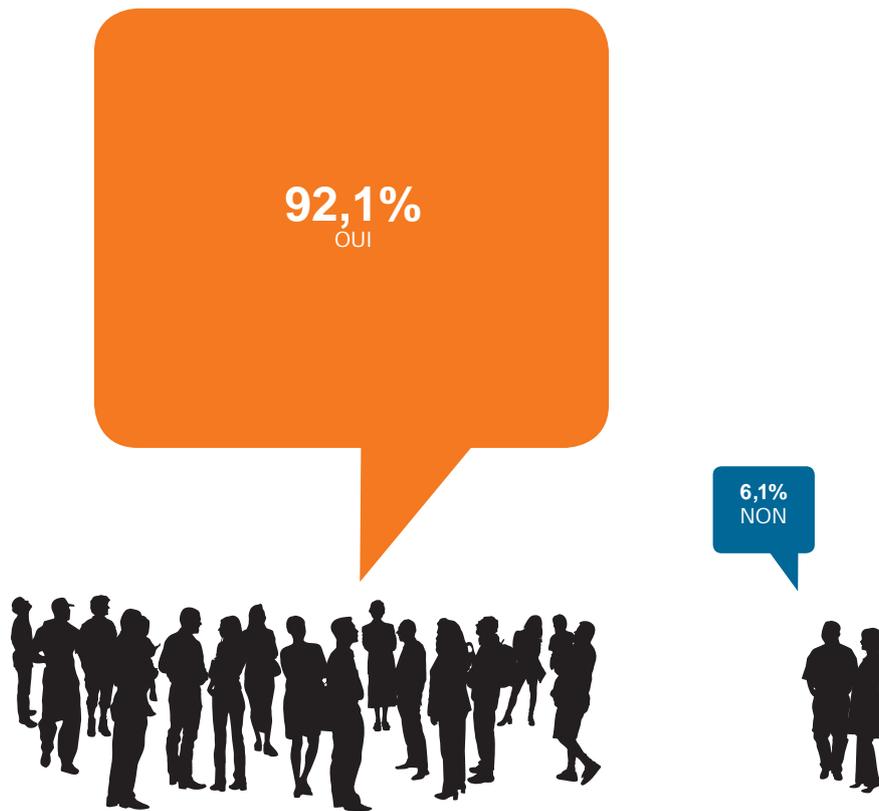
La santé est-elle une nécessité ou un luxe ? Très majoritairement, le grand public déclare que les pouvoirs publics doivent jouer un rôle pour garantir un traitement aux personnes vivant avec le VIH.

Meilleure manière de décrire la situation du sida

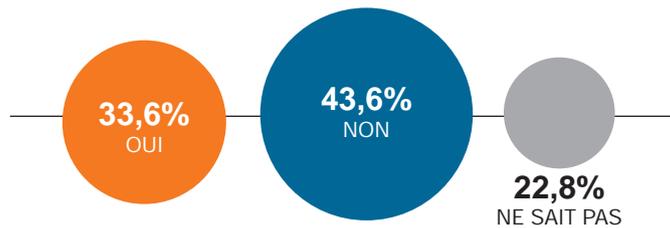
'Encourageante' déclarent 30% des gens en Asie du Sud et du Sud-Est ainsi que 25% des sondés en Europe occidentale et dans les Caraïbes. 'Gérable' indiquent un tiers des personnes interrogées (34%) en Amérique latine et en Égypte, environ 29% en Asie de l'Est et 15% en Australie.

'Tragique' est le terme choisi par trois personnes sur 10 en Afrique subsaharienne (30%), en Europe orientale et en Asie

L'épidémie de sida est-elle importante ?



Le monde riposte-t-il efficacement au sida ?



Quelle expression décrit le mieux la situation du sida ?



Près de la moitié des personnes interrogées en Amérique latine et en Europe orientale veulent que les pouvoirs publics de leur pays subventionnent le traitement. Aux États-Unis d'Amérique, un peu moins de la moitié des sondés approuvent le subventionnement du traitement des personnes vivant avec le VIH.

Presque toutes les personnes interrogées en Afrique subsaharienne ont répondu 'oui' à la question : le sida est-il un problème pour votre pays ? Dans les Caraïbes, huit sondés sur 10 ont approuvé et en Amérique latine, sept personnes sur 10 ont également répondu 'oui'.

centrale (29%), et un tiers des personnes interrogées en Australie (33%).

'De pire en pire' selon les sondés en Afrique subsaharienne (31%), en Europe orientale et en Asie centrale (28%) ainsi qu'en Asie de l'Est (25%).

Le monde riposte-t-il efficacement au sida ?

On enregistre un 'oui' franc et massif dans les Caraïbes (75%) et en Asie du Sud et du Sud-Est (53%). Une personne sur trois en Amérique latine et un peu moins de quatre personnes sur 10 en Afrique subsaharienne considèrent que le monde répond efficacement au problème.

Le 'non' l'a emporté en Europe orientale (61%), aux États-Unis d'Amérique (54%) et en Afrique subsaharienne (50%).

Votre pays riposte-t-il efficacement au sida ?

Les opinions s'équilibrent. Un peu plus de 41% des sondés pensent que leur pays lutte efficacement contre l'épidémie de sida. Environ 63% des Caraïbéens interrogés ont répondu 'oui', alors que 37% avaient répondu 'non' (par rapport à leur opinion sur la riposte mondiale). On a constaté des caractéristiques similaires en Afrique, en Asie et en Europe orientale.

Aux États-Unis d'Amérique, en Australie et dans les pays d'Europe occidentale et centrale, une majorité des sondés ont eu l'impression que leur pays gérait efficacement la question du sida.

« Les communautés ripostent-elles mieux au sida ? ». 'Non' semble être la perception globale. Très peu de personnes interrogées ont indiqué que leur propre communauté faisait mieux que la riposte d'ensemble de leur pays. Au Japon, 8% des personnes estiment que leur communauté est efficace, mais 36,9% des sondés sont indécis concernant cette question.

Dans la plupart des régions, les perceptions à l'égard des ripostes communautaires sont légèrement moins bien classées que les perceptions à l'égard des ripostes nationales. Les exceptions sont l'Asie du Sud et du Sud-Est et l'Égypte où les pourcentages ont été un peu meilleurs pour les ripostes communautaires.

Les obstacles qui empêchent le monde de riposter efficacement au VIH

Bien que considérant le renforcement de la sensibilisation comme l'aspect le plus réussi de la riposte au sida, le manque de sensibilisation et de disponibilité des services de prévention a été vu comme l'obstacle le plus significatif par plus de la moitié des personnes interrogées.

De même importance, la disponibilité des ressources. Par exemple, 78,7% des sondés en Ouganda ont classé la disponibilité des financements comme l'obstacle majeur.

Près de la moitié de l'ensemble des personnes interrogées ont considéré que la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et la disponibilité et le caractère financièrement abordable des traitements étaient des obstacles significatifs. Le manque de travailleurs de santé formés a été cité par près de quatre personnes sur 10.

Des tendances similaires ont été constatées lorsque l'on a posé la même question au niveau de leur pays ou leur communauté. En France, par exemple, 52,9% des sondés ont classé la disponibilité des ressources comme l'obstacle le plus important dans leur communauté.

La propagation du VIH pourra-t-elle être stoppée d'ici à 2015 ?

La région Caraïbe est la plus positive de toutes – où 91% des personnes interrogées sont optimistes et pensent qu'en utilisant les ressources de manière appropriée, on pourra endiguer la propagation du VIH. Viennent ensuite l'Asie du Sud et du Sud-Est (75%) et l'Amérique latine (63%). En Afrique subsaharienne, quatre personnes sur 10 (40%) sont optimistes – au Sénégal, par exemple, 48,7% des personnes interrogées sont globalement optimistes quant à la possibilité de mettre fin à la propagation du virus d'ici à 2015.

Les sondés d'Europe occidentale, d'Océanie et d'Europe orientale et centrale se répartissaient de manière équilibrée, avec un tiers d'optimistes et un tiers de pessimistes. Quelque 44% des personnes interrogées aux États-Unis d'Amérique étaient plus pessimistes, alors que 28% étaient optimistes et 24% ni optimistes ni pessimistes.

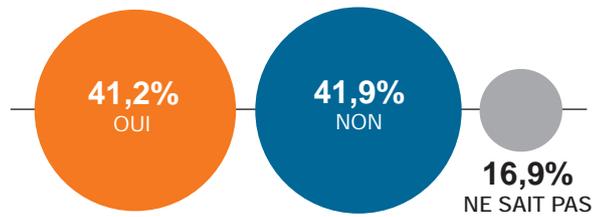
La moitié environ de tous les sondés ont déclaré qu'ils pourraient faire un don d'argent à la riposte au sida. Le reste ne savait pas ou avait répondu 'non'.

Contribution de la riposte au sida à la lutte contre d'autres problèmes

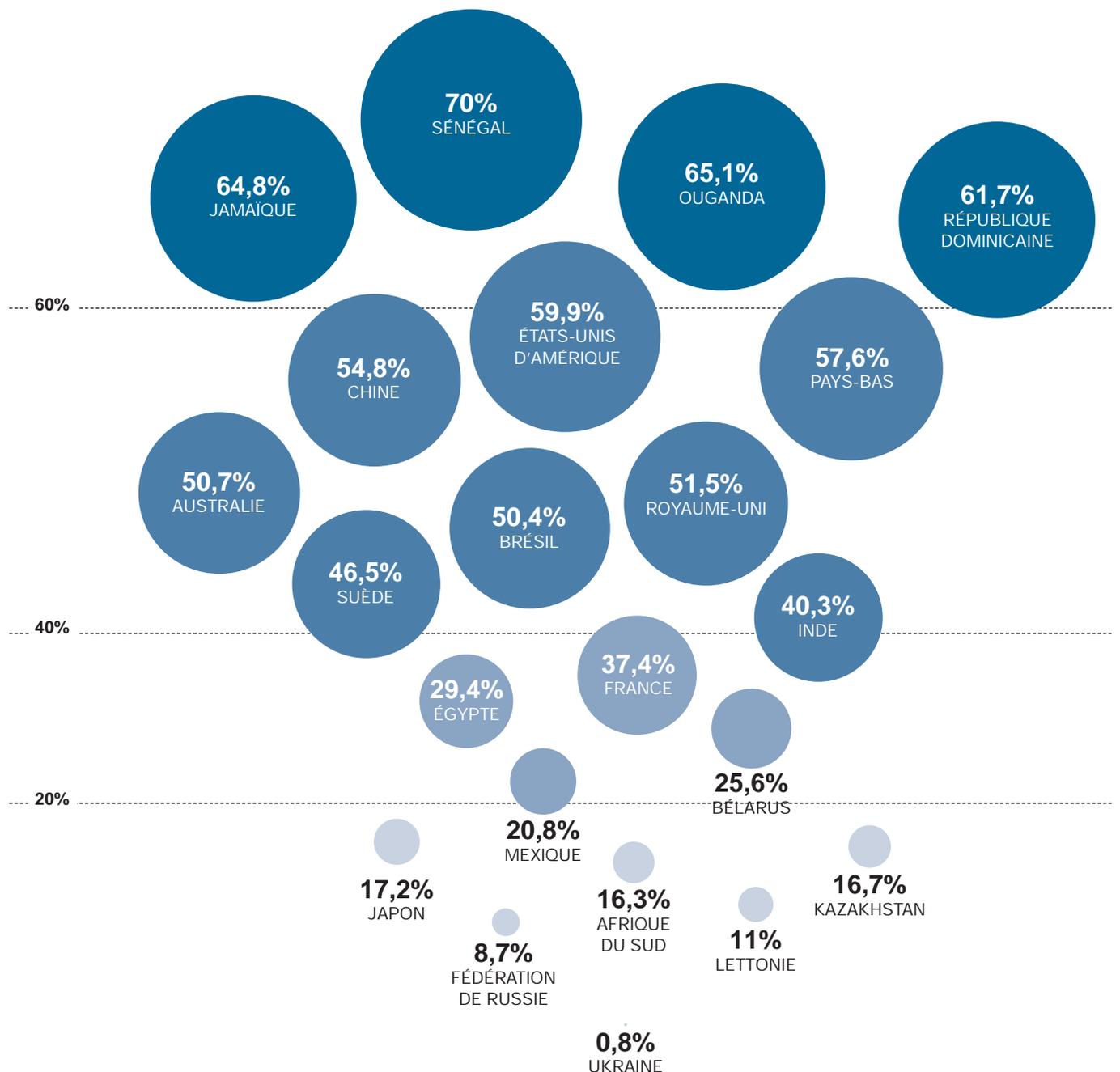
L'éducation sexuelle est en tête de liste, avec globalement six personnes sur 10 (60,7%) indiquant que la riposte au sida a fourni des opportunités pour lutter contre d'autres problèmes. Les sondés d'Amérique latine (77%) et d'Afrique subsaharienne (70%) pensent de même. Au Mexique, par exemple, 76,8% des personnes interrogées ont déclaré que la riposte au sida avait soutenu les initiatives d'éducation sexuelle.

Près de quatre sondés sur 10 (37,8-40,9%) ont aussi indiqué que les initiatives axées sur

Votre pays riposte-t-il efficacement au sida ?



Votre pays riposte-t-il efficacement au sida ? (Pourcentage de ceux qui ont répondu 'oui' par pays)



le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables avaient été dynamisées par les programmes de riposte au sida. Trois sondés sur 10 environ (27%) ont eu l'impression que si l'homophobie et la violence sexuelle étaient des questions figurant dans les ordres du jour, c'était aussi grâce à la riposte au sida.

Il est important de relier les services de prise en charge du VIH à d'autres services de santé

Plus de sept sondés sur 10 (71%), soit une majorité écrasante, pensent que les programmes de prévention et de traitement du VIH devraient être reliés à d'autres services de santé, tels que ceux de prise en charge de la tuberculose et de la santé maternelle.

Dans les Caraïbes, neuf personnes sur 10, et en Afrique subsaharienne, en Asie de l'Est et en Amérique latine, plus de huit personnes sur 10 approuvent l'idée de sortir la riposte au sida de son isolement.

Qui doit payer pour le traitement ?

Globalement, environ 58% des personnes interrogées pensent que les personnes vivant avec le VIH doivent recevoir des traitements subventionnés. Cette perception a été la plus forte dans les Caraïbes, avec 87% de sondés favorables au traitement subventionné. Les personnes interrogées sont aussi d'accord en Asie, où plus de 70% approuvent cette idée.

La moitié environ des personnes interrogées d'Amérique latine et d'Europe orientale souhaitent que les pouvoirs publics de leur pays subventionnent le traitement. Un peu moins de la moitié des sondés aux États-Unis d'Amérique approuvent le subventionnement des traitements destinés aux personnes vivant avec le VIH.

Où orienter la majeure partie des financements de la prévention du VIH ?

Quelque 77% des sondés ont le sentiment que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (67%) et les consommateurs de drogues injectables (78%) sont les personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH.

Toutefois, lorsqu'il est question des priorités de financement, les gens choisissent les investissements en direction des jeunes et de la population générale plutôt qu'en faveur des consommateurs de drogues, des professionnel(le)s du sexe et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

En Europe orientale et en Asie centrale, la moitié des personnes pensent que les programmes doivent cibler les consommateurs de drogues injectables. Sept sondés

sur 10 en Asie du Sud et du Sud-Est, et six sondés sur 10 en Asie de l'Est déclarent que la majeure partie des financements doit être axée sur les professionnel(le)s du sexe. Dans les Caraïbes, les opinions s'équilibrent entre le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables.

Le sida est-il un problème dans votre pays et votre communauté ?

Presque toutes les personnes interrogées en Afrique subsaharienne ont répondu 'oui' à la question : le sida est-il un problème pour votre pays ? Dans les Caraïbes, huit sondés sur 10 ont approuvé et en Amérique latine, sept personnes sur 10 ont également répondu 'oui'. Pour l'Asie du Sud et du Sud-Est le ratio a été de six sur 10, tout comme pour l'Europe orientale.

Lorsque les personnes ont été interrogées pour savoir si c'était un problème pour leur communauté, les chiffres ont diminué de manière significative. Aux États-Unis d'Amérique, un tiers environ (33%) des sondés pensent ainsi alors que 70% ont le sentiment que c'est un problème pour leur pays. Des tendances similaires ont été constatées dans la plupart des autres régions du monde.

Le sida vous inquiète-t-il ?

Le sida inquiète personnellement les trois quarts des sondés en Amérique latine et dans les Caraïbes, et plus de la moitié d'entre eux en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud et du Sud-Est.

À l'inverse, le sida n'inquiète pas personnellement neuf sondés sur 10 en Amérique du Nord et près de sept sondés sur 10 en Europe occidentale et centrale.

Risque d'infection à VIH

En dehors de la région Caraïbes, où six personnes interrogées sur 10 ont le sentiment d'être personnellement exposées au risque d'infection à VIH, plus des trois quarts des sondés des autres régions n'ont pas cette impression.

En Afrique subsaharienne, 25% des personnes interrogées ont le sentiment d'être exposées au risque d'infection à VIH. On a constaté une perception similaire en Amérique latine et en Égypte, ainsi qu'en Europe orientale et en Asie centrale. C'est en Australie et aux États-Unis d'Amérique que les personnes ont semblé les moins inquiètes du risque d'exposition à l'infection.

Pouvez-vous vous protéger contre le VIH ?

Les niveaux de confiance individuelle dépassent 75% dans toutes les régions du monde. Presque tous les sondés d'Afrique subsaharienne, d'Amérique du Nord, d'Asie du Sud et du Sud-Est, d'Amérique latine,

d'Océanie et des Caraïbes sont confiants dans leur capacité à se protéger contre le VIH. Environ 20% des sondés d'Europe orientale et d'Asie centrale ont exprimé des doutes concernant leur capacité à se protéger.

Travailler et partager un repas avec une personne vivant avec le VIH

Globalement, environ 61% des sondés accepteraient de travailler avec une personne vivant avec le VIH, alors que 20% refuseraient. C'est en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes que le taux d'acceptation des séropositifs a été le plus élevé – où huit sondés sur 10 ont déclaré des attitudes positives.

En Afrique subsaharienne et en Amérique latine, neuf sondés sur 10 n'ont aucune réserve à l'idée de partager un repas avec une personne séropositive. En Égypte, 49% ont répondu 'non' et 30% ont répondu 'oui' à l'idée de partager un repas en toute connaissance de cause avec une personne vivant avec le VIH.

Le traitement, pas la prison

Une majorité des personnes interrogées (65,1%) ont indiqué que les consommateurs de drogues injectables devraient recevoir un traitement plutôt qu'être envoyés en prison. En Amérique latine, près de neuf sondés sur 10 (86%) partagent cette opinion. De même, deux tiers (67%) des sondés d'Europe orientale et d'Asie centrale, et d'Asie du Sud et du Sud-Est, préfèrent le traitement à l'incarcération. En Asie de l'Est, plus de la moitié des sondés partagent cette opinion.

Restrictions de voyage

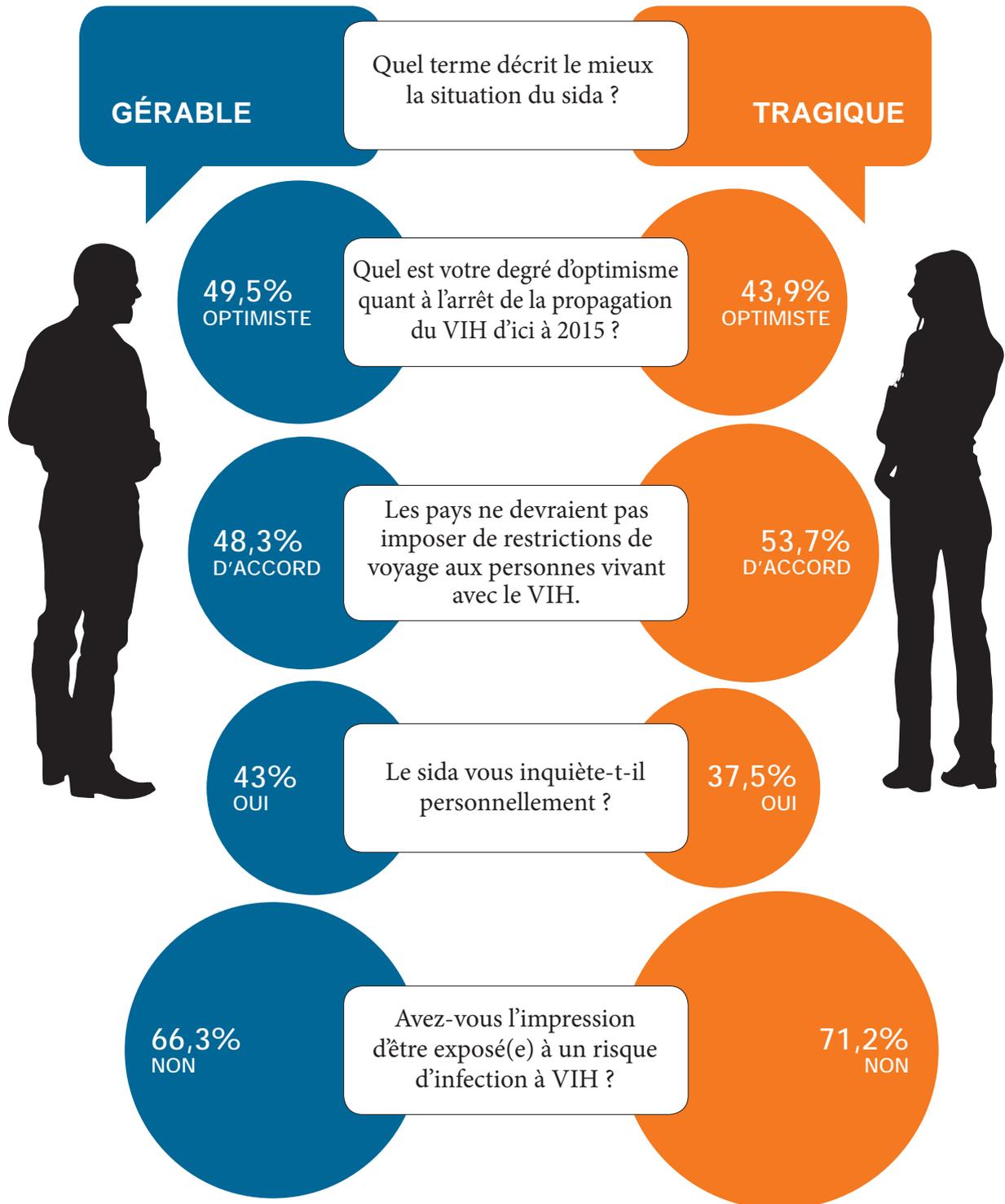
Près de la moitié des personnes sondées ont indiqué qu'il ne devrait pas y avoir de restrictions au voyage imposées aux personnes vivant avec le VIH. Moins de la moitié des sondés d'Europe occidentale et centrale, d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud et du Sud-Est et des États-Unis d'Amérique ont indiqué que des restrictions de voyage leur semblaient nécessaires.

Informations concernant l'enquête

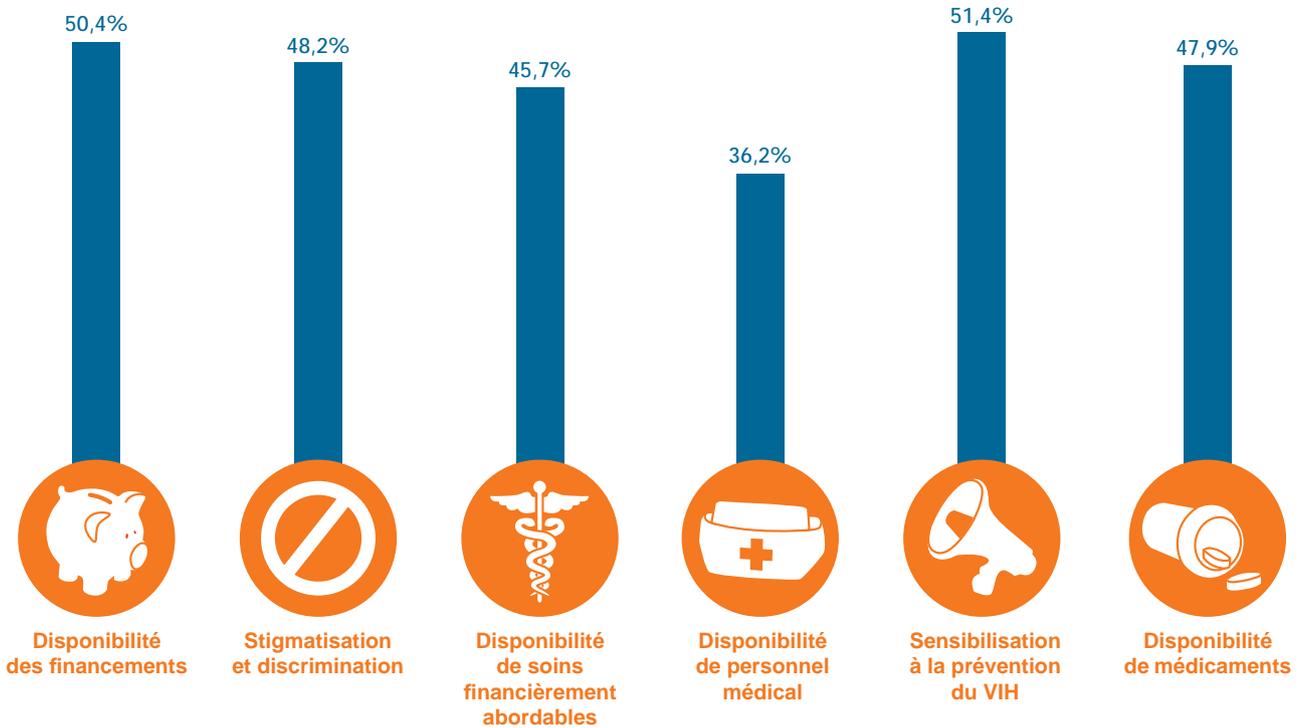
Zogby International a été commissionné par l'ONUSIDA pour réaliser une enquête en ligne auprès d'adultes ayant un accès à Internet dans 25 pays. Au total, 11 820 personnes ont participé à l'étude. Un échantillon des membres du panel en ligne de Zogby International et de son partenaire a été invité à participer. L'étude a été réalisée entre le 30 mars 2010 et le 21 mai 2010. ●

Le rapport intégral est consultable en ligne à l'adresse unaids.org.

Quelles sont les différences de perception à l'égard du sida entre les hommes et les femmes ?



Parmi les obstacles suivant, lesquels empêchent le monde de riposter efficacement contre le sida ?



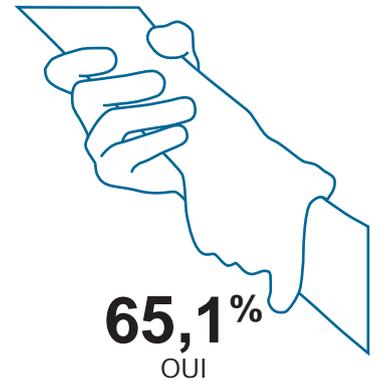
La riposte au sida fournit une opportunité pour éduquer le public sur d'autres problèmes. Dans la liste suivante, lesquels (le cas échéant) ont selon vous été pris en charge plus efficacement grâce à la riposte au sida ?



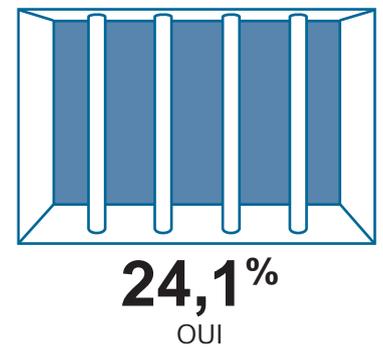
Quelle a été, jusqu'à présent, la principale réalisation de la riposte au sida ?



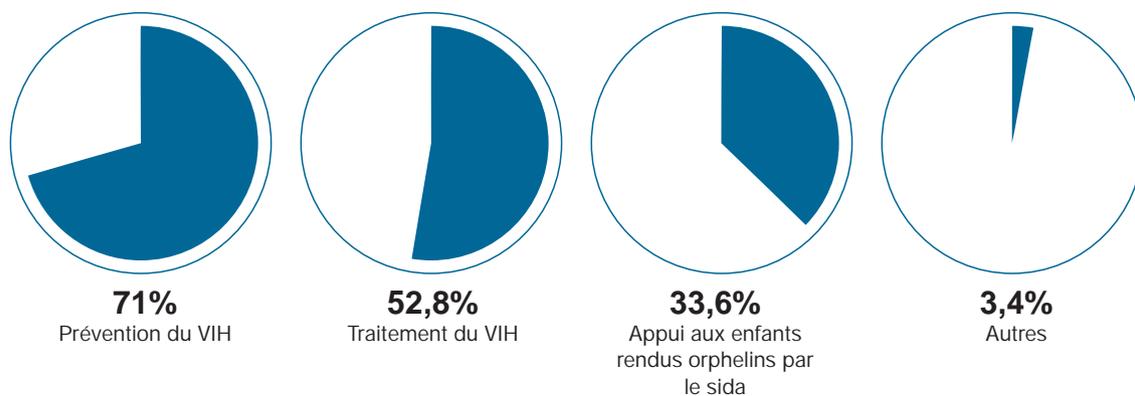
Je pense que les consommateurs de drogues injectables devraient recevoir un traitement.

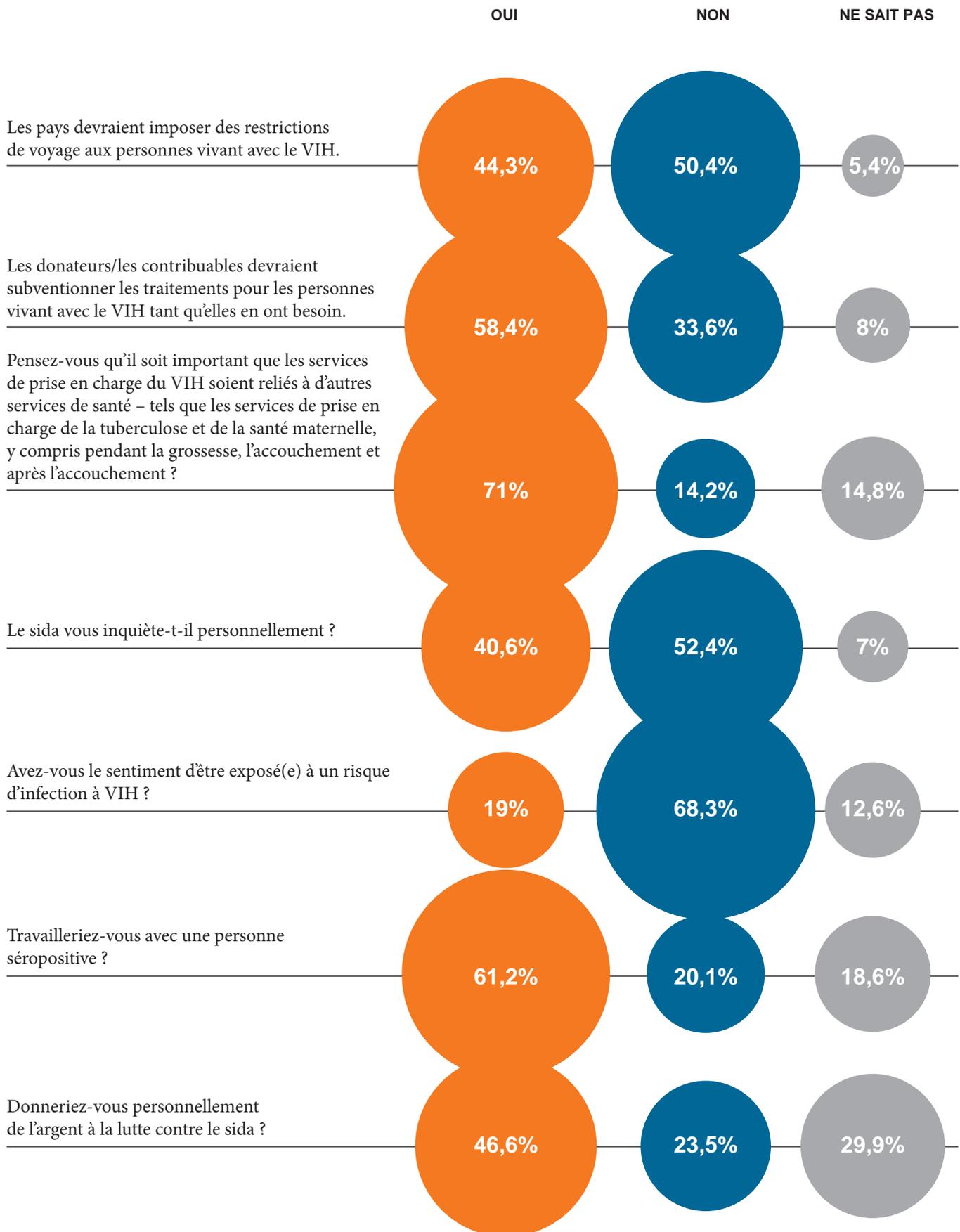


Je pense que les consommateurs de drogues injectables devraient aller en prison.



Où les ressources de la riposte au sida devraient-elles aller ?

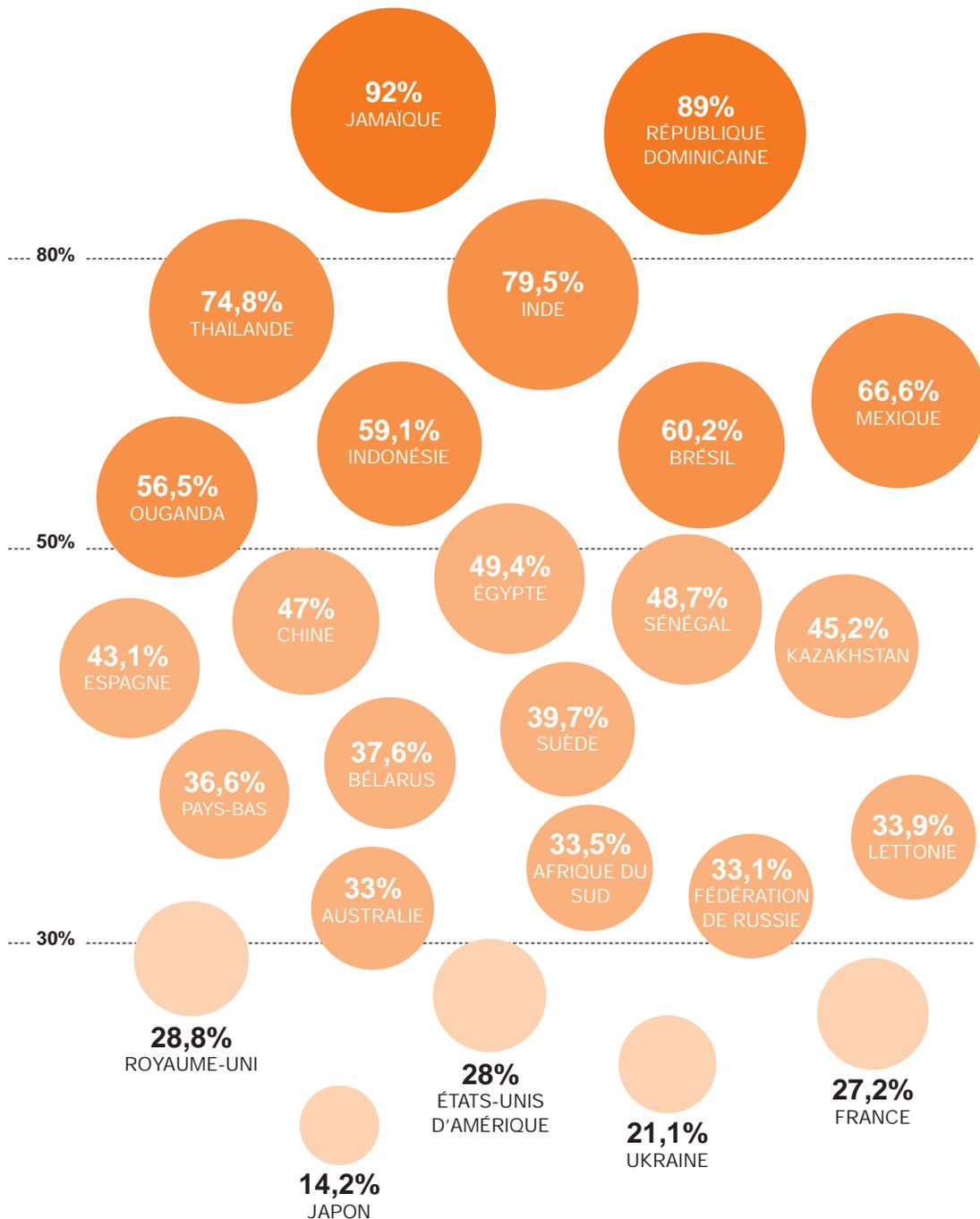




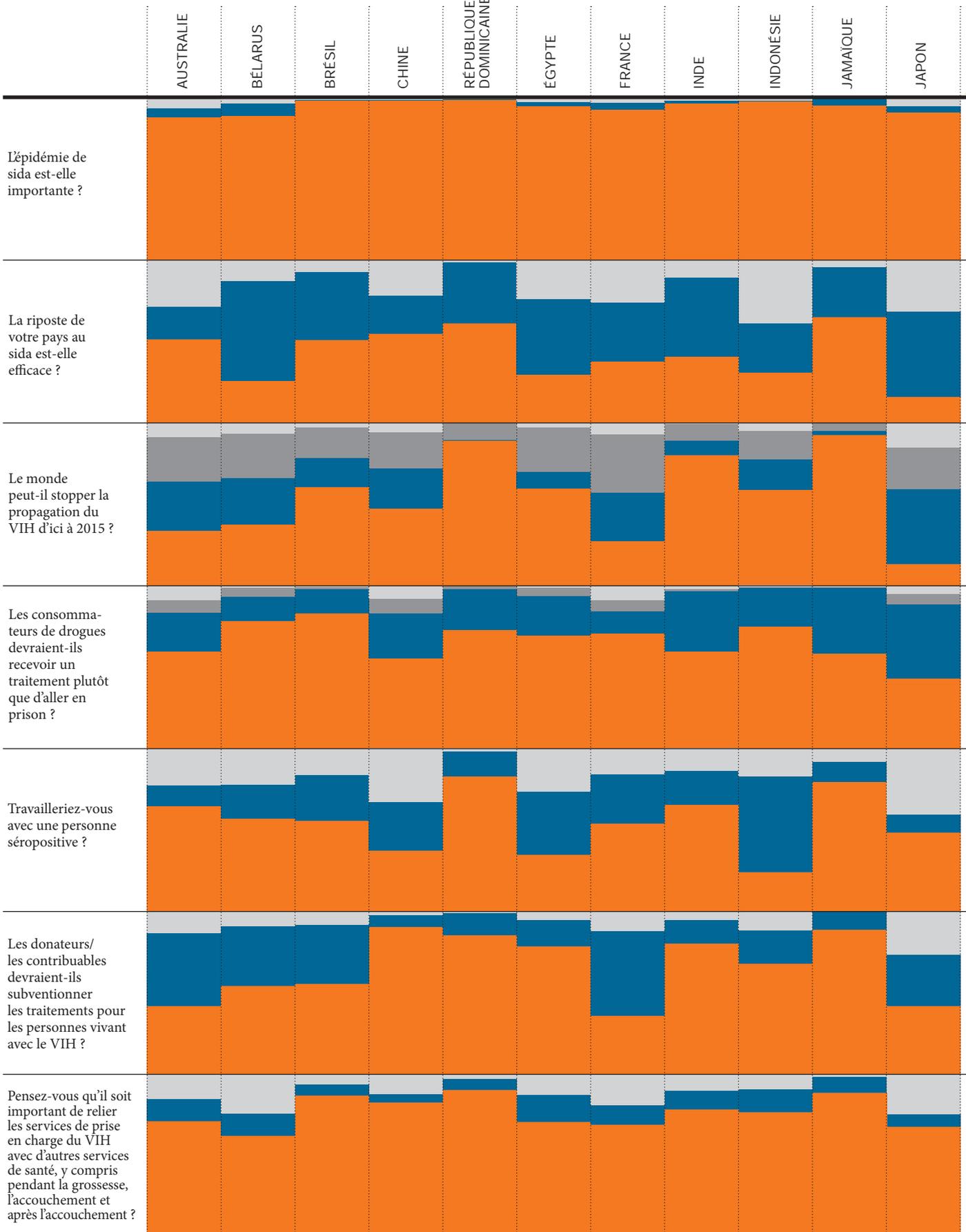
Quel est votre degré d'optimisme ou de pessimisme quant à la possibilité d'arrêter la propagation du VIH d'ici à 2015 grâce à une utilisation appropriée des ressources ?

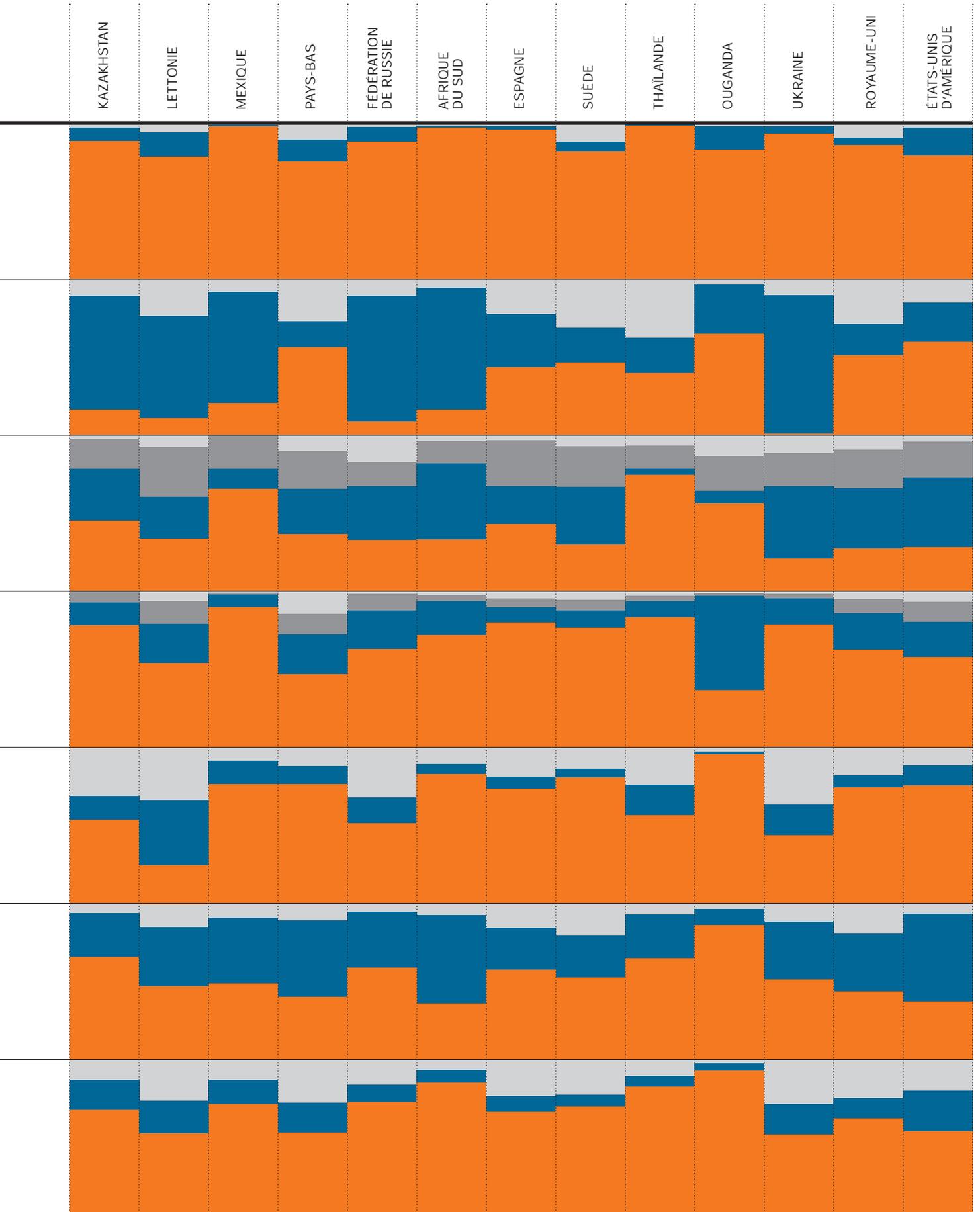


Pouvons-nous arrêter la propagation du VIH d'ici à 2015 ?
(Pourcentage qui a répondu 'optimiste' par pays)



■ OUI
 ■ NON
 ■ NI L'UN NI L'AUTRE/NEUTRE
 ■ NE SAIT PAS
 Chaque rectangle de pays est égal à 100%





LE TRAITEMENT DE DEMAIN RESSEMBLERA-T-IL À CELA ?



IMAGINEZ LE TRAITEMENT 2.0

**Une plate-forme de traitement radicalement simplifiée,
également efficace pour la prévention du VIH !**

Imaginez une pilule facile à prendre – peu toxique et qui n’entraîne pas de résistance aux médicaments.

Imaginez ensuite un besoin considérablement réduit d’analyses de laboratoire coûteuses – le suivi pouvant se faire à la maison.

Imaginez maintenant la fin des ruptures de stock – une chaîne d’approvisionnement à bas coût et une communauté qui garantit que les pilules sont là lorsque vous en avez besoin.

Imaginez enfin que le traitement apporte une contribution majeure à l’effort de prévention.

Réduction d'un tiers des nouvelles infections à VIH au niveau mondial

Les études les plus récentes révèlent que l'on pourrait réduire jusqu'à un tiers des nouvelles infections au niveau planétaire si l'on réorganisait radicalement la manière dont les traitements antirétroviraux sont fournis dans le monde et si les leaders internationaux honoraient les engagements qu'ils ont pris de garantir que toute personne ayant besoin d'un traitement en bénéficie.

Cela s'appelle 'le traitement comme outil de prévention' et c'est l'un des cinq piliers de la nouvelle plate-forme Traitement 2.0. Pour maximiser les atouts du traitement antirétroviral, il est nécessaire d'adopter une approche fondamentalement simplifiée. Celle-ci inclut de trouver de meilleurs schémas thérapeutiques combinés, des outils de diagnostic simplifiés et moins onéreux, et une stratégie de fourniture des traitements à bas coût et communautaire.

Tout le monde souhaite faire les choses mieux, de manière plus intelligente et plus rapide.

Mais la réalité est qu'aujourd'hui, le traitement est compliqué. Depuis la mise sous traitement contre le VIH jusqu'au maintien de celui-ci, le processus fonctionne, mais chaque étape est contraignante et onéreuse. Jusqu'à 80% du coût du traitement sont consacrés non pas aux médicaments eux-mêmes, mais aux systèmes qui permettent de mettre les personnes sous thérapie et de pérenniser la fourniture des traitements. Au niveau mondial, un tiers seulement des personnes qui ont besoin d'un traitement en bénéficient. Le recours au dépistage du VIH demeure insuffisant – la plupart des personnes découvrent encore leur séropositivité lorsqu'elles développent des symptômes cliniques du sida. Le traitement antirétroviral n'est pas homogène en termes de coût, d'efficacité et de tolérance. Et une résistance au traitement peut apparaître, d'où la nécessité de maintenir des analyses de laboratoire coûteuses pour suivre chaque personne sous traitement.

Pour devenir plus intelligent, plus rapide et sauver plus de vies, le monde devra réorienter ses ressources et modifier sa manière de penser.

Aujourd'hui, on estime que 5 millions de personnes vivant avec le VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire reçoivent un traitement, contre 400 000 environ en 2003 – ce qui correspond à une multiplication par plus de 12 en six ans.

Malgré les progrès, la couverture mondiale du traitement antirétroviral demeure faible. Pour deux personnes nouvellement mises sous traitement, on dénombre cinq nouvelles infections. Les personnes vivant avec le VIH n'ont en majorité pas conscience qu'elles sont séropositives. En outre, bien qu'elle soit facilement évitable, la transmission mère-enfant du virus affiche des taux toujours élevés dans beaucoup de pays.

Dans de nombreux milieux, la prévention et le traitement du VIH passent par l'intermédiaire d'un système de fourniture sophistiqué requérant la présence de médecins spécialistes qui ont tendance à se consacrer uniquement à la prise en charge du VIH. Ce système est souvent sollicité au-delà de ses capacités en raison du nombre croissant de patients, de la pénurie de personnel médical formé et de contraintes financières. Bon nombre de ceux qui ont besoin d'un traitement vivent dans des zones rurales, loin des centres de soins spécialisés.

Du fait de la concurrence entre les priorités mondiales et de la crise économique, il est nécessaire de trouver une solution pérenne à long terme pour être sûr que les leaders mondiaux pourront tenir leurs engagements afin d'atteindre l'objectif d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH.

Les dernières directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant le traitement antirétroviral invitent à une mise sous traitement plus précoce et à l'utilisation de traitements médicamenteux plus simples et meilleurs. Ces recommandations contribueront à réduire davantage la morbidité et la mortalité ainsi que la transmission verticale et horizontale. Il reste toutefois encore un long chemin à parcourir.

Le Traitement 2.0 ouvre de nouveaux horizons ...

PILIER 1

Créer une pilule et des diagnostics meilleurs

Lorsque le premier traitement contre le VIH est apparu aux environs de 1996, la pilule était dure à avaler, au sens littéral de l'expression. En effet, il fallait en moyenne absorber 18 médicaments par jour, de formes et de tailles différentes. Certains étaient pris pendant les repas alors que d'autres devaient être absorbés l'estomac vide, et il était nécessaire de respecter rigoureusement les horaires de prise des médicaments afin d'atténuer le risque de voir le virus devenir résistant à ceux-ci.

Mais cela marchait. Les gens appelaient cela « l'effet Lazare » : ce traitement permettait à des personnes proches de la mort de recouvrer la santé.

Le principe du traitement antirétroviral est de supprimer le virus et de l'empêcher de se reproduire. Si le composant actif des médicaments n'est pas maintenu dans le corps de manière constante, le virus peut muter, continuer de se multiplier et devenir résistant aux médicaments. Si l'on respecte son traitement – dans la plupart des schémas combinés, cela signifie prendre la médication à une heure donnée de la journée, deux ou trois fois par jour –, les niveaux de médicament sont maintenus de manière homogène dans le corps.

Plus une personne prend des types différents de médicaments, plus son corps doit s'accoutumer à des substances diverses et plus le risque de développement d'effets secondaires est élevé. Beaucoup de personnes vivant avec le VIH qui ont été sous traitement peuvent témoigner des effets secondaires – qui vont de la dépression et la fièvre et la lipodystrophie (perte de la graisse dans certaines parties du corps).

Les patients ont raison de craindre de développer une résistance à un traitement car une fois qu'une thérapie n'est plus efficace, la personne séropositive risque de devoir passer à un traitement de deuxième intention.

L'accès à un traitement de deuxième intention demeure encore limité dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire en raison du coût élevé des médicaments et de la plus grande complexité des systèmes de suivi et de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Lorsque l'on développe de nouvelles solutions de traitement, il faut réfléchir à une amélioration de l'efficacité et de la facilité d'utilisation, et à une réduction des effets secondaires et de la résistance aux médicaments.

Certains traitements existent déjà sous forme d'associations en doses fixes – dans lesquelles différents médicaments sont

intégrés dans un seul cachet, mais il faut trouver des schémas thérapeutiques dont les effets secondaires et le risque de toxicité à long terme sont moindres (optimisation des doses, obligations minimales de suivi de laboratoire) et qui sont plus résilients et supportent mieux les interruptions de traitement (pour minimiser le développement de la résistance au médicament).

Dans un scénario idéal, disposer d'une telle pilule permettrait de supprimer le besoin actuel de traitements de deuxième et de troisième intention.

Parallèlement, on manque d'outils et de techniques de diagnostics plus simples. Les tests de grossesse peuvent être utilisés à la maison. Les diabétiques peuvent contrôler leur glucose sanguin presque partout. Et si une mère craint que son enfant ait de la fièvre, elle a de nombreuses solutions pour vérifier sa température. Tous ces diagnostics sont faciles à utiliser, habituellement sans le recours obligatoire à un médecin ou à un laboratoire.

On ne peut pas en dire autant, actuellement, concernant le contrôle du statut sérologique VIH ou la numération des CD4 et l'évaluation de la charge virale. Alors que des tests rapides et fiables sont de plus en plus utilisés pour le premier dépistage du VIH, le suivi de la numération des CD4 et de la charge virale nécessite des analyses de laboratoire longues et coûteuses.

Un suivi du traitement plus à la portée du patient peut conduire à une amélioration des résultats du traitement. Cela peut faciliter un dépistage et une mise sous traitement contre le VIH précoces, et peut garantir une réponse appropriée et rapide à la résistance aux médicaments, avec une amélioration des résultats pour les personnes sous traitement et une réduction du développement et de la propagation de souches de virus résistantes aux médicaments.

L'innovation est nécessaire pour développer des outils de diagnostic bon marché sur le lieu de soins, comme de simples bandelettes de test pour évaluer la numération des CD4, la charge virale ou l'infection tuberculeuse.

Qu'est-ce que la numération des CD4 ?

Les cellules CD4 sont un type de lymphocytes (globules blancs). Elles sont une composante importante du système immunitaire et parfois appelées les « cellules auxiliaires ». Elles conduisent la riposte contre les infections. La numération des CD4 est un indicateur clé de la vigueur du système immunitaire. Le VIH ciblant les CD4 en particulier, plus leur nombre est faible plus les dégâts causés par le virus sont importants.

PILIER 2

Le traitement comme outil de prévention

Depuis 1991, le monde sait qu'un traitement antirétroviral efficace peut aider à éviter la transmission du VIH. Cela est vrai pour la transmission verticale, pour s'assurer, par exemple, que les femmes enceintes séropositives ne transmettent pas le VIH pendant la grossesse ou l'accouchement.

Depuis peu, l'impact considérable du traitement sur d'autres modes de transmission du virus est cependant mieux connu. Des données concrètes révèlent qu'une suppression virale efficace par le biais d'un traitement peut réduire de manière substantielle le risque de transmission verticale, sexuelle ou par le sang du VIH.

Une étude récente, supervisée par l'Université de Washington et largement financée par la Fondation Bill & Melinda Gates, a été réalisée sur 3400 couples hétérosexuels – tous composés d'un partenaire séropositif et d'un partenaire séronégatif – de sept pays d'Afrique subsaharienne. Lorsque le partenaire séropositif était sous traitement, les chercheurs ont découvert que le taux de transmission du VIH était de 92% inférieur au taux de transmission dans les couples dans lesquels le partenaire séropositif ne recevait aucun traitement.

Cette étude a également confirmé que la transmission du virus se produit dans des proportions significatives pendant la période au cours de laquelle les personnes vivant avec le VIH développent une déficience immunitaire croissante (laquelle est marquée par une hausse de la charge virale et une diminution du nombre de CD4). Le traitement peut aussi faire partie d'une stratégie de prévention combinée. Une optimisation de la couverture du traitement aura aussi d'autres effets préventifs positifs, notamment une diminution des taux de tuberculose.

Traiter toute personne ayant besoin d'un traitement conformément aux directives actuelles pourrait entraîner une réduction d'un tiers des nouvelles infections au niveau mondial.

Il faut de toute urgence engager des recherches supplémentaires afin de mieux comprendre les possibilités et le rôle du traitement antirétroviral dans les phases asymptomatiques précoces de l'infection à VIH.

C'est comment d'être sous traitement ?

Rodrigo Pascal

Administrateur Partenariats, ONUSIDA

J'ai été diagnostiqué séropositif au VIH en 1996 alors que j'habitais à Santiago, au Chili. À l'époque, on avait seulement un accès limité à des traitements antirétroviraux de mauvaise qualité dans le pays.

Les médecins m'ont mis en contact avec un groupe de soutien pour personnes vivant avec le VIH qui se réunissait chaque semaine à l'hôpital dans une banlieue de Santiago. Je me souviens, lors de ma première réunion, d'avoir été ébahi par le sentiment d'impuissance des autres personnes du groupe – elles étaient en très mauvaise santé, minées par la maladie et très amaigries, on lisait l'effroi dans leur regard et elles semblaient attendre la mort.

En tant que Chilien de classe moyenne, j'ai pu avoir immédiatement accès à un traitement. La plupart des personnes de mon groupe de soutien n'avaient pas les moyens de se payer les médicaments et avaient été inscrites sur une liste d'attente à l'hôpital. J'étais en colère et furieux face à des inégalités aussi criantes au niveau de l'accès à la santé.

Lorsque j'ai commencé à prendre un traitement antirétroviral en 1997, je prenais entre 12 et 14 cachets par jour. Au fil des ans, j'ai suivi différentes thérapies. Pendant toutes ces années sous traitement, je n'ai jamais développé de résistance aux médicaments, mais j'ai eu quelques effets secondaires très importants.

Lorsque je prenais du Sustiva, par exemple, qui est un médicament antirétroviral couramment utilisé, je faisais des rêves et des cauchemars terribles, et j'avais d'autres problèmes psychologiques. Une fois, ma tête a beaucoup enflé et j'étais défiguré – réaction allergique au médicament. J'ai dû arrêter celui-ci et retourner à l'hôpital pour essayer un nouveau traitement.

Un autre médicament antirétroviral, un inhibiteur de protéase, a entraîné une lipodystrophie chez moi, c'est-à-dire une perte de graisse dans certaines zones du corps et une accumulation dans d'autres. Je n'arrivais presque plus à me regarder dans la glace, c'était très dur pour mon amour-propre.

En 2006, après presque 10 ans sous traitement antirétroviral, toutes mes artères coronaires étaient complètement bouchées. J'ai dû subir quatre pontages pour survivre. Compte tenu de ma condition cardiaque

sous-jacente, il était probable que j'allais un jour avoir des problèmes cardiaques en vieillissant – mais pas à 50 ans. Je prends en fait maintenant plus de médicaments pour mon cœur que contre le VIH.

Mon traitement antirétroviral actuel est relativement simple. Je prends trois cachets par jour : un le matin et deux le soir. J'ai eu quelques effets secondaires, mais globalement, je me sens bien et le traitement est efficace.

Mme Lineo Mafatle

(nom modifié)

Mère de deux enfants, Lesotho

J'ai découvert que j'étais séropositive au VIH en 2001. Je ne savais pas que mon mari avait fait un test de dépistage qui avait révélé sa séropositivité, mais j'ai commencé à remarquer des changements dans son comportement – il s'est mis à rentrer tard à la maison et à boire beaucoup. Un jour, il m'a dit qu'il avait quelque chose à me dire qui allait me faire beaucoup de mal, quelque chose qui pourrait même me tuer. Puis il m'a annoncé : « Je suis séropositif ».

D'abord, j'ai été très en colère. J'ai hurlé et je l'ai engueulé. Au bout d'un moment, j'ai commencé à me préparer à l'idée que, si je décidais de faire un dépistage, il faudrait bien en accepter le résultat, pour pouvoir vivre plus longtemps. Nous avons commencé à en parler et nous nous sommes engagés à être là l'un pour l'autre ; nous étions prêts à nous soutenir mutuellement quel que soit le résultat de mon test.

Mon mari est venu avec moi lorsque je suis allée faire un dépistage et que j'ai été diagnostiquée séropositive. C'était en 2001 et à cette époque, je ne pensais même pas au traitement. Je pensais que c'était si cher que je n'ai même pas essayé de savoir combien il coûtait car je savais que je ne pourrais pas me le payer.

En 2003, lorsque le premier centre de traitement antirétroviral a ouvert au Lesotho, nous sommes allés ensemble au dispensaire et mon mari a été mis sous traitement. Comme la numération de mes CD4 était de 250 (c'était la première fois que l'on contrôlait le nombre de mes CD4), il n'était pas encore nécessaire que je commence un traitement.

Au centre, on m'a dit que je devais faire des contrôles tous les trois mois, ce que j'ai fait.

Ce n'est qu'en 2005, lorsque mes CD4 sont tombés au-dessous de 200, que j'ai commencé à prendre des médicaments antirétroviraux. Malgré l'absence de symptômes, j'en étais à ce que l'on appelle le 'stade 1', j'ai quand même commencé à prendre des antirétroviraux.

En 2006, j'ai ressenti pour la première fois les effets secondaires d'un médicament, la zidovudine. La graisse de mon corps a commencé à se déplacer seule et je suis devenue très maigre au niveau du dos, des jambes et même du visage. Cela signifiait qu'il fallait que l'on change l'une des composantes de mon traitement.

Je prends mes trois cachets deux fois par jour, toutes les 12 heures. En dehors du problème de répartition des graisses, j'ai aussi des douleurs dans les jambes. Je fais attention de les masser afin de ne pas avoir trop mal – je dois accepter que cela fait partie du traitement. Je pense qu'au stade actuel, il vaut mieux que j'essaie de vivre en supportant les petits effets secondaires, comme ça il n'est pas nécessaire que je sois mise sous un traitement de deuxième intention – lequel pourrait avoir des effets secondaires encore pires que ceux que je subis actuellement.

La chose la plus difficile quand on est sous traitement, c'est de le respecter. Une fois qu'on a commencé une thérapie et qu'on la suit depuis un certain temps, on s'y habitue et on ne se rappelle plus si on a pris les cachets ou non, alors on se demande tout le temps : « Est-ce que je les ai pris aujourd'hui ? ». Maintenant, j'ai un pilulier dans lequel je mets les cachets pour chaque jour, ainsi je peux vérifier si je les ai pris ou pas.

Je pense que l'observance du traitement est une chose très difficile. Mais le traitement m'a aussi donné de l'espoir. Lorsque j'ai découvert que j'étais séropositive, j'ai pensé que j'allais mourir, et ça a été très dur. Ainsi, pour nous au Lesotho, avoir des médicaments antirétroviraux en attendant que l'on trouve comment nous guérir, le traitement apporte de l'espoir.

Si je pouvais souhaiter une chose pour l'avenir du traitement, pour lutter contre un virus comme le VIH contre lequel il faut prendre des médicaments à vie, le plus important pour moi serait qu'on parvienne à réduire le nombre de doses à prendre.

PILIER 3

Le coût doit cesser d'être un obstacle

Malgré des baisses spectaculaires des prix des médicaments au cours des 10 dernières années, les coûts des programmes de traitement antirétroviral continuent d'augmenter.

Le pourcentage déclaré de personnes sous traitement de deuxième intention demeure faible. En 2008, une vaste majorité des adultes (98%) et des enfants (97%) sondés dans 43 pays durement touchés recevaient des traitements antirétroviraux de première intention.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le coût annuel moyen des traitements médicamenteux de première intention les plus largement utilisés s'élevait à 143 dollars des États-Unis par personne en 2008, ce qui correspond à une baisse de coût de 48% depuis 2004. La réduction du prix des formulations pédiatriques a été encore plus significative, celui-ci étant tombé de 436 dollars des États-Unis par personne et par an en 2004 à 105 dollars des États-Unis en 2008. Tout cela a contribué à élargir l'accès au traitement. Les traitements de deuxième intention demeurent plus onéreux.

Les médicaments pourraient être encore plus accessibles financièrement, toutefois les gains potentiels sont plus importants au niveau de la réduction des coûts de fourniture des traitements non liés aux médicaments. Actuellement, ces coûts dépassent substantiellement le coût des médicaments eux-mêmes.

Des économies sont réalisables à toutes les étapes du processus. Un meilleur cachet à dose unique dont la toxicité est moindre et auquel le virus n'est pas résistant permettrait de réduire les besoins de suivi du traitement. Cela conduirait à une diminution du nombre de contacts avec les fournisseurs de soins – une réduction du temps passé par les soignants à suivre les personnes participant à des programmes de traitement antirétroviral libérerait des ressources susceptibles d'être consacrées à d'autres problèmes urgents de santé.

Une diminution de la fréquence des contacts avec les fournisseurs de soins réduirait aussi les coûts à la charge des patients, tels que les frais de transport.

Des approches de diagnostic et de traitement simplifiées permettraient de décentraliser les services des établissements de santé spécialisés vers des fournisseurs de soins primaires et communautaires ; ainsi, la responsabilité de l'administration et du suivi du traitement antirétroviral passerait des médecins et des infirmiers aux travailleurs de santé communautaires.

Ces approches simplifiées permettraient aussi de s'assurer que les investissements consacrés au traitement du VIH bénéficient directement à la fourniture d'autres programmes de santé, dans la mesure où ils sont dispensés par l'intermédiaire des mêmes centres de santé et par les mêmes travailleurs de santé. Les investissements dans les infrastructures et la formation profitent plus efficacement à la fourniture de services de santé plus larges.

Décentraliser le traitement du VIH au Malawi

D'après des sources gouvernementales, près de 200 000 personnes vivant avec le VIH au Malawi avaient accès au traitement antirétroviral en 2009, contre 10 000 environ en 2004. Entre 2003 et 2009, le nombre de centres fournissant des traitements antirétroviraux au Malawi a augmenté de 9 à 377. L'approche décentralisée de la prise en charge et du traitement du VIH a joué un rôle déterminant dans cette réussite nationale d'élargissement et d'intensification de l'accès au traitement antirétroviral.

Conformément aux premières directives nationales de traitement antirétroviral établies au Malawi, seuls les médecins et les responsables de dispensaires – principalement basés dans des établissements de santé importants en milieu urbain – étaient autorisés à mettre les patients sous traitement antirétroviral. Les assistants médicaux et les infirmiers pouvaient contrôler et suivre les progrès des patients, mais n'étaient pas habilités à prescrire le traitement.

Dans la mesure où 85% environ de la population du Malawi vit

dans des zones rurales, l'accès au traitement est vite devenu un problème important. « Certaines personnes devaient faire un voyage de 100 kilomètres pour qu'on évalue si elles pouvaient être mises sous traitement antirétroviral » déclare le Professeur Anthony Harries, Conseiller du Programme de lutte contre le sida du gouvernement du Malawi entre 2003 et 2008. « Même si ce service était gratuit, cela impliquait de prendre du temps sur son travail. Ceux qui parvenaient à avoir accès au traitement antirétroviral avaient d'importantes difficultés à le poursuivre en raison du coût des transports. »

Le nouveau plan d'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral du Malawi (2006-2010) a inclus un certain nombre de stratégies pour rapprocher l'accès au traitement du VIH du lieu de soins primaires, là où la majorité de la population vit. Grâce aux nouvelles directives, les assistants médicaux et les infirmiers ont été autorisés à mettre les patients sous traitement antirétroviral – à partir de 2006 et de 2008, respectivement.

En partenariat avec le Ministère de la Santé et les établissements médicaux des districts, de nombreux centres de santé communautaires ont été accrédités pour fournir des traitements antirétroviraux. Près de 88 000 personnes ont été mises sous traitement antirétroviral pour la seule année 2009. Sur les 377 centres du Malawi dans lesquels le traitement antirétroviral est aujourd'hui dispensé, plus de 50% sont des centres de santé de base.

« Grâce à cette approche décentralisée, nous pouvons atteindre des communautés dans lesquelles vivent des gens qui n'auraient autrement pas pu avoir accès au traitement » déclare le Dr Frank Chimwandira, Directeur du Département VIH/sida du Ministère de la Santé du Malawi. « Nous avons également réussi à améliorer le suivi du traitement car un plus grand nombre de personnes ont pu revenir plusieurs fois dans les centres de santé pour obtenir leur traitement. »

PILIER 4

Renforcer le recours au dépistage du VIH et ses liens avec les soins

Si l'on souhaite tenir la promesse d'une mise en œuvre des stratégies de traitement et de prévention basée sur le traitement, il faut renforcer considérablement le recours au conseil et au test du VIH et leurs liens avec les soins.

Au niveau mondial, environ 40% seulement des personnes vivant avec le VIH ont connaissance de leur statut sérologique ; la grande majorité de celles-ci découvrent leur séropositivité en développant des symptômes cliniques du sida, une fois que leur système immunitaire est gravement affaibli.

La stigmatisation et la discrimination demeurent les principaux obstacles à l'utilisation du test de dépistage du VIH. Pour de nombreuses personnes, le simple fait de chercher à se faire dépister peut conduire à s'exposer à des violences graves, susceptibles de mettre leur vie en danger, à des procédures juridiques et à la perte de leur famille, de leur emploi et de leurs biens. Et lorsqu'il n'y a pas d'accès à des services de soins, de traitement et d'appui, cela n'incite pas vraiment à faire le test de dépistage du VIH.

On enregistre cependant des progrès. L'Afrique du Sud prévoit de proposer un dépistage à 15 millions de personnes en deux ans. En République-Unie de Tanzanie, 3 millions de personnes ont fait un test de dépistage du VIH en six mois. Au Malawi, ce sont 200 000 personnes qui se sont soumises à un test en l'espace d'une semaine.

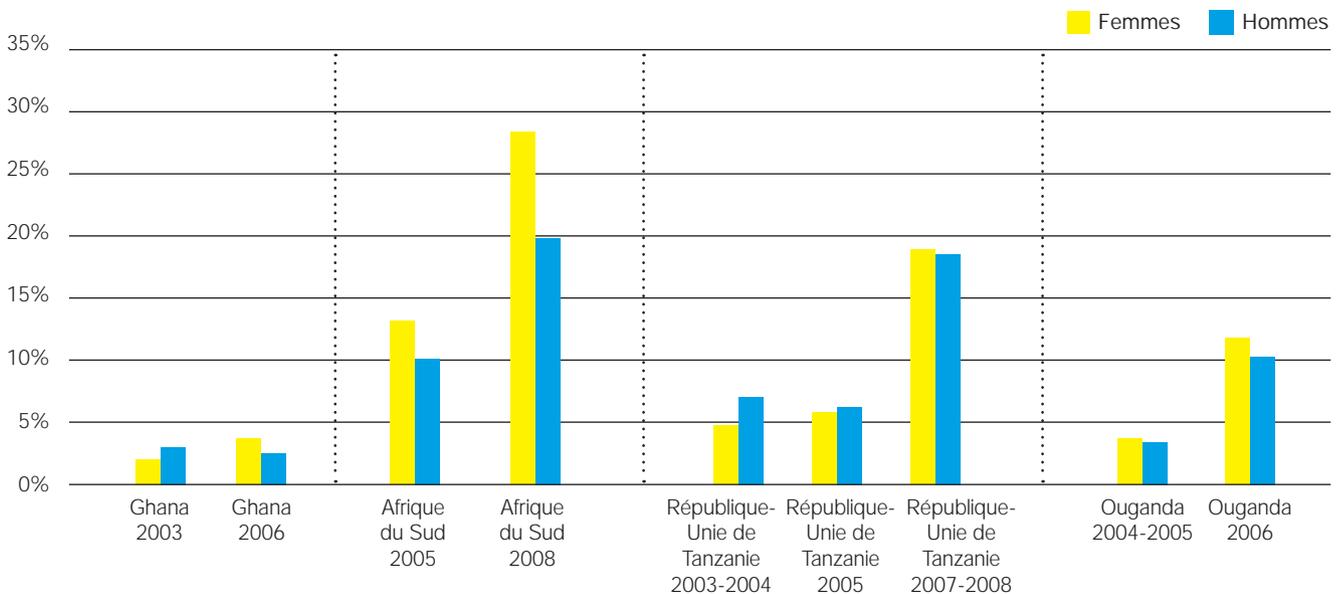
Les organisations à assise communautaire qui sont souvent dirigées par des personnes vivant avec le VIH assurent une liaison importante et efficace avec les services de dépistage du VIH et un lien avec les services de prévention et de traitement. Les gens ont souvent plus confiance dans des services organisés par des pairs que dans des services dirigés par l'administration publique ; cela est particulièrement vrai pour les populations exposées à un risque élevé d'infection qui peuvent avoir peur des approches de soins de santé régies par les pouvoirs publics.

Les résultats des programmes de pays aussi divers que la Bolivie, le Botswana, la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde, l'Ouganda et le Rwanda confirment tous l'impact positif qu'une démarche individuelle auprès des services à assise communautaire a sur la hausse des taux de dépistage du VIH et l'accroissement

de l'utilisation des services de prévention et de traitement du virus, sur l'amélioration de l'observance du traitement et des pratiques de prévention, et sur une réduction de la stigmatisation.

Nous devons tirer des leçons des modèles efficaces de partenariat entre les fournisseurs de services de santé et de services communautaires pour aider à réduire la stigmatisation et à accroître l'utilisation des services (en particulier par les populations exposées à un risque élevé d'infection), et élargir et intensifier ces modèles. Les exemples existants sont nombreux dans différents pays, notamment des programmes qui reçoivent un soutien du Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida des États-Unis d'Amérique et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial).

Des progrès sont possibles : pourcentage de personnes s'étant soumises à un test de dépistage du VIH et ayant reçu leurs résultats dans les 12 mois précédant l'enquête dans des pays ayant des enquêtes démographiques à passages répétés, 2003-2008



Source : Enquêtes démographiques et sanitaires

PILIER 5

Renforcer la mobilisation communautaire

Les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les femmes pauvres ont peu de raisons de faire confiance aux services de santé fournis par les autorités publiques. La peur de la révélation de leur séropositivité empêche de nombreuses personnes de demander un dépistage du VIH et d'utiliser les services de soins.

Les approches communautaires qui visent à renforcer la confiance, à protéger les droits humains et à fournir des opportunités de socialisation améliorent directement la capacité des personnes à recourir aux services de prise en charge du VIH, à bénéficier des traitements antirétroviraux et à éviter de nouvelles infections. En fait, l'essentiel des succès enregistrés à ce jour au niveau de la riposte au sida est dû à l'engagement sans précédent des communautés affectées qui ont joué un rôle de défenseurs, d'éducateurs et de fournisseurs de services.

À la fin des années 1980, la TASO (organisation ougandaise d'aide aux malades du sida) a élaboré des modèles pour des services de soutien à assise

communautaire qui ont été reproduits à travers le monde entier.

Au Brésil, le Grupo Pela Veda a contribué avec succès au plaidoyer en faveur d'une couverture complète du traitement antirétroviral dans le pays, ce qui a conduit à une chute de 50% des décès liés au sida en l'espace d'un an.

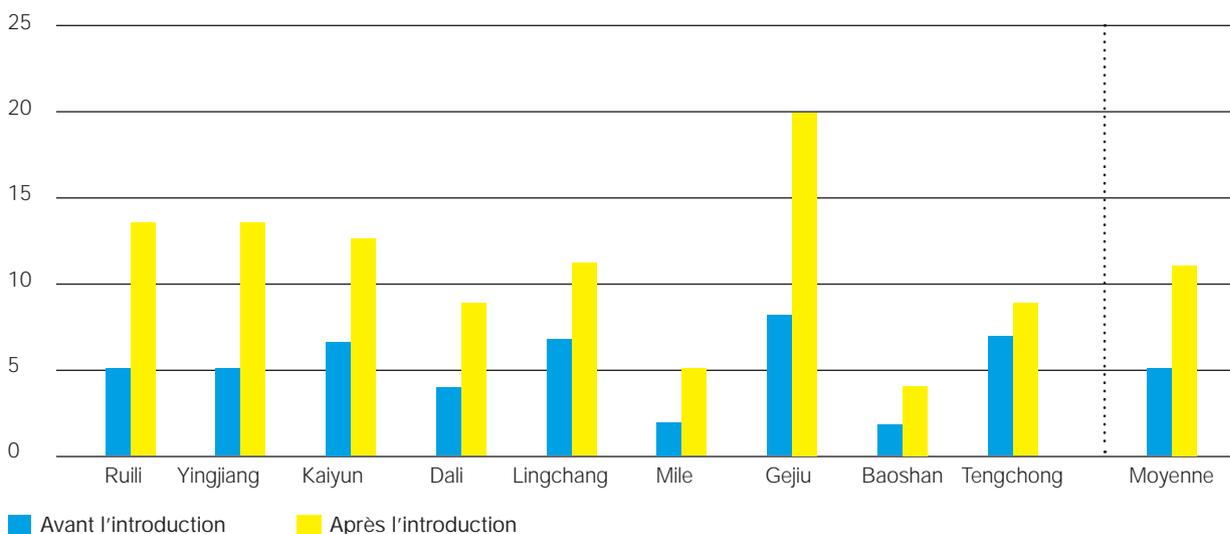
Les travaux de militants de la lutte contre le sida aux États-Unis ont aidé à diviser par deux le temps nécessaire pour obtenir un agrément pour des nouveaux médicaments destinés à des maladies potentiellement mortelles, ce qui a conduit à l'agrément et à la mise à disposition précoces de traitements antirétroviraux hautement actifs en 1996 – et donc permis de sauver des millions de vies.

Le Réseau pan-ukrainien des personnes vivant avec le VIH a géré une subvention du Fonds mondial destinée à fournir un accès au traitement et des services de prévention en réponse à l'une des épidémies de VIH dont le développement a été l'un des plus rapides au monde.

En Afrique du Sud, la Campagne d'action pour le Traitement a réussi à responsabiliser un gouvernement dont la riposte à l'épidémie de VIH la plus destructrice du monde était en échec, ce qui a conduit à l'élaboration de programmes d'accès au traitement à

Chine : Traitement du VIH

Les mises sous traitement ont plus que doublé après l'introduction de services communautaires de proximité



Source : AIDS Care China, 2009. Données pour 10 sites de la province du Yunnan en 2008.

travers tout le pays et à un engagement accru en faveur de la prévention et du test du VIH.

Des approches simplifiées de traitement offrent des opportunités uniques pour élargir la fourniture au niveau communautaire de services de proximité et de soutien, avec des effets positifs directs pour la prévention et pour des traitements à bas coût.

Au Népal, par exemple, l'Association nationale des personnes vivant avec le VIH a soutenu huit organisations à assise communautaire en fournissant des conseils pour les couples sérodifférents et en assurant la promotion du préservatif et l'aiguillage vers des services de traitement, de soins et d'appui.

En Chine, une évaluation indépendante de 26 organisations à assise communautaire – toutes gérées par des personnes vivant avec le VIH et soutenues par le Fonds collaboratif pour le VIH de la Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC) – a révélé que la participation aux services de soutien fournis par ces organisations accroissait les taux d'observance des traitements, amenait plus de monde dans les services de dépistage du VIH et de santé, et améliorait la réponse des CD4 au traitement antirétroviral.

Une évaluation de l'OMS de 186 projets communautaires de fourniture de services et de mobilisation en Europe orientale, Asie du Sud-Est et Amérique latine a révélé que les organisations à assise communautaire locales dirigées par des personnes vivant avec le VIH parviennent souvent mieux à atteindre les populations exposées à un risque élevé d'infection et à convaincre les gens d'utiliser efficacement les services de santé.

Les organisations communautaires peuvent conduire et gérer l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH, en particulier pour les populations exposées à un risque élevé d'infection.

Il faut renforcer les activités de mobilisation des communautés pour accroître la demande de services de prévention, de traitement et de test du VIH, garantir la protection des droits humains, plaider en faveur de soins équitables, et fournir des services communautaires d'appui, de soins et de prévention. ●

Adhésion des communautés

David Barr

Directeur de projets de développement et spéciaux, Coalition internationale pour la préparation au traitement, et consultant ONUSIDA

Qu'est-ce qui a changé ?

C'est une évolution majeure de la manière de penser. Jusqu'à présent, les programmes de prévention et de traitement étaient relativement isolés. Nous avons l'habitude de voir le traitement surtout comme un moyen pour réduire la morbidité et la mortalité. Prendre conscience que le traitement permet aussi d'éviter de nouvelles infections nous fournit de nouvelles opportunités pour mieux intégrer les efforts de prévention et de soins. Cela nous oblige à réévaluer le rapport coût-efficacité de la fourniture du traitement.

Pourquoi l'engagement des communautés est-il essentiel pour le succès d'une approche décentralisée du traitement et des soins du VIH ?

Sans l'engagement des communautés affectées, il est impossible d'obtenir que les personnes qui sont les plus exposées au risque se fassent soigner et utilisent les services de soins de manière efficace. Le taux mondial d'utilisation des services de conseil et de test du VIH est très faible. Si l'on n'investit pas davantage dans la mobilisation des communautés, il sera impossible d'améliorer le taux d'utilisation des services de test, de prévention et de soins du VIH. Cela est vrai partout et plus vrai encore pour les populations exposées à un risque élevé qui sont victimes de graves discriminations lorsqu'elles cherchent à se faire soigner – la population rurale pauvre, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues,

les professionnel(le)s du sexe. Ces groupes ont d'excellentes raisons de ne pas avoir confiance dans les responsables de la santé publique et dans les services de santé publique gérés par les autorités de leur pays.

Quels sont certains des risques inhérents à une telle approche (droits humains, qualité des soins, etc.) ?

Tous les services de test et de soins du VIH doivent être fournis dans un cadre qui protège les droits humains. Rien dans la plate-forme Traitement 2.0 n'altère cela. La seule manière pour que les personnes fréquentent ces services est de garantir qu'elles ne sont pas exposées à un risque de violation de leurs droits humains. L'approche Traitement 2.0 améliorera la qualité des soins en rapprochant un plus grand nombre de personnes des fournisseurs de soins et en rendant les diagnostics et le traitement plus faciles à utiliser.



Les jeunes ont besoin d'un accès à des informations sur le VIH.

COMPRENDRE A QUOI SERT L'ARGENT

OUTLOOK défend la santé en tant que besoin de première nécessité.





LA SANTÉ EST-ELLE UNE NÉCESSITÉ OU UN LUXE ?

Intuitivement, vous pensez que c'est une nécessité car les gens doivent avoir accès à la santé, n'est-ce-pas ?

Cependant, si l'on regarde les comportements face aux dépenses de santé, la réponse semble indiquer que les gens considèrent la santé comme un luxe. Dans la plupart des pays, les dépenses de santé augmentent à un rythme comparable à celui de la croissance économique. Pour un économiste, l'élasticité des biens de première nécessité est de 0 et celle des produits de luxe est de 1, or l'élasticité de la demande de santé par rapport au revenu est proche de 1 (voir encadré).

Alors, que faut-il faire pour qu'intuition et réalité soient mieux en phase ? OUTLOOK étudie différentes possibilités.

Plus d'investissements dans la santé

Pendant les périodes économiques fastes, les investissements de santé augmentent. Dans la mesure où l'élasticité de la santé est proche de 1, une hausse du revenu par habitant de 1% doit théoriquement conduire à une augmentation équivalente de la demande de soins de santé. Et cela se vérifie à travers le monde.

Toutefois, compter sur la croissance a peu de chances d'être efficace partout. En effet, les économies ne sont pas toutes suffisamment importantes pour mobiliser les ressources nécessaires afin de répondre et faire face durablement aux besoins de santé. Si l'on avait exclusivement compté sur les forces de marché, il y aurait aujourd'hui peu de gens sous traitement contre le VIH.

À travers le monde, les investissements de santé continueront de résulter de l'aide internationale combinée aux investissements nationaux. Aujourd'hui, les investissements de santé ont atteint près de 700 milliards de dollars des États-Unis dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

On pourrait dire que ce qui a été bon pour la riposte au sida l'a aussi été pour la santé mondiale en général. Le financement de la riposte au sida a entraîné un accroissement des fonds investis dans les

programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme.

Les dépenses allouées à la lutte contre le VIH ont totalisé près de 15,6 milliards de dollars des États-Unis en 2008. Dans les pays dans lesquels des données sont collectées, 70% environ des dépenses engagées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire proviennent de l'aide internationale. Le reste est financé par des recettes nationales ainsi que les frais à la charge des personnes et des familles.

Connaître les limites des dépenses domestiques allouées à la lutte contre le VIH

La Déclaration d'Abuja recommandait que les pays allouent environ 15% du budget de l'État aux dépenses de santé. Mais, qu'est-ce que cela signifie réellement sur le terrain ?

En 2008, la République démocratique du Congo a voté une loi historique en déclarant qu'il était de la responsabilité de l'État de fournir ou de faciliter l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH pour l'ensemble de sa population. L'ONUSIDA estime que les besoins de ressources totaux du pays – où entre 300 000 et 400 000 personnes vivent avec le VIH – s'élèvent à environ 330 millions de dollars

L'ONUSIDA ESTIME QUE LES GOUVERNEMENTS DEVRAIENT ALLOUER ENTRE 0,5% ET 3% DES RECETTES PUBLIQUES À LA RIPOSTE AU VIH, EN FONCTION DE LA PRÉVALENCE DU VIRUS DANS LE PAYS.

des États-Unis pour 2010, soit 3,8% environ du produit national brut total.

Globalement, les indicateurs de la Banque mondiale semblent confirmer que l'économie de la RDC est peut-être moins vulnérable aux chocs économiques que celle d'autres pays. On estime que le produit national brut du pays s'élève à 9 milliards de dollars des États-Unis. Sur ce montant, la part des recettes publiques est d'environ 13% et sur ce chiffre, l'État dépense environ 3,8 millions de dollars des États-Unis (0,3%) pour lutter contre le VIH.

Si la République démocratique du Congo devait augmenter sa contribution nationale à 0,6%, chiffre approprié compte tenu de ses niveaux de prévalence du VIH, cela représenterait simplement 2,9 millions de dollars des États-Unis supplémentaires. Dans ce cas, il manquerait encore pas moins de 323 millions de dollars des États-Unis pour couvrir les besoins de ressources totaux. Pour satisfaire à ses obligations constitutionnelles, le pays doit soit taxer davantage sa population soit compter sur l'aide internationale.

À la fin 2008, l'aide internationale fournissait environ 91 millions de dollars des États-Unis, soit 96% des dépenses totales allouées à la riposte au VIH dans le pays. Si ce montant devait diminuer, le pays serait alors contraint de faire des choix très difficiles, y compris celui d'interrompre son programme actuel de traitement.

En 2008, les dépenses nationales allouées à la lutte contre le VIH en Afrique étaient six fois plus élevées que dans d'autres régions du monde. Au niveau mondial, le Botswana affiche le niveau de dépenses nationales allouées à la riposte au VIH le plus élevé en pourcentage des recettes publiques (plus de 4%). Il y parvient car la part de l'État dans l'économie est d'environ 35% et parce que son économie relativement solide est moins vulnérable aux chocs.

Et les résultats sont là. La couverture des personnes ayant besoin d'un traitement est supérieure à 80% et 94% des femmes enceintes ont accès à des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Mais, aujourd'hui, la question est de savoir si le Botswana sera en mesure de maintenir les niveaux actuels d'investissement dans le temps.

Des pays, tels que le Mozambique et l'Ouganda, ont alloué près de 1% des

recettes publiques à la riposte au VIH, et ce, bien que la part de l'État dans l'économie ne représente qu'environ 13% seulement. Ces pays affichent tous les deux un taux de prévalence du VIH élevé, abritent un nombre important de personnes séropositives et ont des économies fragiles. Le Malawi est dans une situation similaire et alloue environ 2,5% des recettes publiques à la lutte contre le virus.

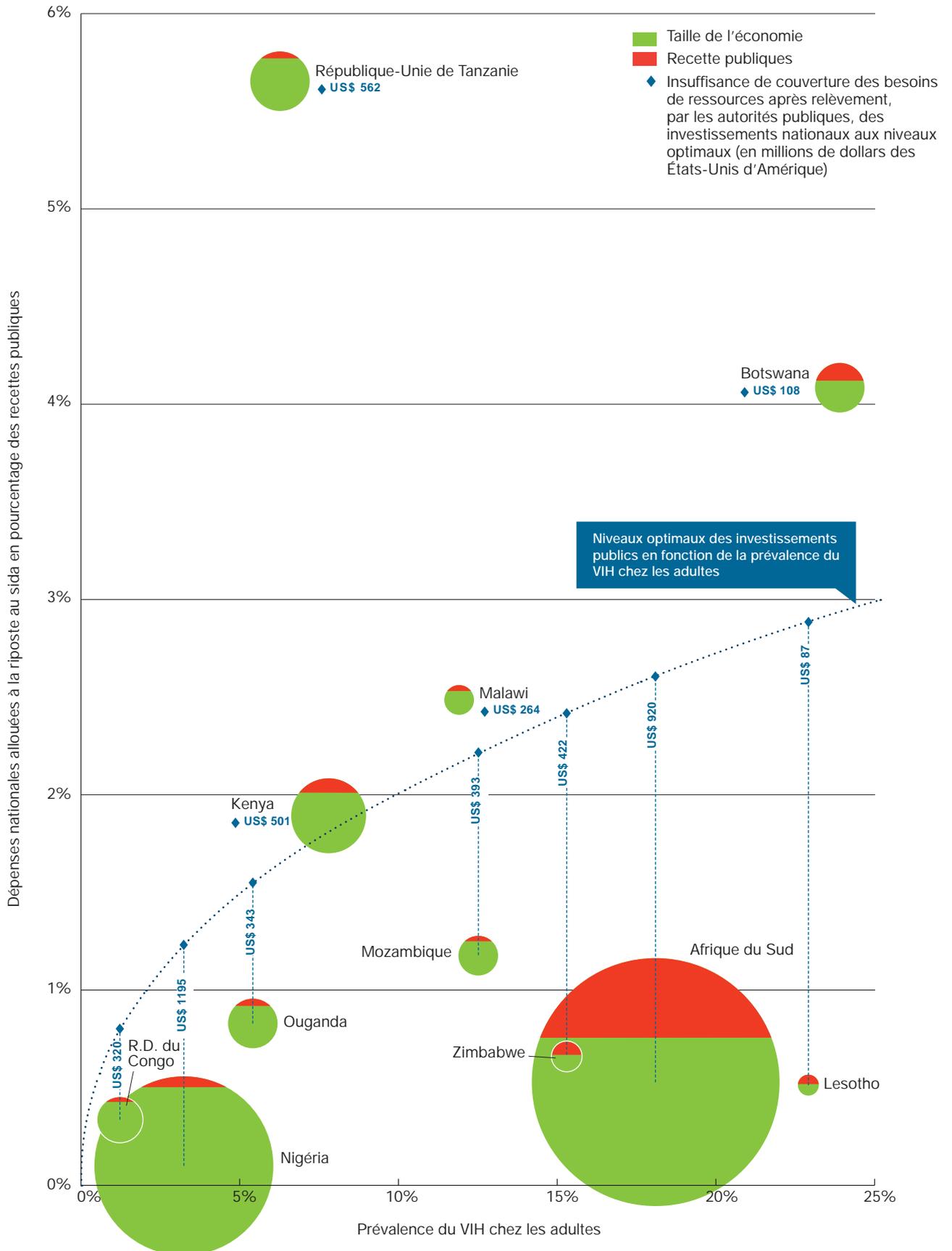
Le Swaziland a alloué près de 1,7% de ses recettes à la riposte au sida en 2007 et ce chiffre devrait augmenter à 3% environ à moyen terme. La Banque mondiale considère que l'impact budgétaire à long terme de ce niveau d'investissement dans la lutte contre le VIH n'est pas supportable. En fait, certains économistes suggèrent que la valeur actualisée nette des investissements du pays dans la riposte au virus dépasse de loin ce qu'il peut supporter à long terme.

A-t-on raison de s'attendre à ce que les pays dépensent davantage ?

Dans certains cas, la réponse est oui. De grandes économies émergentes, contrairement à celles évoquées précédemment, telles que l'Afrique du Sud, la Chine et l'Inde ont encore la possibilité d'investir davantage. Ce faisant, elles pourraient dégager des ressources pour des pays dont les besoins sont plus importants mais dont les capacités à mobiliser des ressources au niveau national sont limitées. Prenons le cas de l'Afrique du Sud : les besoins de ressources totaux pour 2010 sont évalués à 3,2 milliards de dollars des États-Unis, (environ 1,2% de son produit national brut et 3,7% des recettes publiques). Dans l'absolu, l'investissement de 1 milliard de dollars des États-Unis du pays est le plus important jamais réalisé, mais il ne représente cependant qu'un tiers des besoins totaux, et moins que le pourcentage des dépenses dans d'autres pays ayant des niveaux de prévalence comparables ou inférieurs. La bonne nouvelle est que son économie a crû à un rythme d'environ 5% jusqu'à la récente crise financière mondiale. Si la croissance remonte à ce niveau, le pays aura la possibilité d'augmenter ses investissements.

La Chine et l'Inde reçoivent plus de 245 millions de dollars des États-Unis chaque année au titre de l'aide officielle au développement pour lutter contre le VIH. Ensemble, ces pays représentent 8%

Les gouvernements peuvent-ils couvrir les besoins de ressources de la riposte au sida sur les recettes publiques ?



LA FACTURATION DE CERTAINES DÉPENSES AU PATIENT TRANSFÈRE LE COÛT DES SOINS AUX PERSONNES ET AUX FAMILLES, CE QUI PEUT AINSI LES FAIRE PASSER PLUS POUR UN LUXE QUE POUR UNE NÉCESSITÉ. UN PROGRAMME SOCIAL D'ASSURANCE SANTÉ ÉQUITABLE PEUT ATTÉNUER L'IMPACT, EN PARTICULIER SUR LES PAUVRES.

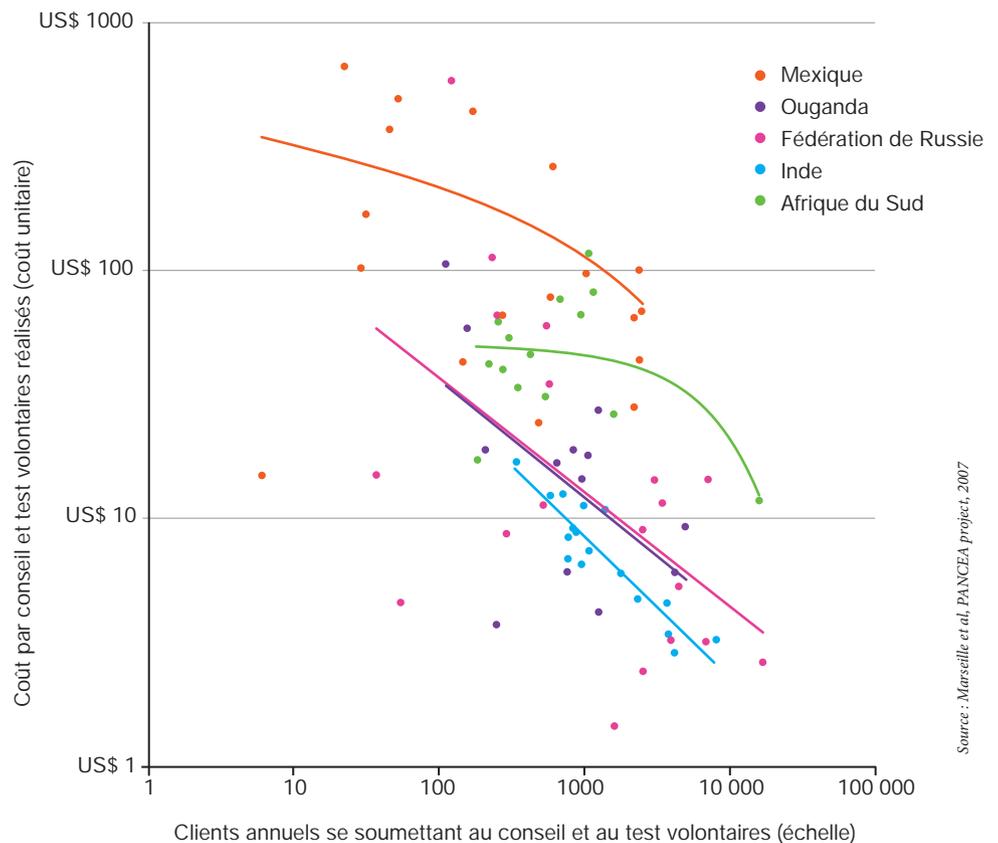
des fonds distribués par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial). L'Inde a augmenté son budget Santé ces dernières années, profitant d'une croissance économique régulière. Toutefois, le pays a encore recours à l'aide internationale pour financer une partie substantielle de sa riposte au sida.

Les pays à revenu intermédiaire vont devoir renforcer leurs investissements nationaux. Des pays comme le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie, l'Inde, le Mexique, l'Ukraine et le Viet Nam peuvent financer l'intégralité de leur riposte au sida à partir de ressources nationales. Les pays à revenu faible doivent aussi augmenter leurs investissements à des niveaux proportionnels aux recettes publiques. La moitié des besoins de ressources mondiaux pour

les pays à revenu faible ou intermédiaire est concentrée dans 68 pays qui ont un besoin national inférieur à 0,5% de leur produit national brut. Ces pays pourraient financer une partie significative de leur riposte nationale au sida.

Mais les programmes financés par des ressources nationales doivent offrir une protection aux populations marginalisées. Les programmes de lutte contre le sida doivent travailler avec des professionnel(le)s du sexe, des consommateurs de drogues injectables, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transgenres – les populations les plus susceptibles d'être exclues de l'accès aux services sociaux et de santé, y compris dans les pays économiquement puissants. Cela est particulièrement préoccupant dans les pays qui n'ont pas droit à l'aide internationale du fait du niveau élevé de leurs indicateurs écono-

Variations considérables du coût moyen des services de conseil et de test volontaires entre différentes villes au sein des pays



miques et qui n'ont pas pour tradition habituelle d'aider les organisations de la société civile et les groupes communautaires.

Innover en matière de financement de la santé – réduire le risque individuel

Mettre à contribution les patients via les dépenses à leur charge pourrait être une autre solution pour augmenter les investissements dans la santé. On dispose rarement de données de qualité sur les montants directement alloués à la santé par les patients sur leurs revenus et leur épargne, mais différentes estimations les évaluent globalement à plus d'un milliard de dollars des États-Unis. Toutefois, le coût élevé des soins est susceptible de dissuader les gens d'aller se faire soigner.

La facturation de certaines dépenses au patient transfère le coût des soins aux personnes et aux familles, ce qui peut ainsi les faire passer plus pour un luxe que pour une nécessité. Un programme social d'assurance santé équitable peut atténuer l'impact, en particulier sur les pauvres. En répartissant le risque de manière équitable sur la population, les ressources générées peuvent répondre aux besoins de ceux qui en ont le plus besoin. C'est un système particulièrement attractif dans les pays où la part de l'État dans l'économie est limitée.

Lorsque les pauvres ne peuvent pas payer leur part, l'État intervient en fournissant une couverture, soit à partir de ses propres ressources soit par le biais de l'aide internationale. Le Rwanda a lancé un programme de ce type. Les ressources du Fonds mondial ont été utilisées pour payer les primes pour les plus pauvres et pour les personnes vivant avec le VIH. Les résultats, en termes de santé, ont été positifs, non seulement contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mais aussi dans tous les autres domaines de la santé. Des approches similaires ont été tentées au Burkina Faso et au Ghana.

Taxer les produits de luxe pour le bien social

Ces dernières années, plusieurs dispositifs innovants ont été proposés pour mobiliser des ressources afin de lutter contre le VIH via des taxes indirectes. Le projet MassiveGood a pour objectif de mobiliser des fonds auprès du secteur du

voyage alors qu'UNITAID rassemble des fonds précieux en taxant les passagers des compagnies aériennes. Certains discutent d'une taxation des opérations bancaires portant sur des montants importants, l'utilisation des téléphones mobiles et les activités de change. Taxer la consommation d'essence a contribué à construire des ponts et des systèmes de transport rapide de masse. Mais, bien qu'elles soient efficaces pour mobiliser de l'argent, au final, le potentiel de réussite de ces initiatives dépend de la croissance économique à long terme. Il y a des limites aux montants que la société peut espérer tirer de l'économie et pérenniser dans le temps avant que l'intérêt public ne s'essouffle.

Faire travailler davantage l'argent disponible

Alors que les ressources internationales allouées à la riposte à l'épidémie de sida ont augmenté au début de la dernière décennie, un appel a été lancé afin de faire travailler l'argent disponible. En 2010, cet appel a été reformulé de manière légèrement modifiée : faire travailler mieux, davantage et de manière plus intelligente l'argent disponible.

On peut y parvenir de deux manières – en augmentant l'efficacité et l'efficacité des programmes de riposte au VIH. Cela signifie : mieux faire les choses – en sachant quoi faire, en orientant les ressources dans la bonne direction et en ne les gaspillant pas, en faisant baisser les prix et en maîtrisant les coûts.

Une étude réalisée par PANCEA a révélé que le coût unitaire du dépistage du VIH variait considérablement d'un centre à un autre (y compris dans un même pays) jusqu'à être multiplié par 10 dans certains pays. Le coût de fourniture des services diffère souvent, en fonction de l'origine des fonds. En Inde, par exemple, le coût unitaire de base associé à un programme destiné aux professionnel(le)s du sexe a été fixé par le gouvernement. Cependant, de nombreuses organisations ont dépensé beaucoup plus que la limite fixée – ces dépenses sont souvent prises en charge par des sources externes dont la pérennité des financements est difficile à prévoir à long terme.

Prenant conscience qu'elle avait dépensé plus pour l'achat de médicaments antirétroviraux localement qu'à l'étranger,

Élasticité

L'élasticité de la demande d'un bien par rapport au revenu permet de mesurer la relation entre une variation en pourcentage d'un revenu et la variation en pourcentage de la demande concernant ce bien. Un niveau élevé pour l'élasticité signifie que la demande est sensible au revenu, un niveau faible indique qu'elle ne l'est pas.

Une élasticité par rapport au revenu inférieure à 1 signifie que la demande évoluera d'un pourcentage inférieur au pourcentage de variation du revenu. Cela concerne normalement les biens de première nécessité que les gens essaient de consommer quel que soit leur revenu. Les gens les plus pauvres dépendent de ce fait une proportion plus importante de leur revenu pour des biens de première nécessité que les gens plus riches.

Une élasticité par rapport au revenu supérieure à 1 signifie que la demande évoluera d'un pourcentage supérieur au pourcentage de variation du revenu. Cela concerne normalement les produits de luxe auxquels les gens plus pauvres ont tendance à allouer une proportion plus faible de leur revenu que les gens plus riches.

Une élasticité de la demande de santé par rapport au revenu de 1 signifie que la variation en pourcentage de la demande de santé sera de même ampleur que la variation en pourcentage du revenu dans le pays concerné. En moyenne, les populations allouent une proportion fixe de leur revenu aux dépenses de santé, laquelle avoisine 5% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (dépenses publiques et privées incluses).

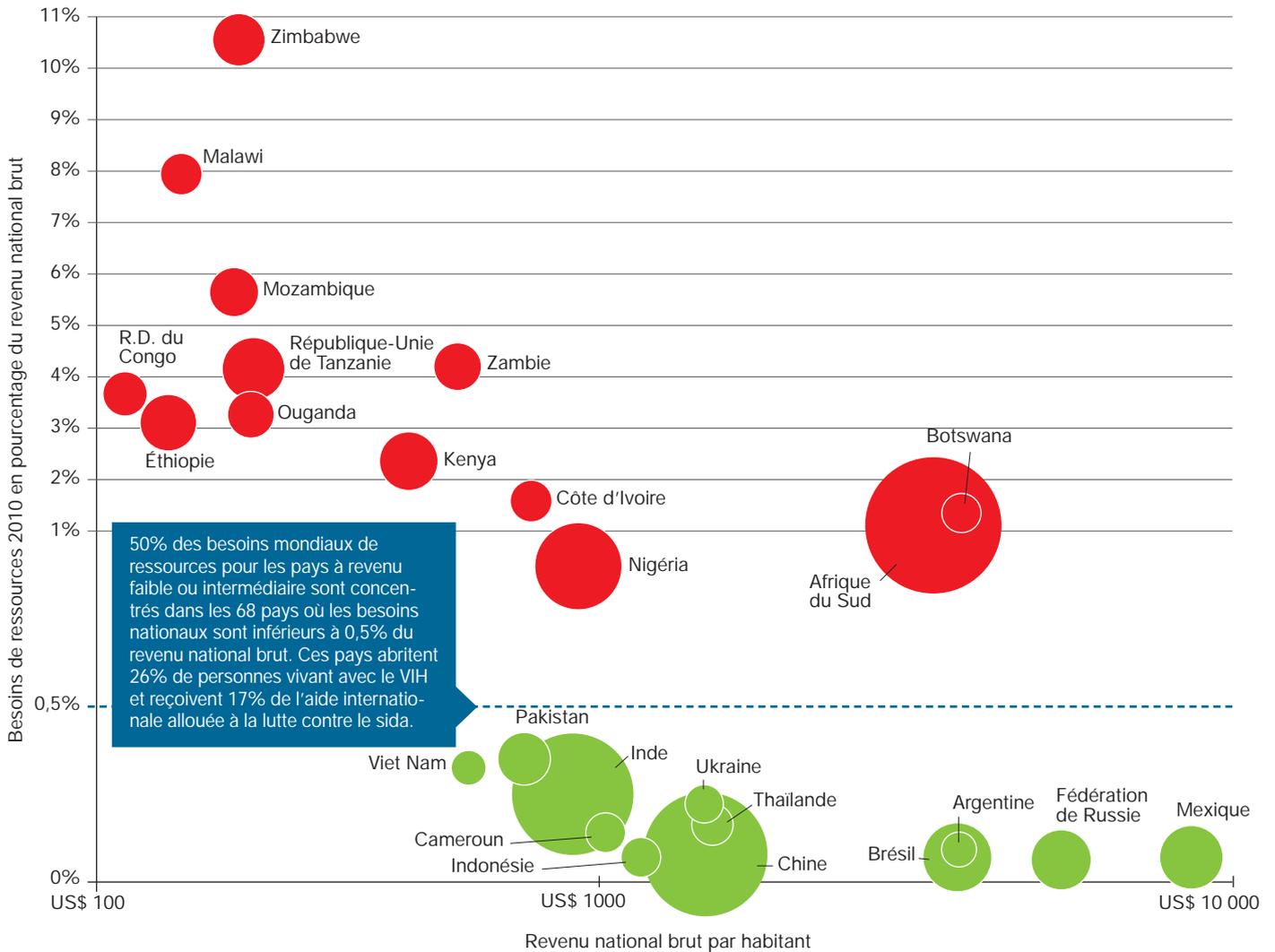
l'Afrique du Sud a récemment modifié ses politiques. Abaisser les coûts est l'une des composantes du casse-tête que constitue la stratégie des soins de santé en Afrique.

En outre, l'Afrique ne peut pas se permettre d'avoir des autorités de tutelle sanitaire fragmentées – une agence africaine du médicament unique (dont la création est actuellement discutée par l'Union africaine) peut simplifier les processus de fabrication et de fourniture de médicaments vitaux pour le continent considéré dans son ensemble. Créer des pools de brevets pourrait aider à mettre sur le marché des médicaments plus efficaces et moins chers.

De nombreux pays ont exploité les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC pour avoir accès à des médicaments du VIH moins chers. Toutefois, au cours

Qui peut assurer le financement des ressources nécessaires à la riposte au sida ?

Les 25 pays présentés dans cette figure ont besoin de 75% des ressources totales nécessaires pour financer la riposte au sida. Ces pays abritent 85% environ des personnes vivant avec le VIH. Ensemble, ces pays génèrent 70% du revenu national brut mondial des pays à revenu faible ou intermédiaire.



- Pays capables de couvrir une proportion substantielle de leurs besoins de ressources avec des ressources nationales (publiques et privées).
- Pays incapables de couvrir leurs besoins de ressources avec des ressources nationales (publiques et privées) uniquement.

La taille du cercle d'un pays représente ses besoins totaux de ressources pour la riposte au sida en 2010 (estimation ONUSIDA).

des dernières années, on a constaté une tendance à la signature d'accords commerciaux qui limitent la capacité des pays à agir ainsi, en particulier pour les dernières générations de médicaments.

De nombreux pays ont réalisé des évaluations pour recenser les endroits où les 1000 dernières infections avaient été enregistrées et trianguler leurs résultats avec les caractéristiques des investissements réalisés pour voir si les fonds étaient ciblés dans la bonne direction. Il en a résulté une modification des priorités programmatiques. Une étude sur les modes de transmission conduite au Bénin a révélé que plus de 30% de l'ensemble des nouvelles infections se produisaient lors de rapports sexuels tarifés. Cependant, les ressources allouées à des programmes ciblant les professionnel(le)s du sexe ne représentaient que 3,5% des dépenses de prévention totales. On observe une situation similaire au Ghana depuis longtemps. Dans de nombreux pays à épidémies faibles et concentrées, il est beaucoup plus facile de trouver des ressources pour atteindre la population ou les jeunes en général que les professionnel(le)s du sexe ou les adolescents exposés à un risque élevé d'infection. Le Bangladesh semble maintenant avoir trouvé un bon équilibre. La répartition entre les ressources allouées aux jeunes et aux populations exposées à un risque élevé est pratiquement la même – à savoir autour de 40%.

Les jeunes ne constituent pas un groupe homogène. En Asie, on estime que 95% des infections parmi les jeunes touchent des adolescents exposés à un risque élevé. Mais moins de 10% des ressources allouées aux programmes ciblant les jeunes sont consacrés à ce sous-groupe de population.

En Afrique subsaharienne, peu de programmes ciblent les hommes et les femmes ayant des relations à long terme car ils/elles sont perçu(e)s comme peu exposé(e)s au risque, et ce, même si on enregistre une majorité d'infections dans ce groupe.

Cette situation est-elle acceptable ? Peut-on orienter les ressources de manière plus efficace ?

Une autre étape, complexe et qui soulève la controverse, est d'examiner l'efficacité des différentes approches

programmatiques. Les programmes de riposte au VIH sont-ils éclairés par le concret et la responsabilité face aux résultats est-elle clairement définie ?

Les coûts de fourniture de soins de santé peuvent être réduits par une intégration des services de prise en charge du VIH et de la tuberculose, en regroupant tous les services de soins des mères et des enfants dans un même endroit et en déléguant les tâches. On peut atteindre et sensibiliser les jeunes de manière plus intelligente et moins onéreuse si l'on utilise les réseaux sociaux et les SMS plutôt que des méthodes qui requièrent une main-d'œuvre abondante comme celles que l'on déploie actuellement.

Rendre la disponibilité des ressources prévisible

L'enseignement le plus important tiré de la crise économique actuelle par ceux qui sont chargés de la riposte au sida concerne la question de la prévisibilité. Les pays ne peuvent pas organiser une riposte efficace à l'épidémie qui se limiterait à une seule année. Les activités de financement des programmes de lutte contre le sida doivent réfléchir à ce dont on a besoin aujourd'hui et ce dont on aura besoin à plus long terme. Les fondements d'une riposte complète au sida doivent être suffisamment solides pour répondre non seulement aux besoins des 12 prochains mois, mais aussi à ceux des 10, 20 et 30 prochaines années.

Au cours des 12 derniers mois, plusieurs pays ont annoncé des ruptures de stocks catastrophiques de médicaments du VIH imputables à un manque de ressources et à une mauvaise gestion. Les dispensaires refusent des personnes qui doivent être mises sous traitement car ils doivent concentrer leurs efforts pour maintenir la viabilité des programmes existants. Les pays sont pour la plupart tributaires de sources externes pour régler la facture des traitements. Le Fonds mondial a financé à lui seul la moitié des 4 millions de traitements fournis aux populations en 2008 alors que l'Administration américaine constitue une autre source majeure de financement des programmes de traitement. Si le Fonds mondial n'est pas intégralement financé et si la communauté des donateurs n'honore pas ses promesses ou modifie ses poli-

Un système biaisé

L'Afrique du Sud alloue environ 8% de son produit intérieur brut aux dépenses de santé, ce qui est légèrement moins que la Suède (8,9%).

Mais les dépenses sont réalisées au sein d'un système inégal à deux niveaux. Les dépenses sont pour la plupart engagées dans le secteur privé, là où l'essentiel des ressources se concentre. Le pays allouait environ 3,5% de son produit intérieur brut au système de santé public au milieu des années 2000 – soit une proportion plus faible que dans des pays beaucoup plus pauvres tels que le Honduras (4%), le Lesotho (5,5%) ou la Colombie (6,7%).

Près de 60% des dépenses de santé annuelles couvrent les soins de santé d'environ 7 millions de personnes, habituellement des Sud-Africains plus riches qui adhèrent à des régimes médicaux privés et utilisent le système de santé privé à but lucratif dont les ressources sont abondantes.

En conséquence, plus de 23 millions de Sud-Africains sont totalement dépendants d'un système de santé surchargé qui manque de personnel alors que 10 millions environ de personnes font appel au secteur public mais déboursent occasionnellement une partie des frais médicaux pour se faire soigner dans le secteur privé.

En Afrique du Sud, certains considèrent la proposition de régime national d'assurance santé comme un moyen qui permettrait d'améliorer rapidement les résultats de santé. Le Ministre de la Santé estime que cela doit aller de pair avec une restructuration du système de santé public. Un dispositif de financement plus équitable pourrait aider à accélérer les améliorations.

tiques d'aide, le sauvetage de millions de personnes pourrait être remis en question.

Au cours des dernières années, la demande d'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH a considérablement augmenté et l'accroissement de cette demande devrait se poursuivre dans les prochaines années. Il faut transformer cette situation en une opportunité pour augmenter les ressources allouées à la santé mondiale. Pour qu'une économie enregistre une croissance soutenue, elle a besoin d'une population en bonne santé et 'en état de travailler'. Pour y parvenir, la santé doit devenir un bien de première nécessité, pas un luxe. ●

L'apport des BRICS*

L'équilibre du pouvoir se déplaçant du G8 vers le G20, cinq pays apparaissent en mesure de changer le cours de l'épidémie mondiale de sida.

OUTLOOK analyse comment le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud pourraient enfin briser la trajectoire actuelle.

*La paternité du terme « pays BRIC » est généralement attribuée à Jim O'Neill de Goldman Sachs qui a employé cette expression dans un rapport de 2001 intitulé *The world needs better economic BRICs* traitant des nations apparentées sur le plan économique que sont le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde et la Chine.

Depuis 2010, l'ONUSIDA utilise le terme BRICS pour inclure l'Afrique du Sud dans les cinq pays du G20 susceptibles d'infléchir fortement la trajectoire de l'épidémie mondiale de sida.



Brésil

Vue d'ensemble de l'épidémie de VIH

L'épidémie de VIH au Brésil est concentrée, avec un taux de prévalence de 0,6% relativement stable depuis 2000. Sur les 630 000 personnes vivant avec le VIH dans le pays, 250 000 ne connaissent pas leur statut VIH.

Le VIH au Brésil se propage principalement via la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels non protégés (entre hommes, entre personnes transsexuelles et entre professionnel(le)s du sexe et leurs client(e)s). Des études menées dans 10 villes brésiliennes en 2008 et 2009 ont permis d'établir que le taux de prévalence du VIH était de 6% chez les consommateurs de drogues injectables, 13% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 5% chez les professionnelles du sexe.

Le visage de l'épidémie de VIH varie considérablement selon les régions, les nouvelles infections ayant baissé dans le Sud-Est et le Centre-Ouest mais augmenté dans le Nord, le Nord-Est et le Sud entre 2000 et 2008.

Le Brésil propose un traitement antirétroviral gratuit depuis 1996. Le programme financé par le gouvernement concerne actuellement 190 000 personnes vivant avec le VIH dont 35 000 qui l'ont rejoint en 2008. La moitié environ des femmes enceintes séropositives du pays ont bénéficié d'antirétroviraux pour réduire le risque de transmission du VIH à leurs bébés en 2009.



En 2008, les dépenses consacrées par le Brésil au sida s'élevaient à 623 millions de dollars des États-Unis dont 99% de financements publics internes.

Si 84% de ces fonds ont été consacrés à des programmes de soins et de traitement du VIH, la prévention ne représentait qu'un peu moins de 7% du total des dépenses.

La riposte

La riposte du Brésil au VIH est réputée pour son approche basée sur les droits de l'homme, une société civile active et l'accès

précoce à une thérapie antirétrovirale gratuite. Lorsque le premier cas de sida fut identifié dans le pays, il coïncida avec un mouvement populaire fort et un dialogue public autour de la citoyenneté et de la démocratie. L'État fut sollicité pour assurer des soins de santé et l'éducation de la population.

Le partenariat étroit entre le gouvernement et la société civile a joué un rôle fondamental dans la protection et la promotion des droits de l'homme dans le cadre de la riposte au sida.

Le Brésil a soutenu très tôt la prévention du VIH basée sur du concret, avec une attitude non stigmatisante à l'égard des populations à plus haut risque, notamment les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles et les professionnel(le)s du sexe. La mise à disposition gratuite de préservatifs est aussi une des marques de fabrique de la riposte brésilienne au sida, et le préservatif féminin est distribué depuis 1998. En 2009, 466 millions de préservatifs masculins et deux millions de préservatifs féminins ont été distribués dans le pays — la diffusion la plus massive de l'histoire du Brésil. Malgré cette politique en place depuis les années 1990, une enquête nationale récente pointe une diminution de l'utilisation des préservatifs. Ce scénario appelle une analyse appropriée et approfondie en vue d'identifier les causes possibles et de rétablir les tendances observées dans le temps.

L'accent mis par le gouvernement sur la prévention du VIH et l'accès gratuit au traitement ont sans aucun doute joué un rôle clé pour réduire la gravité de l'épidémie de VIH dans le pays.

Briser la trajectoire



Fort de son approche fondée depuis longtemps sur le traitement et les droits de l'homme, le Brésil continue à élargir son leadership dans le monde.

Cinquante pour cent seulement des femmes enceintes séropositives accédant aux services de prévention du VIH de la mère à l'enfant, le pays pourrait élargir la couverture du conseil et du test VIH dans les dispensaires prénatals. Le nombre de maternités assurant effectivement des services de prévention du VIH de la mère à l'enfant pourrait aussi être augmenté, et une attention particulière devrait être accordée aux régions isolées comme celle de l'Amazonie dans le Nord et le Nord-Est du pays.

Un tiers des nouveaux cas de VIH ayant été diagnostiqués aux derniers stades de l'infection entre 2003 et 2008, l'intensification des services de conseil et de test VIH en vue d'éviter les diagnostics tardifs pourrait être une priorité.

Enfin, le Brésil devrait accroître ses efforts pour atteindre l'objectif d'accès universel à la prévention du VIH, un peu moins de 7% seulement du total des dépenses consacrées à la lutte contre le sida allant à la prévention.



Q&R

Docteur Mariângela Batista Galvão Simão

Directrice du Programme national de lutte contre le sida

Pouvez-vous nous citer quelques-unes des avancées majeures récentes de la riposte du Brésil au sida ?

Le Plan stratégique national de lutte contre le sida du Brésil se concentre sur les populations à plus haut risque face à l'infection à VIH. Il présente des objectifs et des indicateurs clairs pour mesurer les progrès. La riposte au sida est décentralisée et implique le gouvernement à tous les niveaux — fédéral, des États et municipal — ainsi que les organisations de la société civile qui sont perçues comme des partenaires à part entière au niveau du processus de prise de décisions. Enfin, nous avons réussi à augmenter le recours aux services de conseil et de test VIH dans divers contextes.

Quels sont les principaux obstacles à l'accès universel au Brésil ?

Bien que le Brésil se soit doté d'une politique d'accès universel au traitement depuis 1996, certains groupes ne peuvent toujours pas bénéficier des services de santé — les personnes transsexuelles, les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues. La stigmatisation et la discrimination restent des obstacles majeurs pour ces populations. Toutefois, il est important de noter que chaque personne vivant avec le VIH au Brésil a droit à un traitement et à des soins gratuits par l'intermédiaire du système de santé national. Il n'y a pas de liste d'attente pour recevoir un traitement.

À l'avenir, quel facteur pourrait faire une réelle différence dans la prévention des nouvelles infections à VIH au Brésil ?

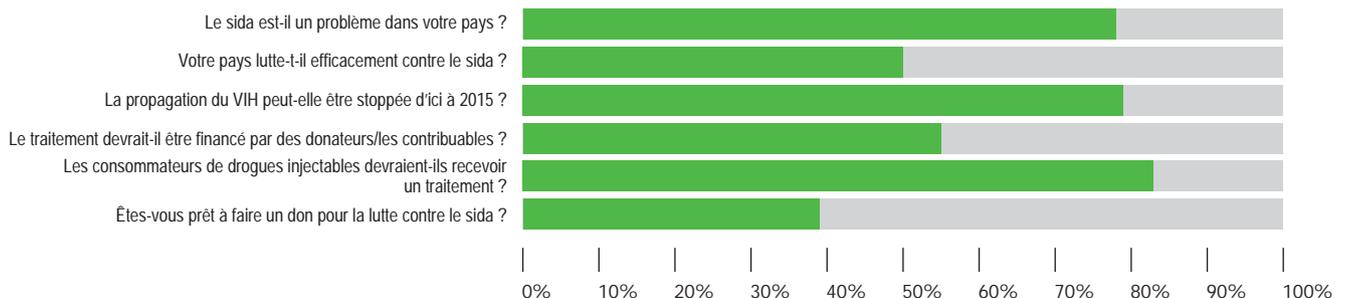
Il n'y a pas de réponse simple à cette question car la prévention des nouvelles infections requiert une large gamme de stratégies de prévention et de traitement intégrées et combinées, dans le cadre de la promotion des droits de l'homme. Nous manquons encore de données sur l'incidence du VIH au Brésil, pourtant essentielles pour garantir que nous proposons une riposte plus ciblée.

LE SAVIEZ-VOUS ?

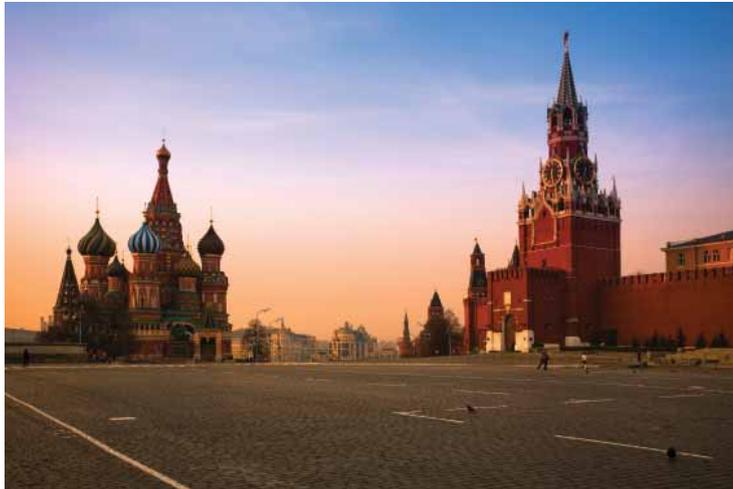
En 2009, le Brésil a lancé le Plan national pour promouvoir la citoyenneté et les droits humains des lesbiennes, gays, bisexuels, travestis et transsexuels ainsi que le Plan national des droits de l'homme pour combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Bien que le Brésil soit réputé pour célébrer la diversité sexuelle plutôt que la stigmatiser, il s'y pratique encore des crimes haineux visant la population lesbienne, gay, bisexuelle et transsexuelle. En 2009, 180 cas de tels crimes ont été documentés, selon une étude de l'organisation Grupo Gay da Bahia.

Résultats de l'enquête de référence de l'ONUSIDA : Brésil



 = pourcentage de « oui »



Fédération de Russie

Vue d'ensemble de l'épidémie de VIH

L'épidémie de VIH dans la Fédération de Russie se concentre fortement chez les consommateurs de drogues injectables. Selon des sources gouvernementales, 78% des personnes vivant avec le VIH dans le pays avaient été infectées par la consommation de telles drogues. Toutefois, l'infection par transmission sexuelle se développe et certaines études font état d'un taux de prévalence du VIH élevé parmi les professionnel(le)s du sexe (6–39%), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (1–9%) et les partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables.

Le nombre de nouveaux cas de VIH continue d'augmenter. Selon les estimations, 58 400 nouvelles infections à VIH (160 par jour) étaient enregistrées en 2009 dans la Fédération de Russie, au lieu de 44 800 environ en 2007.

Les femmes représentent une part croissante des nouvelles infections : près de 42% en 2009 au lieu de 22% en 2001. Les jeunes aussi sont durement frappés : les trois quarts des infections à VIH dans la Fédération de Russie touchent les moins de 30 ans.

Si l'accès à la thérapie antirétrovirale s'améliore pour les séropositifs — 71 000 ont bénéficié d'un tel traitement en 2009 au lieu de 30 000 en 2007 — les efforts ne sont



pas à la hauteur du nombre de nouvelles infections. En 2009, pour quatre patients sous traitement, 11 contractaient l'infection. Et alors que le nombre de personnes séropositives nécessitant ce type de traitement d'ici à 2015 est estimé à 400 000, les tendances de financement laissent prévoir que toutes ne pourront pas y accéder.

Le gouvernement russe est le principal contributeur au budget d'un milliard et demi de dollars des États-Unis alloué à la riposte du pays au sida pour 2006–2011.

La riposte

Le pays est en tête des efforts pour la quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Plus de 95% des 14 000 femmes séropositives de la Fédération de Russie tombées enceintes en 2008 ont bénéficié de services de prévention de la transmission du VIH à leurs bébés.

L'éducation sexuelle dans le pays reste un sujet sensible et si plus de 92% des écoles ont organisé des sessions de sensibilisation au VIH en 2009, la connaissance du virus chez les jeunes reste faible.

Les programmes de réduction des risques ne sont plus soutenus par le gouvernement et les thérapies de substitution à base d'opioïdes sont illégales. Désormais, la priorité est donnée à la promotion de la sensibilisation au VIH et de styles de vie sains auprès de l'ensemble de la population, et l'accent est mis en particulier sur la réduction de la demande de drogues.

Le gouvernement russe n'ayant pas alloué de budget cette année aux activités de prévention du VIH ciblant les populations à plus haut risque, y compris les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les organisations de la société civile qui mettent en œuvre des programmes de prévention rencontrent de plus en plus de difficultés de financement.

Les efforts pour atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au moyen de services de prévention sont freinés par l'homophobie, et les minorités sexuelles se plaignent de fréquentes violations de leurs droits humains.

Briser la trajectoire



Au moment où l'épidémie de VIH se développe au travers de la consommation de drogues injectables, la Fédération de Russie a une occasion exceptionnelle d'influer positivement sur son cours.

Des mesures urgentes sont nécessaires pour réduire l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables en Russie, soit plus d'un million et demi de personnes. Elles pourraient inclure la sensibilisation des consommateurs de drogues, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, la distribution de préservatifs, la fourniture d'une thérapie de substitution, des programmes de traitement du VIH et de désintoxication. Concentrer les services de prévention sur les populations à plus haut risque pourrait se révéler très payant.

Le rôle croissant de la transmission sexuelle dans l'épidémie de VIH du pays, en particulier chez les conjoints et les partenaires des consommateurs de drogues, impose de mettre davantage l'accent sur les programmes de prévention visant l'ensemble de la population.

La Fédération de Russie est un nouveau pays donateur et un membre de poids de la communauté scientifique. Son leadership international pourrait l'amener à jouer un rôle beaucoup plus grand dans la promotion de la coopération régionale pour contrer l'épidémie de VIH en Europe orientale et en Asie centrale.



Q&R

Professeur Vadim Pokrovsky

Directeur du Centre fédéral de lutte contre le sida, Fédération de Russie

Pouvez-vous nous citer quelques-unes des avancées majeures récentes de la riposte du pays au sida ?

Toutes les femmes enceintes ont accès au test VIH et à des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Résultat, le nombre d'enfants nés porteurs du VIH est en déclin. Globalement, l'accès à la thérapie antirétrovirale a nettement augmenté. Le niveau de protection contre l'infection à VIH pendant les transfusions sanguines est aussi très bon.

Quels sont les principaux obstacles à l'accès universel dans la Fédération de Russie ?

L'accès insuffisant à l'information sur le VIH, dû essentiellement aux réductions du financement des activités de prévention du VIH ciblant les populations à plus haut risque et l'ensemble de la population. Cela explique la hausse du nombre de nouvelles infections à VIH que nous constatons.

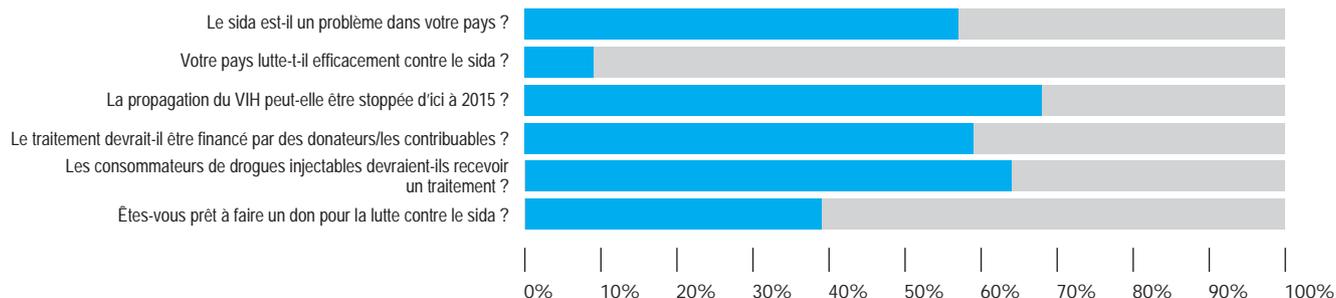
À l'avenir, quel facteur pourrait faire une réelle différence dans la prévention des nouvelles infections à VIH dans le pays ?

Il est nécessaire d'augmenter considérablement le financement de la prévention primaire mais aussi l'information et l'éducation du grand public au VIH.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Malgré la hausse des infections à VIH chez les femmes, la transmission du VIH de la mère aux nouveau-nés a chuté de façon spectaculaire, passant de 19% en 2000 à 6% en 2009.

Résultats de l'enquête de référence de l'ONUSIDA : Fédération de Russie



 = pourcentage de « oui »



Inde

Vue d'ensemble de l'épidémie de VIH

Bien que l'Inde soit considérée comme un pays où le taux de prévalence est faible (0,3% seulement), elle possède la troisième plus grande population infectée par le VIH, derrière l'Afrique du Sud et le Nigéria. Soixante pour cent des 2,2 millions de personnes vivant avec le VIH sont concentrées dans six États au taux de prévalence élevé.

L'épidémie en Inde résulte largement de la transmission sexuelle (travail du sexe et rapports sexuels non protégés entre hommes). L'utilisation du préservatif n'étant pas optimale ni systématique, les hommes recourant à des rapports sexuels tarifés représentent la principale source de l'épidémie de VIH. Toutefois, la consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VIH dans le Nord-Est du pays.

L'augmentation des infections à VIH chez les femmes au fil des années est particulièrement frappante ; les femmes indiennes représentaient près de 40% des personnes vivant avec le VIH en 2007.

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations à plus haut risque, tant au niveau communautaire que dans le secteur de la santé, restent un obstacle substantiel à l'accès aux services.

Malgré ces tendances, des signes de progrès sont visibles sur le front de la



prévention. La prévalence du VIH décline régulièrement chez les professionnelles du sexe grâce à des programmes ciblés. Et dans les États indiens les plus durement affectés (Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra et Tamil Nadu), la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 24 ans fréquentant les dispensaires prénatals a baissé de 54% entre 2000 et 2007.

Des progrès sont également apparents sur le front du traitement. L'accès à la thérapie antirétrovirale a augmenté, passant de 32% en 2008 à 45% en 2009. Le pourcentage de mères enceintes séropositives accédant à un traitement est en hausse, même si celle-ci est très légère — de 16% en 2008 à 17% fin 2009.

La riposte

Ces dernières années, l'Inde a renforcé sa riposte au sida en multipliant les programmes de prévention, de traitement et de soins pour les populations à plus haut risque, en augmentant les services ciblant les mères enceintes séropositives et en renforçant les services de conseil et de test VIH.

L'Inde est résolue à intensifier ses efforts de prévention du VIH, avec 67% du budget national de lutte contre le sida alloués à la prévention. Plus de 245 millions de préservatifs ont déjà été distribués. Les programmes de prévention ont donné les meilleurs résultats auprès des professionnel(le)s du sexe — les services de prévention touchent désormais plus de 80% de cette population dans quatre États durement atteints — et il convient maintenant d'intensifier les efforts à destination des consommateurs de drogues, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transsexuels.

En juillet 2009, la Haute Cour de Delhi a pris une décision qui fera date en annulant une loi vieille de 150 ans prohibant les relations homosexuelles. Elle a également considéré que la loi sur la sodomie bloquait l'accès aux services VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; des lois aussi abusives favorisaient la clandestinité, rendant beaucoup plus difficile la sensibilisation des personnes concernées au travers de services de prévention du VIH, de traitement et de soins.

Briser la trajectoire



Forte de sa solide plate-forme de prévention du VIH, l'Inde pourrait être à la pointe de l'action dans la région pour stopper les nouvelles infections.

Le recul de l'épidémie de VIH en Inde occulte la hausse du taux de prévalence chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les personnes transsexuelles. Le pays doit saisir l'occasion d'intensifier les services de prévention et de traitement pour ces populations afin d'éviter la propagation du virus à l'ensemble de la population au travers des populations « passerelles » : client(e)s des professionnel(le)s du sexe, conducteurs de camions et travailleurs migrants.

La transmission du VIH entre partenaires intimes, y compris les conjoints, attire peu l'attention mais pose un problème de plus en plus sérieux dans toute l'Asie, y compris en Inde. Le plus grand nombre de nouvelles infections à VIH en Inde est constaté chez les femmes mariées, et plus de 90% des femmes vivant avec le VIH ont été infectées par leur mari ou leurs partenaires intimes. Des efforts plus soutenus dans ce domaine en vue d'identifier les couples sérodifférents et mettre en œuvre des moyens efficaces de réduction de la transmission par le conjoint pourraient se révéler très payants.



Q&R

M. K. Chandramouli

Directeur général,
Organisation nationale de lutte contre le sida, Inde

Quelles sont les avancées récentes de la riposte au sida en Inde ?

Nous nous rapprochons de notre objectif global, à savoir stopper l'épidémie de VIH et inverser la tendance. Les programmes essentiels de nos stratégies de prévention sont ceux qui proposent une offre de services de prévention pour les groupes à plus haut risque d'infection à VIH. En mars 2010, il en existait 1311 couvrant 78% des professionnelles du sexe, 76% des consommateurs de drogues injectables et 70% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transsexuelles. Le programme de thérapie antirétrovirale de l'Inde a été étendu à 270 centres ; en mars 2010, plus de 315 000 personnes recevaient un traitement de première intention gratuit et plus de 1100 accédaient à des traitements de deuxième intention. Ce programme suscite un immense espoir.

Quels sont les obstacles à l'accès universel en Inde ?

La tuberculose est l'une des infections opportunistes les plus fréquentes chez les personnes vivant avec le VIH. Quelque 30% seulement des personnes infectées à la fois par le VIH et la tuberculose ont été détectées. Sur les 27 millions de femmes qui, selon les estimations, tombent enceintes chaque année en Inde, 14% environ seulement bénéficient du test VIH. Sur les 21 000 mères séropositives détectées l'année dernière, 50% seulement recevaient une prophylaxie antirétrovirale pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Parmi les populations à plus haut risque d'infection à VIH, peu accèdent aux services de conseil et de test VIH.

La fourniture d'une thérapie antirétrovirale à vie aux personnes vivant avec le VIH est un autre aspect important. Près de 2-3% des personnes sous traitement de première intention pourraient devoir passer à un traitement de deuxième intention au bout de trois à cinq ans. Cependant, le programme de thérapie antirétrovirale n'ayant été lancé qu'en 2004-2005, et intensifié graduellement, le nombre de personnes nécessitant des traitements de deuxième intention est faible pour l'instant.

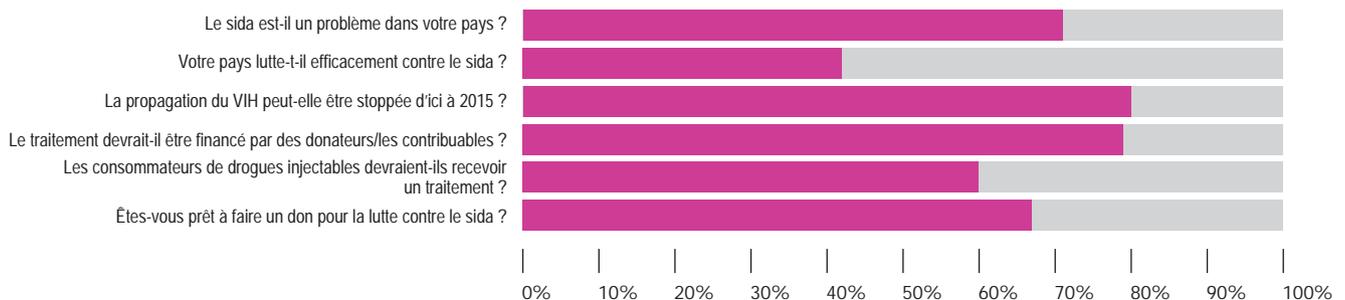
À l'avenir, quel facteur pourrait faire une réelle différence dans la prévention des nouvelles infections à VIH en Inde ?

La propagation de l'épidémie de VIH en Inde est imputable essentiellement aux rapports non protégés avec des professionnelles du sexe, aux rapports sexuels entre hommes et à la consommation de drogues injectables. Beaucoup d'hommes adoptant des comportements à haut risque infectent à leur tour leurs partenaires. Nous devons cibler les populations à risque en les sensibilisant au VIH, en promouvant l'utilisation du préservatif, en contrôlant et en prévenant les infections sexuellement transmissibles.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Lancé en 2007, le Red Ribbon Express constitue le plus gros effort de mobilisation de masse contre le VIH de la région. Ce train s'arrête dans 180 gares du pays chaque année et devrait toucher 6,2 millions de personnes dans plus de 50 000 villages avec des informations essentielles sur la prévention du VIH. Les villageois bénéficient du test VIH et de bilans de santé. Six équipes se rendent à vélo dans des dizaines de villages à chaque arrêt du train et mettent en scène des pièces et des saynètes sur les thèmes de la prévention de l'infection à VIH et de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Résultats de l'enquête de référence de l'ONUSIDA : Inde



 = pourcentage de « oui »



Chine

Vue d'ensemble de l'épidémie de VIH

Bien que, selon les estimations, la Chine possède la plus grande population au monde de consommateurs de drogues injectables, la transmission hétérosexuelle a supplanté la consommation de telles drogues comme principal mode de transmission du VIH, et la transmission par voie homosexuelle progresse rapidement.

Fin 2009, 740 000 personnes vivaient avec le VIH dans le pays, dont un peu plus de 30% de femmes.

Globalement, l'épidémie en Chine se caractérise par un faible taux de prévalence, inférieur à 0,1%, mais est très virulente dans certaines provinces. Les cinq provinces où le taux de prévalence du VIH est le plus élevé totalisent 53% des infections à VIH, tandis que les provinces au taux de prévalence le plus bas représentent moins de 1% du total des infections.

Beaucoup reste à faire pour inverser la propagation du VIH. Le test VIH est peu répandu et moins d'une personne sur trois vivant avec le VIH connaît son statut. La couverture de la thérapie antirétrovirale et des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est toujours pas suffisante. Et la mise en œuvre de la politique chinoise Four Frees, One Care reste inégale à l'échelle du pays.

Malgré ces difficultés, des progrès ont été réalisés dans divers domaines en 2009. Le nombre de femmes enceintes soumises au dépistage du VIH a doublé, passant d'un peu moins de 2 millions à 4 millions. Les



programmes de prévention du VIH ciblant les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables se sont considérablement développés ces dernières années.

La Chine a également consenti un effort considérable pour étendre les programmes de réduction des risques auprès des consommateurs de drogues. Dans le Sud-Ouest du pays, le nombre de nouvelles infections à VIH annuelles a ralenti des deux tiers suite à ces programmes.

La riposte

La riposte de la Chine au sida a donné des résultats substantiels au fil des années. En 2003, le pays a mis en œuvre la politique Four Frees,

One Care (conseil et test VIH gratuits, thérapie antirétrovirale de première intention gratuite, services gratuits de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, éducation gratuite pour les enfants rendus orphelins par le sida et soins pour les personnes vivant avec le VIH) en vue de garantir une riposte complète au VIH axée sur la prévention, le traitement et l'appui.

Avec le déploiement de cette politique dans les 31 provinces du pays, le nombre d'adultes séropositifs recevant un traitement a considérablement augmenté. Le nombre de personnes actuellement traitées en Chine est estimé à 65 000, au lieu de 35 000 en 2007. Dans certaines provinces cependant, plus de 30% des patients sous traitement de première intention sont pharmacorésistants.

Ces deux dernières années, la Chine a combattu le trafic de drogue, la consommation de drogues et le travail du sexe, et mis en œuvre divers programmes de prévention du VIH pour les populations à plus haut risque, y compris pour la promotion du préservatif, la thérapie de maintien à la méthadone et l'échange d'aiguilles.

Le pays a également pris des mesures proactives pour développer le test VIH. Un réseau national de conseil et test volontaires du VIH a été mis en place, et 7000 dispensaires ont été créés.

En avril 2010, le gouvernement chinois a levé l'interdiction de voyager des personnes vivant avec le VIH en vigueur depuis si longtemps. Ce geste marque une étape importante dans la riposte de la Chine au sida et indique que le gouvernement central entend accorder tous leurs droits aux personnes vivant avec le VIH et lutter contre la stigmatisation et la discrimination. La prise en main du problème du VIH par le Président Hu Jintao au fil des années s'est révélée un véritable catalyseur pour faire progresser la riposte.

Briser la trajectoire



Avec sa capacité d'intensification rapide, la Chine est en mesure de réaliser des progrès considérables, que ce soit par l'intermédiaire d'un système de fourniture et de distribution de traitements à faible coût ou de nouveaux diagnostics. Le monde entier pourrait bénéficier des innovations de cette riposte au sida.

La Chine fait preuve d'audace en renforçant sa riposte au sida mais plusieurs mesures doivent être prises de manière très urgente tant en matière de prévention que de traitement pour inverser la tendance de l'épidémie. Ces actions incluent le développement de la thérapie antirétrovirale pour les personnes vivant avec le VIH, l'extension des services pour sauver les mères et garantir que leurs bébés naissent séronégatifs et l'intensification des programmes VIH auprès des populations à plus haut risque dont les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les migrants.

Les groupes de la société civile pourraient aussi être renforcés pour jouer un rôle plus actif dans la riposte, en particulier fournir des services essentiels aux personnes les plus vulnérables à l'infection à VIH.



Q&R

Docteur Wu Zhunyou

Directeur du Centre national de prévention et de lutte contre le sida et les IST, CDC Chine

Pouvez-vous nous citer quelques-unes des avancées majeures récentes de la riposte de la Chine au sida ?

Plus de 260 000 consommateurs de drogues en Chine dans 685 dispensaires accèdent désormais à une thérapie de maintien à la méthadone et ils sont près de 115 000 à bénéficier d'une offre complète de services : traitement médicamenteux, conseil et test VIH, test et traitement de la syphilis et de l'hépatite C, surveillance du taux de lymphocytes CD4 pour les personnes infectées par le VIH et thérapie antirétrovirale pour les patients atteints du sida.

La thérapie antirétrovirale gratuite a été étendue à plus de 80 000 patients en Chine dont près de 64 000 ont été retenus pour un traitement de première intention et 2000 environ pour un traitement de deuxième intention.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes accèdent désormais au conseil et au test VIH dans 61 villes. Les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont été élargis à 453 comtés et plus de 7,7 millions de femmes enceintes accèdent désormais au test VIH.

Le programme de surveillance sentinelle de la Chine a été étendu à 1888 sites et couvre huit groupes sentinelles.

Quels sont les principaux obstacles à l'accès universel en Chine ?

La stigmatisation.

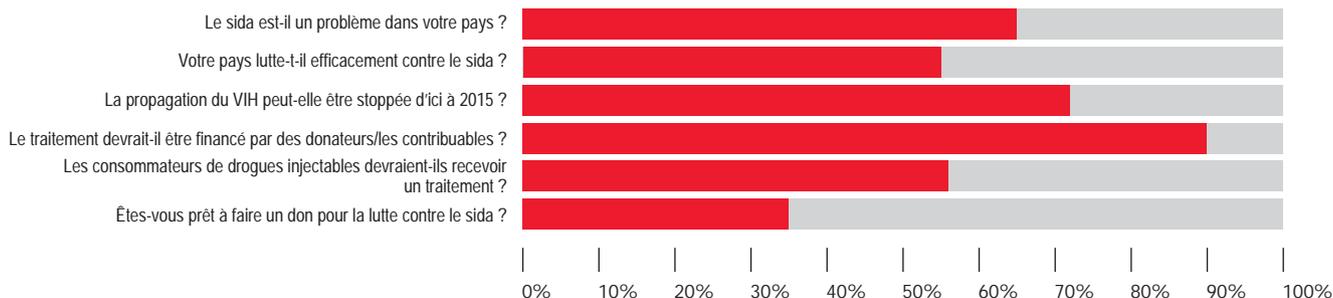
À l'avenir, quel facteur pourrait faire une réelle différence dans la prévention des nouvelles infections à VIH en Chine ?

Encourager la population à faire le test VIH dès que possible.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon l'enquête sur l'indice de stigmatisation en Chine réalisée auprès de plus de 2000 personnes vivant avec le VIH en 2009, 42% ont été confrontées à une sévère discrimination liée au VIH, 15% se sont vu refuser un emploi en raison de leur séropositivité et 32% ont déclaré que leur statut VIH avait été révélé sans leur permission.

Résultats de l'enquête de référence de l'ONUSIDA : Chine



 = pourcentage de « oui »



Afrique du Sud

Vue d'ensemble de l'épidémie de VIH

Près d'une personne sur six vivant avec le VIH dans le monde aujourd'hui se trouve en Afrique du Sud ; 18% des adultes du pays sont séropositifs, soit 5,7 millions de personnes.

Selon de récentes enquêtes nationales, la prévalence du VIH chez les jeunes (15 à 24 ans) en Afrique du Sud a baissé, passant d'un peu plus de 10% en 2005 à 9% environ en 2008. Toutefois, elle reste démesurément élevée chez les femmes — une femme sur trois de 25 à 29 ans serait infectée par le virus. La prévalence chez les hommes est la plus élevée pour la tranche d'âge 30-34 ans, où un homme sur quatre est séropositif.

Avec le plus grand programme de thérapie antirétrovirale au monde, l'Afrique du Sud engrange de substantiels bénéfices en matière de santé publique, liés à un meilleur accès au traitement. Dans la province du Cap-Occidental, les taux de mortalité à six mois parmi les patients d'un centre de traitement du VIH ont chuté de 50% environ entre 2001, début du programme de traitement antirétroviral, et 2005.

Plus des deux tiers du financement de la riposte de l'Afrique du Sud au sida proviennent de sources internes ; le pays a mis 1 milliard de dollars des États-Unis sur la table en 2010, soit une augmentation de 30% par rapport à l'année précédente — le reste du financement étant assuré par des partenaires extérieurs, notamment le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre



le sida des États-Unis (PEPFAR), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni et l'Union européenne.

La riposte

Le 29 octobre 2009, le Président sud-africain Jacob Zuma a appelé les dirigeants nationaux à adopter des approches concrètes pour combattre l'épidémie de VIH. Dans un discours qui fera date, il a présenté les objectifs ambitieux de la riposte au sida du pays, notamment diviser par deux le taux de nouvelles infections à VIH et étendre les programmes de traitement pour couvrir 80% des besoins d'ici à 2011.

« Il faut faire de l'information une arme », a précisé le Président Zuma dans une allocution devant le Conseil national des provinces. « La connaissance nous aidera à faire face au déni et à la stigmatisation liés à l'épidémie. » Avec ce discours, le Président s'est nettement démarqué des politiques de son prédécesseur Thabo Mbeki qui s'interrogeait sur le lien de causalité entre le VIH et le sida d'une part et le rôle critique de la thérapie antirétrovirale pour traiter la maladie.

En avril 2010, le Président Zuma est passé des mots aux actes en lançant une campagne historique qui pourrait changer le visage de l'épidémie, en Afrique du Sud et dans le monde. La campagne vise à soumettre 15 millions de personnes au test VIH d'ici à 2011, au lieu des 2,5 millions de personnes testées en 2009, soit six fois plus en deux ans seulement. Quelque 1,5 million de personnes recevront un traitement antirétroviral d'ici à juin 2011, au lieu d'un million environ en 2009.

À l'occasion du lancement de la campagne, de nombreux dirigeants sud-africains ont fait le test, dont le Président, les ministres et des hauts fonctionnaires du gouvernement, ce qui a contribué à décider des milliers de personnes à les imiter dans le pays. L'Afrique du Sud est le seul pays où les dirigeants nationaux ont montré aussi ouvertement l'exemple.

Le test VIH sert d'entrée en matière lors de conversations abordant des questions délicates comme la sexualité, la violence à l'égard des femmes et les rapports sexuels intergénérationnels. Pendant la campagne, chaque personne testée recevra 100 préservatifs, ce qui ouvrira un nouveau dialogue sur la prévention du VIH et une sexualité plus sûre dans les communautés.

Briser la trajectoire

L'Afrique du Sud investit beaucoup dans l'agenda de prévention du VIH en proposant des services de conseil et de test VIH gratuits et réguliers à tous les Sud-Africains. Ces services donneront l'occasion de promouvoir l'utilisation systématique du préservatif. La circoncision médicale des hommes est étendue dans les provinces, à commencer par le KwaZulu-Natal où le taux de prévalence du VIH est le plus élevé du pays.

À mesure que le nombre de mères qui connaissent leur statut VIH et ont accès aux antirétroviraux augmente, les taux de transmission du VIH devraient chuter. Avec des combinaisons de médicaments antirétroviraux plus efficaces, l'Afrique du Sud pourrait se rapprocher de l'objectif de quasi-élimination de la transmission de la mère à l'enfant.

La combinaison de programmes de prévention et de traitement à l'échelle nationale pourrait infléchir positivement la trajectoire du VIH. L'objectif d'intensification du traitement antirétroviral à lui seul vise à toucher au moins 1,5 million de personnes d'ici à juin 2011.

Près de 50% des décès maternels en Afrique du Sud étant liés au VIH, il convient également d'intégrer immédiatement les programmes de santé mère-enfant et VIH afin de sauver les mères et leurs bébés.

L'Afrique du Sud est un acteur majeur de la riposte mondiale au sida. Le partage, à l'échelle de la région et du globe, des leçons tirées de la lutte contre l'épidémie devrait renforcer l'élan que le pays a su impulser.



Q&R

Mark Heywood

Vice-président du Conseil national de lutte contre le sida d'Afrique du Sud

Pouvez-vous nous citer quelques-unes des avancées majeures récentes de la riposte de l'Afrique du Sud au sida ?

À l'occasion de la Journée mondiale sida 2009, le Président Zuma a annoncé que l'Afrique du Sud accélérerait la riposte nationale au VIH en intensifiant le test VIH et en adoptant les nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la Santé pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en atténuant l'impact de la co-infection VIH et tuberculose et en améliorant le traitement antirétroviral. L'agenda de prévention a été renforcé pour réduire le nombre de personnes nécessitant un traitement sur le long terme. L'Afrique du Sud dispose déjà du programme de thérapie antirétrovirale le plus étendu au monde. L'évolution vers la prévention du VIH et l'objectif de test volontaire de 15 millions de personnes d'ici à juin 2011 est ambitieux.

Le budget alloué à la santé a été augmenté de façon à soutenir la mise en œuvre et compléter l'engagement politique. Les partenariats privé-public ont été renforcés et la principale chaîne de pharmacies du pays propose des services gratuits de conseil et de test VIH à la population. Une réponse véritablement multisectorielle prend corps, impliquant notamment les prisons, l'armée, les universités, la société civile et les services publics sud-africains.

Chaque province s'est engagée à intensifier la riposte au VIH et la campagne de dépistage se développe maintenant au niveau des districts.

Quels sont les principaux obstacles à l'accès universel en Afrique du Sud ?

Je citerai la lente montée en puissance des services de conseil et de test VIH, la faible intégration des services tuberculose-VIH et l'accès insuffisant à la thérapie antirétrovirale. Des traitements plus efficaces pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant sont également nécessaires.

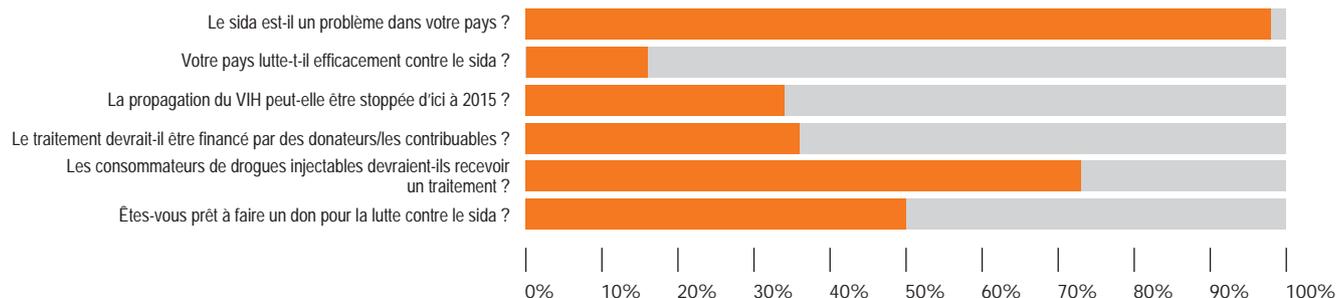
À l'avenir, quel facteur pourrait faire une réelle différence dans la prévention des nouvelles infections à VIH en Afrique du Sud ?

Le test VIH à l'échelle nationale — incluant des conseils pour la réduction des risques et le changement de style de vie — soutenu par la sensibilisation et le changement de comportement des communautés devrait entraîner une réduction des nouvelles infections. La majorité des personnes testées se révéleront séronégatives et seront encouragées à le rester en changeant de comportement. Cette combinaison d'activités de prévention et d'accès amélioré au traitement permettra d'inverser la tendance en Afrique du Sud.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Selon une enquête nationale portant sur plus de 7000 Sud-Africains adultes, des normes sociales omniprésentes encouragent à la fois les partenariats sexuels simultanés et un changement rapide de partenaires, et valorisent peu l'engagement envers un partenaire unique. Seulement 21% des personnes interrogées considéraient que « se limiter à un seul partenaire et être fidèle » pouvait prévenir la transmission du VIH et 5% seulement identifiaient la réduction du nombre de partenaires sexuels comme une saine stratégie de prévention.

Résultats de l'enquête de référence de l'ONUSIDA : Afrique du Sud



 = pourcentage de « oui »

AFRIQUE DU SUD : UNE RIPOSTE AU SIDA RESTRUCTURÉE

« C'est la première fois qu'un pays transpose aussi rapidement sa riposte à une échelle aussi grande », affirme M. Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA.

L'Afrique du Sud – qui compte plus de 5 millions de personnes vivant avec le VIH – mène actuellement une des plus ambitieuses et intenses campagnes de renforcement de la riposte au sida. En mars 2010, le conseil des ministres a adopté un projet visant à soumettre un tiers de la population à un dépistage du VIH d'ici à la fin de l'année prochaine, afin de réduire de moitié le taux de nouvelles infections et de permettre à 80% des personnes qui en ont besoin de bénéficier d'un traitement antirétroviral.

« Nous avons demandé à notre gouvernement de jouer un rôle de premier plan et, aujourd'hui, c'est ce qu'il fait », déclare l'une des personnalités vivant avec le VIH les plus éminentes du pays, le juge Edwin

Cameron, de la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud.

Le gouvernement a considérablement augmenté les fonds qu'il affecte au VIH. Cette année, il investira plus d'un milliard de dollars des États-Unis à la riposte au sida du pays – une augmentation d'un tiers par rapport à ses investissements précédents, ce qui n'était jamais arrivé.

« C'est la première fois qu'un pays transpose aussi rapidement sa riposte à une échelle aussi grande », affirme M. Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA.

Le gouvernement du Président Jacob Zuma a également lancé une campagne massive en faveur de la circoncision masculine. Des études réalisées en Afrique du Sud, au Kenya et en Ouganda montrent



de responsabilités au niveau individuel et de collaboration dans l'unité, afin que nous puissions prévenir les nouvelles infections à VIH et faire face à leurs répercussions. »

L'ancienne Vice-ministre de la Santé, Nozizwe Madlala-Routledge, est fermement convaincue que le plus gros défi aujourd'hui est de créer « une mobilisation massive permanente pour empêcher que ne surviennent de nouvelles infections ».

Aller de l'avant

Ces actions sont susceptibles de se traduire par des mesures massives visant à enrayer l'épidémie de l'Afrique du Sud, qui est toujours la plus importante du monde. Près de 17% de l'ensemble des personnes séropositives dans le monde vivent dans ce pays, qui n'abrite pourtant que 0,7% de la population mondiale (voir encadré).

En 2008, 5,7 millions de Sud-Africains vivaient avec le VIH. La même année, plus de 250 000 Sud-Africains sont décédés d'une maladie associée au sida. Et quelque 2 millions d'enfants ont perdu leur père et/ou leur mère du fait de l'épidémie.

En avril, le Président Zuma est devenu le premier chef d'État sud-africain à se soumettre publiquement à un dépistage du VIH et à dévoiler son statut (il est séronégatif), mais la plupart des Sud-Africains ne connaissent toujours pas leur sérologie VIH.

« Je déplore que parmi nous, beaucoup ne connaissent pas leur statut VIH », a indiqué Aaron Motsoaledi, le Ministre de la Santé, à Johannesburg en avril. « Nous nous voilons franchement la face. »

L'objectif est de soumettre 15 millions de Sud-Africains de plus à un dépistage d'ici à 2012. Chacun se verra en outre offrir 100 préservatifs.

Le gouvernement applique désormais une politique visant à proposer systématiquement un test VIH à toutes les personnes qui ont recours au système de santé publique. Des centaines de pharmacies offrent aussi des tests gratuits, grâce aux kits fournis par le gouvernement.

« C'est un changement révolutionnaire dans le cadre de notre riposte au VIH/sida », précise le Dr Alan Whiteside, Directeur du département de l'économie de la santé et de la recherche sur le VIH/sida de l'Université du KwaZulu-Natal. « Malheureusement, nous avons perdu du temps, et les ressources seront limitées – il faudra faire des choix draconiens. »

que cette pratique peut permettre de réduire jusqu'à 60% le risque d'infection par le VIH chez les hommes, et certaines données indiquent que le risque d'infection auquel sont exposés leurs partenaires de sexe féminin pourrait aussi être atténué. Dans la province du KwaZulu-Natal – la plus durement touchée –, l'objectif est de circonscrire 2,5 millions d'hommes. L'année dernière, le Roi des Zoulous, Goodwill Zwelithini, a décrété que cette tradition (abandonnée au 19^e siècle) devrait être rétablie parmi son peuple.

À l'occasion de la Journée mondiale sida, en décembre dernier, le Président Zuma a lancé un appel à tous ses compatriotes : « Que cette campagne marque l'entrée dans une ère d'ouverture, de prise

Équilibrer les comptes

Étant donné que la durée de vie des personnes sous traitement antirétroviral est allongée, le nombre total de personnes vivant avec le VIH risque de se stabiliser, même si on réduit le nombre de nouvelles infections dans d'énormes proportions.

« Les taux d'infections quotidiennes ne peuvent pas être maintenus à leur niveau actuel », affirme le juge Edwin Cameron, l'un des militants de la lutte contre le sida les plus influents du pays. « On ne peut pas voir 1000 nouvelles infections survenir chaque jour et continuer d'administrer un traitement antirétroviral à chaque personne séropositive. »

Certains économistes de la santé prévoient une augmentation de 50% du nombre de malades qui auront besoin de médicaments antirétroviraux d'ici à 2012, ce qui pourrait revenir très cher à l'État.

Pourtant, des études montrent que le traitement précoce pourrait être rentable sur le plan économique. Il permettrait de réduire la charge qui pèse sur le système de santé à moyen terme – car moins de malades du sida devraient être hospitalisés – et de faire baisser le nombre de nouvelles infections.

Il est estimé que 2,75 millions de Sud-Africains auront besoin de médicaments antirétroviraux à l'horizon 2012. Si on pratiquait un diagnostic chez 50% des personnes pouvant prétendre à un traitement et si elles l'entamaient, alors quelque 600 000 décès pourraient être évités (ce qui reviendrait à réduire d'un tiers le taux de décès dus au sida). Les dépenses relatives à la santé, quant à elles, augmenteraient de US\$ 1,1 milliard, en chiffres nets, sur cinq ans.

Dans le cas où l'on pratiquerait un diagnostic chez 100% des personnes et où chacune bénéficierait d'un traitement, environ 1,5 million de décès pourraient être évités, à un surcoût de US\$ 1,5 milliard sur cinq ans (soit un surcoût de près de US\$ 1000 par patient).

L'Afrique du Sud a-t-elle les moyens de mettre en place un tel programme ?

Si la croissance économique est modérée sur les cinq prochaines années, et si les dépenses relatives à la santé publique sont augmentées pour passer de 3% (proportion actuelle) à 5% du produit intérieur brut, un programme de traitement antirétroviral bénéficiant d'un taux de couverture de 80% représenterait plus ou moins la même part du budget de la santé que la part actuelle (12-14%).

Au-delà du déni

La croissance rapide de l'épidémie dans les années 1990 n'a pas pu être bloquée, et la mise en œuvre du programme de traitement au début des années 2000 a été ralentie. Résultat, le nombre de décès en Afrique du Sud a doublé entre 1997 et 2005. Les interrogations passées des hauts responsables de l'administration sur le rapport entre VIH et sida et la méfiance à l'égard des médicaments antirétroviraux ont freiné la riposte au VIH dans le pays. « Si nous avions agi il y a plus de 10 ans, nous ne nous trouverions peut-être pas dans cette situation », précise le Ministre de la Santé.

Une étude réalisée en 2008 par l'Université de Harvard a montré que quelque 330 000 décès prématurés auraient pu être évités si le pays était intervenu plus tôt pour administrer des médicaments antirétroviraux aux personnes atteintes d'une maladie associée au sida et aux femmes enceintes séropositives.

Durant la période 2005-2006, plus de 290 000 personnes sont mortes chaque année d'une maladie associée au sida. La tendance à la hausse des décès commence peu à peu à s'inverser, grâce à ce qui est désormais le plus grand programme de traitement antirétroviral jamais exécuté dans le monde.

Sauver des vies

Quand le programme public de traitement antirétroviral de l'Afrique du Sud a été mis en place en 2004, moins de 30 000 Sud-Africains avaient accès aux médicaments dont ils avaient besoin – et la plupart d'entre eux avaient recours au système privé de santé.

Dans les deux ans qui ont suivi, quelque 230 000 personnes avaient entamé une thérapie antirétrovirale – un chiffre qui a plus que doublé à partir de 2008. Depuis, la majorité de ces patients sont pris en charge gratuitement par le système de santé publique.

Proposer un traitement antirétroviral à tous ceux qui en ont besoin est une entreprise colossale. En 2008, quelque 570 000 personnes bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale – il s'agit de la meilleure estimation. Environ 1,5 million de personnes avaient besoin d'un traitement cette année-là, mais le gouvernement affirme qu'il offrira une thérapie antirétrovirale à 80% de ceux qui en ont besoin en 2012.

Jusqu'au début de 2010, seuls quelque 400 centres de santé agréés délivraient des

médicaments antirétroviraux. Le plan vise à multiplier par 10 le nombre de centres et dispensaires de santé publique qui prennent part au programme de traitement antirétroviral. Durant le seul mois d'avril, plus de 500 établissements de santé supplémentaires ont commencé à délivrer des médicaments contre le sida.

Décentraliser le programme de traitement peut également se révéler très fructueux. Une étude effectuée récemment dans les cités du Cap et de Johannesburg a indiqué que le fait de renforcer le rôle des personnels infirmier et médical entraîne des retombées bénéfiques en matière de traitement, qui sont aussi positives que lorsque ce sont les seuls médecins qui organisent la fourniture de médicaments.

La riposte au sida a reçu une nouvelle impulsion en décembre dernier, quand le Président Zuma a annoncé que la tuberculose et le VIH seraient soignés dans un seul et même cadre. Les personnes séropositives atteintes de tuberculose bénéficieront d'une thérapie antirétrovirale si leur taux de CD4 s'élève au maximum à 350.

Auparavant, les patients aiguillés par les centres antituberculeux devaient souvent faire un long trajet pour se rendre dans les établissements de santé agréés pour la délivrance de médicaments antirétroviraux. Ce système était coûteux et peu efficace, et il faisait perdre beaucoup de temps. En outre, il entraînait un cumul des dépistages et de nombreux doublons dans la tenue des dossiers.

L'intégration présente des avantages évidents. À titre d'exemple, en 2007, seuls près de 20% des patients bénéficiant d'un traitement dans la cité de Khayelitsha au Cap avaient été aiguillés par des centres antituberculeux. Fin 2009, cette proportion avait atteint presque 70%.

À présent, un défi majeur doit être relevé : traiter les patients – toujours plus nombreux – chez qui on a diagnostiqué une tuberculose pharmacorésistante.

Des professionnels de santé à la retraite sont mobilisés pour épauler le personnel dans le cadre de ces nouvelles initiatives. Le Ministre de la Santé a lancé des appels à des milliers de professionnels (médecins, personnel infirmier et pharmaciens), qui ne sont pas en activité. Début avril, quelque 4000 employés à la retraite avaient fait savoir qu'ils souhaitaient collaborer.

Maintenir la dynamique

Effectuer un dépistage parmi 15 millions de personnes en deux ans est un objectif

certes impressionnant, mais réalisable aux yeux des observateurs. En République-Unie de Tanzanie, 3 millions de personnes ont subi un test VIH en six mois, et au Malawi, 200 000 personnes se sont fait dépister en une semaine. Pour la première fois, l'ensemble des structures de la société civile (des organisations religieuses aux clubs de jeunes et de sports en passant par les réseaux sociaux) prennent part à la campagne de dépistage.

Dans ce cadre, des SMS sont envoyés pour orienter les gens vers le centre de dépistage le plus proche. Certaines entreprises se servent de billets de tombola, de produits alimentaires et d'autres moyens susceptibles d'encourager les travailleurs à se soumettre à un test VIH.

On estime que cette campagne de dépistage coûtera environ 200 millions de dollars des États-Unis à l'Afrique du Sud. Néanmoins, si elle permet d'accroître le recours au traitement et de réduire les nouvelles infections, alors les bénéfices sur le long terme seront énormes.

L'extraordinaire intensification de la riposte au sida de l'Afrique du Sud suscite de grands éloges. Pourtant, il est de notoriété publique que le système de santé du pays fonctionne mal et qu'il est très inégalitaire.

« Nous avons fait le plus gros du travail en matière de déni », déclare le juge Cameron. Mais, à l'avenir, il faudra traiter « les tristes problèmes liés aux capacités, aux ressources, aux effectifs et aux craintes individuelles – en fait, tous les problèmes présents depuis le début. »

D'après Mark Heywood, du AIDS Law Project à Johannesburg, l'expansion du programme de traitement antirétroviral a été rapide en 2008, mais elle a considérablement ralenti en 2009. En effet, des difficultés en matière de budgétisation et de gestion financière ainsi que la qualité insuffisante du suivi et de l'évaluation des programmes de traitement ont posé des problèmes.

Le Ministère national de la Santé et les Ministères de la Santé des provinces ont du mal à faire face à la demande de thérapies antirétrovirales. En 2009, plusieurs provinces ont dépassé leur budget de santé, et on a fait état de ruptures de stocks d'antirétroviraux et autres médicaments dans sept des neuf provinces du pays.

« Nous sommes conscients que le système de santé ne fonctionne pas bien, nous ne pouvons pas le dissimuler », reconnaît le Ministre de la Santé. « Certains

appellent cela ‘un échec’, d’autres ‘une crise’. » Parmi les difficultés à surmonter en priorité, il cite « les capacités en matière de ressources humaines et les problèmes d’approvisionnement et de logistique ».

Pour le Dr Nono Simelela, du Conseil national de lutte contre le sida – redynamisé –, il faut améliorer les techniques de gestion, les systèmes de suivi et d’évaluation ainsi que les systèmes d’approvisionnement des produits et de gestion des stocks.

Elle précise que ce qui fait aussi défaut, ce sont des « approches participatives en matière de planification » et « un engagement et une participation de la communauté » plus importants dans le cadre de la riposte au sida. Le Conseil national de lutte contre le sida s’emploie à renforcer la participation de la communauté et de la société civile, mais il faudra du temps pour vaincre le ressentiment et la méfiance qui, jusqu’à ces derniers temps, ternissaient les relations avec le gouvernement.

Un long chemin

Dans le cadre d’une épidémie aussi importante que celle de l’Afrique du Sud, un programme de traitement qui permet à au moins 80% des malades de bénéficier d’un traitement antirétroviral ne peut être poursuivi que si on réduit le nombre de nouvelles infections à VIH dans d’énormes proportions et que le prix des médicaments diminue.

« En tout état de cause, si nous devons augmenter le nombre de personnes sous traitement antirétroviral, il ne sera pas possible de poursuivre le programme », déclare le Ministre Motsoaledi. « Le bon sens devrait nous faire comprendre qu’il faut prévenir et stopper la propagation de cette maladie. »

Dans ce domaine, quelques bonnes nouvelles suscitent un espoir.

Les taux d’infection parmi les jeunes Sud-Africains semblent chuter. Des enquêtes nationales sur le VIH indiquent une nette baisse de l’incidence du VIH chez les adolescents entre 2005 et 2008. Malheureusement, cette tendance n’est pas flagrante chez les Sud-Africains plus âgés.

Cependant, l’usage du préservatif a considérablement augmenté. Quand ils ont été interrogés en 2009, près de 70% des Sud-Africains ont déclaré qu’ils avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel occasionnel, alors que cette proportion se situait entre 30% et 40% en 2003.

L’épidémie dans ses grandes lignes

L’Afrique du Sud est toujours l’‘épicerie’ de l’épidémie mondiale de sida. Le plus gros défi que doit relever le pays consiste à réduire le taux de nouvelles infections dans d’énormes proportions.

Lors d’une allocution en décembre dernier, le Président Zuma a comparé la lutte contre le VIH à la lutte contre l’apartheid.

« À une autre période de notre histoire, dans un autre contexte, le mouvement de libération a observé que dans toute nation arrive un moment où il ne reste que deux options : la soumission ou la lutte », a-t-il déclaré. « Ce moment est donc venu dans notre combat pour vaincre le sida. »

L’ampleur et l’importance de l’épidémie sont étonnantes. On estime qu’au moins 350 000 adultes et quelque 59 000 enfants ont été infectés par le VIH en 2009. Près de 1000 Sud-Africains décèdent chaque jour d’une maladie associée au sida. Il est estimé que 1,5 million d’adultes et 106 000 enfants avaient besoin de médicaments antirétroviraux en 2009.

En 2006-2008, les niveaux d’infection à VIH chez les femmes enceintes se sont maintenus à 29%. Cela montre que l’épidémie s’est stabilisée, mais à des niveaux exceptionnellement élevés. La dernière enquête nationale sur le VIH révèle qu’au total, une femme sur trois de 20 à 34 ans est séropositive au VIH, ainsi qu’un homme sur quatre de 25 à 49 ans. La plupart d’entre eux ne savent pas qu’ils sont infectés.

L’épidémie s’est propagée inégalement à travers le pays. La proportion d’adultes vivant avec le VIH est deux fois plus élevée dans la province du KwaZulu-Natal que dans la province du Cap-Occidental, par exemple. Les écarts entre districts sont encore plus béants : dans certains, plus de 40% des femmes enceintes sont séropositives au VIH, alors que dans d’autres, la prévalence est d’à peine 5%.

Des chercheurs ont relevé que parmi les grands moteurs de l’épidémie de VIH en Afrique du Sud et dans les pays voisins figurent le multipartenariat sexuel et les rapports sexuels non protégés entre des jeunes femmes et des hommes plus âgés. Pourtant, il est difficile de faire passer ce message.

La troisième enquête nationale sur le VIH a montré que la proportion de jeunes femmes (entre 15 et 19 ans) qui ont un partenaire d’au moins cinq ans leur aîné est passée de 19% en 2005 à 28% en 2008. La proportion de jeunes hommes (entre 15 et 24 ans) pratiquant le multipartenariat sexuel l’année précédente a aussi augmenté, passant de 27% à 31%.

Curieusement, les connaissances sur les modes de transmission du VIH semblaient faibles dans toutes les tranches d’âges. Les chercheurs expliquent que les personnes interrogées dans le cadre de l’enquête avaient du mal à faire le lien entre le multipartenariat sexuel et le risque accru d’infection à VIH.

Protéger les mères et leurs bébés

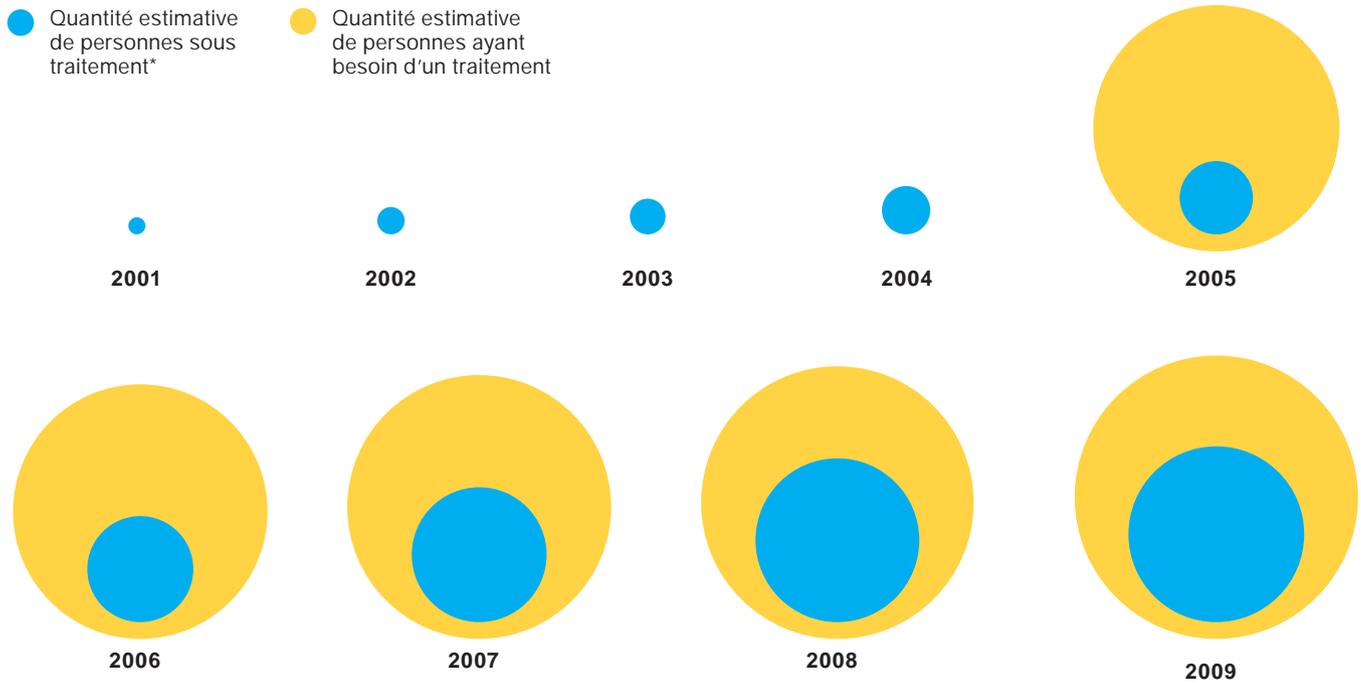
Des avancées sont également attendues dans le cadre des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère au nouveau-né. La politique du gouver-

nement prévoit désormais que tous les nourrissons nés de mères séropositives doivent se voir administrer l’antirétroviral névirapine depuis la naissance jusqu’à six semaines (auparavant, on administrait de l’AZT aux nourrissons pendant une à quatre semaines). Les femmes enceintes séropositives pourront entamer le traitement dès que leur taux de CD4 chutera en-dessous de 350. Pour le Dr Hoosen Coovadia, Professeur dans le domaine de la recherche sur le sida à l’Université du KwaZulu-Natal, cette modification des politiques est « presque un virage à 360 degrés ».

Le gouvernement prévoit en outre de soigner tous les bébés séropositifs au VIH. Cette mesure pourrait permettre d’augmenter les taux de survie des enfants en Afrique du Sud, qui fait partie des 12 pays du monde où la mortalité post-infantile a augmenté depuis les années 1990. Tous les enfants de moins d’un an bénéficieront d’un traitement si le résultat de leur test VIH est positif.

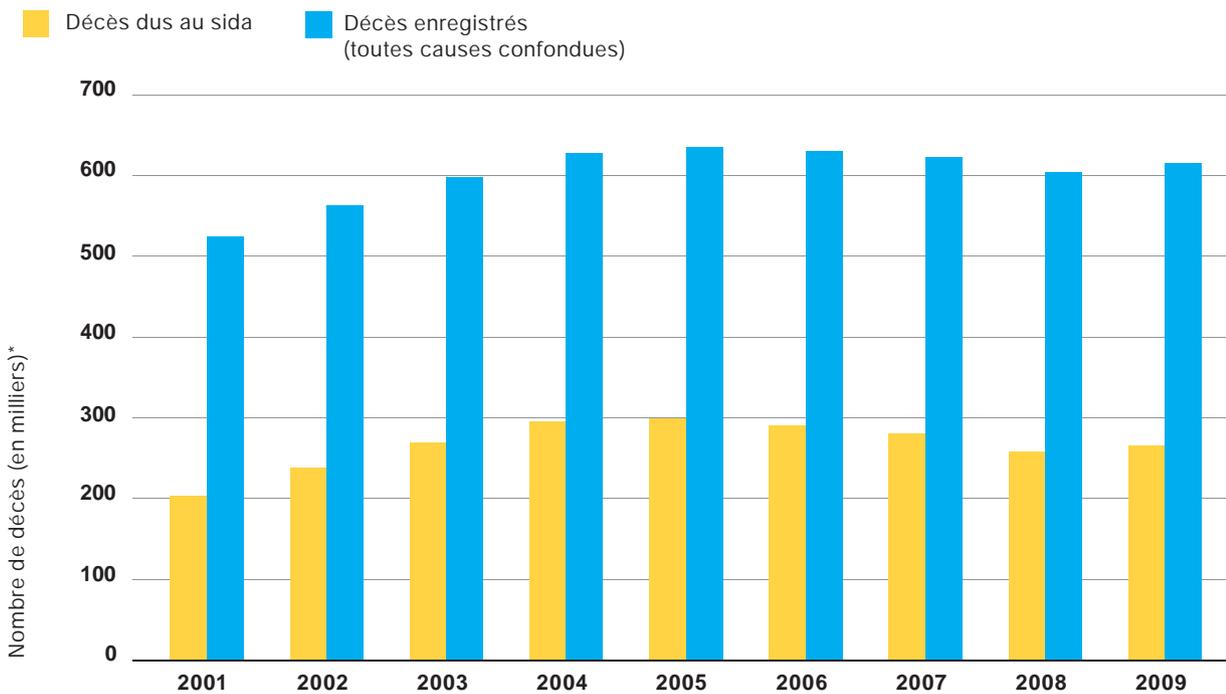
Une utilisation plus étendue de la thérapie par la double association d’antirétroviraux peut également se révéler efficace. Dans la province du KwaZulu-Natal, les taux de transmission mère-enfant ont été réduits de deux tiers (pour passer à 7%) quand cette thérapie a été appliquée.

Proportions de traitements administrés par rapport au nombre de personnes en ayant besoin en Afrique du Sud



* Il s'agit des meilleures estimations de la quantité de personnes sous traitement, à la fois dans le secteur privé et dans le secteur public. Les estimations pour 2001-2004 rendent essentiellement compte des patients recevant des médicaments antirétroviraux dans le cadre du système privé de santé. Le Ministère de la Santé publie régulièrement ses propres estimations, mais celles-ci ne prennent en compte que les personnes qui ont entamé un traitement à un moment donné – ce qui ne signifie pas qu'elles l'ont poursuivi. Les estimations du Ministère ne reflètent que la distribution de traitements dans le secteur public.
 Source : Adam, M. & Johnson, L. (2009), « Estimation of adult antiretroviral treatment coverage in South Africa », *South African Medical Journal*, Vol. 99, N° 9, septembre. Les données de 2009 sont tirées du rapport d'activité 2010 de l'Afrique du Sud à l'UNGASS.

Causes des décès en Afrique du Sud



* Sauf pour l'année 2009, le nombre total correspond au nombre de décès enregistrés. On estime que le système sud-africain d'enregistrement des décès comptabilise plus de 90% des décès. Cela signifie que le nombre total exact des décès est vraisemblablement de 10% de plus que le nombre indiqué. Les chiffres de 2009 sont des projections basées sur les tendances antérieures et sur les certificats de décès reçus jusqu'au milieu de l'année.
 Source : Statistics SA (2009), « Mid-year population estimates 2009 », *Statistical Release P0302*, juillet, Statistics SA, Pretoria. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.statssa.gov.za/publications/P0302/P03022009.pdf>.

(La thérapie par la double association d'antirétroviraux consiste à administrer à une femme enceinte séropositive de l'AZT après 28 semaines de grossesse ainsi qu'une dose unique de névirapine au moment du travail.)

« L'étude a montré qu'il est possible d'aboutir à une génération sans VIH et que celle-ci est en vue », indique Mme Sibongile Zungu, la Directrice du service de santé de la province.

Toutefois, il faudra surmonter certaines faiblesses dans le programme en place pour en récolter tous les bénéfices. Plus de deux tiers des femmes subissent un dépistage alors que leur grossesse est déjà bien entamée, c'est-à-dire souvent bien après le moment où la thérapie par la double association d'antirétroviraux aurait dû commencer.

Payer les factures

Ces actions visant à renforcer la riposte ont des incidences financières importantes. Administrer précocement un traitement, par exemple, signifie que davantage de personnes devront prendre des médicaments antirétroviraux, et plus longtemps.

Cette année, le gouvernement consacre un tiers de fonds en plus à sa riposte par rapport à 2009. Le Président Zuma, choqué en prenant connaissance des derniers taux d'infection à VIH et de décès dus au sida, a en effet décidé d'augmenter le budget pour faire en sorte que la riposte au sida soit financée à un niveau suffisant.

Le Président est toutefois convaincu qu'il faut affecter davantage de fonds et réaliser plus d'économies pour enrayer l'évolution de l'épidémie.

« Les ressources consacrées à la prévention, au traitement et aux soins ont augmenté, mais cela ne suffit pas. Il faut faire beaucoup plus. Nous devons prendre des mesures exceptionnelles pour inverser les tendances que nous constatons dans les caractéristiques de la population en matière de santé », a-t-il déclaré aux Sud-Africains à l'occasion de la Journée mondiale sida l'année dernière.

Il existe en outre des possibilités de réaliser des économies. L'Afrique du Sud paye les médicaments antirétroviraux beaucoup plus cher que d'autres pays africains (jusqu'à 60% de plus dans certains cas). « Cela va cesser », a promis le Ministre de la Santé en avril.

La plupart des médicaments proviennent des entreprises pharmaceutiques nationales. Le gouvernement prévoit

Tuberculose et sida : un double fléau

Plus d'un quart de l'ensemble des personnes atteintes de tuberculose dans le monde vivent en Afrique du Sud. Des taux élevés de pharmacorésistance et de co-infection à VIH aggravent l'épidémie : près de trois nouvelles infections tuberculeuses sur quatre (73%) surviennent chez des personnes déjà infectées par le VIH.

L'épidémie de tuberculose remonte à plus d'un siècle. Elle a atteint son pic dans les années 1960, a légèrement reculé, puis a de nouveau éclaté, cette fois parallèlement à l'épidémie de VIH. Entre 1986 et 2006, les taux de notification des cas de tuberculose ont quadruplé. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'incidence annuelle de la tuberculose en Afrique du Sud en 2006 était de 940 cas pour 100 000 personnes.

Les nouveaux cas de tuberculose ont plus que doublé entre 2001 et 2007, année où 382 000 cas ont été enregistrés. L'épidémie de tuberculose est incroyablement importante dans certaines régions du pays, surtout dans la province du KwaZulu-Natal, où les taux de notification des cas étaient supérieurs à 1000 cas pour 100 000 personnes en 2006.

L'introduction de la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) au milieu des années 1990 a potentiellement accru l'efficacité du traitement. Mais sa mise en place a échoué, tandis que l'épidémie de sida empêchait également d'accomplir des progrès.

Entre 1997 et 2005, alors qu'on mettait en place la stratégie DOTS, le nombre de personnes qui décédaient de la tuberculose par an en Afrique du Sud a augmenté de plus de 300%. De nouvelles actions en matière de traitement ont permis de ramener le taux de guérison de la tuberculose à 63% en 2006 – une proportion qui reste néanmoins quelque peu éloignée de l'objectif de 85% fixé par l'OMS.

La mauvaise exécution des programmes de lutte contre la tuberculose par le passé et la faiblesse des taux de guérison ont entraîné la propagation de la tuberculose pharmacorésistante, qui est aujourd'hui un obstacle majeur risquant aussi d'entraver la riposte au sida. Des vagues de tuberculose ultra-résistante aux médicaments ont été notifiées dans chacune des neuf provinces depuis 2006, année où on a commencé à détecter 53 cas dans un hôpital rural du KwaZulu-Natal.

L'épidémie de sida ne fait certes qu'accentuer ces difficultés meurtrières, mais leur origine se trouve dans une gestion et une exécution des programmes de lutte contre la tuberculose qui, durant toutes ces années, laissaient à désirer. À l'instar de la riposte au sida, le programme de lutte contre la tuberculose de l'Afrique du Sud présente d'immenses possibilités d'amélioration.

d'ouvrir son prochain appel d'offres pour les médicaments antirétroviraux à la concurrence mondiale, dans le cadre de l'action qu'il mène pour provoquer une baisse des prix. Les autorités estiment que de nouvelles initiatives peuvent permettre de parvenir aux réductions de prix nécessaires pour fournir à grande échelle des médicaments contre le VIH d'un prix abordable, y compris les médicaments de deuxième intention. Mme Madlala-Routledge est d'avis qu'il faudrait de nouveau envisager de mener « une action internationale visant à réduire le prix des médicaments ».

« La volonté politique est indispensable pour rendre possible l'octroi de licences obligatoires pour la production de médicaments brevetés, comme le permettent l'accord de Doha et l'accord sur les ADPIC », affirme l'ancienne Vice-ministre

de la Santé. La ferme volonté d'éradiquer l'épidémie de sida n'a jamais été aussi forte en Afrique du Sud, mais un grand nombre d'entreprises difficiles restent à mener.

La gestion des achats et des stocks doit être améliorée, par exemple, et des solutions de repli doivent être prévues pour empêcher les ruptures de stocks de médicaments (voir encadré). Les systèmes d'orientation-recours et de suivi doivent être renforcés afin que l'observance du traitement et la rétention des patients puissent être surveillées de plus près. Malgré tout, l'entreprise la plus ardue consiste à fortement freiner la propagation du VIH. Les efforts déployés pour réduire de moitié le taux de nouvelles infections sur les toutes prochaines années permettront à cette jeune démocratie et à ses dirigeants de montrer ce dont ils sont capables. ●

Afrique du Sud : Quel est votre avis ?

L'Afrique du Sud aborde un tournant historique de sa riposte au sida. Les quelque 5,7 millions de personnes vivant avec le VIH entraînent une évolution de la volonté politique du gouvernement. Le 24 avril, une campagne nationale de conseil et de dépistage du VIH a été lancée avec l'objectif de tester 15 millions de personnes et d'étendre la thérapie antirétrovirale pour garantir que 80% des personnes nécessitant ce type de traitement puissent y avoir accès d'ici à 2011.

Cette action a été applaudie dans le monde en entier et perçue comme un vrai changement non seulement pour l'Afrique du Sud mais aussi pour toute l'Afrique australe.

OUTLOOK a demandé à des habitants de Johannesburg s'ils avaient constaté une évolution des attitudes à l'égard du VIH depuis un an en Afrique du Sud.



M. Gqabi Njokweni
Étudiant en cinéma

Le gouvernement a beaucoup investi pour essayer de sensibiliser la population au VIH. Beaucoup plus de personnes savent ce qu'est le VIH et comment le prévenir. Plus de gens comprennent — contrairement aux générations précédentes qui connaissaient le virus mais ne savaient pas comment s'en protéger ou le traiter. L'information est plus facile d'accès aujourd'hui qu'avant.



Mme Nomahlubi Mthimkhulu

Propriétaire d'un stand de rue
Je pense que la riposte s'est améliorée ; il y a des anti-rétroviraux et la population est mieux sensibilisée. La plupart de mes connaissances savent ce qu'est le VIH. Mais je n'ai pas constaté d'amélioration frappante et je crois donc qu'on pourrait mieux faire ; dans les écoles par exemple, le VIH pourrait être intégré dans les programmes pour des enfants plus jeunes.



Mme Fikile Kunene
Réceptionniste

Je n'ai pas l'impression qu'il y a eu beaucoup de changements en un an. Il y a encore des problèmes de pénurie d'antirétroviraux, en particulier dans les zones rurales. Mais le gouvernement actuel fait des efforts, certainement plus qu'avant.



Mme Larissa Nathoo
Architecte d'intérieur

Je pense que la riposte au sida en Afrique du Sud fait du surplace. Il faudrait développer la sensibilisation au VIH car beaucoup de personnes sont infectées chaque jour.



M. Bongani Julius Mavundla
Responsable d'études de marché

Je pense que la situation s'améliore. Il est plus facile de se procurer des préservatifs et des antirétroviraux. On parle plus du VIH, même le Président s'y est mis !



Mme Henriette Lehman
Nutritionniste

Le sida affecte différemment des segments différents de la société mais en Afrique du Sud, la pauvreté rend la situation encore plus difficile. Beaucoup a été fait depuis cinq ans, et plus encore l'année dernière pour éduquer la population sur le sida. Il y a plus de campagnes, plus d'activisme. Faire face à l'épidémie de sida passe avant tout par l'éducation.



M. Boston Tshabuse
Agent de sécurité et président d'une organisation de développement communautaire

Je pense que la riposte au sida est l'affaire de tous. Je suis président d'une organisation de développement communautaire à Soweto et nous formons la population au VIH. Je constate que plus de personnes s'impliquent au niveau de la communauté. Plus nous parlons du sida, moins les gens en ont peur. Les choses changent, lentement mais sûrement.



M. Yesheen Maharaj
Étudiant en architecture d'intérieur

Il faut sensibiliser la population davantage — les gens ne sont pas encore assez informés ; c'est évident car beaucoup de jeunes ont des relations sexuelles non protégées et se retrouvent infectés.



Mme Meme Mpuru
Designer

Les gens ne se sentent plus concernés par le VIH. Il y a beaucoup de campagnes et d'affiches mais la population les ignore. On en a trop fait. Il faut trouver une autre façon d'aborder le problème. Il n'y a rien de neuf concernant la riposte au VIH.



M. Pridepeter Malunga
Promeneur de chiens

Je pense que ça va mieux, le gouvernement donne plus d'argent pour lutter contre le sida et demande à la population de se faire tester. Il fait beaucoup d'efforts pour essayer d'améliorer la situation.



Mme Annette Primo
Réceptionniste

L'éducation sur le sida est un mouvement qui permet de passer de l'ombre à la lumière. Il faut intervenir davantage dans les écoles pour éduquer les enfants ; ceux-ci sont encore trop nombreux à être affectés par la pandémie. La réalité du sida oblige les gens à envisager le sexe comme un piège mortel potentiel, à se rendre compte que leurs choix ont des conséquences. Je pense qu'il y a eu des progrès depuis un an concernant la riposte au VIH ; il est plus facile d'accéder aux antirétroviraux, il y a plus d'activisme et le gouvernement lutte contre le sida plus sérieusement. Le problème n'est plus tabou, on en parle plus ouvertement.



[ne prenons **PAS** de risques]



Evgeny Pisemsky

Evgeny Pisemsky, 32 ans, est le fondateur et le Directeur exécutif de Phoenix Plus, une organisation non gouvernementale qu'il a créée avec son partenaire Georgy en 2005. Phoenix Plus, basée dans la ville d'Oryol en Fédération de Russie, fournit des soins et un soutien aux personnes vivant avec le VIH dans le centre du pays. En 2008, Phoenix Plus s'est vu décerner un Prix Ruban Rouge en reconnaissance de son action pour améliorer la fourniture de services VIH et proposer divers canaux de soutien.

Evgeny vit avec le VIH depuis 10 ans et l'a contracté en consommant des drogues injectables. Informé de sa séropositivité peu après le décès de sa mère, il se retrouva sans personne pour le soutenir ou le guider dans cette épreuve et ne parvint pas à faire face. Il s'enfonça dans une spirale infernale qui le mena jusqu'à une tentative de suicide. Toucher le fond le conduisit à chercher de l'aide qu'il trouva au contact d'autres personnes vivant avec le VIH. Il rejoignit un groupe de soutien ou il rencontra un homme gay pour la première fois. Evgeny prit bientôt conscience de sa propre homosexualité et tomba amoureux. Aujourd'hui, lorsqu'il regarde en arrière, il est fier d'avoir surmonté ses préjugés sur le VIH et l'homosexualité.

8H00 RÉVEIL

Je suis un oiseau de nuit — j'aime me coucher et me lever tard. J'ai beaucoup de mal à me réveiller tôt. Georgy, mon partenaire, est très matinal. Il m'encourage à me préparer pour la journée.

8H20 L'HEURE DU CAFÉ

Le petit-déjeuner se résume souvent à une tasse de café ou de thé chinois très fort. Je ne mange pas beaucoup le matin, ou alors juste une pomme, un yoghurt avec du muesli ou un petit sandwich. Je prends mon traitement à ce moment-là. C'est une obligation une fois par jour.

8H40 SUR LA ROUTE

Je prends le bus pour me rendre au centre régional de lutte contre le sida. Le trajet dure 15 à 20 minutes suivant la circulation. Je profite de ce temps de transport pour relever mon courrier électronique et identifier les messages les plus importants auxquels je répondrai plus tard.

9H00 TRAVAIL AU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Trois fois par semaine, je travaille en tant que conseiller auprès de personnes vivant avec le VIH comme moi, au centre de lutte contre le sida. C'est la partie de mon travail que je préfère – beaucoup plus que les tâches administratives et la paperasserie – car je suis en contact avec des gens. Je suis là pour aider de vraies personnes. Parfois, il y a des pics d'affluence au centre et il faut faire la queue pour rencontrer un médecin ou un conseiller. La salle d'attente se transforme souvent en groupe de soutien, ce qui me plaît beaucoup. Je reste souvent au centre jusqu'à l'heure du déjeuner.

13H00 DÉJEUNER

Je suis souvent tellement occupé que je me contente d'une pâtisserie et de lait. Quand j'ai plus de temps, je vais à la cafétéria d'un bâtiment officiel voisin.

14H00 AU BUREAU

Je commence par faire un point détaillé sur tous les dossiers pour m'assurer que Phoenix Plus fonctionne bien. Cela implique de préparer et de rédiger des rapports. Parce que je dirige une organisation non gouvernementale, je dois maintenir de bonnes relations avec la communauté. Depuis un an et demi, nous sommes financés par le département régional d'une des plus grandes entreprises du monde, et il est donc important de bien gérer notre activité. J'admets que je n'aime pas les tâches administratives mais c'est un travail gratifiant.

16H00 CONSEIL

Chaque jour, je réserve deux heures de mon temps à des sessions de conseil individuelles, à des réunions avec mon personnel et à d'autres consultations. Nous consacrons régulièrement ce temps à des activités de formation, s'il y a un besoin ou qu'une opportunité se présente.

18H30 SPORTS

J'ai besoin de décompresser après avoir passé ma journée à rencontrer des gens et à exécuter des tâches administratives. J'adore le sport et je fréquente régulièrement une salle de gym. À part ça, j'aime faire du vélo. J'en ai deux et Georgy et moi apprécions de pratiquer cette activité ensemble. J'aimerais pouvoir me rendre au travail en vélo mais cela mobiliserait à porter ma tenue de sport au bureau — et ce n'est pas près d'arriver.

20H30 DÎNER

Je suis passionné de cuisine même si, du fait de mon emploi du temps, j'ai rarement l'occasion de m'y mettre. Je n'aime pas les plats cuisinés que l'on achète dans les magasins. Le moment du repas est parfois un vrai dilemme — rester au bureau ou sortir acheter des ingrédients frais et cuisiner. Quand nous parvenons à nous échapper du travail, nous aimons préparer des sushis, des fondues ou des plats de poisson ou de viande.

21H30 ENCORE LE TRAVAIL

Le soir, j'aime lire mes courriels et créer des contenus pour un site Internet qui s'adresse aux hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes. Me coucher tard me donne le temps de me consacrer à cette activité.

23H00 MOMENT DE DÉTENTE

Avant de nous coucher, nous aimons regarder des films. J'aime les films qui traitent de problèmes de société. Tout récemment, j'ai vu Prières pour Bobby. Je n'avais jamais autant pleuré. Je suis émotif, c'est vrai, mais ce film était vraiment poignant.

*« Mon idole est Harvey Milk
car il a défendu ses convictions
et s'est battu pour l'égalité.
Je veux créer une organisation
non gouvernementale axée sur
les hommes gay séropositifs afin
de contribuer au mouvement
des droits de l'homme en
Russie. »*

— Evgeny Pisemsky





Le contenu de son sac

1. « LE » SAC

J'étais avec Georgy dans une des boutiques de luxe de Saint-Petersbourg quand j'ai vu ce sac en cuir pour la première fois. Je l'ai voulu tout de suite mais je n'avais pas les moyens de me l'offrir et j'ai donc quitté la boutique les mains vides. Georgy ne comprend pas que l'on puisse dépenser son argent pour des articles chers mais malgré cela, il m'a fait cadeau du sac le jour suivant. Il était retourné à la boutique alors que j'étais rentré à l'hôtel. Ce geste m'a beaucoup touché.

2. LUNETTES DE SOLEIL

Pour le look, bien sûr.

3. PASSEPORT

Je ne me sépare jamais de mon passeport. On ne sait jamais quand on pourrait en avoir besoin.

4. APPAREIL PHOTO NUMÉRIQUE

J'aime illustrer les projets de Phoenix Plus et prendre des clichés de mes amis lorsqu'ils font les idiots.

5. STYLO

Je prends toujours des notes.

6. BOÎTE À PILULES

J'ai oublié ma boîte à pilules récemment en partant en voyage. Maintenant, j'en ai deux, une à la maison et l'autre dans mon sac.

7. CARTE DE MILES AÉRIENS GRATUITS

Je rêve de cumuler suffisamment de miles pour aller à New York. Je suis déjà à mi-chemin.

8. PRÉSERVATIF

La sexualité sans risque, toujours.

9. CARTES DE VISITE

C'est toujours pratique lorsque je dois communiquer mes coordonnées.

10. COUPE-ONGLES

C'est étonnamment utile pendant les déplacements professionnels.

11. RAFRAÎCHISSEUR D'HALEINE

C'est si important d'avoir l'haleine fraîche.

12. ORDINATEUR PORTABLE

Mon ordinateur ne me quitte jamais. En tant que modérateur d'un groupe de discussion sur le VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, il est important de réagir aux demandes aussi vite que possible.

13. ÉCOUTEURS

Ils éliminent les bruits de fond lorsque je voyage.



Trois choses à savoir sur Evgeny

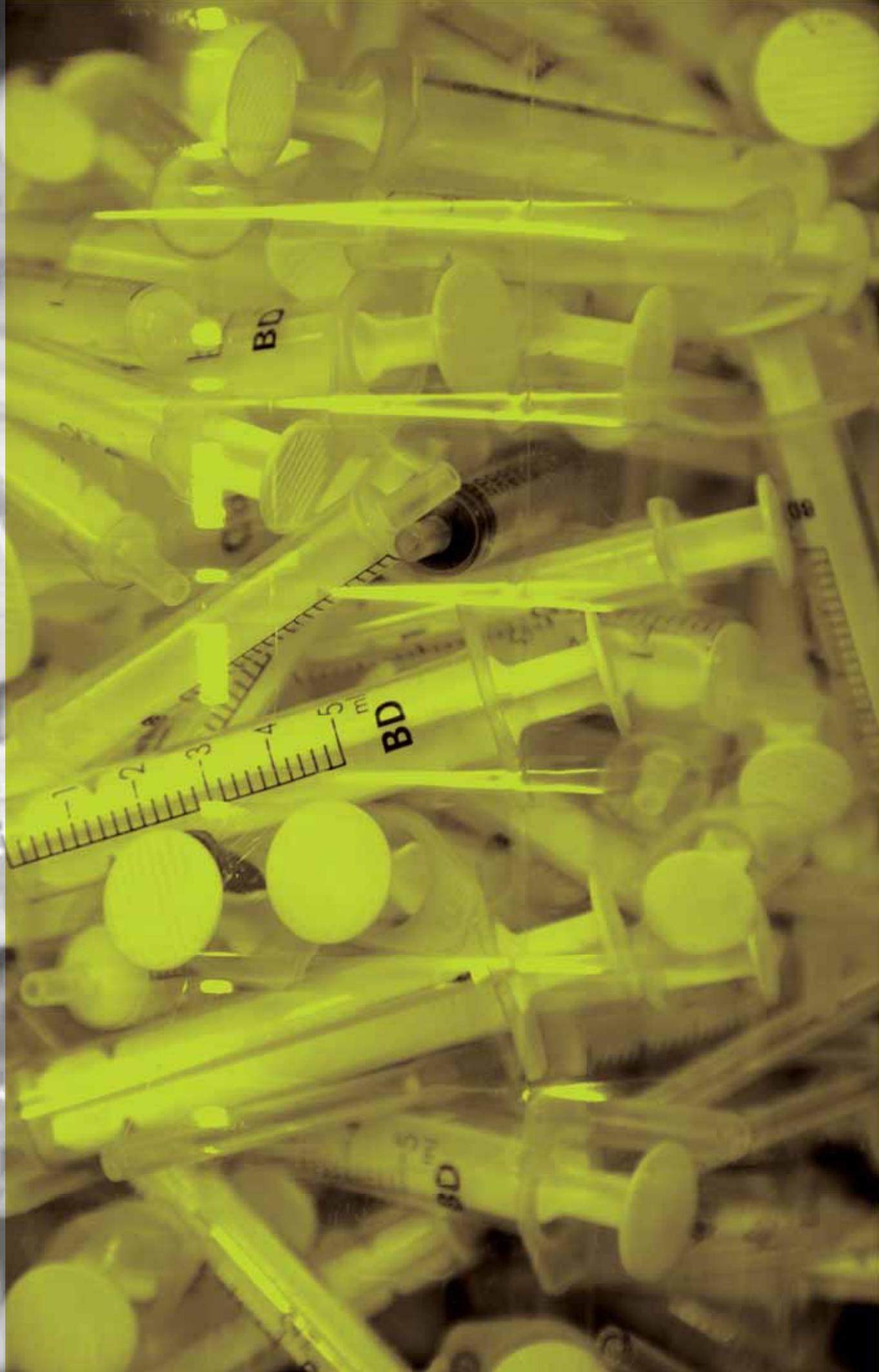
1. Son idole est Harvey Milk car il a défendu ses convictions et s'est battu pour l'égalité. Il a le projet de créer une nouvelle organisation non gouvernementale axée spécifiquement sur les hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes. Evgeny veut contribuer au mouvement des droits de l'homme dans son pays et rompre le silence sur des sujets comme l'homosexualité, la bisexualité et la transsexualité.
2. Recevoir le Prix Ruban Rouge en 2008 fut l'une des grandes joies de son existence.
3. Evgeny prévoit d'apprendre l'anglais l'année prochaine.



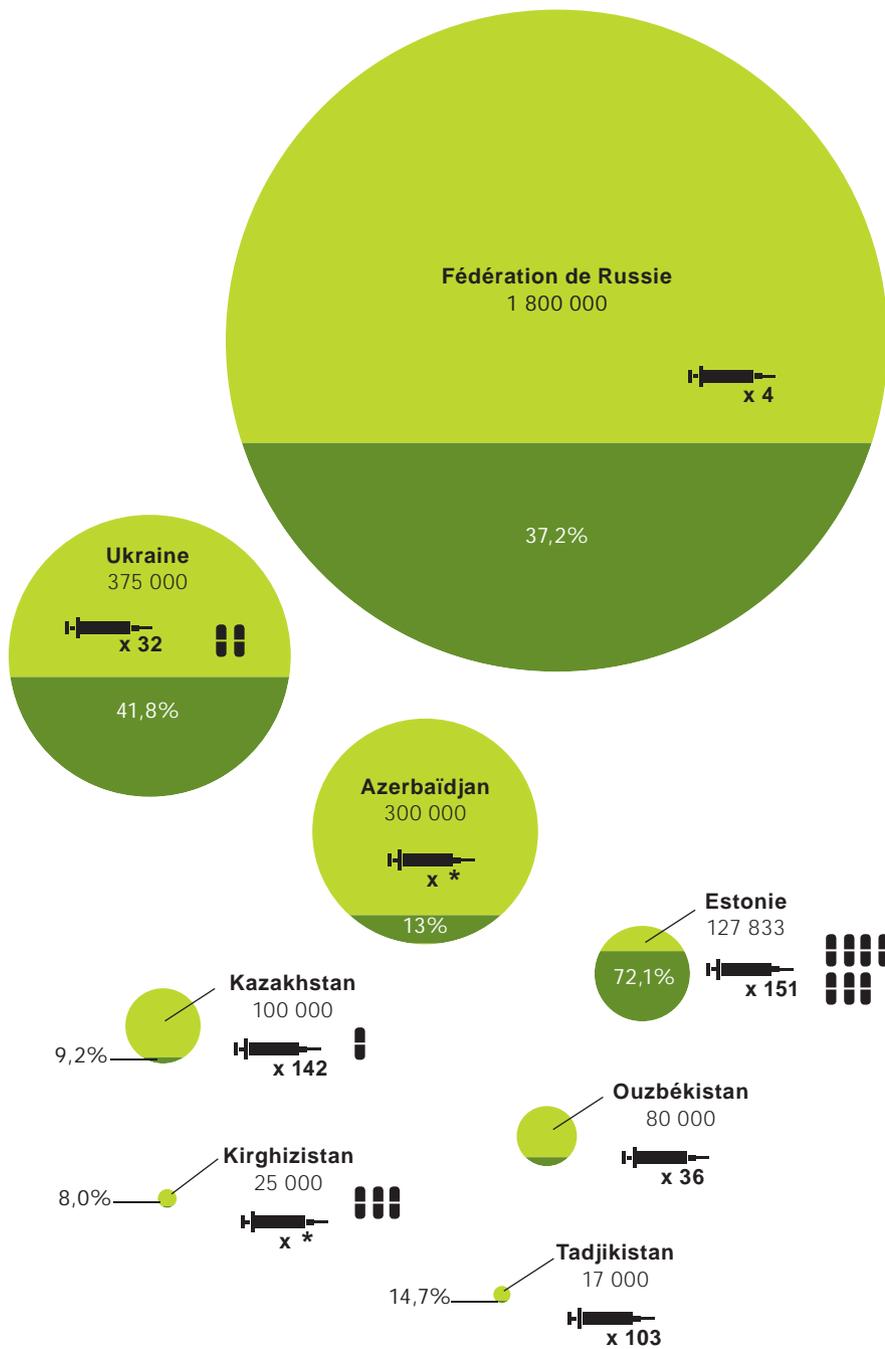
PRÉVALENCE DU VIH PARMIL LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

- Dhaka, Bangladesh
- Région de Minsk, Bélarus
- Saint-Pétersbourg, Fédération de Russie
- Province de Guangdong, Chine
- Région de Riga, Tukums, Lettonie
- Chandigarh, Inde
- Région de Kiev, Ukraine
- Hanoi, Viet Nam
- État du Tamil Nadu, Inde
- Rio de Janeiro, Brésil
- Odessa, Ukraine
- Djakarta, Indonésie
- Bangkok, Thaïlande
- Katmandou, Népal
- Rangoon, Myanmar
- État du Manipur, Inde
- Hô-Chi-Minh-Ville, Viet Nam
- Mandalay, Myanmar





CONSOMMATION DE DROGUES INJECTABLES EN EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE



● Nombre de consommateurs de drogues injectables

● Prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (%)

☰ Nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par consommateur de drogues injectables par année

☼ Nombre de personnes sous thérapie de substitution aux opiacés pour 100 consommateurs de drogues injectables

* Aucune donnée disponible

Plus à l'est, dans l'Himalaya oriental, se trouve Churachandpur, une ville de l'état de Manipur, en Inde. En septembre 1989, des chercheurs du Conseil indien de la recherche médicale ont établi un camp pour détecter les cas éventuels d'infection à VIH dans une région connue pour sa consommation élevée de drogues – on estimait à 15 000 le nombre de consommateurs de drogues dans la ville. Les chercheurs ont découvert qu'aucun des consommateurs de drogues injectables n'était séropositif au VIH. Toutefois, six mois plus tard seulement, près de la moitié environ se sont révélés être infectés.

Que s'était-il passé ?

Le VIH parmi les consommateurs de drogues injectables atteint très rapidement un pic

La situation à Katmandou et à Churachandpur n'est pas exceptionnelle. Au début des années 1980, le VIH s'est propagé rapidement parmi les consommateurs de drogues injectables à Edimbourg, au Royaume-Uni, montant en flèche de 5% à 55% au cours d'une période de deux ans, et des tendances similaires ont été observées à Bangkok, à Hanoi, dans les régions de Kiev et de Minsk, à Djakarta et dans de nombreuses autres villes.

Le VIH se transmet plus facilement par l'injection de drogues que par les rapports sexuels. Une seule exposition à une injection de drogue représente une probabilité de 1% de causer une infection à VIH, contre une probabilité de 0,2% par le biais de rapports hétérosexuels non protégés. L'émergence de nouvelles cohortes de personnes qui consomment des drogues pour la première fois au fur et à mesure que les consommateurs existants soit meurent soit cessent de se droguer aggrave encore le problème. Cela explique pourquoi de nouvelles infections à VIH continuent de se produire.

Lorsque les consommateurs de drogues utilisent en commun leur matériel d'injection, leurs aiguilles ou leurs seringues contaminés, ils reçoivent une mini-transfusion sanguine – ils injectent dans leur corps, en même temps que la drogue, le sang qui reste des consommateurs précédents. Ajoutez à cela un réseau interconnecté de consommateurs, reflétant la chaîne d'approvisionnement concernant les drogues illicites, dont un seul consommateur a besoin d'être positif pour le VIH, et les conditions sont réunies pour que le VIH se transmette rapidement.

Les outils web tels que Facebook montrent la nature des réseaux sociaux : la mosaïque des interactions et des connexions qui relie les gens. Des consommateurs de drogues injectables forment ces réseaux et, quand le VIH s'y introduit, le réseau facilite sa transmission.

Paras, à Katmandou, a été infecté par le VIH la toute première fois qu'il a consommé

« La peur incite les consommateurs de drogues à s'injecter rapidement et à la dérobée. »

de la drogue, à l'incitation d'un ami. « J'étais allé passer du temps chez l'ami d'un ami. J'ignorais totalement qu'il prenait des drogues ou même qu'il y avait de la drogue chez lui. Nous n'étions que cinq ou six dans la maison. Une seringue a circulé et j'ai fini par la prendre. Il n'y avait pas le temps de réfléchir, pas le temps de demander des aiguilles propres, et on n'a pas pensé au VIH », a-t-il relevé.

Mais pourquoi les consommateurs de drogues partagent-ils leurs seringues ? Si chaque personne utilisait son propre matériel d'injection, la transmission du VIH n'aurait pas lieu. Et si les consommateurs ont les moyens de se procurer des drogues, pourquoi ne peuvent-ils pas se permettre d'acheter des aiguilles et des seringues propres ? Mieux encore, ne peut-on pas faire en sorte qu'ils se passent de drogues ? C'est là que finit l'idéalisme et que les réalités sociales et politiques prennent le relais.

On compte près de 16 millions de consommateurs de drogues injectables dans le monde. Près de trois millions d'entre eux vivent avec le VIH. Et un tiers de l'ensemble des nouvelles infections à VIH hors de l'Afrique subsaharienne se produisent parmi les consommateurs de drogues injectables. Entre la Chine, les États-Unis d'Amérique et la Fédération de Russie, il y a environ six millions de personnes qui s'injectent des drogues. La consommation de drogues est pénalisée dans tous ces pays et la majorité des efforts de lutte anti-drogue sont consacrés au maintien de l'ordre et à l'incarcération.

Cela fournit un terrain fertile pour la mise en commun du matériel d'injection. Le coût des drogues est souvent élevé, et les individus pourvoient fréquemment à leur propre consommation en vendant de petites quantités de drogue à d'autres consommateurs. Le risque d'être arrêtés avec des aiguilles et des seringues sur soi inquiète énormément les consommateurs, car les responsables de l'application des lois considèrent la possession de drogue comme un signe de consommation.

Choton se fraie un passage dans les rues bondées de Dhaka, au Bangladesh. Consommateur de drogues injectables depuis de nombreuses années, il ne transporte pas ses propres aiguilles et seringues, de crainte d'être arrêté. « Je préférerais utiliser une aiguille sale sur un lieu d'injection que de transporter la mienne et me retrouver en prison », dit-il.

La bureaucratie n'aide pas non plus. Les pharmacies ne vendent souvent pas d'aiguilles sans ordonnance, ou alors elles posent trop de questions. Lorsque l'accès est autorisé par la loi, les consommateurs de drogues font rarement confiance aux responsables de la santé pour protéger la confidentialité. La peur de la discrimination et de l'intimidation de la part des employeurs et de la police s'ils se font recenser comme consommateurs de drogues est bien réelle dans nombre de pays.

M. Timur Islamov, Directeur de l'organisation non gouvernementale russe Développement de l'éducation, santé et prévention du VIH/sida, est un ancien consommateur de drogues et il en a fait personnellement l'expérience. « Si vous êtes inscrit comme consommateur de drogues vous ne pouvez pas obtenir un permis de conduire et il y a des restrictions quant à certains types de travail. De plus, de nombreuses organisations ont des services de sécurité qui ont accès aux bases de données sur les centres de traitement de la toxicomanie. Cela signifie que ces données personnelles peuvent être utilisées pour ne pas engager quelqu'un à cause de son expérience passée. On peut être arrêté à tout moment dans la rue et forcé de subir un test de dépistage médical de la drogue. Si le test est positif, la personne peut être incarcérée de trois à 15 jours. »

Au Bangladesh, les autorités ont transformé leur importante base de données sur les consommateurs de drogues en un registre anonyme afin d'éviter tout usage abusif par la police et autres entités.

Le Dr Munir Ahmed, ancien chef d'équipe pour les opérations du programme VIH de CARE Bangladesh, a dirigé ce processus. « Cela a contribué à restaurer la confiance parmi les consommateurs de drogues pour qu'ils ne craignent pas d'accéder aux services des centres d'accueil et de rencontrer des travailleurs de proximité », dit-il. « Ce système est désormais appliqué par toutes les organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine des programmes de réduction des risques auprès des consommateurs de drogues au Bangladesh. »

Deux autorités, un problème : faire en sorte que la santé publique et l'application des lois soient du même côté

Les relations entre les services de santé et les agences chargées de l'application des lois ont souvent été difficiles. Parfois elles ont eu des résultats divergents. Briser le cercle vicieux du VIH et de la dépendance aux drogues demande que la société établisse des relations de confiance entre les personnes qui consomment des drogues, les autorités sanitaires et les organismes chargés de l'application des lois. Comme l'a montré le Portugal, les tribunaux civils qui fournissent conseil et soutien peuvent apporter une réponse plus efficace aux délits liés aux drogues que les tribunaux qui imposent des peines privatives de liberté. Des alternatives à l'incarcération et des tribunaux sensibles aux besoins des personnes dépendantes aux drogues apparaissent à travers le monde.

L'accord conclu lors de la réunion annuelle de la Commission sur les drogues narcotiques établissant que les solutions axées sur la santé sont préférables aux solutions

pénales est difficile à accepter par certains responsables de l'application des lois – plus à l'aise avec les campagnes populistes de 'tolérance zéro'. « Cela envoie un mauvais message » est un refrain qu'on entend souvent.

Mais là où ils ont collaboré, ils ont réussi à maintenir un bon équilibre entre le double objectif visant à lutter contre la consommation de drogues et à prévenir le VIH.

Le Kirghizistan représente une réussite récente. Il y a approximativement 26 000 consommateurs de drogues dans le pays. M. Nurlan Shonkorov est quelqu'un qui a bénéficié de l'introduction des programmes de réduction des risques. « Je suis sous méthadone depuis trois ans environ et reçois des antirétroviraux depuis plus de trois ans », dit-il. « On me donne gratuitement des préservatifs et un traitement. Le traitement a été mis en place principalement par le dispensaire du Centre de lutte contre le sida. »

Le programme national de réduction des risques a le soutien à la fois des responsables de l'application des lois et des responsables de la santé publique. La thérapie de substitution aux opiacés a été approuvée tant par le programme national de lutte contre le sida que par le programme national anti-narcotique. La méthadone et la buprénorphine ont été incluses dans la liste nationale des médicaments essentiels. Des militants de la société civile, des spécialistes du traitement des toxicomanies et des parlementaires sont engagés aux côtés des personnes opposées à cette stratégie.

Les résultats sont prometteurs. Un nombre accru de consommateurs de drogues ont trouvé un emploi. La qualité de vie rapportée par les intéressés eux-mêmes a été décuplée après que les consommateurs eurent bénéficié d'une thérapie de substitution à la méthadone. Une enquête a révélé que les rapports sexuels occasionnels avaient diminué de plus de 50%. Seuls 14,5% des consommateurs s'étaient injectés des drogues au cours des trois derniers mois et seuls 3,6% avaient utilisé du matériel d'injection en commun. Plus important encore, la criminalité a été réduite à néant.

« Ces programmes sont efficaces tant en termes de prévention qu'en termes de traitement. Ils aident les gens à abandonner leur vie de consommateurs de drogues », déclare Mme Oksana Katkalova, une experte travaillant au Kirghizistan. « Pour les programmes de réduction des risques, un consommateur de drogues injectables ne doit pas seulement venir chercher des seringues et des aiguilles, mais il doit aussi se voir proposer un conseil. »

Travailler ensemble exige d'instaurer la confiance et des objectifs clairs de tous les côtés. Dans la province du Guangxi méridional, en Chine, la police a apporté son soutien à l'introduction de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, mais poursuivi ses mesures de répression vis-à-vis des consommateurs de drogues, les



envoyant dans des centres de désintoxication et des camps de travail. Les travailleurs de proximité éprouvaient des difficultés à distribuer le matériel d'injection, et le programme a traversé une mauvaise passe. Certaines personnes craignent toujours d'être testées de force pour l'utilisation de drogues, parce qu'elles ont été cataloguées précédemment comme consommatrices de drogues. « Lorsque je parle de d'autres personnes de la période de cauchemar que j'ai traversée il y a cinq ans, je regrette tellement, et je m'en veux », dit M. Wang Wen, un ancien consommateur de drogues injectables.

« À cause de cette terrible expérience, sur laquelle je ne supporte pas de revenir, ma vie ne ressemblera jamais à l'état de détente et de paix auquel j'aspire. Peut-être qu'à l'avenir je serai forcé de porter un écriteau sur la tête disant 'J'ai déjà consommé des drogues. Veuillez tester mon urine !' »

Au Népal, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Santé se sont rassemblés aux côtés d'organisations de la société civile pour surveiller les programmes de substitution aux opiacés, ce qui constitue un modèle pour l'Asie du Sud. La prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues à Katmandou est tombée à 21%, après un pic à 68% en 2005. M. Anan Pun, Président de Recovering Nepal, un réseau de consommateurs de drogues et d'organisations fournissant des services liés aux drogues aux consommateurs, estime qu'il y a eu un changement radical de l'approche depuis le début des années 1990.

« Les autorités chargées de l'application des lois au plus haut niveau soutiennent la réduction des risques, mais les consommateurs de drogues sont toujours confrontés à des difficultés pratiques émanant de ceux qui appliquent la loi dans la rue », déclare M. Pun. Ce ne sont pas des agences pour la réduction des risques dotées d'un agenda

pour la réduction des risques, mais elles peuvent être des acteurs de l'introduction réussie de ce type d'interventions si un programme de plaidoyer et d'éducation couronné de succès est mis en place pour changer leurs croyances et leurs comportements. Les consommateurs de drogues sont toujours harcelés, car les lois anti-drogue les pénalisent encore, et ça n'a pas encore changé, même si la politique elle-même a changé. La crainte d'une répression dissuasive empêche les consommateurs de drogues d'accéder comme il convient aux services de réduction des risques et aux services sociaux. C'est la mise en œuvre qui représente désormais un enjeu. »

L'Australie a fait œuvre de pionnier en adoptant l'approche de la réduction des risques, en 1985, bien avant que l'on sache que le VIH se propageait parmi les consommateurs de drogues injectables à une vitesse alarmante. Depuis, plus de 30 millions d'aiguilles et de seringues stériles ont été distribuées annuellement et la prévalence du VIH s'est maintenue à un faible niveau. Plusieurs examens indépendants ont préconisé la poursuite de cette approche.

« La réduction des risques en Australie a été une manière extrêmement efficace, sûre et rentable de lutter contre le VIH parmi les consommateurs de drogues injectables et d'éviter qu'ils ne transmettent le VIH », déclare le Dr Alex Wodak, Directeur du service d'alcoolologie et de toxicodépendance à l'Hôpital Saint-Vincent de Sidney, Australie. On estime que le pays a économisé plus d'un milliard de dollars des États-Unis en coûts de traitement et de prise en charge grâce à cette approche.

Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibé, dans un discours prononcé devant la Commission sur les drogues narcotiques en avril 2010, a déclaré « Mais malgré le succès de ces modèles, bien trop souvent aujourd'hui c'est la police faisant sa ronde

« La Chine a désormais plus de dispensaires spécialisés dans le remplacement des drogues et de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues que tout autre pays d'Asie. »



et le consommateur de drogues dans la rue qui sont contraints à la confrontation dans le corps-à-corps de la guerre contre la drogue – et les communautés en sont les victimes collatérales. Cette lutte interminable et stérile doit cesser. Nous avons des alternatives : axer nos efforts pour faire face aux problèmes de santé bien réels que sont la dépendance aux drogues et la consommation problématique de drogues. La science, la politique et la gouvernance doivent se rassembler au sein de ce partenariat positif. »

Dépénaliser les consommateurs de drogues

La prévalence du VIH parmi les détenus en Ukraine est de 15%, en partie du fait du grand nombre de consommateurs de drogues incarcérés. La prévalence du VIH parmi les détenus ayant des antécédents de consommation de drogues était de près de 31%, contre seulement 5,9% parmi ceux qui n'avaient jamais consommé de drogues. Et à l'intérieur des prisons les programmes de substitution aux opiacés ne sont pas disponibles. La possession de petites quantités de drogue pour sa consommation personnelle est toujours passible de poursuites pénales. Ces lois rendent difficile l'élargissement de l'accès des consommateurs de drogues aux services qui leur sont consacrés.

C'est l'une des raisons pour lesquelles l'ONUSIDA a appelé à la dépénalisation des consommateurs de drogues. Une décision récente de la Cour Suprême indonésienne soulignant que les consommateurs ont besoin d'être traités, et non emprisonnés, a été bien accueillie. Au Royaume-Uni, des équipes d'action anti-drogue orientent les consommateurs vers les services de santé et les services sociaux. Selon l'Agence nationale de traitement contre l'abus de substances, « Ayant réussi à amener les consommateurs de drogues à se faire traiter, le système s'attache à ce qu'ils se sentent mieux afin qu'ils puissent repartir libérés de leur dépendance. Ce processus de guérison peut à son tour être pérennisé par des interventions qui aident les consommateurs de drogues à assumer leur rôle de citoyens actifs, la responsabilité de leurs enfants, à gagner eux-mêmes leur vie, et à conserver un foyer stable. »

Le Bangladesh a modifié sa législation anti-drogue dans les années 1990, encourageant la police à envoyer les consommateurs de drogues dans des centres de traitement plutôt qu'en prison. L'Ukraine a été l'un des premiers pays de la Communauté des États indépendants à modifier et abroger toutes les lois ou politiques qui discriminent formellement les populations exposées à un risque accru. Elle a supprimé les restrictions juridiques explicites qui entravaient les programmes et services de prévention du VIH.

Le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon a appelé les États Membres à faire en sorte que les personnes aux prises avec l'addiction aux drogues bénéficient de l'égalité d'accès aux services sanitaires et sociaux, et revendiqué que « personne ne soit stigmatisé ou ne fasse l'objet de discrimination à cause de sa dépendance aux drogues. »

L'envergure a son importance

De l'autre côté du spectre, le problème est qu'on n'en fait pas assez. En gros, un consommateur de drogues régulier a besoin d'au moins 150 aiguilles et seringues par an. En Australie, une personne qui s'injecte des drogues reçoit plus de 200 aiguilles et seringues par an. Peu de pays sont capables d'atteindre un tel niveau. L'Estonie s'en approche, et en fournit autour de 151 par personne et par an. Mais en Fédération de Russie, seules environ quatre aiguilles et seringues par personne sont distribuées chaque année. En Ukraine, le chiffre est légèrement supérieur – 32. Les consommateurs de drogues injectables qui reçoivent moins d'aiguilles et de seringues stériles sont plus susceptibles d'utiliser le matériel d'injection en commun et de s'exposer et d'exposer les autres à un risque accru de contracter le VIH.

La couverture de l'accès aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ou de traitement de substitution aux opiacés est médiocre dans la plupart des régions du monde. Les progrès récents de l'accès à ces programmes sont totalement insuffisants pour faire reculer l'ampleur des nouvelles infections. Selon un rapport publié dans *The Lancet* par Bradley Mathers et ses collègues, seuls 8% de l'ensemble des consommateurs de drogues dans le monde ont accès à des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. Sur 100 consommateurs de drogues, huit seulement ont accès à la thérapie de substitution aux opiacés. En moyenne, seul un consommateur de drogues sur 100 en Europe orientale a accès à la thérapie de substitution aux opiacés. Et le chiffre est encore plus faible en Asie centrale.

Mme Batma Abibovna Estebesova dirige Sotsium, l'une des principales organisations non gouvernementales œuvrant en faveur de la réduction des risques au Kirghizistan. D'après elle, « Il y a un manque de ressources pour atteindre tous les consommateurs de drogues injectables et leur fournir un appui psychosocial. Malheureusement, de nombreux donateurs n'allouent pas de fonds pour ces activités. De ce fait, nous ne pouvons pas soutenir les consommateurs de drogues injectables, qui pourraient devenir nos partenaires pour travailler avec d'autres consommateurs de drogues. »

La bonne nouvelle est que l'accès aux programmes de réduction des risques est nettement en hausse dans la plupart des régions du monde.

La Chine a désormais plus de dispensaires spécialisés dans le remplacement des drogues et de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues que tout autre pays d'Asie. Un programme révolutionnaire de maintien à la méthadone lancé en 2004 comporte désormais 680 dispensaires couvrant 24 provinces, et 1000 centres d'échange des aiguilles atteignent chaque mois 40 000 personnes qui s'injectent des drogues. Il s'agit là d'une transformation étonnante qui sert de modèle pour la réduction des risques dans d'autres pays.

En Ukraine, à la fin de 2009, plus de 5000 consommateurs de drogues bénéficiaient d'une thérapie de substitution dans 102 centres de santé de 26 régions, contre à peine 10 centres desservant moins de 10% des consommateurs de drogues il y a quelques années seulement.

Accès à la thérapie antirétrovirale

Les consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH ne sont pas mieux lotis en matière d'accès à la thérapie antirétrovirale. Dans le monde, seuls quatre sur 100 ont accès au traitement. En Europe orientale et en Asie du Sud, le rapport est de 1:100 et en Asie centrale de 2:100, contre 89:100 en Europe occidentale. Dans des pays comme l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande et les Pays-Bas, presque tous les consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH ont accès au traitement. Toutefois, au Brésil, en Fédération de Russie, au Kenya, en Ouzbékistan et au Pakistan, moins d'un consommateur de drogues injectables sur 100 a accès à la thérapie antirétrovirale. Selon le rapport d'activité ukrainien sur le sida pour 2010, le taux de traitement des consommateurs de drogues injectables actifs se maintient à 7,5% seulement du nombre total des personnes qui bénéficient d'un traitement antirétroviral, du fait du manque de disponibilité de la thérapie de substitution – nécessaire, car elle a fait ses preuves pour accroître l'observance du traitement antirétroviral.

« Essentiellement, l'accès à un traitement médical gratuit, à la réinsertion, et à l'assistance juridique gratuite est non existant au niveau de l'État », déclare Mme Tetyana Semikop, du Ministère des Affaires internes en Ukraine. « L'approche répressive face aux consommateurs de drogues injectables à laquelle ont recours les services de toxicodépendance, d'autres institutions médicales et des organismes chargés de l'application des lois, ne donne pas l'opportunité d'assurer une mise en œuvre efficace des programmes de prévention, notamment des programmes de prévention des risques, de réinsertion et de traitement des consommateurs de drogues ainsi que la protection de leurs droits. »

On ne dépense pas assez

Selon un nouveau rapport de l'Association internationale de réduction des dommages, *Three cents a day is not enough: resourcing*



HIV-related harm reduction on a global basis (Trois cents par jour ne sont pas suffisants : des ressources pour la réduction des risques liés au VIH sur le plan mondial), les investissements mondiaux pour les programmes de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues se situent entre US\$ 160 millions et US\$ 180 millions. Dans un monde qui met la priorité sur l'interdiction des drogues, l'intérêt politique porté au financement de ces programmes a été limité.

L'une des raisons pour lesquelles il n'y a que neuf aiguilles et seringues par consommateur de drogues injectables en Europe orientale est le faible investissement dans les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues. On estime que 76% de l'ensemble des ressources dépensées dans ce domaine dans la région proviennent de sources internationales.

Un programme exhaustif de grande envergure à l'intention des consommateurs de drogues coûtera US\$ 3 milliards sur le plan mondial. Sans les bons investissements, un programme à petite échelle couronné de succès n'aura qu'une utilité limitée.

« En dépit du fait que l'État a alloué d'importantes ressources à la lutte contre le VIH et la consommation de drogues, nous pensons que ce n'est pas suffisant », dit M. Evgeniy Petunin, Directeur de programme d'ESVERO, le réseau russe de réduction des risques. « Ici, le principal problème est que ni les programmes de lutte contre le VIH ni les programmes anti-drogue ne tiennent compte de l'importance qu'il y a à travailler avec des groupes vulnérables. Les groupes vulnérables restent toujours le moteur de l'épidémie – 63% des infections à VIH en 2008 et en 2009 se sont produites parmi les consommateurs de drogues injectables. Il n'y a pas d'opportunités d'élaborer des programmes spécifiques et orientés sur les résultats, en particulier des projets de réduction des risques. »

Un autre problème auquel sont confrontés les programmes est le manque de financement durable, la faible couverture des services et la continuité des programmes. L'interruption des financements se traduit directement par l'interruption de la prestation des services de première ligne à l'intention des personnes qui s'injectent des drogues. « Dans le passé, l'interruption du financement a eu pour résultat un accroissement explosif de l'utilisation commune du matériel d'équipement dans la vallée de Katmandou. Il faut d'urgence élargir les services et nous avons besoin d'un finan-

cement durable », dit M. Pun. La même situation a été observée dans une cohorte de consommateurs de drogues à Dhaka, au Bangladesh. Lorsque le financement du programme a été brièvement interrompu, le prêt et l'emprunt des aiguilles se sont accrus.

Mais il ne doit pas forcément en être ainsi.

Qu'est-ce qui se passe bien ?

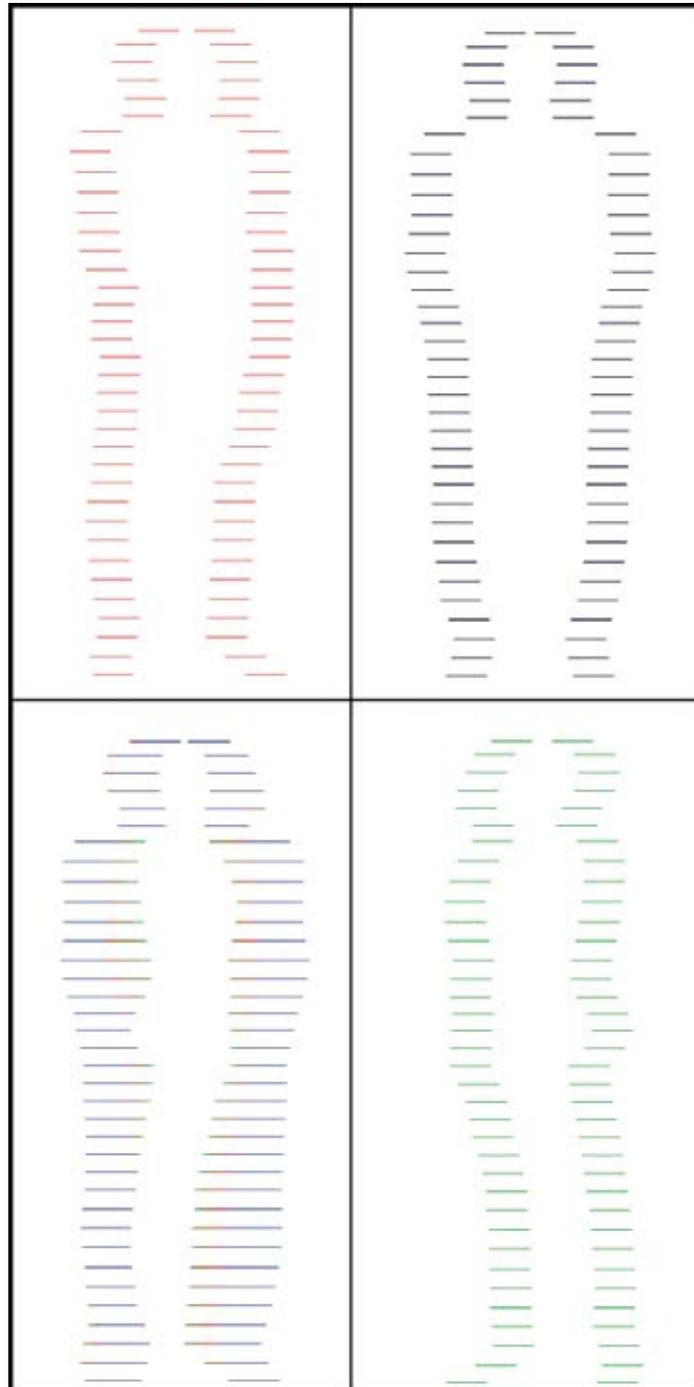
Tous les pays devraient aspirer à ne plus enregistrer aucun cas d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues ont décliné, même dans les pays ayant connu d'importantes épidémies au sein de ce groupe, tels que l'Espagne, la Lituanie, les Pays-Bas et la Suisse. Le Portugal, qui a la plus grande épidémie parmi les consommateurs de drogues de l'Europe occidentale, a réduit de moitié les nouvelles infections parmi cette population depuis le remaniement de ses lois anti-drogue en 2001. Les mêmes tendances sont observées au Bangladesh et en Malaisie.

Le Bangladesh a appliqué les enseignements tirés à Katmandou et à Churachandpur. Il a investi tôt dans des programmes de réduction des risques. La participation active de la communauté aux programmes de proximité a été un principe clé. Les organisations de la société civile, les leaders communautaires locaux, les autorités chargées de la lutte contre les drogues et les programmes nationaux de lutte contre le sida ont collaboré dès le début. Ils ont été à même d'empêcher la prévalence du VIH de grimper en flèche, comme c'était le cas ailleurs dans la région. En 2009, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues était juste au-dessus de 1%.

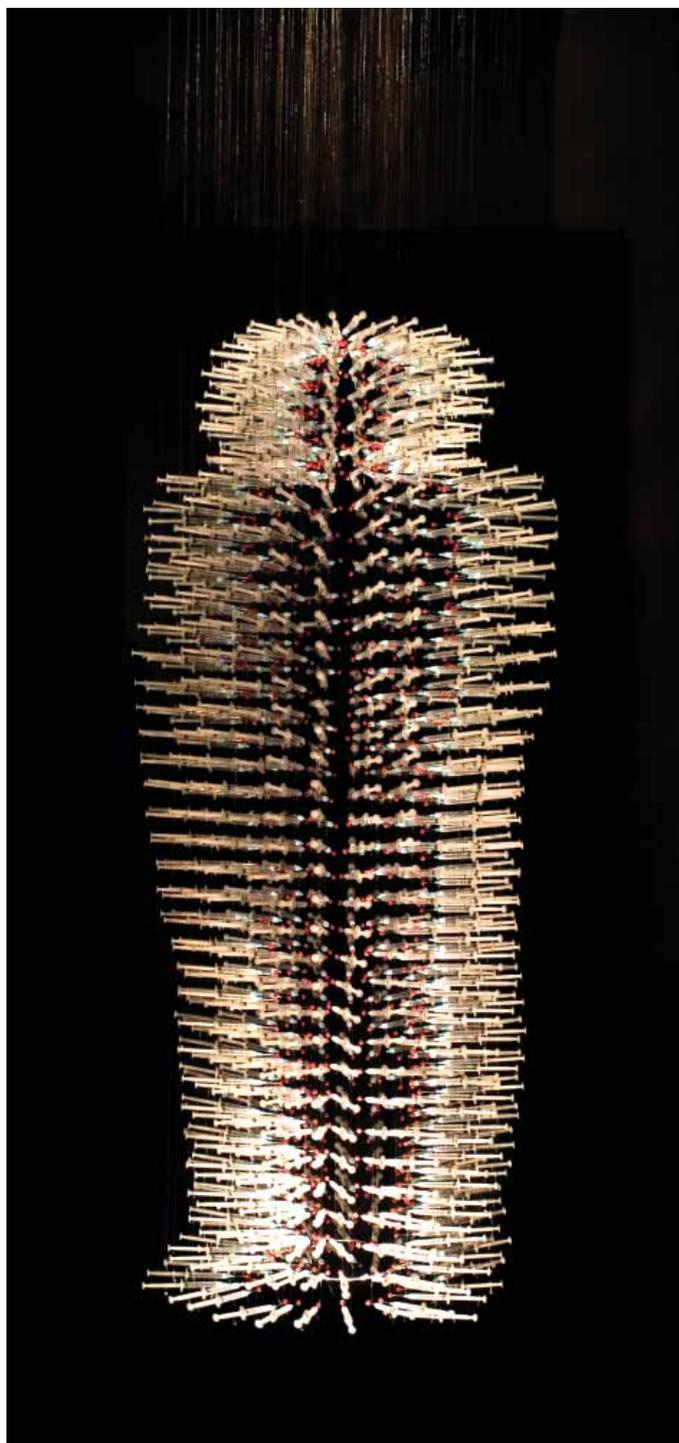
Le centre de Dhaka s'enorgueillit d'un programme de renforcement de la réduction des risques à 100%. On estime qu'il y a environ 100 consommateurs de drogues vivant avec le VIH dans la ville. Six travailleurs de proximité dévoués veillent à maintenir un contact quotidien avec ces personnes pour leur procurer des aiguilles et des seringues propres. En moyenne, un seul travailleur de proximité voit environ 16 personnes par jour. Lorsqu'ils ne parviennent pas à atteindre quelqu'un, un système d'alarme est activé, afin que les services ne soient pas interrompus. Le fait d'assurer un accès littéralement devant la porte des gens a permis de garder les nouvelles infections à un faible niveau.

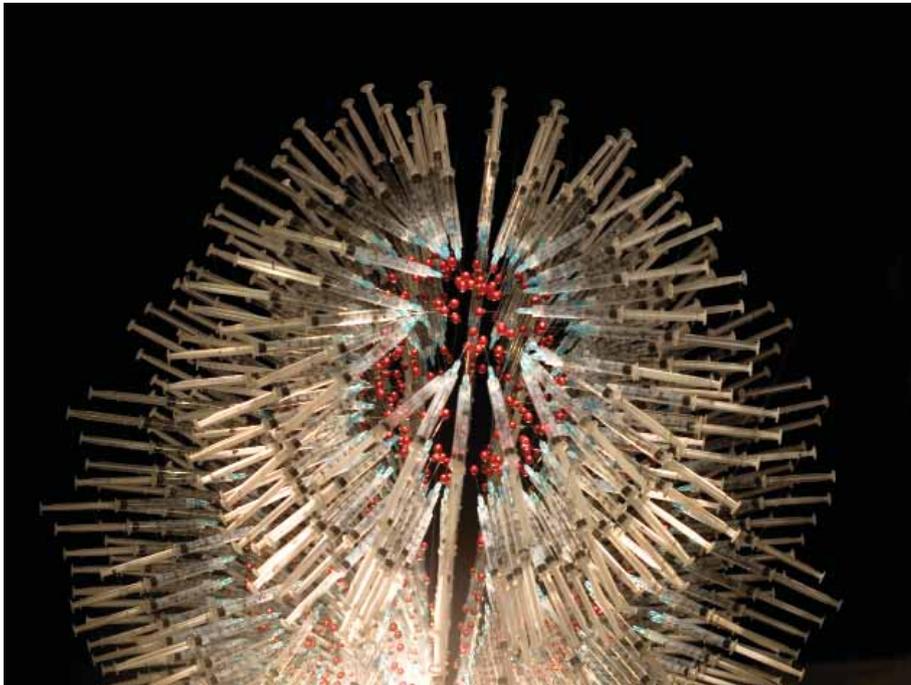
Sanju est l'un des nombreux travailleurs de proximité qui viennent en aide aux consommateurs de drogues au Bangladesh. Consommateur lui-même, il a rejoint le programme de prévention du VIH de CARE en 1998. Son travail a transformé son statut parmi sa famille et ses amis. Il a réduit ses doses de drogues et fait bien son travail. Comme Sanju le dit fièrement, « Ce programme m'a procuré une nouvelle vie, sur le plan physique et socialement. » ●

M. Daniel Goldstein crée des œuvres d'art inspirées de son expérience en tant que personne vivant avec le VIH, et ce depuis le début de l'épidémie de sida. Cet artiste réputé basé à San Francisco aux États-Unis est un co-fondateur de Visual Aid, un groupe à but non lucratif qui aide les artistes vivant avec le VIH. Son travail a été présenté dans des musées et des galeries du monde entier. De nombreux bâtiments publics des États-Unis et du Japon accueillent ses gigantesques mobiles. L'artiste a réservé la primeur de la présentation de *L'homme invisible* à la Conférence internationale sur le sida à Vienne.



Le concept est celui d'une silhouette évoquant un guérisseur mais qui en fait est un vide délimité par des centaines de seringues dirigées vers l'intérieur et vers le corps. Les extrémités des seringues dessinent le corps en trois dimensions. De plus, elles ont été trempées dans du caoutchouc rouge et sont pourvues d'une perle de verre rouge. Le contour de la silhouette est créé par les points rouges à l'extrémité des seringues. Ces dernières forment également une zone de pénombre qui épouse les formes de la silhouette et agrandit cette dernière. L'éclairage de cet œuvre est crucial car les seringues s'embrasent dans la lumière.







MAKE ART/STOP AIDS, une initiative de l'UCLA Art | Global Health Center, est un réseau international de scientifiques, d'artistes et de militants engagés pour en finir avec l'épidémie de sida. Partant du principe que les artistes sont des acteurs essentiels de la riposte au sida, la coalition influe sur les modes de pensée et d'action. Elle est financée par l'UNESCO, la Fondation Andy Warhol, UC MEXUS, la Banque mondiale et la Fondation Ford, entre autres. Elle a été lancée par David Gere, Professeur associé de l'Université de Californie à Los Angeles aux États-Unis.

Le VIH et la loi

Au carrefour des droits humains et de l'épidémie de sida, on trouve souvent des lois et des règlements qui peuvent être discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.



« Quand je suis arrivé, je me suis senti tellement bien. J'étais si content d'avoir été muté. C'est pour ça que je me suis battu », a déclaré le Sergent Mthethwa.

Pour la plupart des soldats, la base militaire de Kutum, dans le nord du Darfour, où les températures peuvent atteindre 45-50 °C, n'est pas vraiment l'endroit idéal pour une affectation. Mais pour le Sergent Siphon Mthethwa, ce coin perdu représente un rêve devenu réalité.

Ce soldat de 39 ans est au service de la Force nationale de défense sud-africaine (SANDF), qui fait partie de la mission africaine de maintien de la paix au Darfour. Bien que son activité principale soit le maintien de la paix, le Sergent Mthethwa dit qu'il a passé près d'une décennie à combattre la stigmatisation et la discrimination. Le Sergent Mthethwa est séropositif.

« Lorsque j'ai appris que j'avais le VIH, j'ai été choqué. Au début je ne parvenais pas à y croire. J'ai pensé que je n'avais pas bien entendu le docteur », a dit le Sergent Mthethwa. « J'ai pensé que j'allais mourir. »

Après s'être battu pour accepter cette nouvelle inattendue, le Sergent Mthethwa

a finalement confié à un ami qu'il était séropositif. Il eut alors une nouvelle surprise.

« Mon ami m'a dit que ça ne changeait rien », a déclaré le Sergent Mthethwa. « Mon histoire est très différente de celle des autres personnes vivant avec le VIH. Quand j'ai divulgué publiquement mon état, personne ne m'a cru. Les gens ne me voyaient jamais comme un malade, mais parce que j'adore plaisanter, ils pensaient que si je riais tout le temps ça ne pouvait pas être vrai. »

Ses amis se sont ralliés à sa cause, mais le Sergent Mthethwa s'est aperçu qu'après la découverte de sa séropositivité, en 2001, sa carrière militaire est restée au point mort. Sa fonction principale consistait à former les soldats de la SANDF avant qu'ils ne soient mutés hors du pays, mais il n'a jamais été transféré à l'étranger, et n'a reçu aucune promotion. Dans le passé, la SANDF s'était retranchée derrière sa politique relative au VIH – à savoir que les personnes vivant avec le

La question n'était pas de savoir si le dépistage du VIH par l'armée était discriminatoire, mais plutôt quelles étaient les conséquences de la politique de dépistage.

VIH n'étaient pas aptes physiquement ou mentalement à subir le stress de la vie militaire et pourraient représenter un risque pour les autres soldats.

Le Sergent Mthethwa s'est adressé au Syndicat des forces de sécurité sud-africaines (SASFU) qui, avec l'AIDS Law Project, une organisation de défense des droits humains, a déposé plainte auprès de la Haute Cour de Pretoria au nom du syndicat et de trois soldats séropositifs. La question n'était pas de savoir si le dépistage du VIH par l'armée était discriminatoire, mais plutôt quelles étaient les conséquences de la politique de dépistage. La plainte portait sur le déni général d'emploi, de mutation à l'étranger et de promotion concernant les personnes vivant avec le VIH au sein de la SANDF et maintenait qu'un bilan de santé individuel pour chaque soldat devrait déterminer s'il (ou si elle) était apte au travail.

Le cas a été examiné par le tribunal le 15 mai 2008. Après la clôture de la prestation orale des plaignants le premier jour du procès, le gouvernement s'est désisté. Les parties ont conclu un accord, qui s'est transformé en 'injonction du tribunal'. L'injonction stipulait que le fait de ne pas engager, promouvoir ou muter à l'étranger des soldats uniquement sur la base d'un test positif pour le VIH était inconstitutionnel. En conséquence de ce procès historique, l'armée sud-africaine a amendé sa politique sur les classifications sanitaires afin de prendre en compte l'état réel de la condition physique de chaque employé de la SANDF.

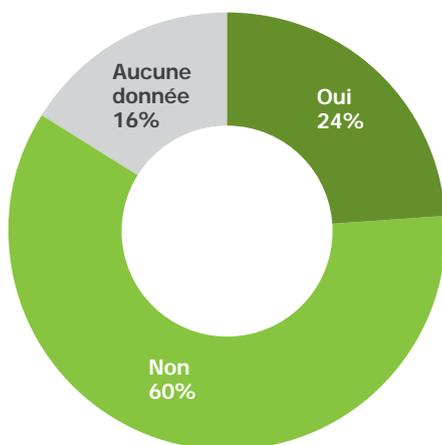
En octobre 2009, le Sergent Mthethwa a été muté au Soudan où il a été employé

en tant qu'agent d'opérations. Il a refusé un travail de bureau et insisté sur le fait qu'il aimerait se joindre aux autres soldats pour des patrouilles de longue distance. « Je cours 4 km par jour. Je ne veux pas donner l'impression que je suis différent. Vous savez que vous pouvez absolument tout faire. Vous n'êtes pas réduit à l'impuissance simplement parce que vous vivez avec le VIH », a déclaré le Sergent Mthethwa.

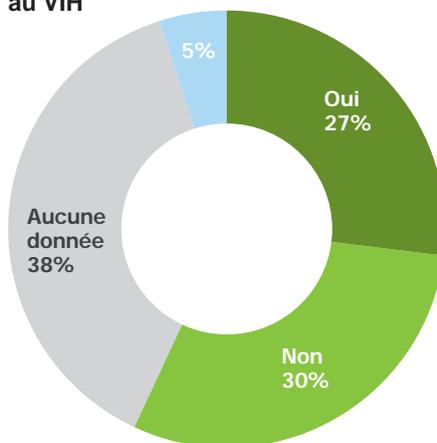
Si certaines armées sont en train de revoir leurs politiques en matière de VIH, les pays ont de plus en plus tendance à promulguer des lois punitives qui visent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés exposées à un risque accru d'infection à VIH. Plus de 50 pays pénalisent largement la transmission du VIH. Et près de 80 pays sont dotés de lois qui criminalisent les rapports sexuels entre hommes. L'ONUSIDA estime que ces lois punitives peuvent créer un environnement de crainte, qui empêche souvent les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes de chercher à savoir ce qu'ils doivent faire pour réduire leurs risques face au VIH, se procurer des préservatifs et les utiliser, ou accéder au traitement s'ils vivent avec le VIH.

Comme le montre le cas du Sergent Mthethwa, les tribunaux ont contribué à améliorer l'environnement juridique et à protéger les droits des personnes vivant avec le VIH ou plus exposées au risque de VIH. En juillet 2009, la Haute Cour de Delhi a abrogé une loi vieille de 150 ans qui pénalisait « les rapports charnels contre nature », interdisant les rapports sexuels entre hommes en Inde. Quelque

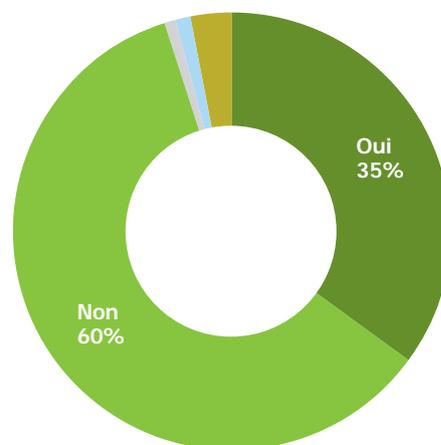
Pourcentage de pays appliquant des restrictions spécifiques au VIH à l'entrée, au séjour ou à la résidence



Pourcentage de pays dotés de lois qui pénalisent spécifiquement la transmission du VIH ou l'exposition au VIH



Pourcentage de pays dotés de lois qui pénalisent les relations sexuelles entre adultes consentants du même sexe



■ Aucune donnée ■ Non ■ Oui ■ Contradictoire ■ Peine de mort



50 pays imposent des restrictions aux voyages pour les personnes vivant avec le VIH, même si la Chine et les États-Unis d'Amérique ont levé ces restrictions en 2010.

Pour les femmes, le fait d'être séropositives peut représenter un double fardeau. Un exemple flagrant du type de violation sexospécifique des droits de la personne auquel sont confrontées les femmes est leur stérilisation forcée si elles sont déclarées séropositives. En Namibie, une étude menée en 2008 par la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida et le Centre namibien d'assistance juridique a conclu que près d'un cinquième des 230 femmes séropositives interrogées ont dit avoir été forcées de se faire stériliser. Au Chili, l'organisation non gouvernementale Vivo Positivo a signalé dans une étude de 2003 que 50% des femmes dans le pays ayant subi une stérilisation chirurgicale après avoir appris leur séropositivité avaient déclaré avoir été contraintes de le faire par des prestataires de soins de santé, ou que l'intervention avait été pratiquée à leur insu.

'F.S.', qui a requis l'anonymat, est une jeune femme chilienne. Elle dit qu'elle continue à souffrir des cicatrices psychologiques laissées par sa stérilisation, qu'elle déclare avoir été forcée de subir. En 2002, elle a appris avec enthousiasme qu'elle était enceinte, mais lorsqu'elle s'est rendue à son hôpital public rural, elle a découvert qu'elle était séropositive. « Je n'ai pas parlé du résultat du test à ma famille, mais mon mari m'a apporté son soutien et j'ai ainsi pu vivre avec cette nouvelle », a déclaré F.S. Son mari est également séropositif, et après avoir été informée de son statut, F.S.

a commencé une thérapie antirétrovirale pour empêcher la transmission mère-enfant.

En novembre 2002, une césarienne a été prévue. Alors que F.S. était en salle d'opération et sous anesthésie, le chirurgien a mis son bébé au monde, mais apparemment également procédé à une ligature des trompes. F.S. prétend qu'à aucun moment durant sa grossesse ou son séjour à l'hôpital elle n'a demandé à être stérilisée, et qu'elle n'a donné son consentement oral ou écrit pour cette procédure qui peut radicalement changer la vie.

Au Chili, les valeurs traditionnelles et les rôles respectifs de l'homme et de la femme peuvent être très forts, et la maternité fait partie intrinsèque de l'identité de nombreuses femmes. « Être mère est une expérience extraordinaire. Ça fait partie de la vie. Ça fait partie de la féminité », a déclaré F.S. « Je voulais avoir au moins deux enfants, un garçon et une fille. C'était mon rêve, mon but ultime dans la vie. »

F.S. a donné naissance à un petit garçon en bonne santé, qui est séronégatif, mais elle estime qu'on l'a injustement privée du bonheur de mettre au monde un autre enfant. En 2007, elle a déposé une plainte pénale contre le chirurgien qui l'a opérée, soutenant que la stérilisation lui avait été imposée, et sans son consentement. La loi chilienne exige que toutes les stérilisations soient autorisées par écrit, avec le consentement pleinement éclairé du patient. L'équipe chirurgicale n'a jamais contesté le fait qu'aucune autorisation écrite ait jamais été donnée pour la procédure et a fourni des témoignages contradictoires au sujet d'un prétendu consentement oral de F.S.

Elle dit qu'elle continue à souffrir des cicatrices psychologiques laissées par sa stérilisation, qu'elle déclare avoir été forcée de subir.

Le tribunal local a rejeté le cas, et la cour d'appel a confirmé le rejet. F.S. a ensuite porté plainte devant la Commission interaméricaine des droits de l'homme en février 2009 conjointement avec le Centre pour les droits reproductifs et Vivo Positivo. La pétition maintient que l'État chilien a violé les droits de F.S. et tente d'obliger le Gouvernement chilien à tenir ses médecins responsables de la violation des droits. F.S. attend toujours que son cas soit examiné par la Commission.

Nombre de défenseurs des droits humains déclarent que l'un des plus grands enjeux de la riposte au sida est de faire en sorte que les personnes qui pensent que leurs droits ont été bafoués du fait de leur séropositivité au VIH puissent se rendre devant les tribunaux et essaient d'obtenir un procès équitable. Le cas du Sergent Siphon Mthethwa montre qu'au moins dans certaines parties du monde, le problème est en train d'être surmonté. ●

En attendant que le monde change : Les restrictions aux voyages

Le récent nuage de cendres volcaniques au-dessus de l'Europe a donné aux voyageurs bloqués un peu partout une petite idée du problème – vous souhaitez vous rendre quelque part, mais c'est impossible. Pour une grande partie des millions de personnes vivant avec le VIH de par le monde, les restrictions aux voyages leur rappellent tous les jours qu'ils ne sont pas libres de se déplacer à l'échelle internationale – ou pire encore qu'ils devront peut-être quitter ce qu'ils considèrent comme leur foyer.

Quelque 51 pays, territoires et régions imposent actuellement une forme ou une autre de restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes sur la base de leur sérologie VIH.

Lorsque Mark Taylor*, citoyen canadien travaillant pour une compagnie du secteur financier à New York, est tombé amoureux de sa vie dans la Grande Pomme, il n'a pas hésité à faire une demande de résidence permanente aux États-Unis. Nous étions en 1995 et sa carrière, comme sa vie privée, était florissante.

« Mon nouvel employeur m'a dit qu'il parrainerait ma demande de résidence permanente et nous avons entamé le processus nécessaire pour obtenir toutes les approbations demandées », se souvient M. Taylor. Début 2002, les papiers de résidence étant réunis, M. Taylor a été informé qu'il devrait passer un examen médical au Canada pour accélérer le processus.

« Lorsque je suis allé chercher les résultats, on m'a dit que le test VIH s'était révélé positif. Comme vous pouvez l'imaginer, j'étais atterré. La dernière fois que j'avais fait ce test au Canada, j'étais séronégatif. Là, il me fallait non seulement me préoccuper de ma santé et de mon bien-être, mais j'étais certain de devoir quitter New York, mon travail et tous les amis que j'y avais. J'ai immédiatement plongé dans une profonde dépression, me sentant désespéré et impuissant. »

Pendant 22 ans, les États-Unis ont imposé une interdiction de voyage aux personnes vivant avec le VIH. Des histoires comme celle de M. Taylor ne sont pas rares. Cela a commencé en 1987, lorsque les États-Unis ont placé l'infection à VIH sur la liste des affections qui rendent une personne 'médicalement inadmissible', interdisant de fait l'entrée des personnes vivant avec le VIH dans le pays. Cette épreuve a été imposée à une foule de gens.

« Une énorme série de frustrations et de restrictions ridicules ont pesé sur la capacité des personnes à visiter les États-Unis, à faire des affaires aux États-Unis, à voir leur famille, leurs amis et à se rendre à des mariages ou des obsèques », relève la Directrice exécutive de l'organisation Immigration Equality, Mme Rachel Tiven. Au cours des années la permanence téléphonique de son organisation à but non lucratif a répondu en moyenne à 1500 appels chaque année, dont un quart portaient sur des questions relatives aux restrictions de voyage liées au VIH.

Les gens nous appelaient pour dire : « Je suis à l'aéroport J. F. Kennedy et ils ont trouvé mes médicaments lorsque j'ai passé le contrôle douanier et ils me disent que je dois retourner dans l'avion – est-ce que c'est vrai ? », ajoute-t-elle.



Illustrations : Kat Macleod pour jackywinter.com

125

pays, territoires et régions n'imposent aucune restriction à l'entrée, au séjour ou à la résidence en rapport avec le VIH.

51

pays, territoires et régions imposent une forme ou une autre de restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH sur la base de leur sérologie VIH.

5

pays refusent des visas même pour de courts séjours

Égypte
Îles Turques-et-Caiques
Irak
Qatar
Singapour

5

pays exigent une déclaration relative à la sérologie VIH pour toute entrée ou séjour, avec pour effet, pour les personnes vivant avec le VIH, soit une interdiction d'entrée/ de séjour, soit la nécessité d'obtenir une approbation discrétionnaire (notamment par l'octroi de dérogations).

Brunéi Darussalam
Émirats arabes unis
Oman
Soudan
Yémen

22

pays expulsent les gens lorsque leur sérologie positive au VIH est découverte.

Arabie saoudite	Oman
Arménie	Ouzbékistan
Bahreïn	Qatar
Brunéi Darussalam	République arabe syrienne
Égypte	République de Moldavie
Émirats arabes unis	République démocratique populaire de Corée
Fédération de Russie	Singapour
Irak	Soudan
Jordanie	Taiwan, Chine
Koweït	Yémen
Malaisie	
Mongolie	

Trop souvent, c'était vrai et les gens devaient repartir. À l'occasion de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida en 2006 à New York, une dérogation spéciale a dû être demandée pour que les délégués vivant avec le VIH puissent entrer dans le pays et participer à la rencontre. C'est l'une des raisons pour lesquelles le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, a fait de la levée des interdictions de voyage une priorité.

« Ne pas être en mesure de participer aux discussions mêmes concernant votre avenir est inacceptable », a-t-il déclaré. « Tout le monde devrait avoir la même liberté de se déplacer partout dans le monde », a-t-il ajouté.

Et Mme Tiven d'ajouter :

« C'est tout simplement une méthode inefficace pour enrayer la propagation du virus. Nous savons que ce ne sont pas que des mots : il est bon pour la pratique de la santé publique que les gens connaissent leur sérologie et se fassent soigner, qu'ils clarifient la question de leur sérologie avec leurs intimes, alors qu'il n'est pas bon de faire des restrictions aux voyages la raison qui empêche les gens de faire le test pour connaître leur situation ou encore de divulguer leur sérologie VIH. »

C'est précisément la situation dans laquelle s'est retrouvé M. Taylor – il ne faisait pas de dépistage systématique aux États-Unis et en fin de compte il s'est dit

qu'il avait eu de la chance de faire le test au Canada, où selon la loi, ses résultats ne pouvaient être transmis à quiconque sans son consentement. M. Taylor a mis en veilleuse son espoir d'obtenir son autorisation de résidence permanente, mais a appris qu'il pourrait demeurer aux États-Unis avec son visa existant pour une période prolongée. Bonne nouvelle, mais accompagnée d'une restriction.

« Je n'étais autorisé à demeurer aux États-Unis que si j'étais employé par la compagnie qui m'avait parrainé. Durant les temps difficiles qu'ont connus les

le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies a adopté une résolution demandant l'élimination des restrictions.

milieux financiers au cours des huit dernières années, je craignais sans cesse de n'être qu'à une charrette de mon départ forcé du pays », explique-t-il.

Au cours de la période durant laquelle M. Taylor a suivi des traitements médicaux et des consultations de conseil, il estime que sa carrière a considérablement souffert. Il s'est efforcé de vivre une vie aussi normale que possible mais avait l'impression qu'il était toujours à deux doigts d'être contraint de quitter la vie qu'il s'était construite.

« J'hésitais toujours à marquer un désaccord avec mes collègues ou à les mettre en doute sur des questions de travail. J'avais toujours la crainte sous-jacente de faire quelque chose qui soit susceptible de compromettre mon boulot », ajoute-t-il « Pendant ce temps, je me suis aussi engagé dans une relation sérieuse et la pensée d'être séparé de mon partenaire était une source supplémentaire d'anxiété. »

Quelque 51 pays, territoires et régions imposent actuellement une forme ou une autre de restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes sur la base de leur sérologie VIH. Cinq pays refusent des visas aux personnes vivant avec le VIH, même pour de courts séjours et 22 pays expulsent les gens lorsque leur sérologie positive au VIH est découverte.

Les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme précisent que toute restriction apportée à la liberté de mouvement ou au choix de sa résidence fondée sur une infection à VIH réelle ou soupçonnée, y compris



le dépistage du VIH chez les personnes effectuant des voyages internationaux, est discriminatoire.

L'engagement de la communauté internationale dans ce problème va croissant. En octobre 2009, le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies a adopté une résolution demandant l'élimination des restrictions. L'Union interparlementaire, à sa 186^e session en avril 2010, a adopté une déclaration invitant « les parlementaires des pays appliquant des restrictions à jouer un rôle de premier plan dans l'élimination de ces restrictions, en réformant les lois et en suivant de près les règlements, les politiques et les pratiques des autorités compétentes de leurs pays. Elle exhorte les parlementaires à plaider pour le droit de leurs concitoyens vivant avec le VIH à jouir de la même liberté de mouvement que tous, et à insister auprès des hauts responsables gouvernementaux de leur pays pour qu'ils abordent cette question avec les pays qui pratiquent ces restrictions. »

La Chine est le plus récent pays à avoir levé les interdictions de voyage des personnes vivant avec le VIH. Cette annonce est survenue quelques jours avant l'ouverture de l'Expo 2010 à Shanghai. Le Juge Edwin Cameron de la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, qui vit avec le VIH, s'était rendu en Chine deux fois au cours des 18 derniers mois pour rencontrer des membres du gouvernement et discuter de l'interdiction de voyager.

« Je suis tout à fait ravi d'apprendre cette décision, car les restrictions à l'obtention de visas étaient illogiques.

Elles ont presque entraîné l'annulation de mon dernier voyage en Chine en raison d'un malentendu entre des départements gouvernementaux. Je suis soulagé de savoir que cela n'arrivera plus aux personnes vivant avec le VIH », a-t-il précisé.

Début 2009, voyant les premiers signes d'un mouvement vers un changement de la réglementation aux États-Unis, M. Taylor a décidé de réactiver sa demande de résidence permanente. C'était un coup de dé risqué, car il pariait sur la mise en place du nouveau règlement d'ici au passage de sa demande dans la filière du système.

« Pendant toute l'année, j'ai suivi de près le processus de réglementation. Je vérifiais les sites web du gouvernement de manière obsessionnelle plusieurs fois par jour pour ne pas manquer les nouvelles annonces », dit-il.

La nouvelle est tombée vers la fin 2009 – les États-Unis supprimaient leur interdiction d'entrée, de séjour et de résidence, le Président Barack Obama déclarant au cours d'une conférence de presse, « Si nous voulons être un leader mondial de la lutte contre le VIH/sida, il nous faut agir en conséquence. »

C'est une nouvelle dont M. Taylor se souvient bien. « J'ai poussé un soupir de soulagement que je retenais depuis plus de six ans. Quelques semaines plus tard, j'ai reçu la nouvelle de l'approbation de ma demande et une semaine après, ma carte de résident permanent est apparue dans la boîte aux lettres. »

Et pour les organisations comme Immigration Equality, cela signifie une évolution de leur mandat vers des activités de proximité et d'information de la population sur cette abrogation.

La Chine est le plus récent pays à avoir levé les interdictions de voyage des personnes vivant avec le VIH.

L'organisation va en outre contrôler sa mise en œuvre aux États-Unis pour faire en sorte que toutes les personnes vivant avec le VIH bénéficient de l'impact positif de l'annulation de l'interdiction.

Et pour M. Taylor, l'annonce est venue au moment où il acceptait l'offre d'indemnités de départ de sa compagnie. Il est maintenant libre de réfléchir à ce qu'il souhaiterait faire désormais à New York. Et M. Taylor de conclure, « Je me sens enfin comme tout le monde. » ●

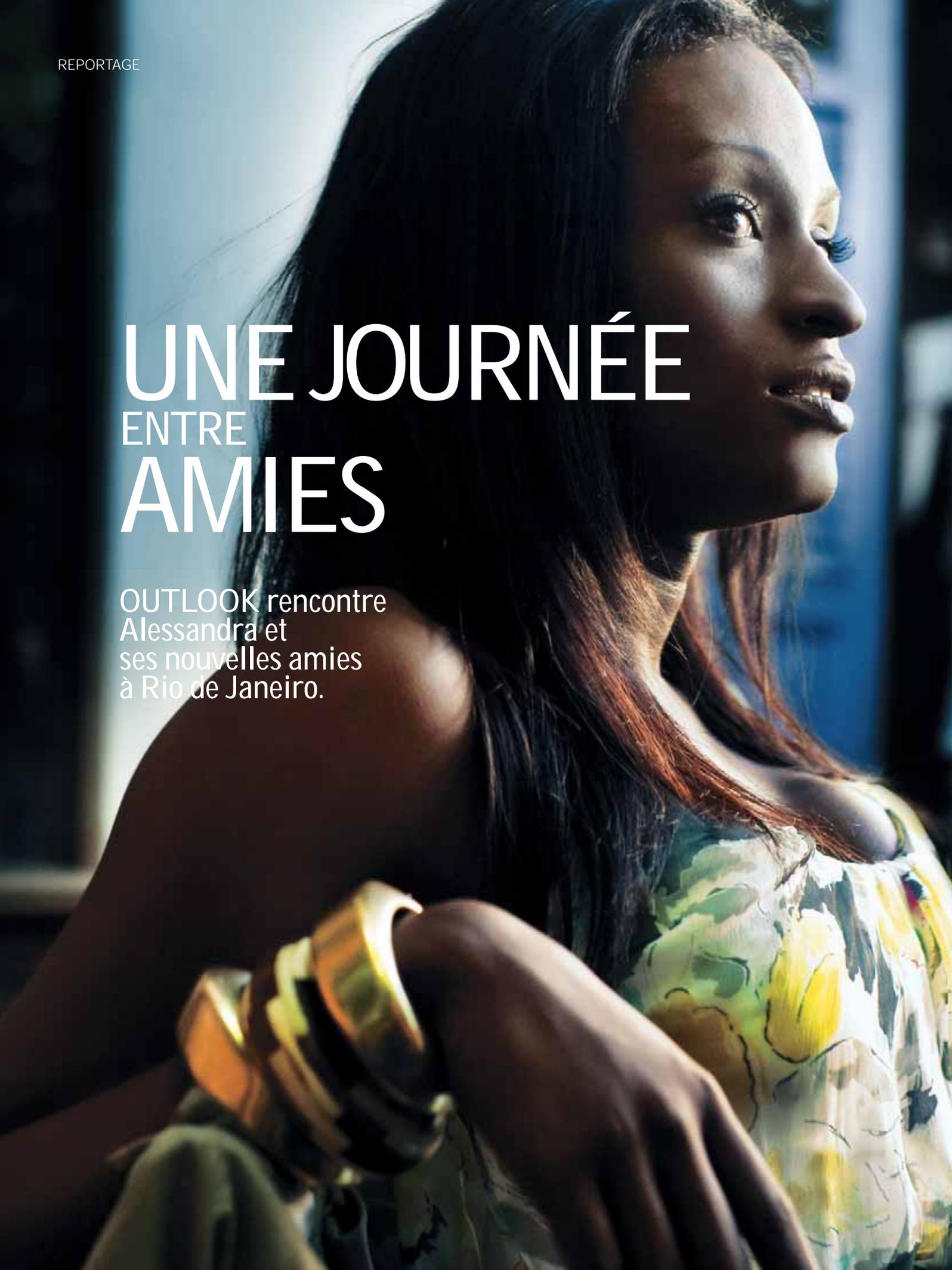
* Certains noms ont été modifiés.



REPORTAGE

UNE JOURNÉE ENTRE AMIES

OUTLOOK rencontre
Alessandra et
ses nouvelles amies
à Rio de Janeiro.



L'une des priorités de l'ONUSIDA consiste à habiliter les personnes transgenres, et c'est donc plein d'enthousiasme qu'OUTLOOK s'est d'abord entretenu avec Jacqueline Rocha Côrtes, du bureau de l'ONUSIDA au Brésil, sur l'éventualité de mettre sur pied une séance de photos autour d'Une journée entre amies. Avant même qu'on ne lui pose la première question, Jackie s'est lancée avec animation dans un inventaire des différences entre transsexuel(le)s, personnes transgenres et travestis – et, sans les oublier, les personnes intersexuées.

VOUS AVEZ DIT TRANSGENRE ?

Elle s'est rapidement mise à parler de la manière de communiquer autour des questions liées aux personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres (LGBT). Un nouveau manuel a récemment paru au Brésil, qui démêle les différences entre sexualité, orientation sexuelle et identité sexuelle.

À entendre parler Jackie, il apparaissait qu'il y avait beaucoup de choses à préciser.

Le guide de communication indique clairement que le terme 'transgenre' n'est pas lié à l'orientation sexuelle mais à l'identité sexuelle. Et encore, il règne une certaine confusion et bien des gens peuvent se demander : quelle est la différence entre personnes transgenres, femmes trans, travestí (le terme latino-américain utilisé pour les personnes qui

se déplacent d'un genre à l'autre) ou, par exemple, hijra (le troisième sexe institutionnalisé en Inde).

Une identité qui se cherche

Le terme de personnes transgenres, terme générique mondialement reconnu, a été récemment défini comme décrivant « des individus dont l'identité sexuelle et/ou l'expression de leur genre diffèrent des normes sociales liées au sexe attribué à la naissance. Le terme de personnes transgenres recouvre une grande diversité d'identités, de rôles et d'expériences, qui peuvent varier considérablement d'une culture à l'autre. »

Lorsque l'on parle aux gens au sein de la communauté, il est évident que ces grandes lignes sont impropres à rendre compte de la pléthore d'individus qui s'identifient eux-mêmes comme transsexuels, travestis, transfemmes, personnes transgenres, travestí, hijra ou personnes intersexuées, certains termes étant privilégiés dans différents pays et sur certains continents. Si l'on tient compte du fait qu'une personne transgenre peut être gay, hétérosexuelle ou bisexuelle, il peut être malaisé, par exemple, de parler d'une personne transgenre homme-femme qui est attirée par les femmes.

« Au Kenya, si une femme transsexuelle est attirée par les femmes, on l'appelle une lesbienne, mais ce n'en est pas une. Ce n'est pas contre les lesbiennes », dit Audrey Mbugua, qui se définit elle-même comme une femme transsexuelle 'sortie du placard' et politiquement active. « C'est comme si vous vous référiez à un docteur en l'appelant un charpentier – ça ne lui plairait pas. Et ce n'est pas parce que ce n'est pas bien d'être charpentier. » Audrey Mbugua se défend : « C'est ainsi que la communauté trans est privée de sa dignité et de son amour-propre. »

Les trois amies prennent un café au *Cafecito*, dans le quartier bohème de Santa Teresa.



Vêtements

Brechoh Juísi by Licquor
Cervera
Forum
Neon
Lenny
Luíza Barcelos

Lieu

Museu de Arte Moderna
Cafecito
Novo Desenho (boutique du musée)

« La communauté transgenre est active dans le domaine de la riposte au sida depuis le début des années 1990, mais disparaît dans le mouvement gay et se retrouve enfermée dans le terme épidémiologique 'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes'. »

Audrey Mbugua travaille pour l'organisation de la société civile Transgender Education & Advocacy (TEA) au Kenya. L'organisation a ouvert ses portes en décembre 2008, et s'emploie depuis à accroître la sensibilisation autour du transsexualisme et de l'intersexualité dans la société kenyane. Audrey et les autres s'attaquent aux violations des droits humains des Kenyans transgenres et intersexuels, et rendent compte de ces violations, à l'aide d'un éventail de stratégies différentes, telles que campagnes médiatiques, mobilisation communautaire et formation à l'intention des personnes transgenres et de leur famille.

Au Kenya, on se préoccupe de plus en plus de la criminalisation de la transmission du VIH, ainsi que des rapports sexuels entre personnes du même sexe, ce qui fait qu'il est difficile de rassembler des données adéquates pour les programmes VIH. Selon le rapport UNGASS du Kenya pour 2010, environ 15% des nouvelles infections sont attribuées au groupe des 'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et populations détenues', mais les personnes transgenres ne sont pas mentionnées explicitement.

Audrey Mbugua décrit la discrimination à laquelle les personnes transgenres sont confrontées dans le pays – refus d'accès aux services médicaux, violence quotidienne, stigmatisation, et manque d'accès à l'éducation, mais aussi le fait de devoir se battre avec le rôle sexuel féminin : « Le patriarcat est une partie insidieuse de notre société. Les hommes ne portent pas dans leur cœur les femmes qui s'assument, et même parmi les minorités sexuelles », dit-elle.

Un appel pour être entendues

En 2008, lors de la Conférence internationale sur le sida au Mexique, un appel à l'action a été lancé contre l'épidémie cachée de VIH parmi les personnes transgenres. Sur le plan mondial, les personnes transgenres sont plus affectées par le VIH que la population générale, y compris là où les épidémies sont

généralisées. Les données montrent qu'une personne transgenre sur quatre dans trois pays latino-américains vit avec le VIH, et la prévalence se situe entre 10% et 42% dans cinq pays asiatiques. Parmi ces huit pays, un seul connaît une prévalence du VIH dans la population générale qui dépasse 1% : la Thaïlande, avec 1,4%.

C'est la raison pour laquelle les défenseurs de la cause estiment que la voix des personnes transgenres doit être entendue et prise en compte.

Selon le *Cadre d'action de l'ONUSIDA : l'accès universel pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les populations transgenres*, on en sait peu au sujet de l'accès au traitement, aux soins et à l'appui appropriés en matière de VIH pour les hommes qui ont des rapports sexuels entre eux et les personnes transgenres, mais on peut raisonnablement supposer que la stigmatisation, la discrimination et la peur d'être exposés publiquement signifient que dans de nombreux pays ces deux groupes sont moins susceptibles d'accéder aux services appropriés que les autres groupes.

Deux ans après la conférence de Mexico, les problèmes persistent. Les données épidémiologiques sur les personnes transgenres sont limitées, et l'épidémie de VIH parmi les personnes transgenres disparaît souvent dans les données concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

D'après Luis Zapeta Mazariegos, qui travaille pour l'organisation OTRANS au Guatemala, c'est problématique : « La communauté transgenre est active dans le domaine de la riposte au sida depuis le début des années 1990, mais disparaît dans le mouvement gay et se retrouve enfermée dans le terme épidémiologique 'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes'. »

« Même aujourd'hui ces personnes sont toujours considérées comme faisant partie de ce groupe, alors que la pratique, le contexte et l'histoire nous disent autre chose. Elles remettent elles-mêmes en question la caractéristique biologique

'masculine' ! », explique Luis Zapeta Mazariegos. La population transgenre n'est pas spécifiquement abordée dans le dernier rapport UNGASS émanant du Guatemala.

Par contre, une étude récente menée en Inde a conclu que « la classification 'monolithique' [des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)] représente un obstacle à la compréhension des différentiels de résultats en matière de comportements à haut risque au sein des sous-groupes de la population des HSH, ce qui diminue l'efficacité des interventions et des recherches. » Si on les compare à d'autres hommes qui s'identifient eux-mêmes comme des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans cette étude, les hijras avaient la prévalence la plus élevée à la fois du VIH et de la syphilis. L'étude a également révélé que pour nombre d'hijras le commerce du sexe est la première source de revenu, et qu'ils déclaraient de faibles niveaux d'utilisation régulière du préservatif ; ces informations auraient été perdues si les données n'avaient pas été ventilées.

« Toutes ces sexualités existent et nous devons les comprendre en tant que telles », déclare Laxmi Narayan Tripathi, un militant hijra indien. « Il faut complètement changer d'optique. Lorsque vous comprendrez les priorités de la communauté, vous saurez comment vous comporter avec les groupes à plus haut risque. »

Et ce n'est pas uniquement un problème du point de vue de la collecte des données. Tant Laxmi Narayan Tripathi qu'Audrey Mbugua s'accordent pour dire que le fait de classer les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres dans une seule et même catégorie peut parfois exclure les personnes transgenres du processus de prise de décisions.

« De nos jours, chaque organisation de la société civile au Kenya parle de 'LGBT', mais ces organisations ne se concentrent que sur les communautés gays et lesbiennes », selon Audrey Mbugua. « Voyez la participation des



**L'HISTOIRE
D'ALESSANDRA**
Interprète et traductrice
de la langue des signes
brésilienne, Alessandra
travaille à l'élaboration
du premier dictionnaire
virtuel bilingue
portugais-langue
des signes.

personnes trans- et intersexuelles à la prise de décisions, même dans les organisations LGBT – elle est pratiquement non existante. »

Le Pérou, qui à l'instar de nombreux autres pays d'Amérique latine connaît une épidémie concentrée, prend des mesures pour diversifier la catégorie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans son rapport UNGASS, le groupe des 'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes' reconnaît explicitement les populations gays, bisexuelles et transgenres et ventile les données en conséquence.

Avec une prévalence du VIH à 0,23% parmi les patientes fréquentant les dispensaires prénatals au Pérou et une prévalence nationale du VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes à 13,9%, des études à plus petite échelle menées à Lima et dans sa zone métropolitaine ont établi la prévalence du VIH à 30%-33% parmi les personnes transgenres. Le rapport UNGASS péruvien dit clairement qu'il existe une série de sous-populations au sein de la catégorie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui doivent encore être bien étudiées, et les auteurs décrivent la population transgenre comme la population la plus vulnérable pour ce qui a trait à l'épidémie nationale de VIH.

Le VIH n'est pas leur seul souci

Étant donné que les personnes transgenres n'ont souvent pas accès aux opportunités d'éducation et d'emploi, nombre d'entre elles se tournent vers le commerce du sexe pour survivre. Selon Johanna Castillo, conseillère de l'Ombudsman au bureau des droits de l'homme au Guatemala, les professionnel(le)s du sexe transgenres sont souvent victimes d'abus tant verbaux que physiques, ce qui les rend vulnérables aux escroqueries, aux agressions et aux viols. Elle est préoccupée par ce qu'elle appelle la 'situation alarmante' des personnes transgenres et par la transphobie galopante dans le pays, citant plusieurs personnes transgenres qui ont été torturées et assassinées au cours de ces dernières années.

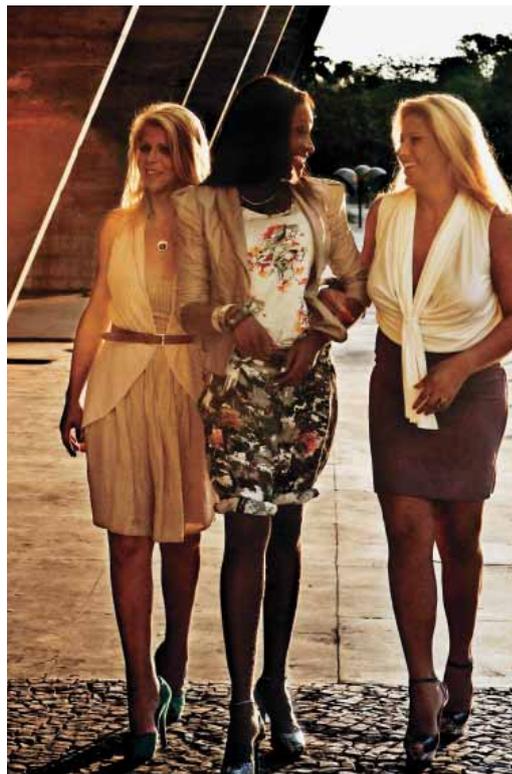
Johana Esmeralda Ramirez, personne transgenre de la ville de

Le rapport UNGASS péruvien dit clairement qu'il existe une série de sous-populations au sein de la catégorie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui doivent encore être bien étudiées, et les auteurs décrivent la population transgenre comme la population la plus vulnérable pour ce qui a trait à l'épidémie nationale de VIH.

Guatemala, témoigne de ces brutalités : « En novembre dernier, j'ai été attaquée – on peut dire qu'on en voulait à ma vie – simplement parce que je souhaite exister en tant que telle. Je crains pour ma vie dans la rue, mais je travaille toujours comme professionnelle du sexe, parce que je n'ai pas d'autre moyen de subvenir à mes besoins. »

Luis Zapeta Mazariegos, qui travaille pour OTRANS, recense une moyenne de cinq personnes transgenres qui auraient été tuées chaque année au Guatemala entre 1996 et 2006, et trois autres personnes transgenres tuées en 2009, ainsi qu'une personne disparue depuis février 2010.

Luis Zapeta Mazariegos dit que la situation des personnes transgenres dans le pays est celle d'une « violence structurelle empreinte de transphobie individuelle, communautaire, institutionnelle et politique ».



Aller de l'avant

En novembre 2009, la Commission électorale indienne a permis pour la première fois aux hijras de cocher la case 'autre' lorsqu'ils déclarent leur sexe sur les bulletins de vote. Le pays a également vu quatre hijras se faire élire à une fonction officielle dans un seul état, le Madhya Pradesh.

Au Népal, un troisième sexe a été accepté sur les cartes d'identité, et en mars 2010 l'Australie a publié un certificat de naissance stipulant 'sexe non spécifié' pour Norrie May-Webby, qui désire être considéré(e) comme ni homme ni femme.

Au Pérou, Jana Villayzan, professionnel de santé publique, travestí et vivant avec le VIH, veut contribuer au changement : « À 42 ans, j'ai découvert que je vivais avec le VIH. Maintenant je surveille le nombre de mes CD4, pour être sûr de savoir quand ce sera le moment de commencer le traitement. J'espère ainsi montrer à la population trans du Pérou que le VIH n'est pas mort, et qu'il existe quelque chose qui s'appelle

prévention positive et, mieux encore, la prévention avant l'infection. »

En Inde, Laxmi signale une autre forme de militantisme : « J'ai participé à une émission de télé-réalité avec ma famille, et c'était la première fois que bien des gens voyaient un hijra avec sa famille biologique. Nombre d'hijras sont reniés par leur famille, mais si on leur donnait une chance et s'ils bénéficiaient du soutien de leur famille, les choses pourraient être différentes. » Après l'émission, Laxmi a reçu des appels d'autres hijras disant que leurs parents les avaient contactés et voulaient de nouveau leur parler.

Au-delà de l'identité

Comme c'est le cas pour d'autres problèmes liés à l'épidémie de VIH, la stigmatisation à l'encontre de la population transgenre est bien ancrée, et si la communauté veut bouleverser l'ordre établi, cela signifie souvent déplacer des montagnes.

En Inde, les hijras appartiennent à une catégorie reconnue par la société et acceptée pour son rôle traditionnel

qui consiste à « recueillir les aumônes et recevoir un paiement pour leur participation aux mariages, aux naissances et aux festivals », selon l'anthropologue Serena Nada. Mais en tant que militant, Laxmi se défend : « Même si en tant qu'hijras nous faisons partie intégrante de la société, c'est important que les gens réalisent que les hijras ne sont pas seulement là pour mendier, pas seulement pour le commerce du sexe, ils peuvent être dans la mode, ils peuvent être dans l'esthétique, ils peuvent être des acteurs et se produire. »

Et c'est là qu'intervient la contradiction entre organiser un mouvement autour d'une identité et en même temps s'efforcer de disparaître dans le tissu social.

Au Pérou, Giuseppe Campuzano, philosophe, artiste et travestí, a lancé un projet intitulé Museo Travestí del Perú. L'initiative est un projet post-identitaire, qui vise à faire prendre conscience de la riche tradition historique des travestís du Pérou préhispanique, dont Giuseppe Campuzano a retrouvé la trace au cours de ses études universitaires.

L'HISTOIRE D'INDIANARA

Militante de la lutte contre le sida et en faveur des LGBT depuis les années 1990, elle est fière d'avoir contribué à la manière dont les activités de prévention, de traitement et de recherche concernant le VIH se sont développées au Brésil.



Une après-midi
paresseuse dans le jardin
du Musée d'Art moderne.



« Tout ce que nous voulons, c'est vivre dans la dignité. Les gens ne devraient pas seulement regarder nos préférences sexuelles, parce que nous sommes nous aussi des êtres humains. »

— Sudeep Chakarborty, Inde

Le projet recherche également et présente l'histoire contemporaine travestie (1966-1994) dans la presse locale et documente le harcèlement et la brutalité, ainsi que la résistance de la communauté. L'objectif du Museo Travestí est de rendre cette histoire visible pour la communauté travestie elle-même ainsi que pour le grand public péruvien.

« Le Museo Travestí est une plateforme parallèle pour la performance, la recherche, l'activisme et l'art sexospécifiques », affirme Giuseppe

Campuzano, « et il consiste en une exposition itinérante d'œuvres d'art et d'informations au sujet des travestis à travers l'histoire et jusqu'à nos jours. »

Parlant de la finalité de ce projet, Giuseppe a déclaré « Dans une main, j'avais la réplique d'une peinture pré-inca représentant un important rituel androgyne qui sert d'intermédiaire entre le connu et l'inconnu, et dans l'autre main plusieurs coupures de presse sur des travestis assassinés ou tombés malades et morts du sida au cours des années 1990... et au milieu la nécessité d'exprimer ces événements historiques au cœur d'une même nation. »

Mais le fait d'organiser des gens autour d'une identité sexospécifique ou sexuelle, telle qu'un mouvement transgenre, un mouvement gay ou un mouvement de femmes, peut « conduire à l'exclusion », selon Giuseppe. Il donne l'exemple de groupes de soutien péruviens pour le VIH qui classent leurs membres par catégories 'homme, femme et travestí' – alors qu'il pourrait en fait y avoir un dénominateur commun parmi eux, par exemple 'commerce du sexe', qui faciliterait l'échange entre ces groupes.

Giuseppe considère aussi l'édification d'échange et de solidarité entre les militants féministes et transgenres comme étant importante, et dit que les travestis, comme les femmes, ont besoin d'être libérés de l'oppression sexuelle.

« Notre objectif est de montrer que la tentative de classer tous les être humains comme soit masculins soit féminins crée des problèmes non seulement pour les travestis, mais également pour les autres. Nous devons remettre en question la structure binaire masculine et féminine. De cette façon, une société transformée offrirait tout un arc-en-ciel d'étiquettes pour le genre et respecterait la diversité de l'identification du genre par les individus eux-mêmes », affirme Giuseppe.

Sudeep Chakarborty, de l'Inde, est peut-être celui qui résume le mieux les espoirs des personnes transgenres : « Tout ce que nous voulons, c'est vivre dans la dignité. Les gens ne devraient pas seulement regarder nos préférences sexuelles, parce que nous sommes nous aussi des êtres humains. » ●



L'HISTOIRE DE RHAYANA

Coiffeuse militante de la lutte contre le VIH et pour les droits humains depuis 10 ans, elle promeut l'inclusion sociale de la communauté LGBT de Vale do Paríba.



Êtes-vous homophobe ?*



* c'est dans la tête

C'était un poète romantique qui comparait la pleine lune à son amant et contemplant cet astre en se languissant de l'être aimé. Il ignorait que lorsque son amant le rejoignait, ils n'étaient pas seuls.

En février 2010, une caméra avait été installée au domicile du Professeur Ramachandra Srinivas Siras, à son insu. Elle enregistra des scènes de rapports sexuels entre hommes adultes consentants. Ses collègues utilisèrent ces images afin de suspendre le professeur pour faute grave. M. Siras fut expulsé de son logement sur le campus universitaire de la ville d'Aligarh en Inde.

Pour le Professeur Siras, poète et universitaire de 64 ans à quelques mois de la retraite, le choc fut d'autant plus rude que ses accusateurs étaient ses collègues et ses étudiants. Lorsqu'il fut interrogé sur la suspension, le vice-chancelier de l'université répondit en ces termes dans un entretien : « Cette université est une institution de renommée internationale et les étudiants qu'elle forme bénéficient de cette réputation. L'homosexualité n'est pas bonne pour eux et de tels actes ne pouvaient être admis sur le campus. »

Avec le soutien d'un collectif d'avocats et de militants gay indiens, le Professeur Siras fit appel de la décision devant la Haute cour d'Allahabad. Cette dernière rejeta la suspension, au motif que « le droit à la vie privée est un droit fondamental qu'il convient de protéger et qu'à moins que la conduite d'une personne, même un enseignant, n'affecte son emploi et ait un lien substantiel avec ledit emploi, elle ne peut être traitée comme une faute ».

Le Professeur Siras fut retrouvé mort quelques jours après avoir obtenu gain de cause devant la Haute cour. Les militants pour les droits civils crièrent au meurtre.

Qu'est-ce qui pousse les institutions à agir de la sorte ? « La peur de l'inconnu. La peur de la différence. La peur de sa propre sexualité. La peur de la colère divine », répond M. Mark Clifford, Co-président de l'organisation jamaïcaine PRIDE in Action.

« L'homophobie est largement induite par une incompréhension de la sexospécificité, de la sexualité et de l'homosexualité », explique M. Shale Ahmed, Directeur exécutif de la Bondhu Social Welfare Society, l'une des plus anciennes organisations non gouvernementales qui travaille

avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Bangladesh.

Qu'est-ce que l'homophobie ? L'ONUSIDA la décrit comme une intolérance et un mépris à l'égard de ceux dont l'identité et les orientations ne sont pas hétérosexuelles. C'est une aversion, une haine, une peur, un préjugé ou une discrimination à l'égard des homosexuels, des personnes bisexuelles, des personnes transsexuelles, des travestis et des lesbiennes. L'homophobie confère le monopole de la normalité à l'hétérosexualité, générant et encourageant de ce fait le mépris de ceux qui s'écartent du modèle de référence.

L'homophobie peut se manifester dans divers contextes : en famille, au travail, dans les services publics, dans la politique, dans l'éducation, lors d'activités sociales et sportives – bref, sous des formes différentes dans la société en général.

HOMOPHOBIE INSTITUTIONNELLE

À l'heure actuelle, quelque 80 pays criminalisent les comportements homosexuels. « Je pense que l'homophobie est suscitée par les lois actuelles qui sont contre les homosexuels », avance M. Craig R. Rijkaard, documentaliste à la direction de la promotion de l'égalité des sexes (Directorate of Gender Affairs) d'Antigua-et-Barbuda. Dans de nombreux pays des Caraïbes, les vestiges du colonialisme se manifestent encore dans les lois sur la sodomie votées il y a des centaines d'années. « La Jamaïque doit abolir sa loi sur la sodomie. La liberté de choix doit être accordée aux adultes consentants », indique Mme Carla Bingham-Ledgister, Présidente du Civil Society Forum de Jamaïque.

Changer les lois ne modifie pas nécessairement les attitudes et les actions. Dans la Fédération de Russie, par exemple, le code pénal mettant l'homosexualité hors la loi a été aboli mais ce changement a suscité peu de discussions ou d'explications publiques et les stéréotypes préexistants demeurent. « Les mythes de l'ère soviétique perdurent dans la société moderne », commente M. Vyacheslav Revin, Directeur d'une organisation non gouvernementale de la Fédération de Russie.

Selon le Jamaica Youth Advocacy Network, l'homophobie continue à se manifester de façon virulente car la loi et la justice la sanctionnent peu, voire pas du tout. Les délinquants sont rarement condamnés ou punis puisqu'il est facile de

« Le droit à la vie privée est un droit fondamental qu'il convient de protéger »

« La criminalisation renforce l'homophobie. Elle favorise également la clandestinité des actes homosexuels... »



prétendre, par exemple, qu'un homme gay vous faisait des avances ».

À Fidji, malgré la protection des droits des minorités sexuelles conférée par la Constitution de 1997, des églises de premier plan avaient une position très dure sur la question, de l'avis du réseau des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) de Fidji.

De nombreux pays constatent qu'il est difficile d'abolir les lois sanctionnant l'homosexualité. « Les décideurs et les législateurs s'emparent du sujet pour marquer des points sur le dos de la population et faire progresser leur carrière politique », indique M. Caleb Orozco, un homme gay du Belize. « Savoir que les lois ne reconnaissent pas ma relation renforce le fait que, bien que nous vivions en démocratie, je reste marginalisé par la législation, les politiques de santé et les attitudes institutionnelles prédominantes », ajoute-t-il.

M. Toni Reis, Président de l'association des lesbiennes, gays, bisexuels et transsexuels brésiliens, estime qu'une culture où la religion continue à jouer un rôle prédominant influence la société et les législateurs. Et dans plusieurs pays d'Afrique, on constate une tendance à l'introduction de nouvelles lois criminalisant les comportements homosexuels. Trente-huit pays possèdent déjà des lois qui criminalisent les relations entre personnes de même sexe. M. Frank Mugisha, Directeur exécutif de Sexual Minorities Uganda (SMUG), a été victime de violences et de discrimination. En tant qu'homme gay ouvertement déclaré vivant en Ouganda, il considère que la criminalisation renforce l'homophobie. Elle favorise également la clandestinité des actes homosexuels et il devient risqué d'avoir des rapports sexuels protégés. Mais ce qui l'inquiète le plus, c'est que du fait de l'absence de protection juridique, il est difficile pour les minorités sexuelles d'accéder aux mêmes droits que les hétérosexuels. « Quand des crimes sont commis à l'encontre d'hommes gay, tel un viol, il n'est pas possible d'aller à la police ni de porter plainte. Impossible aussi de se faire soigner », ajoute-t-il.

La discrimination peut être durable et subtile. Pour M. Pallav Patankar, qui est aujourd'hui un administrateur de l'organisation à assise communautaire indienne Humsafar Trust, il est déprimant de constater qu'il est ouvertement discriminé à son travail en raison de son homosexualité. Il dit avoir atteint un plafond de verre dans sa carrière en raison de sa sexualité. « On se rend compte alors qu'affronter le

problème est la seule solution. D'autres étaient promus parce que les dirigeants considéraient qu'ils avaient une femme et des enfants à charge et que ce n'était pas mon cas. Mais il était clair que l'on m'adressait un message. J'ai fini par partir et rejoindre Humsafar. Au moins, je sais que là je serai jugé en fonction de mes mérites, pas de ma sexualité », ajoute-t-il.

« Il est extrêmement difficile de vivre en prétendant être quelqu'un que vous n'êtes pas afin d'être autorisé à étudier, conserver son travail, progresser dans la vie », explique M. Leonardo Sanchez Marte, Directeur exécutif d'Amigos Siempre Amigos, une organisation non gouvernementale qui travaille avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en République dominicaine.

Vivre une vie normale, sans violence ni stigmatisation, peut devenir un défi quotidien pour les hommes gay et les lesbiennes.

LE RÔLE DE LA RELIGION ET DE LA CULTURE

De nombreux membres de la communauté gay sont aussi des croyants. Partout dans le monde, l'impact des textes et des croyances religieuses sur l'homophobie est profond — tant sur le plan positif que négatif. La foi continue à façonner la manière dont la société perçoit les minorités sexuelles. Du côté positif, de nombreux groupes confessionnels ont ouvert des débats avec leurs membres concernant l'inclusion et l'acceptation d'orientations sexuelles différentes. Des hommes ouvertement gay sont ordonnés prêtres. « Vous êtes toujours mon frère », a déclaré un imam en Afrique du Sud après avoir entendu l'histoire d'un homme gay. « L'homophobie est un crime contre l'humanité, aussi injuste que l'apartheid », avait déclaré l'archevêque Desmond Tutu.

Côté négatif, Mme Mayra Pichardo, Directrice exécutive de Coalición Sida en République dominicaine, estime que les modèles culturels basés sur des croyances religieuses fondamentalistes s'appuyant sur les pratiques sexuelles pour évaluer si les humains sont bons ou mauvais portent préjudice aux femmes et aux hommes attirés par des personnes de leur sexe.

« La crainte profonde des institutions religieuses est de ne pas pouvoir contrôler la sexualité des gens. Un contrôle basé sur une relation de pouvoir, de châtimement et de soumission entre l'Église et ses paroissiens », avance Mme Mayra Pichardo.

« Nous devons séparer la religion des préférences sexuelles d'une personne et

laisser Dieu, et pas l'homme, être juge », estime M. Rijkaard. « Il faut un débat ouvert et franc avec l'Église », ajoute M. Tai Patai, Secrétaire exécutif de Te Tiare Association Incorporated (réseau d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes des Îles Cook).

De nombreuses cultures considèrent que les relations homosexuelles sont contre nature, sales et honteuses. « De telles idées suscitent de la haine qui entraîne parfois des actes de violence, de rejet et même des meurtres », commente Mme Miriam Edward, Présidente de la Caribbean Sex Work Coalition basée au Guyana. « Certaines personnes redoutent également, si elles témoignent de la compassion ou de l'amour pour les homosexuels, de devenir homosexuelles. Cela explique que beaucoup choisissent d'adopter une attitude ouvertement discriminante à l'encontre des homosexuels, ce qui engendre de l'homophobie. »

IGNORANCE, MYTHES ET PEURS

M. Joey Mataele a fondé l'association Tonga Leiti pour soutenir les groupes représentatifs de la diversité sexuelle dans les îles du Pacifique. L'une des difficultés majeures auxquelles il a dû faire face est l'ignorance.

« L'homophobie est avant tout motivée et nourrie par l'ignorance. La nature humaine a horreur du vide », explique M. Mataele.

« Elle remplit progressivement ce vide d'une multitude d'informations incorrectes, de mythes et de stéréotypes. Les mythes les plus tenaces sont ceux qui véhiculent le message émotionnel le plus fort. Dans le cas de l'homophobie, ce message est clairement négatif. »

Le Jamaïquain Radcliffe Williams partage cet avis. Il pense que l'ignorance est la principale force derrière l'homophobie ; les gens craignent ce qu'ils ne comprennent pas et haïssent ce qu'ils craignent.

Un tissu de préjugés et de croyances erronées transmis au fil des générations se crée très tôt dans l'esprit des gens.

« Il existe une croyance qui veut que les homosexuels soient capables de séduire les vertueux, soient des familiers du diable, séduisent les enfants, et il y a aussi l'idée d'une 'mafia homosexuelle', explique M. Andrei Beloglazov, Directeur de programme du projet LaSky conduit par Population Services International au sein de la Fédération de Russie.

« La crainte profonde, c'est que l'homosexualité est contagieuse, que nous sommes tous des pédophiles et des êtres

incapables de procréer », commente Mme Karlene Williams-Clarke, ancienne Présidente de l'organisation Women for Women qui a quitté la Jamaïque et cherché asile au Canada.

« Le grand public n'est pas sensibilisé aux questions liées à l'homosexualité et il est nécessaire d'informer non seulement la communauté mais aussi tous ceux qui nous entourent », souligne M. Sherman De Rose, Directeur exécutif de Companions on a Journey, une organisation de la société civile de Sri Lanka qui travaille avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. « Nous avons besoin de plus de visibilité dans la communauté. Malheureusement, la virulence de la stigmatisation et de la discrimination n'incite pas les membres de notre communauté à faire preuve d'ouverture et à révéler leur homosexualité. »

M. Mark Clifford reste inébranlable. « La discrimination fait mal mais je suis fort et je survivrai. Je suis désolé pour ceux qui adoptent cette attitude vis-à-vis de moi et d'autres personnes parce que c'est l'ignorance qui les pousse à agir ainsi et qu'investir autant d'énergie dans la haine ne peut rien leur apporter de bon », souligne-t-il.

LE SILENCE

Depuis des années, l'armée des États-Unis accepte les citoyens gay dans ses rangs à condition qu'ils ne révèlent pas leur orientation sexuelle. La politique du « ne rien demander, ne rien dire » a permis aux hommes gay de servir leur pays mais en silence. Il semble toutefois que la position des hauts gradés évolue. Témoignant devant la commission de défense du Sénat le 2 février 2010, l'Amiral Mike Mullen, Chef d'état-major interarmées, déclarait : « Mon opinion est qu'autoriser les gays et les lesbiennes à servir ouvertement [dans l'armée] serait la bonne chose à faire. Quelle que soit la façon dont j'envisage la question, je ne peux m'empêcher d'être troublé par le fait que la politique actuelle oblige des jeunes hommes et des jeunes femmes à mentir sur ce qu'ils sont pour pouvoir défendre leurs compatriotes. »

Le silence est d'or. Cet adage n'est d'aucune utilité lorsqu'il faut faire face à la stigmatisation et à la discrimination. « Les gens craignent, s'ils ne semblent pas opposés aux pratiques homosexuelles, d'être perçus comme des homosexuels et forcés de défendre leur sexualité », explique Mme Bingham-Ledgister. « On peut dire aussi sans risque d'erreur que beaucoup des manifestations homophobes obéissent simplement à une norme. »

« Je suis désolé pour ceux qui adoptent cette attitude vis-à-vis de moi et d'autres personnes parce que c'est l'ignorance qui les pousse à agir ainsi... »





**« J'ai l'espoir
que d'ici
quelques années,
la criminalisation
de l'homosexualité
en Afrique aura
disparu »**

M. Joel Simpson du Guyana partage cet avis : « Souvent les hommes redoutent, s'ils acceptent ces identités, que cela révèle leurs tendances homosexuelles profondes — ce que les chercheurs appellent l'homophobie intériorisée ».

« La notion de relations, sentiments, mode de vie homosexuels amène chacun à réfléchir, y compris les hommes gay. Certaines personnes apprennent à adhérer pleinement à cet état de fait, à le tolérer ou à l'accepter. Certaines sont curieuses, d'autres comme ma cousine ne s'intéressent pas à la question, pas plus qu'elles ne s'intéressent à l'espace », commente M. Morris Studdart, un homme gay vivant en Jamaïque. « Mais il y aura toujours ceux qui sont hostiles par peur et manque de confiance en eux, car au fond d'eux-mêmes ils perçoivent quelque chose de trop terrible pour le reconnaître ou l'accepter. Pourquoi ? Parce qu'ils apprennent de la 'normalisation' des autres comportements sociaux que l'homosexualité est répréhensible », ajoute-t-il.

La plupart des cultures promeuvent l'idée que la femme est faite pour l'homme et inversement. Ce principe définit également la culture machiste. « Tout ce qui peut menacer la culture machiste est considéré comme mauvais et condamné », indique M. Sanchez Marte. « Il y a aussi la crainte de brouiller l'image du macho ou d'accepter l'idée que la masculinité n'est pas nécessairement définie par le machisme. »

« La crainte provient d'un mythe qui veut que les mâles le soient moins s'ils désirent des hommes ou sont attirés sexuellement par des hommes. En désirant ou en érotisant un autre homme,

on ressemble plus à une femme, telle est la logique », indique M. Ashok Row Kavi, l'un des plus anciens militants gay en Inde.

Le silence peut aussi être le fait de membres de la communauté. « Être rejeté par la société et par sa famille, telle est la principale crainte sous-jacente. L'homophobie peut être largement interne à une communauté et liée à la crainte de son propre avenir », avance le Dr K.A.M. Ariyaratne, responsable de l'information stratégique du programme national de lutte contre les IST et le sida à Sri Lanka.

« Être sur ses gardes 24 heures sur 24, sept jours sur sept ne favorise pas la tranquillité d'esprit ni le maintien d'une relation saine », commente M. Orozco.

MÉDIAS : PROMOTION DES STÉRÉOTYPES OU NORMALISATION ?

Quelle est la position des médias lorsqu'il s'agit de défendre l'homophobie ? La façon dont les médias traitent des questions homosexuelles et les représentations qu'ils en donnent ont façonné le discours de la société, dans une certaine mesure.

S'exprimant dans l'Express, un journal de premier plan des Caraïbes, son ex-rédactrice en chef des publications spéciales Mme Nazma Mulle estime qu'« aucun média n'ayant milité en faveur de l'égalité des droits et de la fin de la stigmatisation, ni même lancé un débat sur le droit d'être gay, tous sont complices de l'homophobie ».

« Il semble que nous ignorions tous totalement le sujet, sauf si un responsable gouvernemental fait une déclaration, comme cela s'est produit récemment. Mais en général, il n'y a eu aucune tentative concrète de représenter le point de vue

des hommes gay ni de plaider en faveur de la dépénalisation de la sodomie dans les journaux », ajoute-t-elle.

« Chaque article commence, dans son accroche, par présenter le sujet comme étant ‘controversé’ (et par voie de conséquence potentiellement illicite), au lieu de procéder simplement à une analyse rationnelle et révélatrice », analyse M. Colin Robinson de l’association Coalition Advocating for Inclusion of Sexual Orientation de la Trinité-et-Tobago. « Cela échauffe les esprits au lieu de calmer la situation, en lançant des provocations auxquelles les médias ont largement renoncé s’agissant des questions d’infidélité sexuelle et de différence religieuse. »

« Les hommes gay, au lieu d’être humanisés, sont ramenés à des ‘controversés’, et le processus de décolonisation de la pensée homophobe suit péniblement celui de même nature appliqué aux pratiques religieuses et aux pratiques d’expression associées à l’Afrique et aux pauvres », ajoute-t-il.

« Modifier et abroger les lois homophobes pourrait ouvrir un dialogue de réconciliation. Nous devons banaliser l’homosexualité. »

La transformation sociale ne peut se faire dans le vide. Les changements peuvent prendre des formes diverses — une modification de la loi, un policier ou un juge faisant preuve d’empathie, un dirigeant visionnaire, un journaliste sensible ou un militant passionné.

M. Mugisha est un de ces militants. Il a supporté les insultes, les coups et les menaces d’emprisonnement. Mais il a ouvert le débat. « Enfant, j’entendais qu’il n’y avait pas d’homosexuels en Ouganda. J’ai cru que j’étais sans doute le seul. Je ne comprenais pas le sentiment qui m’habitait. Je pensais que personne ne pouvait me comprendre », explique-t-il.

« Mais aujourd’hui, mes conversations avec des jeunes, gay et hétérosexuels, me laissent entrevoir un avenir radieux. J’ai l’espoir que d’ici quelques années, la criminalisation de l’homosexualité en Afrique aura disparu. » ●

Comment faire reculer l’homophobie ?

OUTLOOK a posé cette question aux personnes citées dans cet article. Presque toutes ont répondu qu’il fallait agir par l’éducation, en particulier auprès des jeunes.

M. Caleb Orozco, du Belize : « Il devient lassant d’entendre les enfants faire et refaire les mêmes remarques homophobes. »

M. Ashok Row Kavi, d’Inde : « L’éducation sexuelle est le seul moyen. Cette éducation, ainsi qu’une sensibilisation accrue aux thèmes du sexe, de la sexualité et de la sexospécificité, devraient commencer dès l’école secondaire et se poursuivre avec l’éducation aux compétences psychosociales, de sorte que les hommes et les femmes prennent davantage conscience de leur corps, de leur sexualité et du corps du sexe opposé et des autres. »

M. Toni Reis, du Brésil : « L’homophobie doit être intégrée à une éducation sexuelle complète à l’école et les enseignants doivent être formés pour traiter de ce sujet en classe. »

Miriam Edward, du Guyana : « Je pense que l’éducation sur les causes de l’homosexualité est absolument nécessaire. Beaucoup de personnes ignorent que dans la plupart des cas, l’homosexualité n’est pas un choix. L’explication médicale n’est pas très connue. »

M. Shale Ahmed, du Bangladesh : « Les familles peuvent être le premier lieu de changement. Quand j’avais 15 ans, les membres de ma famille faisaient preuve de discrimination à mon égard à cause de mes gestes féminins. Honnêtement, j’étais dévasté par leur haine de mes caractéristiques féminines. Ma famille n’a jamais cherché à comprendre mon orientation sexuelle. Nous devons aussi sensibiliser et former sur des thèmes comme la sexospécificité, la sexualité et l’homosexualité, les principales parties prenantes susceptibles de faire reculer l’homophobie comme les médias, les personnes chargées de faire appliquer la loi, les juristes, le personnel soignant et les dirigeants religieux/politiques. »

M. Morris Studdart, de la Jamaïque : « Les conversations sur l’homophobie entre communautés et au sein des communautés sont rares. Modifier et abroger les lois homophobes pourrait ouvrir un dialogue de réconciliation. Nous devons banaliser l’homosexualité. Cela commence par un pays qui respecte les hommes gay et les lesbiennes en abrogeant les lois sur la sodomie et en appliquant des lois sur la vie privée et la protection sur le lieu de travail — cela enverrait un message fort aux citoyens, à savoir qu’un homosexuel mérite autant de considération que tout autre être humain. »

M. Joey Mataele, des Îles Tonga : « Nous devons nous servir de nos capacités de mobilisation pour travailler main dans la main avec notre communauté, en particulier ici aux Îles Tonga. Notre royaume est si riche de sa religion et de sa culture, et si je dois combattre l’homophobie ici je devrai travailler avec toutes les organisations non gouvernementales, la communauté, les parties prenantes et notre gouvernement, de manière plus sereine. Je sais que je serai très critiqué mais depuis 18 ans j’ai l’habitude de faire face et je suis très déterminé. »

M. Vyacheslav Revin, de la Fédération de Russie : « Les homosexuels restent invisibles dans la société. Ils sont les seuls à pouvoir résoudre le problème de l’homophobie, par l’exemple, en montrant qu’ils sont de vraies personnes, pas les caricatures imposées par les homophobes. »

LA FÊTE DES MÈRES

Comme dit le proverbe – le travail d'une mère n'est jamais fini.





Garder en vie les mères et leurs bébés

Le rire de Nee Olutu est contagieux. Son attitude positive et dynamique lui permet de supporter les pressions de la vie urbaine à Lagos, Nigéria, une ville tentaculaire. Lorsqu'on la rencontre, il serait facile de croire que c'est la ville qui fait ses quatre volontés.

Elle va sous peu donner naissance à son deuxième enfant. Le premier est né sans être infecté par le VIH, mais il n'a pas été facile de faire en sorte que le deuxième soit également séronégatif. La charge virale indétectable de Nee Olutu a conduit son médecin à proposer un accouchement vaginal. Mais elle ne sait pas combien de temps pourraient durer les douleurs de l'accouchement et si, en fin de compte, les médecins ne vont pas devoir tout de même pratiquer une césarienne.

Même si la prophylaxie antirétrovirale est gratuite, elle devra assumer tous les autres coûts liés à l'hospitalisation. Elle a déjà été admise deux fois à l'hôpital. La nourriture à elle seule coûte chaque jour environ 5 dollars des États-Unis. Après la naissance de l'enfant, elle envisage de l'allaiter car les prix des préparations pour nourrissons ont monté en flèche. Nee Olutu doit prendre chaque jour des décisions difficiles, mais elle joue un rôle important dans la réalisation de l'objectif visant à éliminer virtuellement la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à 2015 – appel lancé par le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibé.

Pour concrétiser cet objectif, les programmes destinés à empêcher les bébés d'être infectés par le VIH devront adopter une approche globale – les quatre P, comme la nomment les experts. C'est le troisième de ces P qui a jusqu'ici reçu le plus d'attention, à savoir la prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son bébé. Toutefois, de nouvelles analyses et études montrent que l'addition des trois autres éléments accroît considérablement l'efficacité de

ces programmes. OUTLOOK examine ici certaines des principales recommandations concernant les quatre P publiées ces derniers mois dans des articles scientifiques et se penche sur les moyens susceptibles de nous permettre de réaliser cet objectif d'ici à 2015.

Quatre P pour empêcher les infections à VIH chez les bébés

Le premier P – la prévention primaire du VIH parmi les femmes en âge de procréer – est une évidence. Si les femmes ne sont pas infectées par le VIH, leurs enfants seront automatiquement protégés d'une infection par le VIH à la naissance.

Prévenir les grossesses non désirées parmi les femmes vivant avec le VIH

Le deuxième P – la prévention des grossesses non désirées parmi les femmes vivant avec le VIH – selon une étude conduite par H. W. Reynolds et ses collègues – permet déjà d'éviter chaque année quelque 170 000 nouvelles infections chez les enfants d'Afrique subsaharienne, malgré le faible accès à la contraception dans la région. Ces auteurs ont également noté que si toutes les femmes de la région qui ne souhaitent pas être enceintes avaient accès à des services de contraception, on pourrait éviter chaque année au moins encore 160 000 naissances d'enfants séropositifs. Dans une autre étude, ces mêmes auteurs affirment que plus de 120 000 infections pédiatriques pourraient être évitées uniquement en Afrique du Sud si les femmes vivant avec le VIH et ne souhaitant pas avoir d'enfants pouvaient bénéficier de la contraception.

J. Stover et ses collègues dans leur article de 2003 intitulé *Costs and benefits of adding family planning to services to prevent mother-to-child transmission of HIV* ont montré qu'en ajoutant la planification familiale aux services de prévention de la transmission mère-enfant, les

« L'allaitement au sein comporte un risque de transmission du VIH, mais ce risque peut être considérablement réduit si les femmes poursuivent une prophylaxie antirétrovirale au cours de la période d'allaitement. »

pays à forte prévalence du VIH pourraient éviter l'infection chez 71 000 enfants, par rapport aux 39 000 naissances séropositives évitées en ne fournissant que la prophylaxie antirétrovirale.

Une étude transversale conduite en 2006 par D. Cooper et ses collègues a examiné les désirs de fécondité et les besoins correspondants en matière de soins de santé chez 459 femmes et hommes (qui n'étaient pas des partenaires) vivant avec le VIH au Cap, Afrique du Sud. Ils ont trouvé que la proportion de femmes (55%) et d'hommes (43%) vivant avec le VIH qui déclaraient n'avoir pas l'intention d'avoir des enfants était pratiquement égale à celle des personnes (45% and 57%, respectivement) ouvertes à la possibilité d'avoir des enfants. Globalement, une intention plus marquée d'avoir des enfants était associée à la condition masculine, au souhait d'avoir moins d'enfants, de vivre une relation informelle et de suivre une thérapie antirétrovirale. Les femmes qui suivaient un traitement antirétroviral avaient une probabilité plus grande de souhaiter avoir des enfants que celles qui n'étaient pas sous traitement.

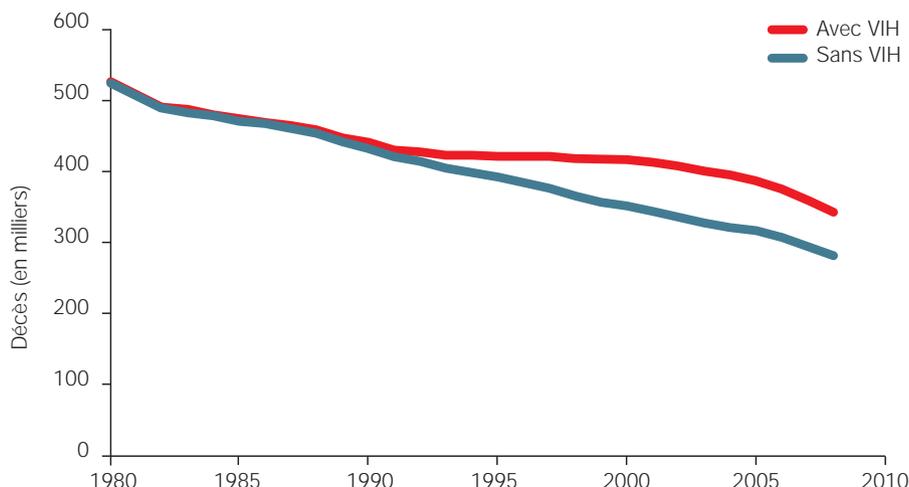
Curieusement, l'étude a révélé que 19% des femmes et 6% des hommes seulement avaient consulté un médecin, une infirmière ou un conseiller en prise en charge du VIH pour parler de leurs intentions en matière de fécondité. Parmi les femmes bénéficiant de soins liés au VIH, 11% étaient tombées enceintes depuis leur diagnostic de VIH, toutes sans le désirer. Parmi les femmes sous traitement antirétroviral, 9% étaient devenues enceintes depuis le début du traitement, dont 30% involontairement.

Les résultats de l'étude indiquent clairement que l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive dans les établissements de prise en charge du VIH est nécessaire d'urgence, afin de donner aux femmes et aux hommes un lieu leur permettant de discuter de leurs intentions en matière de fécondité.

La plupart des programmes de prévention de la transmission mère-enfant ratent cette opportunité, car ce n'est qu'après le début de leur grossesse que les femmes y ont recours. Dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, W. Rose et C. Willard expliquent que des mécanismes séparés et parallèles pour les programmes de santé sexuelle et reproductive et les programmes sur le VIH ainsi que la résistance politique de la plupart des grands bailleurs de fonds et des décideurs politiques dans le domaine du VIH à faire des services de santé sexuelle et reproductive un élément important des programmes sur le VIH constituent autant d'obstacles empêchant les femmes séropositives au VIH en âge de procréer de mettre fin aux grossesses non désirées.

« Quelle que soit leur sérologie VIH, l'augmentation de l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive ne leur donnera pas seulement un contrôle accru sur leur vie reproductive pour les aider à obtenir en toute sécurité la fécondité qu'elles souhaitent, mais elle apportera aussi d'importants avantages en matière de santé publique en diminuant la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles. Des services volontaires de contraception vont améliorer la santé des mères et des enfants de plusieurs manières, notamment en retardant les

Décès maternels à l'échelle mondiale, 1980–2008



Source : Chris Murray et al. *The Lancet*, Vol 375, 8 mai 2010

premières grossesses, en allongeant l'intervalle entre les naissances, en réduisant le nombre total d'enfants mis au monde par une femme, en évitant les grossesses à haut risque et non désirées et en réduisant la nécessité de pratiquer des interruptions de grossesse dangereuses », précisent-ils.

Prévenir la mortalité maternelle associée au VIH

On considère désormais que le VIH chez les femmes enceintes constitue une des grandes raisons pour lesquelles les taux de mortalité maternelle demeurent élevés. Une étude par modélisation effectuée par CAPRISA (le Centre des programmes de recherche sur le sida en Afrique du Sud) montre que le VIH est maintenant la principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer, la mortalité maternelle associée au VIH en Afrique subsaharienne étant en augmentation et dépassant toutes les autres causes. L'étude a montré que la moitié environ de tous les décès maternels au Botswana et au Lesotho étaient associés au VIH. Au Nigéria, on compte près de 10 000 de ces décès. Ces résultats ont été confirmés par un article publié dans la revue *The Lancet* par C. Murray et ses collègues, qui, après analyse des statistiques de mortalité, ont montré qu'en l'absence du VIH, on aurait enregistré 61 400 décès maternels en moins.

Prophylaxie antirétrovirale pour les femmes enceintes séropositives au VIH

Le troisième P – prévention de la transmission du VIH d'une femme vivant avec le VIH à son nourrisson grâce à la fourniture d'une prophylaxie antirétrovirale au cours de la grossesse et de l'allaitement – abaisse le risque de transmission du virus jusqu'à 1%. Ce résultat repose sur l'hypothèse que les femmes enceintes sont testées pour le VIH et bénéficient d'un conseil, mais de nombreuses femmes n'ont pas accès à ce type de service avant leur accouchement.

Plusieurs études ont montré que des services de test rapide et de conseil devraient être à la disposition des femmes 24 heures sur 24 dans les salles d'accouchement. N. P. Pai et ses collaborateurs ont formulé ainsi une recommandation à cette fin : « À la suite de l'épidémie de VIH pédiatrique et au vu de la nécessité d'offrir pendant toute la vie de ces enfants infectés des traitements antirétroviraux, une simple stratégie de fourniture de services de tests rapides et de conseil 24 heures sur 24 dans les salles d'accouchement permettrait aux

Besoins des femmes séropositives au VIH en matière de santé reproductive

1. Si une femme ne souhaite pas devenir enceinte, il faut lui offrir la possibilité d'accéder à des services de planification familiale.
2. Si elle souhaite une grossesse, elle doit être informée des services prénatals locaux et des services traitant de la stérilité, des types de chimioprophylaxie susceptibles de réduire les risques de transmission à son enfant et, dans un couple sérodifférent, des approches de prévention du VIH susceptibles de minimiser le risque de transmission de l'infection à son partenaire lorsqu'elle essaie de concevoir.
3. Si elle est déjà enceinte et souhaite poursuivre sa grossesse, il convient de lui offrir la possibilité de bénéficier d'un traitement antirétroviral en vue de réduire les risques de transmission du VIH.
4. Si elle est déjà enceinte mais ne souhaite pas poursuivre sa grossesse, il convient de l'orienter vers des services sûrs d'interruption de grossesse. La contraception après la grossesse pourra être offerte à celles qui ne souhaitent pas tomber enceintes à nouveau.

Source : Wilcher R, Cates W. Reproductive choices for women with HIV. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2009, 87:833-839.

systèmes de santé du monde entier de réaliser des économies. »

L'allaitement au sein comporte un risque de transmission du VIH, mais ce risque peut être considérablement réduit si les femmes poursuivent une prophylaxie antirétrovirale au cours de la période d'allaitement. Une étude réalisée en République-Unie de Tanzanie sous le nom de Mitra-plus par C. Kilewo et ses collaborateurs a révélé que la fourniture à la mère d'une prophylaxie antirétrovirale triple dès la 14^e semaine de la grossesse, poursuivie une semaine après la dernière exposition du nourrisson au lait maternel, quels que soient les besoins de la mère en matière de santé, réduit de manière significative la transmission du VIH aux nourrissons.

« Le traitement antirétroviral de la mère au cours de l'allaitement pourrait constituer une alternative prometteuse dans les pays pauvres en ressources », ont indiqué C. A. Peltier et ses collègues, lorsqu'ils ont découvert qu'au Rwanda on relevait peu de différence dans les taux de transmission du VIH parmi les femmes qui choisissaient de ne pas allaiter par rapport à celles qui choisissaient de poursuivre leur prophylaxie antirétrovirale pendant qu'elles allaient leur nourrisson.

Tous ces résultats ont conduit l'Organisation mondiale de la Santé à publier de nouvelles directives relatives à l'allaitement au sein.

Garder les mères en vie

Le quatrième P – pouvoir de manière appropriée au traitement, aux soins et au soutien des femmes vivant avec le VIH, de leurs enfants et de leur famille – permet de prolonger les bénéfices retirés du maintien en vie des mères et des enfants bien après la fin de la grossesse.

La plupart des femmes sont invitées à cesser l'utilisation des antirétroviraux sous forme prophylactique après la fin de l'allaitement, à condition que le nombre de leurs CD4 soit supérieur au seuil d'éligibilité au traitement. Cependant, l'étude effectuée par J. Hargrove et J. Humphrey au Zimbabwe a révélé un risque accru de mortalité pour les femmes séropositives au VIH dans les 24 mois suivant l'accouchement, quel que soit le nombre de leurs CD4, par rapport aux femmes séronégatives. La recherche suggère que la grossesse n'accélère pas la progression vers la maladie à VIH au-delà d'une période de neuf mois, mais la plupart de ces données proviennent des pays industrialisés. Par contraste, ces résultats du Zimbabwe suggèrent qu'il conviendrait d'examiner sérieusement la possibilité de placer toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral à vie, quel que soit le nombre de leurs CD4. « L'instauration précoce du traitement antirétroviral pour toutes les femmes enceintes séropositives pourrait

« Il faudra un peu plus de US\$ 610 millions chaque année pour virtuellement éliminer la transmission du VIH aux bébés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Mais le retour sur investissement est important. Si les programmes sont élargis conformément au plan, le monde pourrait éviter quelque 2,1 millions d'infections pédiatriques cumulatives entre 2009 et 2015. »

être bénéfique aux mères et aux enfants, et permettrait simultanément de réduire l'incidence du VIH dans la population », ont-ils conclu.

Les mères ont maintenant la possibilité de savoir rapidement après l'accouchement si leurs efforts pour empêcher l'infection à VIH chez leur bébé sont couronnés de succès, à condition qu'elles aient accès à la réaction de polymérisation en chaîne, aussi connue sous l'appellation de test PCR. Un nouveau test, utilisant des gouttes de sang séché, promet un dépistage précoce du VIH chez les nourrissons. R. Lazarus et ses collaborateurs ont montré que les mères souhaitent ne pas attendre trop longtemps pour connaître le résultat des tests, et qu'elles subissent un important stress pendant cette période d'attente.

« La période qui précède l'obtention des résultats implique une préparation mentale très active et s'accompagne d'un stress émotionnel. La plupart des femmes acceptent les résultats, mais certaines d'entre elles expriment des doutes quant à leur fiabilité. Les mères de bébés séro-négatifs au VIH sont soulagées, mais les mères de bébés séropositifs au VIH sont généralement très affectées et expriment des sentiments de responsabilité et de culpabilité », indiquent-ils.

Cette étude, effectuée dans le township de Soweto à Johannesburg, Afrique du Sud, confirme le fait que les mères séropositives au VIH préfèrent connaître rapidement la sérologie de leur bébé plutôt que d'attendre 12 mois ou davantage pour que les anticorps maternels disparaissent. Thème récurrent dans cette étude, la plupart des femmes déclarent que leur bébé n'était pas prévu et qu'elles ne souhaitent pas en avoir d'autre, mais que les agents de santé insistent sur l'utilisation du préservatif comme moyen de réduction de la transmission aux partenaires plutôt que comme moyen contraceptif, et que certains d'entre eux découragent la stérilisation en tant qu'option plus permanente de contrôle de la fécondité.

Soutenir les bébés nés avec le VIH

Tous les bébés ne sont pas chanceux. En 2008, on a compté près de 430 000 nouvelles infections parmi les enfants. À l'échelle mondiale, le nombre d'enfants de moins de 15 ans sous traitement antirétroviral a passé de 198 000 en 2007 à 275 000 en 2008 ; toutefois, un pourcentage saisissant de 62% d'enfants qui auraient

besoin d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire n'en bénéficient pas. Tous les nourrissons infectés par le VIH devraient entamer une thérapie dès leur diagnostic, en raison de la très forte mortalité relevée au cours de la première année de vie.

Lorsque les enfants commencent un traitement antirétroviral, il est important de contrôler leur amélioration clinique afin d'évaluer si le traitement leur est bénéfique. M. Yotebieng et ses collègues ont suivi 1394 enfants séropositifs au VIH en Afrique du Sud et mis au point des courbes de référence spécifiques au VIH pour le gain de poids ; elles peuvent être utilisées par les agents de santé dans les établissements ne disposant pas de laboratoire pour déterminer le pourcentage des CD4, afin d'identifier les enfants qui répondent favorablement au traitement et ceux qui sont exposés à un risque accru d'échec du traitement et au décès qui pourrait en découler.

En fait, le pronostic est bon pour les enfants placés sous traitement antirétroviral dans les milieux pauvres en ressources. A. L. Ciaranello et ses collègues, qui ont procédé à l'examen systématique et à la méta-analyse de l'efficacité des traitements antirétroviraux pédiatriques, ont montré que les estimations groupées des avantages virologiques et immunologiques notifiés après 12 mois de traitement antirétroviral parmi des enfants infectés par le VIH dans des milieux pauvres en ressources sont comparables à celles qui sont observées parmi des enfants dans des milieux développés.

Il est possible d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement

Il faudra un peu plus de US\$ 610 millions chaque année pour virtuellement éliminer la transmission du VIH aux bébés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Mais le retour sur investissement est important. Si les programmes sont élargis conformément au plan, le monde pourrait éviter quelque 2,1 millions d'infections pédiatriques cumulatives entre 2009 et 2015.

L'année 2015, c'est dans cinq ans. Les progrès accomplis par le monde pour stopper les nouvelles infections à VIH parmi les mères et leurs bébés détermineront directement si les objectifs de baisse de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que celui qui vise à inverser le cours de l'épidémie de sida, sont atteints. ●

La prévention de la transmission mère-enfant contribue directement à quatre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), dont la réalisation est actuellement ralentie par le VIH :

OMD 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes en offrant des moyens de s'attaquer au problème de l'égalité des sexes, notamment en mettant fin à la violence sexospécifique, en soutenant les droits des femmes en matière de reproduction, en accroissant l'accès à l'information et aux services de santé sexuelle et reproductive et en impliquant les partenaires masculins.

OMD 4 : réduire la mortalité infantile en réduisant le nombre de nourrissons infectés par le VIH, en fournissant un traitement, des soins et un appui aux enfants, infectés ou non, nés de mères vivant avec le VIH, et indirectement en améliorant la santé maternelle et en assurant des pratiques plus sûres d'alimentation.

OMD 5 : améliorer la santé maternelle grâce à la prévention primaire et à la planification familiale pour les femmes en âge de procréer, en garantissant des soins, un traitement et un appui aux mères vivant avec le VIH.

OMD 6 : combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies, en évitant la propagation du VIH grâce à la prévention primaire parmi les femmes en âge de procréer, en évitant la transmission verticale et en traitant à la fois les mères et les nourrissons vivant avec le VIH.

Source : UNAIDS Outcome framework: prevention of mother-to-child transmission of HIV business case.



Tremblement de terre en Haïti et chiffres du VIH

- 230 000 morts
- 300 000 blessés
- 127 000 personnes vivant avec le VIH
- 2%, taux de prévalence du VIH chez les hommes
- 2,3%, taux de prévalence du VIH chez les femmes
- 2,2%, taux global de prévalence du VIH
- 11 320 nouvelles infections chaque année
- 8700 enfants vivant avec le VIH
- 24 400 personnes sous thérapie antirétrovirale
- 109 000 enfants rendus orphelins par le sida
- 5600 personnes auront besoin de services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2010
- 43 200 personnes auront besoin d'une thérapie antirétrovirale en 2010

Photo ONU/Sophia Paris

HAÏTI SOUFFRE TOUJOURS

Le 12 janvier 2010, un tremblement de terre tuait plus de 200 000 personnes et en laissait près de deux millions sans abri en Haïti.

Après le tremblement de terre qui a dévasté Haïti, le parc Jean-Marie Vincent s'est transformé en refuge pour les familles. Aujourd'hui, près de 50 000 personnes y vivent et ce lieu autrefois paisible est devenu un immense campement provisoire, parmi les 1300 qui ont surgi dans le pays.

Des milliers de logements fragiles — dont chacun ne fait guère plus de deux mètres de côté et se résume souvent à quatre poteaux de bois surmontés d'une bâche en plastique — hébergent des familles entières. Des véhicules de l'ONU sillonnent le camp et des dizaines d'agents de sécurité bénévoles contribuent au maintien d'un certain ordre. Les familles luttent quotidiennement pour satisfaire leurs besoins de base en termes de nourriture, d'eau, de logement et d'hygiène.

Immense et surpeuplée, cette ville dans la ville peut être dangereuse, et doublement pour les femmes qui craignent en permanence d'y être confrontées à la violence sexuelle.

« J'ai rencontré Gentile dans une tente vide laissée par un des groupes humanitaires, un endroit un peu tranquille pour parler », écrivait Mme Liesl Gerntholtz de Human Rights Watch dans *Daily Beast*. « Nous étions assis sous une chaleur oppressante et Gentile me décrivit calmement comment, plusieurs nuits auparavant, cinq hommes l'avaient emmenée dans une maison voisine. Elle y fut violée, contrainte à faire des fellations et battue brutalement. Lorsqu'elle parvint enfin à s'échapper, les hommes la pourchassèrent et la rouèrent de coups dans la rue, où un autre homme lui porta enfin secours et l'emmena chez lui. Quelques heures plus tard, elle retournait dans la rue, n'ayant nulle part d'autre où aller. »

Ce récit rend compte de réalités quotidiennes. Le chômage, l'absence d'intimité, de famille, d'indépendance économique, le dénuement matériel, la colère et la frustration favorisent l'escalade de la violence. Les fonctionnaires et les travailleurs communautaires qui essaient de réduire les facteurs de risque dans le campement sont préoccupés par la vulnérabilité au VIH, des femmes en particulier. Haïti possède la plus grande population de personnes vivant avec le VIH des Caraïbes. Elles étaient plus de 120 000 avant le tremblement de terre, dont 53% de femmes.

Sous deux tentes de Zanmi Lasante (Partenaires de santé en créole haïtien), le Dr Kobel Dubique et une équipe de 10 médecins et 12 infirmières prennent en charge plus de 500 personnes par jour dans une chaleur étouffante. Les températures grimpent régulièrement à 35 °C.

À proximité de cette clinique de fortune, deux plus petites tentes dédiées au soutien psychosocial ont été installées mais, précise le médecin formé à Cuba qui est aussi responsable du camp, l'affluence y est faible, par crainte de la stigmatisation et de la discrimination.

« Ce qui me frappe le plus, c'est le nombre de tests VIH positifs, une quinzaine par jour, en particulier chez les jeunes de 17-18 ans, et le taux de grossesse. Mais aussi le nombre de cas de syphilis et d'infections vaginales », précise le Dr Dubique.

Avec près de deux millions de personnes déplacées selon les estimations, la logistique des campagnes de prévention du VIH, la distribution de préservatifs ou le conseil et le test volontaires se révèlent problématiques et le resteront.

Dans ces conditions, les femmes et les enfants sont les plus vulnérables. L'absence de revenus est pointée comme un problème majeur. Comme l'explique Mme Nadine Louis, Directrice de la Fondation Toya, « Les femmes et les orphelins doivent survivre et n'hésitent pas à avoir des rapports sexuels non protégés si cela leur permet de se nourrir ». Mme Malia Jean, Coordinatrice de l'Association des femmes haïtiennes infectées et affectées par le VIH/sida, partage cet avis : « La plupart des femmes vivant avec le VIH n'ont ni revenu, ni profession et il leur est donc difficile de subvenir à leurs besoins ou à ceux de leurs enfants ».

Face à ces problèmes aigus, la prévention est la première des priorités pour les personnes qui œuvrent à la riposte au VIH mais celles-ci sont bien conscientes qu'il est compliqué d'obtenir des résultats dans ce domaine. « Parler de sexe est tabou en Haïti », précise le Dr Dubique. « Et la population n'est pas formée à la santé sexuelle et reproductive. Par conséquent, le conseil et l'éducation sexuelle des parents et des jeunes sont une nécessité mais n'existent pas dans la pratique. »

De même que les familles ont perdu toute intimité dans leur tente, les services de santé ne peuvent pas toujours garantir le respect de la vie privée des patients. Comment gérer la confidentialité du test et du conseil volontaires quand les services sont assurés dans des tentes et que tout le monde se connaît ? C'est un des problèmes que nous rencontrons », poursuit le Dr Dubique.

Ce médecin affirme que beaucoup de personnes refusent de faire le test. « Elles savent que nous les adresserons à un système de santé, ce qui engendrera stigmatisation et discrimination. Et beaucoup refusent de rencontrer des conseillers pour parler des résultats par crainte d'être stigmatisés. »

Les dispositifs de soutien pour les personnes vivant avec le VIH ont été détruits par le tremblement de terre. Le réseau des personnes vivant avec le VIH a perdu 40 de ses membres lorsque ses bureaux se sont effondrés.

Les capacités de suivi et d'évaluation du gouvernement et son activité de coordination ont souffert de la perte de données. La mémoire institutionnelle stockée sur les ordinateurs a disparu — détruite lors de l'effondrement des bureaux du Programme national de lutte contre le sida.

« La principale difficulté est de nous réunir en toute sécurité car nos bureaux ont été détruits », commente Mme Jean. Pourtant, l'optimisme et l'espoir n'ont pas totalement disparu.

Interrogée sur ce qui l'avait frappée le plus après le tremblement de terre, le Dr Joelle Daes, Directrice du Plan national de lutte contre le sida, parle de solidarité. « La solidarité entre les personnes et les organisations. Se rendre au GHESKIO, par exemple, et voir comment il prenait en charge 6000 personnes alors que ses locaux étaient partiellement détruits. Voir comment le traitement était administré sous les tentes. Tout cela m'a donné des raisons d'espérer. »

Juste après le tremblement de terre, des pharmacies et des cliniques de fortune ont surgi à proximité des zones les plus dévastées et les plus affectées par le VIH pour essayer d'atteindre les personnes dans le besoin. Environ 80% des personnes sous traitement ont été localisées rapidement et ont pu reprendre leur thérapie.

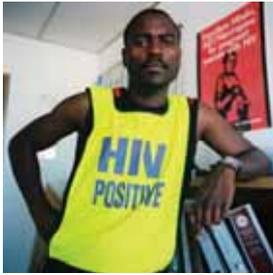
Alors que la saison des pluies approche, la vie dans les camps de fortune et les campements provisoires va devenir plus difficile pour les familles. Si beaucoup d'améliorations ont été apportées, les conditions de vie et les perspectives à long terme restent incertaines. Dans ces conditions de pauvreté, la nourriture, l'eau, le logement et le travail sont les priorités. « Pourquoi une personne qui n'a rien à manger dépenserait-elle de l'argent pour acheter un préservatif ? », demande Mme Louis.

Concernant l'avenir, le Dr Antoine Augustin, Président de la Fondation March, adresse un message à la communauté internationale. « Nous sommes reconnaissants de l'immense élan de générosité. Mais les organisations devraient réfléchir à la part de l'aide dévolue à l'urgence et à celle consacrée au développement à long terme. Les personnes qui vivent dans les camps — elles sont plus d'un million et demi — entendent parler de millions de dollars de dons mais n'en voient pas la trace dans leur vie quotidienne. » ●

LE PROJET PHOTOGRAPHIQUE INTERNATIONAL
UN REGARD POSITIF DONNE LA PAROLE
AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. EN
MARS 2010, 17 PERSONNES SÉROPOSITIVES
ORIGINAIRES DE LA PROVINCE DU GAUTENG
EN AFRIQUE DU SUD SE SONT RASSEMBLÉES
À JOHANNESBURG. AU TERME D'UNE
FORMATION AVEC DES PROFESSIONNELS
DONT LE PHOTOGRAPHE ET MILITANT DE
LA LUTTE CONTRE LE SIDA GIDEON MENDEL,
CES 17 ARTISTES EN HERBE ONT ENTAMÉ
LEUR PROPRE VOYAGE PHOTOGRAPHIQUE,
EN CAPTANT DES INSTANTS DE LEUR VIE
QUOTIDIENNE. LES RÉSULTATS TÉMOIGNENT
DE LA CRÉATIVITÉ VISUELLE DU GROUPE,
NOURRIE DE L'HISTOIRE UNIQUE DE CHACUN.
CETTE INITIATIVE, QUI A BÉNÉFICIÉ DU SOUTIEN
FINANCIER DU PLAN PRÉSIDENTIEL D'AIDE
D'URGENCE À LA LUTTE CONTRE LE SIDA
DES ÉTATS-UNIS, SERA MENÉE DANS SIX
PAYS AU COURS DES PROCHAINES ANNÉES.
UNE EXPOSITION DES PHOTOGRAPHIES
EST ORGANISÉE DANS LE CADRE DE LA
CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LE SIDA
À VIENNE.



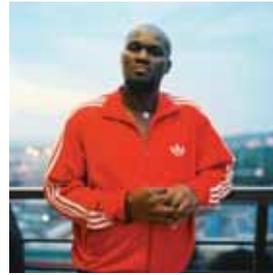
MES PHOTOS. MON HISTOIRE. MON REGARD (SÉRO)POSITIF.



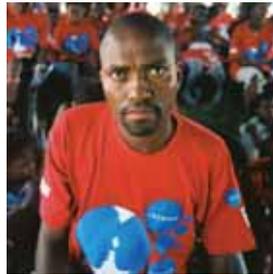
MLUNGISI



ANNAH



KAU



LUDICK



ZANDILE



PLEASURE



PHINDILE



BETTY



CHRIS



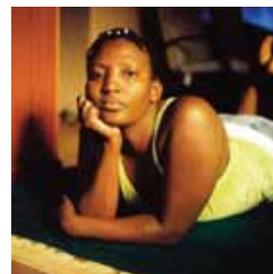
LINDIWE



BONGI



GLADYS



GUGU



MGLADZO



BHEKESISA



NONTYATYAMBO



NOMSA



MES PHOTOS. MON HISTOIRE. MON REGARD (SÉRO)POSITIF.



BONGI

« Nous ne sommes rien d'autre que deux garçons amoureux. »



Gideon Mendel

J'ai pris conscience de mon homosexualité en 1998, quand j'étais en classe de seconde au lycée. J'ai eu énormément de mal à l'accepter. J'ai même tenté de mettre fin à mes jours. Après cet épisode, ma mère et mon beau-père m'ont emmené voir un pasteur, avec qui je devais me rendre à des réunions d'accompagnement psychologique. Il m'a aidé à me comprendre et à m'accepter tel que je suis. Puis, en 2003, j'ai découvert que j'étais séropositif au VIH.

Accepter ma sérologie VIH a été extrêmement difficile. Je me suis dit que Dieu voulait peut-être me punir parce que j'étais gay. Mais après avoir assisté aux réunions au dispensaire, j'ai fini par accepter mon statut. Dans notre église, il y a même un groupe de soutien aux

personnes vivant avec le VIH.

J'ai avoué à mes parents que j'étais séropositif en 2004. Là encore, ma mère et mon beau-père m'ont beaucoup épaulé. Ma mère est une si belle personne. Elle est voyante, elle prédit l'avenir. Je l'aime énormément. Si elle n'avait pas été là, je pense que je serais mort après avoir découvert ma sérologie VIH. Aujourd'hui, ma mère est ma raison de vivre.

Si ma famille m'apporte son soutien, il est en revanche très difficile d'obtenir celui de la communauté. Certaines personnes vocifèrent des injures et tiennent des propos écœurants : « Hé, regardez cet homo qui a le sida. T'as envie de le refiler, hein ? On va s'occuper de toi et te transformer en petit hétéro. Mais attention à ne pas

contaminer nos copines ! » Dans la vie, ma devise, c'est : « Ce que les autres disent ou pensent de moi ne me regarde pas. En fin de compte, c'est ma vie, et il faut que j'en profite au maximum. »

J'ai rencontré mon partenaire l'année dernière, et depuis, nous ne nous sommes pas quittés. Notre lieu de prédilection, c'est notre lit. C'est là que nous nous racontons des souvenirs, que nous échangeons des conseils, que nous nous disputons et que nous prions. C'est notre lieu de vie. Il est séronégatif, et il m'épaulé. Il m'aime, et je l'aime. Nous menons une vie normale, comme les couples hétérosexuels. Nous nous tenons même la main dans la rue. Nous ne sommes rien d'autre que deux garçons amoureux.





ZANDILE

« J'essaie de ne pas y penser, mais parfois, la peur me gagne malgré moi. »



Gideon Mendel

Mon histoire commence avec la rencontre du père de mon fils. Nous étions des amis de longue date, nous sommes sortis ensemble un petit moment, et avant que je n'aie eu le temps de dire « ouf », je suis tombée enceinte. Ce n'était pas prévu. Puis il m'a quittée pour son ex-copine. Quand j'ai su que j'étais enceinte, le médecin m'a conseillé de faire tous les dépistages courants dans un cas de grossesse. Tous les résultats étaient négatifs, sauf celui du test VIH. On m'a annoncé que j'étais séropositive. J'avais alors 23 ans.

Mon fils est séronégatif. Il s'appelle Loyiso, ce qui signifie « victoire ». Il a vaincu le VIH. Je l'aime, car c'est grâce à ma

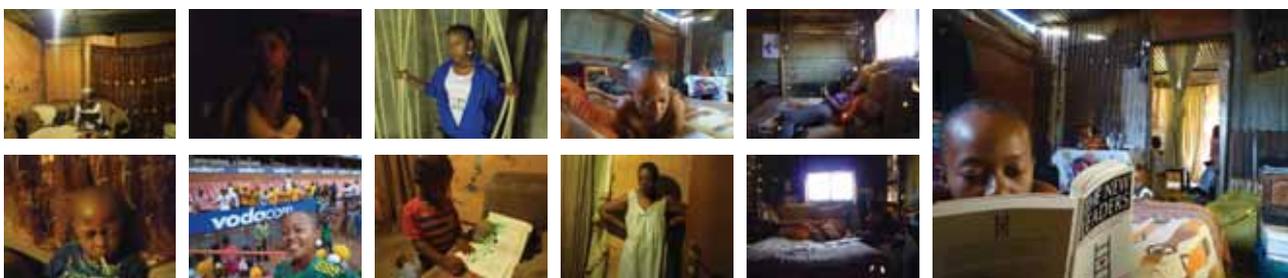
grossesse que j'ai fait le test. Cela fait presque quatre ans que je suis sous traitement. Et je suis en bonne santé. J'ai beau être séropositive, je suis en meilleure santé que la plupart des gens séronégatifs. Je ne tombe jamais malade.

J'ai eu une enfance très difficile. Mes parents ne l'ont jamais su mais, petite, j'ai été agressée sexuellement par un des employés de mon père. J'ai donc toujours vécu avec la peur que quelque chose ne m'arrive. Ainsi, le côté obscur de mes photos représente ma part d'enfant apeurée, qui a subi une expérience très douloureuse tout au début de sa vie.

Une fois que j'ai eu connaissance de ma sérologie VIH, j'ai toujours

espéré avoir un jour l'occasion de raconter mon histoire. Je me suis même imaginée en train de répondre à ces questions, de prendre des photos ou de faire des vidéos. Le pouvoir de la pensée positive, c'est mettre en pratique sa foi, c'est croire en ce que l'on veut obtenir comme si on l'avait déjà.

Par exemple, après avoir découvert mon statut VIH, j'ai dit : « Vous savez quoi ? Bien que je sois séropositive, je ne tomberai jamais malade. Je ne changerai pas. En fait, je serai encore plus belle. Je grandirai. Je prendrai soin de moi. Je ferai en sorte de ne plus jamais commettre ni subir les mêmes injustices. » J'ai clos ce chapitre de ma vie, et je suis allée de l'avant.



GAGNANT-GAGNANT

FOOTBALL ET RIPOSTE AU SIDA



Les capitaines et les membres des équipes qualifiées pour la Coupe du Monde de la FIFA 2010 en Afrique du Sud ainsi que les footballeurs, équipes et supporters du monde entier s'unissent pour soutenir la campagne de prévention du décès des mères lié au VIH et de l'infection des bébés par le virus, en Afrique en particulier.

— M. Michael Ballack,
ancien capitaine de l'équipe d'Allemagne
Ambassadeur itinérant de l'ONUSIDA

Plus de 200 millions de personnes dans le monde jouent au football et des milliards suivent les matchs dans les tribunes ou à la télévision, ce qui fait de ce sport le plus populaire au monde. La Coupe du Monde de la FIFA 2010, qui s'est tenue en Afrique du Sud du 11 juin au 11 juillet, s'imposait comme la manifestation idéale pour communiquer sur le sida auprès d'un énorme public international.

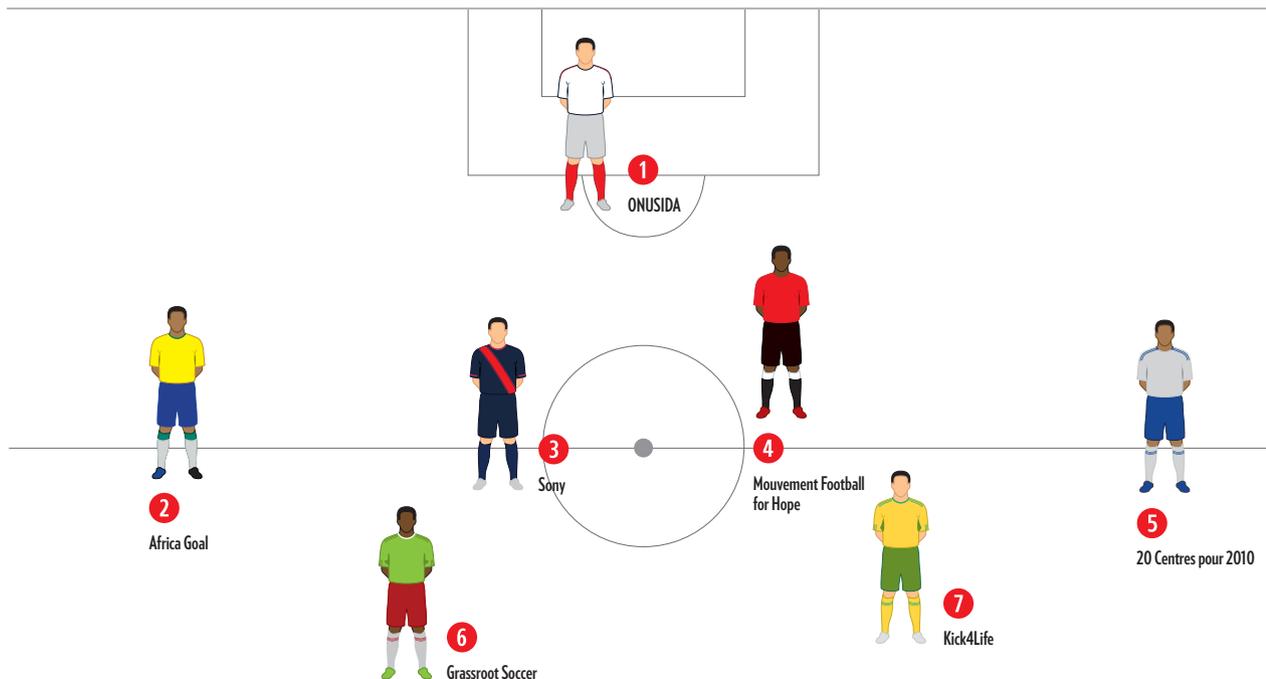
Selon une étude menée par la FIFA publiée en 2001, plus de 240 millions de personnes dans plus de 200 pays jouent souvent au football. Des millions fréquentent régulièrement les stades pour suivre leur équipe favorite, et des milliards regardent ce sport à la télévision.

Dans beaucoup de régions du monde, le football suscite des passions et joue un rôle important dans la vie des supporters, des communautés locales et même des nations. Il a contribué à stopper des conflits, comme la guerre civile en Côte d'Ivoire en 2005, mais aussi à accroître les tensions, comme lors d'une rencontre entre le Dinamo Zagreb et l'Etoile rouge de Belgrade qui dégénéra en émeute en mars 1990 au début des guerres de Yougoslavie et lors des événements ayant entraîné la guerre du football entre le Honduras et le Salvador en 1969. Au vu de la capacité de ce sport à influencer les comportements, un événement mondial comme

la Coupe du Monde offrait une occasion incomparable de diffuser des informations sur le VIH à l'échelle de la planète. Plusieurs organisations ont relevé ce défi en mettant sur pied des projets de sensibilisation au VIH avant et pendant le plus grand tournoi de football du monde.

Le football est suivi depuis longtemps avec beaucoup d'enthousiasme et de ferveur en Afrique, et des photos de grands footballeurs sont visibles partout — dans les rues, les bars et les magasins. Les enfants pratiquent ce sport partout où ils le peuvent, parfois avec des ballons de fortune, et des spectateurs de tous âges se rassemblent autour des écrans de télévision pour suivre les rencontres décisives. Singulièrement, accueillir la Coupe du Monde était une première pour l'Afrique, la région du monde la plus affectée par l'épidémie de sida. C'était une formidable occasion de faire passer le message sur le VIH auprès des millions de supporters en Afrique et ailleurs.

Les équipes nationales du sport le plus populaire au monde jouissent d'un prestige incomparable et certains de leurs membres sont devenus des célébrités de renommée internationale perçues comme des modèles par des hommes et des femmes de tous âges. Ces joueurs incarnent les espoirs et les rêves de millions de personnes, et leurs actes comme leurs paroles marquent l'esprit de leurs supporters.



Nombre d'organisations et de projets ont saisi l'occasion sans précédent que leur offrait la Coupe du Monde pour véhiculer des messages clés sur la prévention du VIH auprès des publics de l'Afrique du Sud, du continent africain et du monde entier.

1 ONUSIDA L'ONUSIDA a mobilisé des joueurs de football, notamment les capitaines des 32 équipes qualifiées pour la Coupe du Monde, afin de soutenir une nouvelle initiative baptisée *De Soweto à Rio, sanctionnons le sida d'un carton rouge pour que cesse l'infection des bébés par le VIH*. Par l'intermédiaire des ambassadeurs itinérants de l'ONUSIDA Michael Ballack, ancien capitaine de l'équipe d'Allemagne, et Emmanuel Adebayor, star internationale du ballon rond originaire du Togo, tous les capitaines d'équipe ont été invités à soutenir la campagne visant à prévenir le décès des mères lié au VIH et l'infection des bébés par le virus. L'initiative durera de la Coupe du Monde 2010 en Afrique du Sud jusqu'à la Coupe du Monde 2014 au Brésil, et fait suite à l'appel du Directeur exécutif de l'ONUSIDA pour mettre un terme à la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à 2015.

2 Africa Goal Cette initiative soutenue par l'ONUSIDA a saisi l'occasion de la Coupe du Monde pour informer sur le VIH les habitants de villages éloignés d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe. Une équipe de neuf personnes a voyagé du Kenya jusqu'à Johannesburg, rencontrant des publics variés et retransmettant chaque soir et en direct, pendant toute la durée du tournoi, des matchs de la Coupe du Monde ainsi que des vidéos d'information sur le VIH fournies par l'ONUSIDA, le SAFAIDS et, dans la mesure du possible, des organisations non gouvernementales locales. Le projet Africa Goal a mis essentiellement l'accent sur la prévention du VIH, notamment la promotion de la nécessité de connaître son statut, les risques liés au fait d'avoir plusieurs partenaires en même temps et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

3 Sony Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), Coparrainant de l'ONUSIDA, a noué un partenariat avec Sony et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) en vue d'apporter une information sanitaire, axée sur le VIH en particulier, aux communautés vulnérables du Cameroun et du Ghana. Sony avait installé de grands écrans pour diffuser en direct une vingtaine de matchs de la Coupe du Monde. Pendant toute la durée du tournoi, le PNUD, la JICA et les partenaires locaux proposaient également aux spectateurs des conseils sur le VIH et des tests ainsi que des supports d'information dans le cadre de leur campagne de sensibilisation au

VIH baptisée « Public Viewing in Africa ». Les équipes de football du Cameroun et du Ghana participaient à la Coupe du Monde.

4 Mouvement Football for Hope Créé en 2007 par la FIFA et street-footballworld, le mouvement Football for Hope vise à renforcer l'impact du football en tant qu'outil de développement social, de paix et de changement social et à maximiser le potentiel du football en tant que contributeur majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le mouvement opère au travers d'un réseau mondial d'organisations qui élaborent des projets locaux centrés sur le football. Ces organisations interviennent essentiellement dans cinq domaines : promotion de la santé, promotion de la paix, droits de l'enfant et éducation, lutte contre la discrimination et intégration sociale, et enfin environnement.

5 20 Centres pour 2010 20 Centres pour 2010 est la campagne officielle de la Coupe du Monde de la FIFA, qui ambitionne de construire 20 centres Football for Hope dédiés à la santé publique, à l'éducation et au football en Afrique, avec l'objectif d'introduire des changements sociaux positifs au travers du football. Ces centres ont pour objectif de promouvoir le développement social au sein des communautés et de renforcer les organisations locales avec des infrastructures essentielles. Ils serviront de base pour renforcer la sensibilisation au VIH, développer l'alphabétisation, améliorer l'égalité entre hommes et femmes, intégrer les jeunes souffrant de troubles d'apprentissage et promouvoir le développement social global.

6 Grassroot Soccer Grassroot Soccer forme des Africains – footballeurs professionnels, entraîneurs, enseignants et éducateurs pour les pairs – dans plusieurs pays et sous la forme d'un programme interactif de prévention du VIH et d'acquisition de compétences psychosociales ciblant la jeunesse. L'organisation couvre des thèmes comme prendre de bonnes décisions en matière de santé, créer des réseaux de soutien, faire reculer la stigmatisation et la discrimination, informer sur le test et le traitement, aborder les questions sexospécifiques et évaluer les valeurs.

7 Kick4Life Kick4Life est une organisation fondée en 2005 qui concentre ses efforts au Lesotho, en mettant en œuvre une gamme de programmes de lutte contre le VIH au travers d'une éducation à la santé basée sur le sport, du dépistage volontaire, du développement de compétences psychosociales et d'un appui à l'éducation et à l'emploi. Par son taux de prévalence, le Lesotho est le troisième pays au monde le plus touché par le VIH et l'on y dénombre des centaines de milliers d'enfants rendus orphelins par le sida.

@sida

L'influence des médias sociaux sur notre manière de communiquer et ce qu'ils représentent pour le mouvement mondial contre le sida.

Quelques heures après le séisme du 12 janvier 2010 en Haïti, de nombreuses grandes agences de presse mondiales relayaient des fils Twitter en direct et en continu. En 140 caractères maximum (la longueur d'un message Twitter), les internautes recevaient des mises à jour instantanées sur le lourd tribut payé au tremblement de terre dévastateur tandis que les médias se faisaient l'écho des récits des survivants sur Twitter et d'autres sites Internet.

Ce passage de l'actualité aux médias sociaux démontre une profonde mutation dans la reconnaissance de ces plateformes – de ce que de nombreux commentateurs qualifiaient de 'tendance passagère' à de sérieux fournisseurs d'information – à tel point que CNN avait assigné à son personnel la tâche de suivre Twitter pour se tenir au courant des derniers développements en provenance d'Haïti.

En plus d'être informé des dernières nouvelles, le monde a répondu par le biais des médias sociaux d'une manière sans précédent. Le hashtag (mot précédé d'un dièse) '#Haïti' a été inséré sur Twitter – avec une technique de collecte de fonds basée sur des SMS, cela a permis à la Croix-Rouge américaine de récolter US\$ 32 millions pour Haïti dans le mois qui a suivi le séisme. Pour la Croix-Rouge américaine, et de nombreuses autres organisations d'aide, une nouvelle norme pour la collecte de fonds a été fixée, et la valeur des médias sociaux a fait ses preuves, non seulement pour susciter une prise de conscience mais également pour édifier un soutien.

Que peut apprendre la riposte mondiale au sida de l'exemple d'Haïti et du rôle des médias sociaux dans la communication ? Sans doute beaucoup, et d'après certains experts des médias sociaux, les organisations se doivent aujourd'hui d'adopter les médias sociaux. M. Erik Qualman, auteur de l'ouvrage *Socialnomics: how social media transforms the way we live and do business*, s'exprime ainsi : « Nous n'avons pas le choix pour ce qui est de participer aux médias sociaux, la question est de savoir si nous le faisons bien. »

Le paysage des médias sociaux

Définir les médias sociaux n'est pas une chose facile. Il y a diverses explications, qui dépendent de la personne à qui la question est posée. La version anglaise de Wikipédia concernant les médias sociaux rappelle que le terme « ... est utilisé pour décrire le type de médias fondé sur la conversation et l'interaction entre des individus en ligne. Où l'on entend par médias les mots, sons et images numériques qui sont généralement communiqués via Internet et dont la valeur peut être culturelle, sociétale ou même financière. »

Les médias sociaux peuvent se référer à toute une gamme de technologies du web, allant des blogues et des wikis à des sites de réseaux sociaux (par ex., Facebook) et des sites de partage (comme YouTube). Bien qu'il soit difficile de saisir une définition qui fasse l'unanimité, on ne peut guère nier l'importance qu'ont prise les médias sociaux dans le monde.

Ce point a été confirmé par le responsable de la stratégie et de la planification du bureau de Facebook pour l'Europe, le Moyen-Orient et l'Afrique à l'occasion d'une conférence sur les médias sociaux qui s'est tenue à Londres en mars 2010. Dans sa présentation intitulée *Social Changes Everything*, M. Trevor Johnson a communiqué certaines statistiques qui démontrent la portée des médias sociaux : à lui seul, Facebook compte 400 millions d'utilisateurs actifs, qui téléchargent chaque semaine cinq milliards d'éléments de contenu et deux millions de photos par seconde et passent quotidiennement six milliards de minutes en ligne. En 2009, Facebook comptait 200 millions de nouveaux utilisateurs, et si le site était un pays et ses membres des citoyens, Facebook serait le troisième plus grand pays au monde – juste derrière la Chine et l'Inde. Ajoutez à cela d'autres sites, tels que LinkedIn, Bebo, Orkut, Renren et une multitude de plateformes régionales, et il est clair que les médias sociaux ont suscité l'intérêt de centaines de millions de personnes dans le monde.

Étant donné l'évidente popularité des médias sociaux, et la longue histoire de l'engagement de la communauté des personnes œuvrant dans le domaine du sida en faveur des campagnes centrées sur les individus et de l'activisme au niveau local, nombre d'organisations sont désormais en train d'examiner comment mettre en ligne leurs activités de plaidoyer.

Certaines organisations montrent déjà la voie. Le partenariat public-privé entre (RED) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) en est un exemple. La campagne (RED) fait équipe avec des compagnies partenaires pour fabriquer des produits (RED). Lorsqu'un produit est vendu, un pourcentage est versé au Fonds mondial qui, à son tour, distribue l'argent pour appuyer des programmes de lutte contre le VIH. Utilisant un réseau de célébrités comme porte-parole, (RED) a pu atteindre quelque 550 000 personnes sur Facebook et un million d'abonnés sur Twitter, permettant aux partisans de (RED) de suivre la campagne à la trace et de partager leurs expériences personnelles lorsqu'ils achètent un produit (RED).

Une autre illustration de la capacité des médias sociaux à susciter une plus



quand vous voyez quelque chose qui vous rappelle que vous ne pouvez pas rester les yeux fermés, vous sentez que vous devez agir.



grande prise de conscience au sujet du VIH a été démontrée lors de la Journée mondiale sida 2009, lorsque Google, Twitter et Facebook ont ‘viré au rouge’. Twitter et Facebook ont encouragé leurs utilisateurs à faire preuve de solidarité en faveur du mouvement contre le sida en apportant une série de modifications sur le thème de la couleur rouge à leurs pages, et Google a placé un ruban rouge sur sa page d'accueil et des liens qui encourageaient ses visiteurs à ‘apprendre, agir et soutenir’ les organisations représentées travaillant dans le domaine du VIH.

Une initiative communautaire devient mondiale

Avant que ces entreprises de sensibilisation plus grandes, structurées, ne s'imposent, un groupe d'individus a décidé d'utiliser ses propres réseaux pour exprimer son soutien et sa solidarité aux millions de personnes vivant avec le VIH.

Le 5 novembre 2008, un groupe Facebook appelé Journée mondiale sida 2008 : Portez un ruban rouge sur Facebook ! a été créé dans l'intention de diffuser simplement des messages de sensibilisation sur le VIH. Le groupe a encouragé les utilisateurs de Facebook à afficher un ruban rouge comme photo-profil pour la Journée mondiale sida. En moins de quatre semaines, près de 250 000 personnes y avaient participé.

« C'était étonnant de voir la mer de rubans rouges envahir Facebook, et les gens qui modifiaient leur photo-profil et parlaient de la page à leurs amis », rappelle M. Gilles Denizot, coadministrateur de ce qui est devenu la page fan de l'Armée du ruban rouge (<http://www.facebook.com/TheRedRibbonArmy>).

Depuis, l'objectif du groupe a évolué, et il entend désormais communiquer des informations sur la riposte mondiale au sida à ses plus de 500 000 membres. Il considère sa page Facebook et sa présence sur d'autres sites de médias sociaux comme une manière de partager des informations importantes avec ses fans et ses abonnés, telles que les violations des droits humains à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus. M. Denizot, un militant du sida depuis 1992, a passé de l'action au niveau de la rue – distribution de tracts et organisation de pétitions – à l'environnement des médias sociaux. « À ce moment-là, nous n'avions pas de médias sociaux, et il est donc évident que cela a changé la manière dont les gens font leur travail de sensibilisation et dont ils prennent connaissance des faits », a-t-il souligné. « Mais quand vous voyez quelque chose qui vous rappelle que vous ne pouvez pas rester les yeux fermés, vous sentez que vous devez agir. »

Activisme, ou 'slacktivism' ?

Néanmoins, Gilles Denizot admet que les médias sociaux ont leurs inconvénients. Il l'a vécu lorsqu'il a affiché une demande à l'Armée du ruban rouge de signer une pétition contre le projet de loi anti-homosexualité en Ouganda. En dépit des 500 000 membres inscrits, seuls 7000 ont répondu à cet appel.

Il a déclaré que la pétition montre la nécessité de mieux comprendre comment fonctionnent les médias sociaux et ce qui fait que les gens s'engagent. Il dit qu'il doit encore résoudre l'équation. « Qu'est-ce qui fait qu'un utilisateur de Facebook passe d'une participation passive à un groupe

à la signature active d'une pétition ? », s'interroge Gilles.

En résumé, peut-on dire que l'activisme en ligne n'est rien de plus qu'un activisme paresseux ('slacktivism') ? En anglais, le terme 'slacktivism' combine les mots 'slacker' (fainéant) et activisme et considère que les gens qui soutiennent une cause en exécutant des mesures simples ne sont pas vraiment engagés ou attachés à changer quoi que ce soit.

M. Rupert Daniels, responsable du contenu de la campagne d'éducation 1 But, n'est pas d'accord. « L'interaction sur les médias sociaux mène à quelque chose. Si vous demandez à quelqu'un de contribuer et qu'il ou elle le fait – en signant une pétition ou en faisant suivre le message Twitter – nous ne pouvons pas laisser ces gens tomber. Nous devons montrer des résultats. Ils y croient et nous aussi, nous y croyons. Chaque contribution compte », estime M. Daniels.

1 But vise à pousser les dirigeants mondiaux à honorer leur promesse de

ONUSIDA + médias sociaux

01 [@UNAIDS](https://twitter.com/UNAIDS)

02 slideshare.com/UNAIDS

03 facebook.com/UNAIDS

04 youtube.com/UNAIDS

05 flickr.com/UNAIDS

06 AIDSspace.org

fournir une éducation à 72 millions d'enfants d'ici à 2015 – l'un des huit objectifs du Millénaire pour le développement. Depuis le lancement de la campagne, plus de 7 millions de personnes ont signé un engagement sur son site Internet et 50 000 personnes ont participé à la page fan de la campagne sur Facebook.

M. Daniels souligne que le succès peut être variable et dépend du type de médias sociaux utilisé – et, très important, de la manière dont les médias sociaux sont utilisés. Bien que 1 But compte environ 6000 abonnés sur Twitter, l'équipe de la campagne chargée des médias sociaux s'est concentrée sur l'établissement de relations avec les principales personnes d'influence sur Twitter.

« Notre philosophie n'est pas nécessairement de faire venir tout le monde sur notre site Twitter ou même sur notre site Facebook. Nous sommes contents que des gens comme Shakira et la Reine Rania [de Jordanie] parlent de leur engagement en faveur de la campagne sur leur propre page Twitter », a relevé M. Daniels. « Quand vous additionnez toutes ces choses, cela représente une très forte sensibilisation à notre campagne sur les réseaux sociaux. »

Lorsqu'on lui demande comment la campagne 1 But a réussi son pari, M. Daniels donne trois conseils à toute organisation, petite ou grande, qui veut s'embarquer dans un projet de médias sociaux.

Premièrement, mettez vos propres réseaux à contribution : si vous êtes sur Facebook et avez des amis, utilisez votre connexion avec vos amis pour engager les amis de vos amis. Très rapidement, grâce à ce réseau de premier et de deuxième degré, vous aurez des milliers de personnes derrière vous. Deuxièmement, la collaboration est essentielle : trouvez des organisations qui ont un mandat ou un objectif similaire et formez un partenariat pour partager des ressources et des messages de campagne. Troisièmement, gardez votre réseau informé : une fois que vous avez un réseau bien établi, partagez les résultats et tenez vos fans et vos abonnés au courant du bon déroulement de la campagne. Il est particulièrement important de souligner

comment leur contribution a aidé la campagne à atteindre ses objectifs.

En fait, concernant les petites organisations, M. Daniels conclut que les médias sociaux représentent l'approche la plus rentable pour atteindre un large public.

Que nous réservent les médias sociaux ?

Qu'est-ce qui nous attend maintenant dans le domaine des médias sociaux ? En 2008, c'était Facebook. L'an passé Twitter. Bien que nombreux sont les experts de l'industrie qui préfèrent ne pas spéculer, l'avenir des médias sociaux s'annonce radieux.

« Les médias sociaux en sont à leurs balbutiements, et nous verrons d'importants développements, particulièrement dans l'intégration de caractéristiques sociales dans toute une diversité de produits et de plateformes », soutient M. Matthias Graf, responsable des produits et de l'ingénierie au bureau de Google pour l'Europe, le Moyen-Orient et l'Afrique. La fusion de la technologie mobile et des médias sociaux représente également une avancée passionnante dont M. Graf pense qu'elle contribuera à de nouvelles percées dans le domaine de la communication.

Pour le mouvement mondial contre le sida, le principal enjeu consiste à utiliser les outils de médias sociaux d'une manière efficace et à créer des opportunités de mobiliser des personnes intéressées et déjà engagées dans la riposte au sida.

Comme le souligne l'exemple de l'Armée du ruban rouge, une approche naturelle, à faible coût, de l'utilisation des médias sociaux peut donner d'excellents résultats. Et à l'autre extrémité du spectre, une campagne de haut niveau, telle que 1 But, montre les possibilités offertes par la sensibilisation de masse à un seul problème.

La communauté œuvrant dans le domaine du sida commence tout juste à amener son activisme – et le dynamisme qui l'entoure – vers le monde en ligne. Et bien qu'il ne semble pas y avoir de formule toute faite pour libérer le potentiel des médias sociaux comme une force de changement, ce qui est clair c'est que les possibilités sont infinies. ●



AIDSspace.org

Connecter la riposte mondiale au sida

AIDSspace.org est un site communautaire en ligne à l'intention des 33,4 millions de personnes vivant avec le VIH et des millions d'individus qui participent à la riposte au sida. AIDSspace.org a été créé pour élargir les réseaux tant informels qu'établis afin d'aider à maximiser les ressources pour une riposte plus forte à l'épidémie.

Le site s'appuie sur trois principes clés : connecter, partager et accéder. Grâce à AIDSspace, les membres peuvent se réunir et se connecter à d'autres membres pour : tirer des enseignements de leur travail ; échanger des idées et découvrir de nouveaux réseaux ; afficher et partager des politiques clés, meilleures pratiques, matériels multimédias, rapports et autre documentation essentielle ; et accéder à des postes, mandats de consultants et appels d'offres, et les afficher, ou encore devenir un fournisseur de services.

Vienne | Guide du visiteur



La ville de Vienne, qui héberge pendant une semaine la Conférence internationale sur le sida 2010, se veut aussi très accueillante à l'égard de la communauté des personnes engagées dans la lutte contre le sida. Elle a planifié plusieurs activités sur le thème du VIH et s'est efforcée de permettre aux participants de découvrir autant d'aspects de la cité que possible.

Vous avez prévu d'arriver avec quelques jours d'avance, de vous attarder après la cérémonie de clôture ou de découvrir un peu la capitale autrichienne entre deux réunions satellites ? L'équipe d'OUTLOOK a recensé quelques-unes des principales attractions et particularités de la ville pour vous permettre de goûter Vienne (au propre comme au figuré), en sirotant un café viennois ou en déambulant dans le palais impérial.

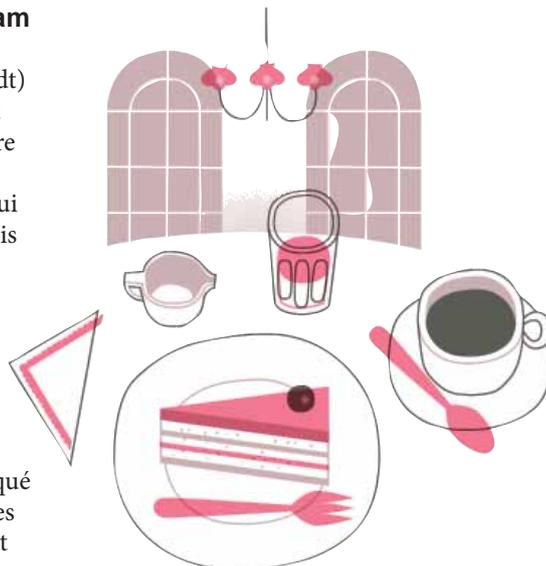
❶ Faire le tour du Ring en tram

Faire le tour du Ring en tram
La vieille ville de Vienne (Innere Stadt) est ceinturée par le Ring — un grand boulevard doublé d'une infrastructure de transports publics. Le wagon de tramway jaune de 40 places assises qui fait le tour du Ring et que les Viennois appellent le Bim à cause de la cloche qui avertit les autres usagers de la route et les piétons, est le meilleur moyen (hormis la marche) pour découvrir les hauts lieux de la ville comme le palais de l'Opéra, le palais impérial, le parlement et l'hôtel de ville. Un système audiovisuel embarqué propose des informations touristiques pendant tout le trajet. Les arrêts étant

très nombreux, vous pouvez prendre le tram et en descendre à loisir et explorer la vieille ville à pied.

❷ Regarder la foule en sirotant un café viennois

Le café est une institution à Vienne et si votre emploi du temps ne vous autorise qu'une seule activité en dehors de la conférence, venez-y déguster le légendaire café viennois en regardant la foule déambuler. La vieille ville regorge de tels



établissements mais l'un des meilleurs pour découvrir la culture du café viennois est indiscutablement Demel (Kohlmarkt 14). Cette boulangerie de la fin du 19^e siècle sert quelques-uns des meilleurs chocolats maison et pâtisseries de Vienne. Une immense fenêtre permet aux visiteurs d'observer les maîtres boulangers qui préparent les délices du jour. Demel est ouvert sept jours sur sept de 10 heures à 19 heures (www.demel.at/en)

3 Savourer une Sachertorte ou une Wiener Schnitzel

Les Viennois affirment que leur Sachertorte est le meilleur gâteau de la planète, et à en juger par les files d'attente qui se forment régulièrement devant la confiserie Sacher (Kärntner Strasse 38), cette affirmation est sans doute largement fondée. Simple et décadent à la fois, la Sachertorte est un gâteau au chocolat recouvert d'une fine couche de confiture de fruits qui dévoilera toute sa saveur servi avec un Wiener Melange brûlant (un café au lait ou à la crème fouettée). La boutique Sacher de l'Aéroport international de Vienne est l'endroit idéal pour dénicher un souvenir de dernière minute. Elle est ouverte de 9 heures à 23 heures. Un séjour à Vienne ne serait pas complet sans la dégustation de la (tristement) célèbre Wiener Schnitzel, une escalope de veau panée souvent servie avec des pommes frites. Pour en découvrir une version plus légère, rendez-vous au restaurant Glacis Beisl installé dans un jardin d'un quartier très à la mode, le MuseumsQuartier (Museumsplatz 1). Il est ouvert tous les jours de 11 heures à 2 heures du matin (glacisbeisl.at).

4 Apprécier la musique classique

Vienne est la ville de la musique classique et possède un opéra de premier ordre. Consultez le programme au Wiener Konzerthaus (Lothringerstrasse 20) pour savoir si le célèbre Orchestre Mozart de Vienne, un groupe de musiciens entièrement dévoués au répertoire du compositeur, donne des concerts (<http://konzerthaus.at>). Vous pourrez entendre des sonorités plus modernes (du jazz à la techno en passant par la musique progressive) dans de nombreux lieux de la ville, souvent en plein air.

5 Visiter la résidence d'été de l'ancienne monarchie autrichienne

Autrefois résidence des Habsbourg — la famille impériale autrichienne — le palais de Schönbrunn (Schönbrunner Schloßstrasse 47) est considéré comme l'une des constructions baroques les plus raffinées d'Europe, et il est classé au patrimoine mondial de l'UNESCO. Une visite guidée vous fait traverser des pièces soigneusement restaurées, comme la salle des miroirs où Mozart donna son premier concert à l'âge de six ans devant l'impératrice Marie-Thérèse. Les jardins du palais sont tout aussi impressionnants avec leur labyrinthe, leurs fontaines élaborées et un jardin botanique. Consultez le site Internet pour connaître les horaires d'ouverture (www.schoenbrunn.at/fr).

6 S'enthousiasmer

Avec plus de 100 musées, il peut être difficile pour le visiteur de choisir quelles collections et expositions privilégier. Le musée Albertina (Albertinaplatz 1) propose l'une des plus grandes collections d'arts graphiques au monde, et sa collection permanente recèle des chefs-d'œuvre de Klimt, Monet, Picasso et Baseliitz. Les aficionados du peintre autrichien

Vienne en bref

- 1,7 million de résidents (2009).
- Dixième plus grande ville de l'Union européenne par sa population.
- Vieille ville classée au patrimoine mondial de l'UNESCO.
- Composée de 23 districts (Bezirke) dont chacun dégage une atmosphère qui lui est propre.
- Accueille l'Office des Nations Unies à Vienne, le siège de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), un Coparrainant de l'ONUSIDA, l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et le siège de beaucoup d'autres organisations internationales.

Egon Schiele se rendront directement au Leopold Museum du MuseumsQuartier qui héberge la plus grande collection d'œuvres de cet artiste, dont son autoportrait. Plusieurs chefs-d'œuvre de Gustav Klimt, notamment La Vie et la Mort, y sont également visibles. Les étages supérieurs du musée offrent un panorama de la vieille ville. Le MuseumsQuartier abrite aussi le Musée d'art moderne (MUMOK) et la Kunsthalle. Après ces visites inspirantes, n'hésitez pas à vous attarder dans ce quartier très vivant pour écouter les orchestres qui s'y produisent à la tombée de la nuit, au gré de leur fantaisie (mqw.at).



Les expressions à connaître pour circuler dans Vienne

Bonjour

Guten Tag/Grüss Gott [*Gu:ten Taag/Gruss Gott*]

Comment allez-vous ?

Wie gehts? [*Vi:guétts*]

Excusez-moi

Entschuldigen Sie bitte/Entschuldigung [*Ent-choul-di-guenne zie bitté/Ent-choul-di-goung*]

Je suis perdu(e). Où puis-je trouver... ?

Ich habe mich verirrt Wo finde ich...? [*iche hab-eh miche fer-irrtte...voh finn-deh ich?*]

Super/formidable

Leiwand (familier) [*l'aïl-vaand*]

Oui

Ja [*yaa*]

Non

Nein [*naynne*]

S'il vous plaît

Bitte [*bit-eh*]

Merci

Dankeschön/Vielen Dank [*Daan-keh-scheune/Filen Daank*]

Se repérer

Comment se rendre du centre de conférences au centre ville

La Conférence internationale sur le sida se tient dans le centre de conférences Reed Messe (Messeplatz 1), dans une zone verte à proximité du Danube, à quatre kilomètres environ du centre ville. Vienne dispose d'excellents services de transports publics et le site de la conférence est desservi par le métro (U-Bahn), le tram et des bus. La ligne de métro U2 (ligne violette) permet de rejoindre le centre ville directement à partir de deux stations, Messe Prater et Krieau, qui encadrent le centre de conférences.

7 Gravier les marches du Stephansdom

Gravier les marches du Stephansdom La plus grande église de Vienne, le Stephansdom (cathédrale Saint-Étienne) est le lieu le plus visité de la ville. Construite initialement au milieu du 12^e siècle, elle a échappé au grand incendie de 1258 et aux destructions de la Seconde guerre mondiale. D'inspiration résolument gothique, la tour Sud de la cathédrale et son toit de tuiles multicolores dominent la vieille ville. Les visiteurs peuvent gravir les 343 marches menant à la salle du gardien de la tour pour jouir d'une vue époustouflante.

8 Prendre le frais sur les rives du Danube

Vous pourrez vous rendre à Alte Donau (ligne de métro U1, station Alte Donau) pour vous détendre après une longue journée de conférence. Dans une zone tranquille au bord du Danube, les visiteurs peuvent nager, louer un bateau, prendre des leçons de voile, manger un morceau dans l'un des petits restaurants ou tout simplement se relaxer sur les rives du fleuve (www.alte-donau.info).

9 Déambuler dans le Naschmarkt

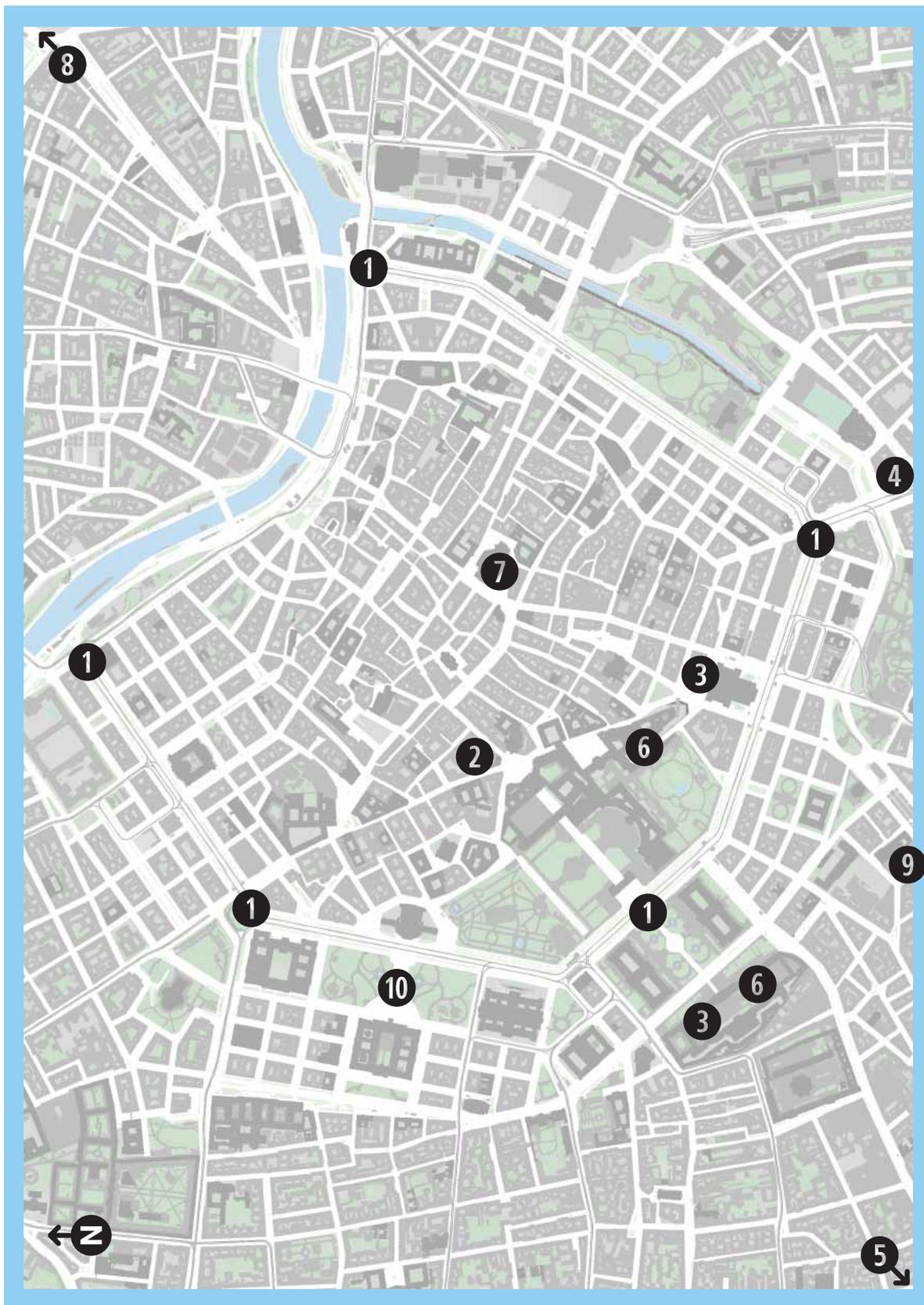
Vienne est une ville de marchés — 26 pour être exact. Le Naschmarkt (entre Karlsplatz et Kettenbrückengasse) est le plus grand marché de plein air de la ville, considéré aussi comme l'un des meilleurs avec ses étals de produits frais qui proposent des spécialités autrichiennes et d'ailleurs. Le samedi, tout ce que Vienne compte de chineurs, collectionneurs et badauds se presse dans le marché aux puces adjacent. Les amateurs du mouvement architectural et artistique Jugendstil (Art Nouveau) apprécieront les très nombreux bâtiments de ce style qui entourent le marché (www.wiener-naschmarkt.eu).

10 Voir un film en plein air sur la Rathausplatz

La plupart des hôtels de ville ne sont pas des lieux où l'on aime se promener mais Vienne a fait de son Rathaus plus qu'un bâtiment administratif. L'été, la place devant l'hôtel de ville se transforme en cinéma en plein air animé où des films sur le thème du VIH seront diffusés en soirée pendant la semaine de la conférence. Si le temps le permet, ce sera un événement à ne pas manquer. Rendez-vous sur le stand d'information de la conférence pour connaître le programme.



Centre ville de Vienne



LE MOT DE LA FIN

Ambassadrice itinérante de l'ONUSIDA
Mme Annie Lennox



OUTLOOK laisse le mot de la fin à Mme Annie Lennox, Ambassadrice itinérante de l'ONUSIDA.

Qu'est-ce qui vous pousse à défendre la cause avec autant de passion ?

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion de rencontrer des personnes et de visiter des lieux dévastés par la pandémie de sida, et j'ai commencé à comprendre que les femmes et les enfants étaient les premières victimes. Il s'agit là d'un anéantissement à grande échelle et pourtant, le sujet est plus que souvent passé sous silence par les médias occidentaux. En tant que femme et mère, m'exprimer sur la question, tenter d'y sensibiliser les autres du mieux que je peux et d'utiliser la tribune dont je dispose pour servir cette cause s'impose vraiment à moi.

En tant que nouvelle Ambassadrice itinérante de l'ONUSIDA, quels sont vos objectifs ?

Le VIH est un problème complexe aux multiples facettes dont chacune nécessite notre attention. Tant qu'il n'existe pas de vaccin ni de traitement curatif, les solutions ne sont pas simples. Jusqu'ici, je me suis surtout concentrée sur l'Afrique du Sud dont le taux de prévalence du VIH est l'un des plus élevés et où près d'une femme enceinte sur trois est séropositive.

Avec le lancement du nouveau plan stratégique national qui ambitionne de diviser le taux d'infection par deux et de doubler le déploiement du traitement, j'espère constater une certaine forme d'amélioration ; cependant, avec la crise économique et le plafonnement des budgets des donateurs, je crains que ces objectifs ne puissent être atteints et je m'inquiète aussi de ce que l'avenir réserve à l'Afrique subsaharienne. Mon principal objectif est de venir en aide aux femmes et aux enfants, en particulier leur donner accès

à un traitement salvateur, ce qui devrait être un droit humain fondamental mais se révèle tragiquement hors de portée pour des millions de personnes.

Je prendrai conseil auprès de l'ONUSIDA et j'essaierai d'utiliser mes ressources et la tribune dont je dispose pour faire passer le message encore et encore ; je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que la situation évolue.

Comment pouvons-nous agir pour faire progresser la riposte au sida ?

Bonne question ! Je me la pose chaque jour. Je pense que la seule réponse est de rester impliqué et de ne pas se laisser aller au désespoir.

Nous aimerions vous poser quelques questions plus légères...

Où avez-vous vécu enfant ?

J'ai passé les huit premières années de ma vie avec mes parents dans un deux pièces à Aberdeen dans le Nord-Est de l'Écosse. Nous avons ensuite emménagé dans une des premières tours de logements sociaux de la ville, qui nous semblaient très modernes et luxueuses à l'époque car nous disposions d'une vraie salle de bains avec une baignoire et l'eau chaude, d'un téléphone et j'avais ma propre chambre !

Comment vous détendez-vous ?

Je me mets au lit ! C'est le meilleur endroit pour recharger mes batteries et me relaxer !

Quelle est votre cuisine préférée ?

J'aime tout mais j'apprécie en particulier les cuisines japonaise et italienne.

Qui est votre héros ?

Nelson Mandela.

Quel est votre musique favorite ?

Franchement, il m'est impossible de répondre à cette question car j'aime la musique sous toutes ses formes. Mes goûts sont résolument éclectiques. J'ai peut-être une préférence pour la soul music. Allez savoir pourquoi !

Quel est votre livre préféré ?

N'importe quel ouvrage avec des photos et une couverture attrayante !

Quel est votre film favori ?

Spinal Tap.

Quel est votre meilleur souvenir ?

Avoir mis mes deux filles au monde en toute sécurité.

Qu'est-ce qui vous motive ?

En tant que mère et femme, je suis en empathie et je m'identifie avec les autres femmes, en particulier celles des pays en développement si démunies en termes d'émancipation, d'autonomie, de droits humains, d'accès à l'éducation, de traitement médical, de droits liés à la reproduction, etc. Je me sens tellement reconnaissante d'avoir bénéficié de ces privilèges et réalisant que c'est loin d'être un acquis pour les deux tiers des personnes (des femmes) les plus pauvres au monde, je veux apporter ma contribution et utiliser la tribune dont je dispose ainsi que mes ressources pour essayer de faire changer les choses.

Quelle est la qualité humaine que vous admirez le plus ?

La bonté.

Qu'appréciez-vous le plus chez vos amis ?

Ce qui nous a attirés l'un vers l'autre au départ. Une relation amicale est presque indéfinissable et certainement pas quantifiable.

Si l'un de vos souhaits pouvait être exaucé, que demanderiez-vous ?

Guérir la planète de ses destructions violentes et de sa folie. Vous vouliez le savoir, c'est dit !

Que voulez-vous devenir plus tard ?

Un esprit éclairé.

Quel est votre lieu préféré ?

Ma chambre.

Quel est votre mot d'ordre ?

Je n'en ai pas... je n'ai jamais fait partie des scouts !

Objectif zéro.

Zéro bébé infecté par le VIH d'ici à 2015.

Unir le monde
contre le sida



« Nous pouvons empêcher les mères de mourir et les bébés d'être infectés par le VIH. C'est la raison pour laquelle j'en appelle à une élimination virtuelle de la transmission mère-enfant du VIH d'ici à 2015. »

Michel Sidibé
Directeur exécutif de l'ONUSIDA
21 mai 2009

20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE