

# PERSPECTIVES

L'ACCÈS  
UNIVERSEL  
DE A À Z

OÙ VA  
L'ARGENT  
DU SIDA ?

D'HIER À  
AUJOURD'HUI :  
CE QUI A CHANGÉ

AVEC MES MOTS :  
LA PRÉVENTION DU VIH  
EN QUATRE RÉCITS

LE MOT DE  
LA FIN PAR  
MICHEL SIDIBÉ

24 HRS  
DE MA VIE

PRUDENCE MABELE RACONTE SON HISTOIRE

# Le terrible fossé

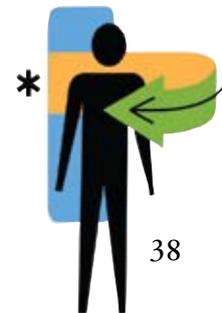
*Traitement du sida en Afrique*



© Gideon Mendel, 2003



*Originaire de Khayelitsha, au Cap (Afrique du Sud), Thobani Ncapayi est séropositif au VIH et sous traitement. « Maintenant je me sens comme tout le monde. Je ne pense pas constamment au VIH. Je n'entretiens plus mes rêves », confie-t-il.*



## EN MOTS

NOTRE POINT DE VUE | 05

VUE D'ENSEMBLE DE L'ÉPIDÉMIE | 07

Les dernières statistiques mondiales et régionales.

CARACTÉRISTIQUES D'UNE MAUVAISE LOI | 12

Regard amusé sur une question grave : comment les mauvaises lois entravent les efforts de traitement et de prévention en matière de VIH.

L'INCARNATION DU CHANGEMENT | 16

Quel est l'avenir du sida ? Regard sur des questions touchant la jeunesse, la sexualité et l'évolution des comportements des adultes et des jeunes.

ÉTUDE DE CAS SUR LE TRAITEMENT :  
LE FONDS MONDIAL | 22

LABORATOIRE D'IDÉES | 28

Innovations dans le domaine de la riposte au sida : des idées qui marchent. Tour d'horizon des efforts déployés actuellement dans le monde pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH.



28

## EN IMAGES

LE TERRIBLE FOSSÉ | 01

Traitement du sida en Afrique

LES NEUF DOMAINES PRIORITAIRES  
DE L'ONUSIDA | 14

S'inspirant du *Cadre de résultats de l'ONUSIDA, Perspectives ONUSIDA* met en images les neuf domaines prioritaires de l'ONUSIDA.

DES ENFANTS NÉS DE L'ESPOIR | 30

Une Vietnamiennne s'apprêtant à donner naissance à son deuxième enfant nous ouvre son album photos.



08



31



14



29

### 08 D'HIER À AUJOURD'HUI : CE QUI A CHANGÉ

Comment les actions de prévention du VIH et les études sur les modes de transmission changent notre regard sur la prévention. Il s'agit de préconiser l'utilisation de nouvelles données sur les façons dont le virus se transmet – les « modes de transmission » – comme composante essentielle à intégrer dans l'élaboration des programmes de prévention du VIH.

### 18 EN COUVERTURE : 24 HEURES DE MA VIE

Prudence Mabele raconte son histoire. Vivant avec le VIH depuis 19 ans, elle a fondé, en 1996, l'ONG Positive Women's Network, dont elle est directrice exécutive. Cette organisation fournit un appui et des informations aux femmes vivant avec le VIH en Afrique du Sud. Découvrez comment cette femme dynamique fait avancer la riposte au sida.

### 24 OÙ VA L'ARGENT DU SIDA ?

Les flux financiers dans la riposte au sida. Dépenses nationales et contributions des donateurs : mise en rapport des ressources, des données et des actes.

### 34 AVEC MES MOTS

L'influence de la prévention du VIH dans la vie de quatre personnes, qui nous livrent chacune leur récit.

### 38 L'ACCÈS UNIVERSEL DE A À Z

Un rappel des aspects clés du mouvement vers l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, inspiré de la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida de 2006.

### 40 LE MOT DE LA FIN

*Perspectives ONUSIDA* donne le mot de la fin à Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA depuis bientôt un an.

>

**« AUCUNE DISCRIMINATION NE DEVRAIT ÊTRE ÉTABLIE À L'ENCONTRE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, Y COMPRIS EN CE QUI CONCERNE LEUR CAPACITÉ DE VOYAGER D'UN PAYS À L'AUTRE. LE FAIT QUE CE SOIT POURTANT LE CAS DEVRAIT NOUS REMPLIR DE HONTE.**

**...J'APPELLE TOUS LES GOUVERNEMENTS À RÉVISER LEURS CADRES JURIDIQUES AFIN DE GARANTIR LA CONFORMITÉ DE CES DERNIERS AUX PRINCIPES DES DROITS DE L'HOMME, CE DONT DÉPEND UNE RIPOSTE SOLIDE À L'ÉPIDÉMIE DE SIDA. IL NE S'AGIT PAS SEULEMENT D'UN DÉFI MÉDICAL OU SCIENTIFIQUE. C'EST ÉGALEMENT UN DÉFI MORAL. TROUVONS LA SAGESSE ET LE COURAGE DE MENER UNE ACTION AMBITIEUSE SUR TOUS CES FRONTS. C'EST LÀ LE SEUL MOYEN DE RELEVER CE DÉFI DANS TOUTE SA COMPLEXITÉ ET SON ÉTENDUE. »**

**BAN KI-MOON, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DES NATIONS UNIES**

>

**LES ÉTATS-UNIS FONT DésORMAIS PARTIE DES PAYS, DE PLUS EN PLUS NOMBREUX, AYANT LEVÉ LES RESTRICTIONS DE VOYAGE LIÉES AU VIH.**

**L'ONUSIDA ESTIME QUE PRÈS DE 60 PAYS IMPOSENT DIFFÉRENTES FORMES DE RESTRICTIONS DE VOYAGE À L'ENCONTRE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. LES DIRECTIVES INTERNATIONALES SUR LE VIH/SIDA ET LES DROITS DE L'HOMME SPÉCIFIENT QUE TOUTE RESTRICTION DE LA LIBERTÉ DE CIRCULATION OU DE CHOIX DE RÉSIDENCE FONDÉE UNIQUEMENT SUR UNE SÉROPOSITIVITÉ SUPPOSÉE OU AVÉRÉE, Y COMPRIS LE DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES VOYAGEURS INTERNATIONAUX, EST DISCRIMINATOIRE.**

>

# Notre point de vue

## SUR LA VOIE DE L'ACCÈS UNIVERSEL

L'Afrique du Sud, qui compte le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH, lancera une campagne de mobilisation massive à l'occasion de la Journée mondiale sida 2009, en vue de la réalisation de ses objectifs en matière d'accès universel. Le Président Zuma s'est engagé à ce que son gouvernement élargisse la couverture du traitement anti-rétroviral à 80% et réduise de moitié le nombre de nouvelles infections. Cet engagement renouvelé offre la possibilité de remodeler le visage de l'épidémie. De nombreux autres pays revoient aussi leur riposte nationale au sida et ajustent leurs stratégies en vue d'élargir l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui dans le domaine du VIH. (Voir les extraits du discours du Président Zuma page 11.)

## LA MOINDRE INITIATIVE EST IMPORTANTE

En de nombreux endroits du monde, les droits de l'homme et la dignité de ceux qui n'ont pas la possibilité de se faire entendre l'ont emporté. La Cour suprême d'Indonésie a rendu une décision selon laquelle les consommateurs de drogues injectables ne devaient pas être incarcérés, mais devaient plutôt avoir accès à un traitement. La Haute Cour de Delhi (Inde) a redonné leur dignité aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en abrogeant une loi vieille de 150 ans qui criminalisait les pratiques sexuelles entre adultes consentants. El Salvador a promulgué un décret ministériel interdisant la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle. Les États-Unis d'Amérique ont levé les restrictions sur l'entrée dans le pays des personnes vivant avec le VIH. À Kolkata (Inde), des professionnel(le)s du sexe gèrent plus d'une dizaine de centres d'instruction non scolaire et deux foyers accueillant les enfants de professionnel(le)s du sexe afin qu'ils puissent poursuivre leur scolarité.

## CHAQUE IDÉE AMBITIEUSE COMPTE

L'ONUSIDA est d'avis qu'il est possible de parvenir à une élimination presque totale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à 2015. Au Botswana, en Namibie et au Swaziland, plus de 90% des femmes enceintes séropositives bénéficient déjà d'un traitement antirétroviral prophylactique afin d'empêcher que leur bébé ne naisse avec le virus. Les objectifs de l'accès universel en matière de traitement antirétroviral sont en passe d'être atteints dans de nombreux pays, dont la Zambie. L'intégration de services en rapport avec la tuberculose et le VIH en Afrique du Sud a permis de sauver un grand nombre de vies et de réduire le fardeau de la tuberculose.

La demande de traitement contre le sida devrait être l'occasion, pour l'Afrique, de réformer ses pratiques pharmaceutiques. Une Agence africaine des médicaments unique offre la possibilité de certifier la qualité des médicaments, d'intégrer le marché africain des traitements et d'encourager les investissements privés sur le continent. Elle peut en outre servir de modèle pour un développement à plus grande échelle, qui contribuera à créer un mouvement visant à lutter contre le sida et à atteindre les OMD en Afrique.

En Thaïlande, l'essai vaccinal a montré que l'espoir d'un vaccin contre le VIH se concrétisera un jour. Quand ce jour viendra, il faudra que ce vaccin soit financé comme un bien public, accessible à tous.

## LE SIDA SORT DE SON ISOLEMENT

Le caractère unique du sida empêche de le traiter par une approche cloisonnée. Des données récentes indiquent que le VIH peut avoir une grave incidence sur la mortalité maternelle. On estime, grâce à des travaux de recherche, que près de 50 000 décès maternels survenus en 2008 étaient liés au VIH. Il faut que les deux types de programmes – santé maternelle et infantile et lutte contre le VIH – donnent lieu à une synergie en vue d'atteindre leur but commun : sauver des mères et des bébés. Nous devons relier nos progrès en matière de sida aux autres objectifs du Millénaire pour le développement et suivre une stratégie ambitieuse qui nous conduira vers 2015 et au-delà.

## Dans ce numéro

Dans ce premier numéro, le rapport *Perspectives ONUSIDA* explore des idées nouvelles et des moyens d'exploiter les données collectées dans le rapport *Le point sur l'épidémie de sida*, qui l'accompagne.

L'épidémie de VIH à laquelle le monde est confronté aujourd'hui a clairement changé de visage par rapport à 1996, année où elle avait atteint son pic. Le nombre de personnes vivant avec le VIH n'a cessé d'augmenter, quoique plus lentement. Si nous voulons qu'un véritable changement se produise dans la vie, les aspirations et l'avenir des individus, nous devons conduire, aujourd'hui, une riposte qui ne se laisse pas distancer par l'épidémie et parvienne même à la devancer.

*Quelques statistiques fondamentales pour l'année 2008 :*

### NOUVELLES INFECTIONS QUOTIDIENNES

Enfants	1200	↓
Jeunes	2500	↓
Adultes	3700	↓

### NOUVELLES INFECTIONS À VIH

Enfants	430 000	↓
Jeunes	920 000	↓
Adultes	1 340 000	↓

### PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Enfants	2 100 000	↑
Jeunes	5 000 000	↑
Adultes	26 300 000	↑

### DÉCÈS LIÉS AU SIDA

Jeunes	280 000	↓
Adultes	1 700 000	↑

### RESSOURCES DISPONIBLES (USD)

APD multilatérale	2,1 milliards	↑
APD bilatérale	5,7 milliards	↑
Intérieures	7,2 milliards	↑
Secteur philanthropique	0,7 milliard	↑



# VUE D'ENSEM- BLE DE L'ÉPIDÉMIE

*Voici quelques extraits du rapport **Le point sur l'épidémie de sida 2009**, qui relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/sida dans le monde. Agrémentée de cartes et de résumés régionaux, l'édition 2009 présente les plus récentes estimations relatives à l'ampleur et au bilan humain de l'épidémie et examine les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie.*

Le nombre des personnes vivant avec le VIH dans le monde a continué d'augmenter en 2008, pour atteindre un total estimé de 33,4 millions [31,1 millions–35,8 millions]. Cet accroissement ininterrompu de la population des personnes vivant avec le VIH traduit les effets combinés du taux toujours élevé des nouvelles infections par le VIH et de l'impact positif des thérapies antirétrovirales. La propagation du VIH dans le monde a atteint son pic en 1996 – année où 3,5 millions [3,2 millions–3,8 millions] de nouvelles infections par le VIH ont été totalisées. On estime à 2,7 millions [2,4 millions–3,0 millions] le nombre des nouvelles infections par le VIH survenues au cours de l'année 2008.

L'épidémie paraît s'être stabilisée dans la plupart des régions, même si la prévalence continue d'augmenter en Europe orientale et en Asie centrale à cause d'un taux élevé de nouvelles infections par le VIH. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus lourdement affectée, avec 71% de l'ensemble des nouvelles infections par le VIH totalisées en 2008. La résurgence de l'épidémie chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu élevé est de mieux en mieux documentée. On relève des différences et des spécificités dans toutes les régions, avec quelques épidémies nationales toujours en progression alors même que l'incidence globale du VIH s'est stabilisée à l'échelle régionale. On constate que les décès liés au sida ont atteint leur pic en 2004 ; on estime à 2 millions [1,7 million–2,4 millions] le nombre de décès liés au sida survenus au cours de l'année 2008.

Un total estimé de 430 000 [240 000–610 000] nouvelles infections par le VIH ont touché les enfants de moins de 15 ans en 2008. La plupart d'entre elles résultent probablement d'une transmission *in utero*, d'une transmission au cours de l'accouchement ou d'une transmission par l'allaitement au sein.

## AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Dans la région, l'impact de l'épidémie demeure énorme sur les foyers, les communautés, les entreprises, les services publics et les économies nationales. L'élargissement rapide de l'accès aux thérapies antirétrovirales

permet néanmoins des gains considérables en termes de santé publique. Pourtant, l'épidémie continue de progresser plus vite que la riposte. Préserver la viabilité à long terme des programmes de traitement et atténuer l'impact de l'épidémie dans la région nécessitent l'adoption immédiate de mesures pour renforcer la priorité donnée à la prévention du VIH et aligner les stratégies de prévention sur les besoins réels.

## ASIE

L'Asie, qui abrite 60% de la population mondiale, se situe juste derrière l'Afrique subsaharienne pour ce qui est du nombre de personnes vivant avec le VIH. L'épidémie s'est longtemps concentrée dans des populations spécifiques, c'est-à-dire les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Cependant, dans de nombreuses régions, l'épidémie s'étend progressivement à des populations à moindre risque par la transmission aux partenaires sexuels des personnes les plus exposées au risque. En Chine, où l'épidémie était auparavant liée à la consommation de drogues injectables, la transmission hétérosexuelle est devenue le mode prédominant de transmission du VIH.

## EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

L'Europe orientale et l'Asie centrale sont la seule région dans laquelle la prévalence du VIH se maintient clairement à la hausse. La consommation de drogues injectables reste le principal mode de transmission dans la région. Dans de nombreux pays, les consommateurs de drogues s'adonnent fréquemment au commerce du sexe, ce qui amplifie le risque de transmission. Avec une transmission accrue parmi les partenaires sexuels des consommateurs de drogues, nombre de pays de la région connaissent actuellement une transition d'une épidémie largement concentrée parmi les consommateurs de drogues à une épidémie qui se caractérise de plus en plus par une importante transmission sexuelle.

## CARAÏBES

Les Caraïbes ont été plus gravement affectées par le VIH que n'importe quelle autre

région du monde à l'exception de l'Afrique subsaharienne, avec le deuxième plus fort niveau de prévalence du VIH chez l'adulte. Les maladies liées au sida étaient la quatrième cause de décès parmi les femmes de la région en 2004 et la cinquième cause de décès parmi les hommes. La transmission hétérosexuelle, souvent liée au commerce du sexe, est la première source de transmission du VIH, bien que des données émergentes indiquent qu'une transmission importante se produit parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

## AMÉRIQUE LATINE

Avec une prévalence régionale du VIH de 0,6%, l'Amérique latine connaît principalement des épidémies de faible niveau et concentrées. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent la plus grande part des infections dans la région, bien que les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients portent un fardeau important d'infection. Toutefois, seule une infime fraction des dépenses de prévention du VIH dans la région va aux programmes de prévention axés précisément sur ces populations. Le fardeau du VIH semble en augmentation parmi les femmes en Amérique centrale.

## MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Les épidémies du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord sont généralement concentrées parmi les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Les deux exceptions à ce profil général sont Djibouti et le Sud-Soudan, où la transmission se produit également dans la population générale.

## AMÉRIQUE DU NORD ET EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Les progrès réalisés pour réduire le nombre des nouvelles infections à VIH sont en perte de vitesse en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale. Entre 2000 et 2007, le taux des cas d'infection à VIH nouvellement signalés en Europe a presque doublé. En 2008, les Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique) estimaient que l'incidence annuelle du VIH était restée relativement stable aux États-Unis d'Amérique depuis le début des années 1990, bien que le nombre annuel des nouvelles infections à VIH en 2006 soit près de 40% plus élevé qu'on ne l'avait estimé auparavant.

# D'HIER À AUJOURD'HUI : CE QUI A CHANGÉ

## DES DONNÉES DU RAPPORT *LE POINT SUR L'ÉPIDÉMIE DE SIDA 2009* INDICENT QU'IL FAUT ENVISAGER UNE PRÉVENTION PLUS AVISÉE SI NOUS VOULONS VRAIMENT CHANGER LES CHOSSES.

On estime à 2,7 millions le nombre de nouvelles infections dans le monde. Pour deux personnes qui entament un traitement antirétroviral, cinq autres sont nouvellement infectées. Il apparaît de plus en plus nettement que les grands programmes de prévention mis en place au début de l'épidémie sont susceptibles de ne plus avoir les mêmes répercussions aujourd'hui.

Comme l'épidémie de VIH évolue, il doit en aller de même pour la riposte. Les pays s'adaptent notamment en exploitant des données pour suivre la source des nouvelles infections, ou « modes de transmission », et en élaborant ensuite des programmes de prévention sur la base des éléments concrets observés. En détectant des discordances entre les lieux où surviennent les infections, ce modèle prouve son utilité pour l'élaboration de stratégies visant à mettre un terme aux nouvelles infections et pour l'affectation des ressources.

C'est le modèle que viennent d'appliquer les autorités nationales de coordination sida du Kenya, du Lesotho, de l'Ouganda, du Swaziland et de la Zambie, dont les conclusions ont été récemment publiées dans une collection intitulée *HIV prevention response and main modes of transmission* (action de prévention du VIH et principaux modes de transmission).

On a ainsi pu apporter des réponses à des questions fondamentales comme « Sur quoi les programmes de prévention du VIH devraient-ils se concentrer ? » ou « En quoi la programmation relative au VIH devrait-elle consister ? ».

Les faits observés dans divers pays indiquent nettement que l'efficacité des programmes de prévention dépend des actions suivantes :

- mieux comprendre les populations clés plus exposées au risque d'infection ;
- tenir compte des facteurs contextuels ;

- accorder la priorité aux régions lourdement affectées ;
- accroître les investissements en faveur de la prévention du VIH et les maintenir sur le long terme.

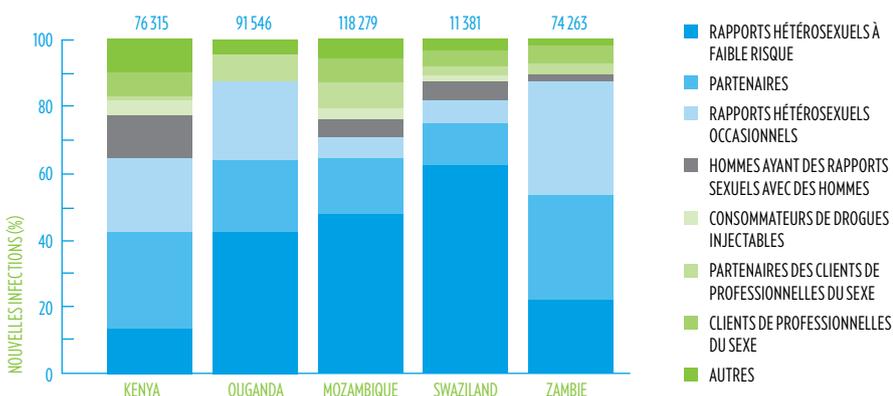
### MIEUX COMPRENDRE LES POPULATIONS CLÉS PLUS EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION

Dans certains pays où les épidémies sont généralisées et hyperendémiques, le VIH s'est propagé dans la population générale. Même dans de tels contextes, une meilleure compréhension de la dynamique des risques est indispensable à l'élaboration de messages de prévention qui ont un réel effet.

Considérons, par exemple, le Lesotho, un pays de petite taille où surviennent chaque jour quelque 60 nouvelles infections. La prévalence du VIH parmi les adultes dans ce pays est de plus de 23%, et le premier rapport sexuel, tant chez les hommes que chez les femmes, a lieu à un âge précoce. Ces données pourraient laisser penser que les programmes de prévention devraient s'efforcer de toucher l'ensemble des hommes et des femmes. Pourtant, des chercheurs ont observé que plus d'un tiers de l'ensemble des nouvelles infections survenaient chez les personnes ayant un partenaire unique, alors qu'environ deux tiers étaient dues à des multipartenariats sexuels. En outre, des études démographiques et sanitaires de 2004 ont montré qu'au Lesotho, un tiers de l'ensemble des couples était constitué d'un partenaire vivant avec le VIH. Malgré tout, rares étaient les programmes de communication en faveur des changements comportementaux et sociaux qui ciblaient explicitement les adultes, les couples mariés et les personnes engagées dans une relation régulière à long terme. Une conclusion similaire a été dégagée par des chercheurs au Swaziland.

En effet, le Swaziland a jugé qu'il devait redéfinir son concept de « populations clés plus exposées au risque d'infection » et faire correspondre à celles-ci un scénario épidémique qui leur soit propre. Par exemple, le pays a établi que les populations en mouvement constituaient un groupe nécessitant une attention particulière, car des hommes et des femmes qui se trouvaient loin de chez eux durant des périodes plus longues et dormaient plus souvent loin de leur domicile

Diagramme 1. Incidence par mode de transmission



Source : résultats du projet « Know your epidemic » en Afrique australe et Afrique de l'Est. Rapports disponibles en anglais sur <http://www.unaidsrsta.org/hiv-prevention-modes-of-transmission>.

présentaient une prévalence élevée du VIH. Les autres groupes désignés pour être ciblés par les programmes de prévention étaient les personnes engagées dans une relation régulière à long terme et les couples mariés ayant des partenaires multiples et concomitants, les couples sérodifférents et ceux dont les deux partenaires sont séropositifs ainsi que les personnes vivant avec le VIH.

Au Kenya, la plupart des nouvelles infections surviennent chez les personnes qui ont des rapports sexuels occasionnels avec des partenaires multiples et chez leur partenaire monogame. L'étude a néanmoins fait ressortir qu'il était nécessaire de continuer à atteindre les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les détenus et les consommateurs de drogues injectables, qui représentent à eux tous environ 31% de l'ensemble des nouvelles infections. Des conclusions similaires ont été dégagées au Mozambique, où près de 27% des nouvelles infections surviennent parmi les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables.

Par ailleurs, en Asie, l'épidémie est accentuée par les rapports sexuels rémunérés non protégés, l'utilisation commune de matériel d'injection contaminé par les consommateurs de drogues injectables et les rapports sexuels non protégés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les hommes ayant recours à des rapports sexuels rémunérés constituent le plus grand groupe de population infecté et sont, pour la plupart, mariés ou en passe de l'être. Cette situation expose un grand nombre de femmes au risque d'infection à VIH – des femmes, qui, n'ayant de rapports sexuels qu'avec leur mari ou un partenaire stable, sont souvent perçues comme étant « à faible risque ». Les chiffres peuvent être extrêmement élevés du fait du grand nombre d'habitants des pays d'Asie.

**ASTUCE : EXAMINEZ PLUS ATTENTIVEMENT VOTRE ÉPIDÉMIE - ASSUREZ-VOUS QUE LES MESSAGES DE PRÉVENTION RESTENT EFFICACES ET NE PRÉTENDENT PAS QUE TOUT LE MONDE EST EXPOSÉ AUX MÊMES RISQUES OU EST « À FAIBLE RISQUE ».**

### TENIR COMPTE DES FACTEURS CONTEXTUELS

Des études montrent qu'en dépit des données concrètes sur les facteurs de risque de l'épidémie, rares sont les programmes qui tiennent suffisamment compte des facteurs sociaux et structurels dans les programmes de prévention du VIH.

L'étude sur les modes de transmission au Swaziland a indiqué que l'épidémie de VIH du pays était entretenue par des facteurs culturels et socio-économiques sous-jacents, tels que les différences de pouvoir dans les relations intimes, les attitudes découlant du sentiment de se croire tout permis au plan sexuel, les attentes culturelles des hommes et des femmes et les écarts de revenus. Des hommes et des femmes continuent d'avoir des relations sexuelles souvent non protégées avec des partenaires sexuels multiples et concomitants sur le long terme.

# LA C'ÉTAIT & LA C'EST Hier & Aujourd'hui

## HIER

AFRIQUE : PARTENAIRES MULTIPLES

AFRIQUE : « VIEUX PROTECTEURS », HOMMES PLUS ÂGÉS AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES JEUNES FEMMES

TRAITEMENT TROP COÛTEUX POUR ÊTRE FOURNI À GRANDE ÉCHELLE

ASIE : L'ÉPIDÉMIE SERA AUSSI GÉNÉRALISÉE QU'EN AFRIQUE

ASIE : CONCENTRATION DANS LES POPULATIONS PLUS EXPOSÉES (HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE ET LEURS CLIENTS)

AMÉRIQUE LATINE : LES EFFORTS PORTENT SURTOUT SUR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ET LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE ET LEURS CLIENTS

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD : PAS DE POPULATION PLUS EXPOSÉE

EUROPE OCCIDENTALE ET AMÉRIQUE DU NORD : RECUL DU VIH CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES ET LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

## AUJOURD'HUI

PARTENAIRES MULTIPLES ET CONCOMITANTS

PLUS DE DONNÉES SUR LES RAPPORTS SEXUELS ENTRE DES JEUNES HOMMES ET DES JEUNES FEMMES ET ENTRE DES FEMMES PLUS ÂGÉES ET DES HOMMES PLUS JEUNES

4 MILLIONS DE PERSONNES SOUS TRAITEMENT DANS LE MONDE, CE QUI IMPLIQUE UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DES FORMULATIONS PÉDIATRIQUES

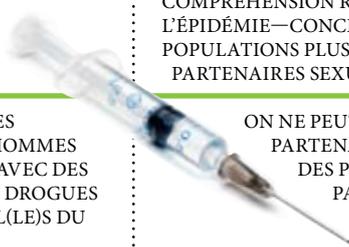
COMPRÉHENSION RÉGIONALE DE L'ÉPIDÉMIE—CONCENTRATION DANS LES POPULATIONS PLUS EXPOSÉES ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS

ON NE PEUT PLUS IGNORER LES PARTENAIRES SEXUELS STABLES DES PERSONNES FAISANT PARTIE DES POPULATIONS EXPOSÉES

LES EFFORTS PORTENT DE PLUS EN PLUS SUR LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, UN GROUPE PLUS EXPOSÉ

DES GROUPES DE POPULATIONS EXPOSÉES COMMencent À APPARAÎTRE PARMI LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES, LES ENFANTS DES RUES ET LES HOMMES EXPOSÉS À UN RISQUE ACCRU

AUGMENTATION DE L'INCIDENCE CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES ET LES MINORITÉS RACIALES ET ETHNIQUES



Au Lesotho, la disparité d'âge dans les rapports sexuels est courante et explique en partie la très forte prévalence du VIH chez les femmes. Aucune solution convenable n'est apportée contre cette pratique dans les politiques visant à changer les normes sociales qui tolèrent actuellement ce type de relations. Des résultats similaires ont également été constatés au Kenya, au Mozambique, au Swaziland et en Zambie.

La violence à l'encontre des femmes et des filles est une autre question que doivent traiter les programmes de prévention du VIH. Une étude sur plusieurs pays réalisée par l'Organisation mondiale de la Santé a révélé qu'entre 1% et 21% des femmes dans le monde déclaraient avoir été victimes de violences sexuelles avant l'âge de 15 ans. Une étude effectuée récemment par l'UNICEF au Swaziland a montré qu'une femme sur quatre avait subi des violences sexuelles dans son enfance et que deux femmes sur trois dans la tranche 18-24 ans avaient déjà été agressées

sexuellement. Il ressortait en outre de l'étude que ces violences étaient très souvent commises par les maris et les compagnons.

Dans tous ces pays, les experts en prévention ont conclu que les stratégies actuelles de prévention du VIH qui sont essentiellement axées sur les comportements particuliers, plutôt que sur les normes sociales tolérant les comportements à risque, ne sont pas efficaces pour faire concrètement reculer la transmission de VIH.

**ASTUCE : RÉFLÉCHISSEZ EN TERMES DE CHANGEMENTS SOCIAUX.**

### ACCORDER LA PRIORITÉ AUX RÉGIONS LOURDEMENT AFFECTÉES

Les chiffres de la prévalence du VIH doivent être examinés à la lumière des caractéristiques démographiques nationales. Une étude de l'ONUSIDA qui examinait l'étendue du VIH dans les zones urbaines a indiqué que 29% de la totalité de l'épidémie

de VIH en Afrique de l'Est et Afrique australe était concentrée dans 15 grandes villes, ce qui représente, en tout, près de 15% de l'épidémie mondiale. Pourtant, on trouve peu de programmes consacrés aux zones urbaines en Afrique.

Cet état de fait a également été confirmé par l'étude sur les modes de transmission au Lesotho, qui a révélé que même si la prévalence du VIH chez les adultes était supérieure à 15% dans l'ensemble des districts, 59% des personnes vivant avec le VIH habitaient dans les trois districts les plus peuplés de l'ouest. Cela signifie que de précieuses ressources pourraient permettre d'aller plus loin et de réaliser davantage d'actions si les programmes de prévention étaient élargis aux trois districts les plus lourdement touchés.

**ASTUCE : METTEZ L'ACCENT SUR LES ZONES GÉOGRAPHIQUES OÙ LA MAJORITÉ DES NOUVELLES INFECTIONS ONT LE PLUS DE CHANCES DE SURVENIR.**

### ACCROÎTRE LES RESSOURCES CONSACRÉES À LA PRÉVENTION DU VIH

L'échec des programmes de prévention peut aussi être expliqué si l'on examine de plus près les investissements dans ce domaine. Le phénomène est inquiétant. Les dépenses consacrées à ces programmes sont faibles dans la plupart de régions du monde et, dans de nombreux cas, diminuent. Les ressources disponibles ne parviennent même pas jusqu'à ceux qui en ont le plus besoin.

En Ouganda, un tiers seulement des ressources investies dans la riposte au sida a été consacrée à la prévention, alors que plus de la moitié a été affectée aux soins et au traitement. Au Swaziland, seuls 17% des fonds totaux disponibles ont été alloués à la prévention du VIH ; au Lesotho, cette part était d'à peine 10%.

Au Kenya et au Lesotho, les dépenses consacrées à la prévention du VIH ont diminué ces dernières années. Depuis 2005, le total des fonds disponibles au niveau national pour les activités de prévention au Kenya a chuté jusqu'à moins de 25% du total des fonds alloués au sida.

Nous devons mettre un terme à la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La plus grosse part du budget alloué à la prévention du VIH est légitimement consacrée à empêcher que les bébés ne naissent avec le VIH. Au Kenya, près de la moitié des ressources affectées à la prévention sont consacrées aux conseils et tests et à la prévention de la transmission mère-enfant.

Dans bien des pays, les fonds consacrés aux populations clés plus exposées au risque d'infection, telles que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, sont infimes ou inexistantes par rapport à la contribution de ces populations aux nouvelles infections. La majorité des fonds alloués à la prévention sont consacrés à la sensibilisation du public et une part plus infime aux facteurs contextuels.

**ASTUCE : TENTER DE METTRE FIN AUX NOUVELLES INFECTIONS PASSE NÉCESSAIREMENT PAR UNE AUGMENTATION SUBSTANTIELLE DES INVESTISSEMENTS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION DU VIH.**

### ET ENSUITE ? MODIFIER LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DU VIH

De nombreux pays commencent à se servir des conclusions des études sur les modes de transmission pour envisager l'avenir et élaborer de meilleurs projets. La Commission nationale de lutte contre le sida du Lesotho s'est servie des données tirées de l'examen pour réviser son plan stratégique national. Le coût du plan a été réévalué, et un ensemble de cas de figure a été envisagé pour permettre de fixer des priorités et de réaliser des investissements rentables. Les données ont également contribué à l'élaboration d'un certain nombre de politiques axées sur des secteurs précis et d'une stratégie de communication sur le changement de comportement.

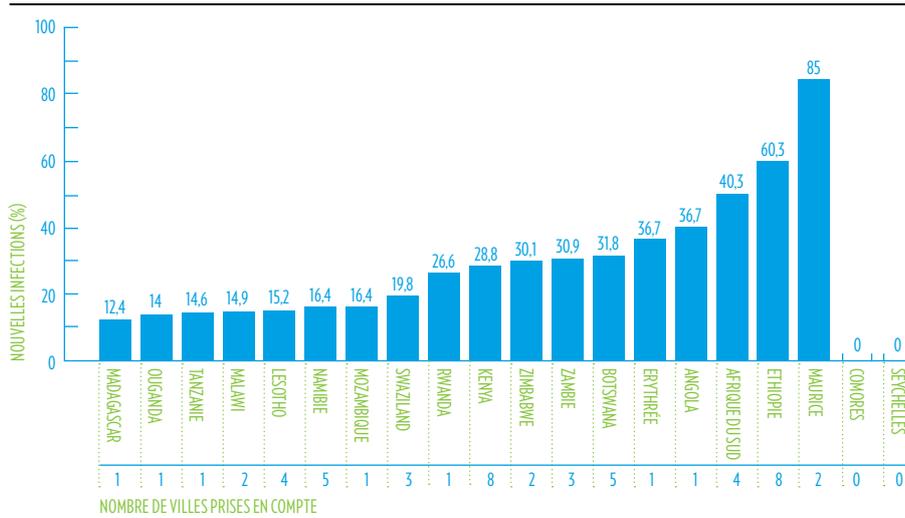
En Ouganda, les résultats d'une étude analogue ont été largement diffusés, notamment par les médias, ce qui a permis de mieux faire comprendre les risques auxquels sont exposés différents groupes de population.

La conclusion de l'étude de l'Ouganda, selon laquelle le VIH est largement transmis au sein des couples mariés, a ouvert la voie à une campagne visant à promouvoir le conseil et le test VIH parmi les couples. La Commission ougandaise de lutte contre le sida s'est servie des résultats pour élaborer des directives relatives aux politiques de prévention, et le Ministère de la Santé a consenti à cibler les couples dans le cadre de ses activités de prévention en milieu médicalisé.

Une personne ougandaise interrogée sur l'évaluation de l'impact de ces études a affirmé : « On constate aujourd'hui que tout le monde reconnaît le problème lié aux nouvelles infections à VIH parmi les couples mariés et vivant en concubinage. Il faut faire quelque chose pour lutter contre ce phénomène. Avant l'analyse des modes de transmission, cet état de fait était nié, surtout par les organisations religieuses... »

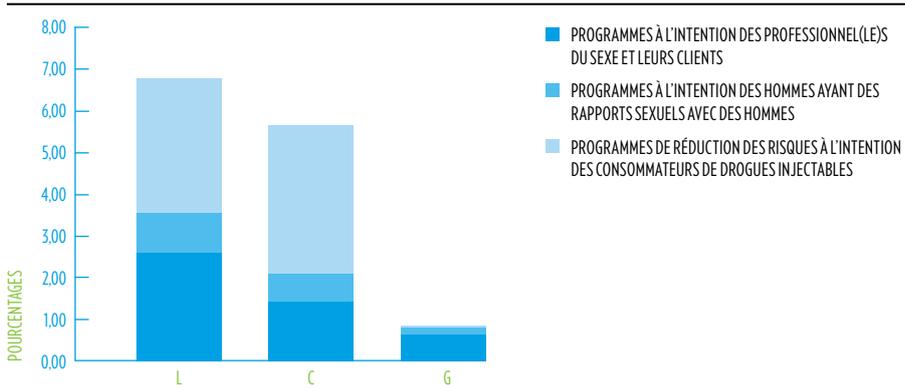
Au Kenya, les études sur les modes de transmission ont pesé sur la décision d'élaborer un nouveau plan stratégique national. « En décidant de réviser de fond en comble la stratégie nationale actuelle, les décideurs ont accompli un geste fort, indiquant à quel point ils prenaient les conclusions au sérieux. »

**Diagramme 2. Poids des grandes villes dans les épidémies nationales de VIH en Afrique de l'Est et Afrique australe**



Source : Van Renterghem, ONUSIDA 2009.

**Diagramme 3. Dépenses pour des programmes destinés aux populations plus exposées au risque de VIH en pourcentage de l'ensemble des dépenses de prévention en fonction du type d'épidémie**



Source : Izazola J et al., Journal du sida, 2009.

Le gouvernement a aussi dégagé des ressources considérables, notamment d'origine nationale, pour aider la Commission nationale de lutte contre le sida à mieux coordonner la riposte au sida et élargir l'action de prévention. « L'étude a également accru l'intérêt pour l'affectation et la répartition des ressources, et un débat national fructueux a lieu sur ce sujet. Il a pesé sur les décisions qui s'imposaient pour faire de l'établissement des coûts de la riposte nationale une question centrale. »

**De nombreux pays commencent à se servir des conclusions des études sur les modes de transmission pour envisager l'avenir et élaborer de meilleurs projets.**

La prévention du VIH ne peut se passer d'un leadership déterminé, suffisamment ambitieux pour mettre en question le statu quo et les normes et pratiques sociales néfastes qui subsistent. Il doit pouvoir stimuler les communautés, afin qu'elles se chargent collectivement de la prévention et soutiennent ces efforts sur le long terme au moyen d'investissements adaptés.

La Thaïlande l'a appris à ses dépens. Dans les années 1990, grâce à un leadership visionnaire et à la mise en œuvre de stratégies de santé publique fondées sur le concret, la Thaïlande est parvenue à arrêter la croissance d'une épidémie qui menaçait d'échapper à tout contrôle. Quand les investissements en faveur de la prévention du VIH et l'intérêt qui lui était accordé ont diminué à la suite de la crise économique asiatique, l'épidémie a regagné du terrain.

**ASTUCE : LA PRÉVENTION DU VIH EST PERPÉTUELLE ET INCONTOURNABLE.**

On relève des tendances comparables en Ouganda. Grâce aux efforts déployés suffisamment tôt en matière de leadership, la prévalence du VIH a chuté, passant de son pic de 18% en 1992 à 6,1% en 2002, mais aujourd'hui, certains éléments indiquent que cette chute pourrait s'être arrêtée. La prévalence s'est stabilisée entre 6,1% et 6,5% dans certains services prénatals et augmente dans d'autres. Ce phénomène allait de pair avec une dégradation des indicateurs comportementaux, notamment une augmentation des multipartenariats sexuels concomitants.

Les pays peuvent néanmoins tirer des enseignements de l'expérience de la Thaïlande, qui, en intensifiant et privilégiant les efforts nationaux de prévention, est parvenue, ces dernières années, à réduire l'incidence du VIH. ●



Dans un discours historique qu'il a prononcé devant le Conseil national des provinces en octobre 2009, le Président de la République sud-africaine, M. Jacob Zuma, a expliqué comment il concevait l'éradication de l'épidémie de sida dans le pays. Il a en outre préconisé de mettre un terme à la négation de la réalité et impulsé un mouvement de grande ampleur visant à réduire de moitié le nombre de nouvelles infections à VIH et permettre qu'au moins 80% des personnes en ayant besoin aient accès à un traitement antirétroviral à l'horizon 2011.

Extraits du discours du Président Zuma :



[...] En effet, si nous ne réagissons pas de toute urgence et avec détermination, notre ambition de construire une nation prospère risque bien d'être contrecarrée.

[...] Il faut se rendre dans les hôpitaux, les dispensaires et les centres de soins palliatifs de notre pays pour voir les répercussions du VIH et du sida sur les personnes qui se trouvent, en théorie, dans la fleur de l'âge. Il faut pénétrer dans les foyers pour voir les familles aux prises avec un triple fardeau : pauvreté, maladie et stigmatisation.

[...] Certes, nous sommes dotés d'une stratégie exhaustive de lutte contre le VIH et le sida qui a été distinguée au niveau international, et nous disposons du programme de traitement antirétroviral le plus étendu du monde, mais je tiens à souligner que nous ne sommes toujours pas en passe de gagner cette bataille. En tant que Sud-Africains, nous sommes tenus de mettre fin à cette situation.

[...] Arrêter la progression de la maladie au sein de toute la société passe nécessairement par l'adoption de mesures exceptionnelles. Nous serons amenés à mobiliser l'ensemble de la population, afin que tout le monde prenne en charge sa santé et son bien-être individuels ainsi que ceux de ses partenaires, de sa famille et de sa communauté.

[...] La honte, la discrimination et les récriminations n'ont pas leur place chez nous. Il est impératif que nous mettions fin à la stigmatisation qui entoure le sida.

[...] Faisons de la Journée mondiale sida, le 1er décembre 2009, le point de départ d'une campagne de mobilisation massive qui touche l'ensemble des Sud-Africains et les incite à adopter un comportement qui préserve leur santé et celle de la nation. [...] Il est fondamental que notre peuple soit muni d'informations. La connaissance nous permettra de mettre un terme à la négation de la réalité et à la stigmatisation liée à l'épidémie. [...] Nous ne devons pas perdre de vue les objectifs fondamentaux que nous avons définis dans notre plan stratégique national. Parmi ces objectifs figurent la réduction de moitié du taux de nouvelles infections et un élargissement à 80% du programme de traitement antirétroviral à l'intention de ceux qui en ont besoin, à l'horizon 2011. La prévention demeure une composante essentielle de notre stratégie. Il nous faut parvenir à un changement de comportement à grande échelle, surtout parmi les jeunes. Nous devons tous nous allier pour atteindre cet objectif.

[...] Il faut que tous les secteurs commencent dès maintenant à insuffler une vigueur nouvelle à la lutte contre le sida et à la mobilisation de la population en vue de la Journée mondiale sida. En nous donnant la main, nous ne pouvons échouer. [...] Quels que soient les défis auxquels nous devons faire face, nous vaincrons. Quelles que soient les épreuves que nous devons endurer, nous triompherons. Car c'est en unissant nos efforts que nous nous donnerons les moyens de construire une nation prospère et que nous y parviendrons.



Voir le discours dans son intégralité sur : <http://www.thepresidency.gov.za>.

# Caractéristiques d'une mauvaise loi

Note aux lecteurs : Les commentaires manuscrits expriment les réactions de la Secrétaire exécutive à la lecture de cette note en provenance du Ministère de la Justice. La Secrétaire exécutive fait part de ses opinions et frustrations à ses collègues. Ses réactions font ressortir certains obstacles juridiques entravant la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Quelles autres modifications apporteriez-vous ?

Quelque part dans le monde

## Note

A : Secrétaire exécutive, Autorité nationale de coordination sida  
De : Secrétaire général, Affaires juridiques, Ministère de la Justice  
Copie : Les lecteurs de Perspectives ONUSIDA  
Date : 1<sup>er</sup> décembre 2009  
Objet : Projet de loi sur le sida

Il convient de mieux définir le concept de « désagrément » et de collaborer davantage avec les responsables du maintien de l'ordre. La loi est utilisée abusivement en vue de harceler les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Nous accusons réception du projet de loi sur le sida. Si le Ministère de la Justice est conscient de la gravité de l'épidémie de sida, il est également préoccupé par un certain nombre de dispositions qui vont à l'encontre des lois en vigueur. Ces lois sont importantes, car elles protègent notre société contre divers vices. Nous considérons que l'assouplissement de ces lois réduirait la capacité des services de maintien de l'ordre à remplir leur fonction et à faire respecter la loi au sein de notre pays. Voici quelques exemples :

### Code pénal

**Article 234 – Troubles de l'ordre public** : « Est coupable de trouble toute personne qui commet un acte ou une omission illégale qui entraîne un préjudice, un danger ou un désagrément envers l'ordre public ou les personnes résidant ou occupant un logement dans le voisinage, ou qui entraînera nécessairement un préjudice, une obstruction, un danger ou un désagrément envers toute personne en mesure de faire appliquer ses droits. Quiconque provoque un trouble est passible d'une peine d'emprisonnement et/ou d'une amende. »

Cette disposition prévoit une protection contre l'utilisation abusive des lieux publics par les individus. À titre d'exemple, l'utilisation abusive des parcs et espaces publics par les femmes et les hommes tombés en discrédit est réprimée dans une large mesure.

**Article 420 – Délits contre nature** : « Quiconque (a) a des rapports sexuels contre nature avec toute autre personne ; (b) a des rapports sexuels avec un animal ; ou (c) autorise une personne de sexe masculin à avoir des rapports sexuels contre nature avec lui ou elle, commet un délit et est passible d'une peine d'emprisonnement à perpétuité. Quiconque tente de commettre l'un des délits spécifiés à l'article 420 commet une infraction majeure et est passible d'une peine d'emprisonnement de sept ans. »

Comme vous le savez, l'homosexualité va à l'encontre de nos valeurs sociétales. Bien que le recours à cette disposition soit rare, elle constitue un facteur de dissuasion important sur le plan moral. Compte tenu de la forte augmentation des actes pédophiles, il nous faut prendre des mesures pour renforcer l'application de cette loi plutôt que de la modifier.

**Article 345 – Prostitution** : « Quiconque se livre à la prostitution, et quiconque ayant recours à la prostitution, en tout lieu [...] se trouvant dans un rayon de deux cents mètres d'un lieu de culte public, d'une institution scolaire,

Qui affirme cela ?  
Soyez plutôt un œil à notre littérature et à notre histoire...

Il y a une différence entre rapports sexuels entre hommes et pédophilie. Il existe d'autres lois pour lutter contre l'exploitation des enfants, qui constitue un délit.

Pourquoi cherchons-nous à réglementer le comportement sexuel des adultes ?

Depuis quand « avoir l'air gay » constitue-t-il une utilisation abusive des lieux publics ?

Ne pas confondre « traite » et « commerce du sexe ». La traite est un délit et elle a une définition précise.

Se privilégierais plutôt la stricte mise en place de services de prévention et de traitement dirigés par les communautés.

Et quelle est leur « source » d'infection ?

d'un hôtel, d'un hôpital, d'une maison de retraite ou de tout autre lieu public d'une quelconque nature [...] est passible d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à trois mois. »

Liés par des conventions internationales et des réflexions sur les droits de l'homme, nous sommes tenus de mettre un terme à la traite des femmes et des jeunes filles. L'élimination de la prostitution est un objectif politique important du gouvernement. Il est déjà admis que les professionnel(le)s du sexe sont des sources d'infection à VIH. Ainsi, la stricte application de cette loi fera reculer la prostitution et permettra au Ministère de réaliser des progrès en vue d'atteindre ses objectifs.

Observez ce qui s'est passé dans le pays voisin. Le commerce du sexe a été dépenalisé et, aujourd'hui, le nombre d'infections à VIH est en baisse.

### Loi sur les stupéfiants (1985)

**Article 24 – Consommation de stupéfiants :** « En cas de possession ou de consommation de stupéfiant ou de substance psychotrope tel(le) que la cocaïne, la morphine, la diacétylmorphine ou tout(e) autre stupéfiant ou substance psychotrope défini(e) comme tel par le gouvernement ou par notification au Journal officiel, une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à un an et/ou une amende peuvent être requis. »

Il existe d'autres moyens de réduire la demande de services sexuels rémunérés ou de drogues. N'utilisons pas la peur des sanctions pénales, qui pousse les personnes concernées à entrer dans la clandestinité.

**Article 34 – Sanction en cas de possession illégale d'une faible quantité réservée à l'usage personnel ou de consommation illégale de substance psychotrope :** « Quiconque, à l'encontre de toute disposition de la présente loi ou de toute règle, ordonnance ou autorisation qui en découle, est en possession d'une faible quantité de stupéfiant ou de substance psychotrope dont il a été prouvé qu'elle était destinée à la consommation personnelle et non à la vente ou à la distribution, ou consomme tout stupéfiant ou toute substance psychotrope, est passible d'une peine d'emprisonnement de cinq ans. »

Ce qu'il faut, c'est une liste de médicaments essentiels sur laquelle figurent les médicaments pour les traitements de substitution, et pas une liste de substances prohibées.

Les deux articles ci-dessus ont été introduits pour inciter les jeunes à arrêter la consommation de drogues et les empêcher de tomber dans la dépendance.

**Article 35 – Détention des consommateurs et des revendeurs de drogues :** « Toute personne dont on a des raisons de croire qu'elle a commis un délit punissable en vertu du Chapitre III sera recherchée et appréhendée, et, si elle est en possession de stupéfiant ou de substance psychotrope et que cette possession révèle illicite, elle sera arrêtée, ainsi que toute personne se trouvant avec elle. Aux fins du présent article, le public" s'entend de tout véhicule public, hôtel, magasin ou lieu réservé à un usage public ou dont l'accès est public. »

Inspirez-vous de la Cour suprême d'Indonésie : ce qu'il faut aux consommateurs de drogues, ce sont des traitements, pas des peines de prison.

La disposition est de la plus haute importance, car elle permet aux services de maintien de l'ordre d'appréhender et de sanctionner les auteurs de délits, notamment les revendeurs de drogues.

### Loi sur la santé publique (2007)

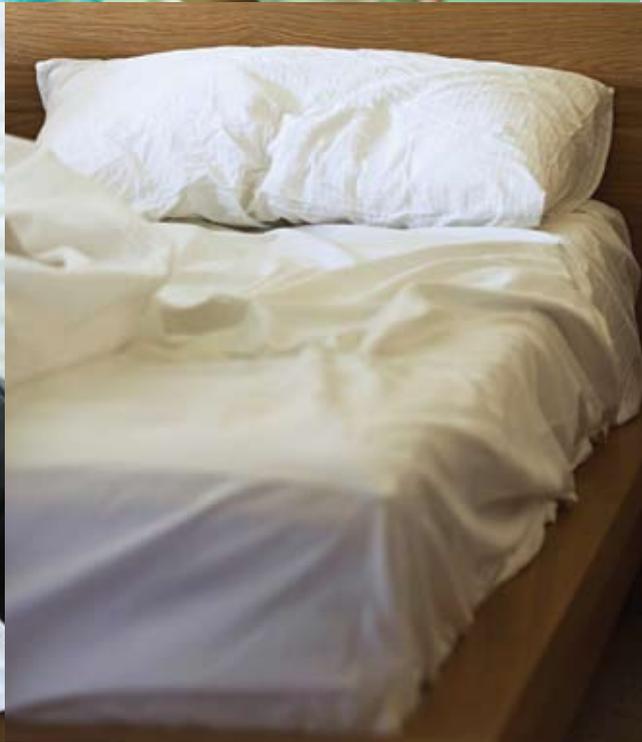
**Article 14 – Divulgence de la sérologie VIH :** « Quiconque a été dépisté positif au VIH est tenu de révéler son statut à son époux/épouse ou à son/sa partenaire sexuel(le) régulier/régulière le plus rapidement possible, à condition que ce délai ne dépasse pas six semaines complètes à partir de la date à laquelle le statut est connu. Les centres de dépistage apportent tout l'appui psychosocial requis pour faciliter la divulgation des résultats du test VIH et aident le couple à accepter cette réalité et à s'y adapter. Il peut être demandé au centre de dépistage de divulguer la sérologie VIH en cas d'expiration du délai, à condition que tous les partenaires soient déployés pour permettre aux partenaires d'avoir une vue complète de la situation. »

Nos travailleurs de proximité risqueront à tout moment de se faire arrêter. Comment se fait-il que nous ne voyions pas de grands trafiquants de drogue sous les verrous ?

La demande d'amender cette loi et l'ensemble des dispositions mentionnées nous laisse perplexes.

La plupart des gens prennent des mesures pour protéger leurs proches. Ce qu'il faut, c'est un environnement dans lequel ils puissent se soumettre au test et ne pas craindre le test. La notification au partenaire doit être volontaire.

Ce sont souvent les femmes qui subissent le test en premier. Voilà qui conduira à un renforcement de la stigmatisation et de la discrimination à leur rencontre.





**LES NEUF DOMAINES PRIORITAIRES DE L'ONUSIDA :**

NOUS POUVONS RÉDUIRE LA TRANSMISSION SEXUELLE DU VIH.

NOUS POUVONS EMPÊCHER QUE LES MÈRES MEURENT ET QUE LEURS BÉBÉS SOIENT INFECTÉS PAR LE VIH.

NOUS POUVONS FAIRE EN SORTE QUE LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH BÉNÉFICIENT D'UN TRAITEMENT.

NOUS POUVONS ÉVITER QUE LES GENS VIVANT AVEC LE VIH MEURENT DE LA TUBERCULOSE.

NOUS POUVONS PROTÉGER LES CONSOMMATEURS DE DROGUES CONTRE L'INFECTION À VIH.

NOUS POUVONS SUPPRIMER LES LOIS PUNITIVES, LES POLITIQUES, LES PRATIQUES, LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION QUI BLOQUENT LES RIPOSTES EFFICACES AU SIDA.

NOUS POUVONS METTRE FIN À LA VIOLENCE À L'ENCONTRE DES FEMMES ET DES FILLES.

NOUS POUVONS DONNER AUX JEUNES LES MOYENS DE SE PROTÉGER CONTRE LE VIH.

NOUS POUVONS RENFORCER LA PROTECTION SOCIALE EN FAVEUR DES PERSONNES AFFECTÉES PAR LE VIH.

## L'INCARNATION DU CHANGEMENT | *La nouvelle génération*

*Un changement se fait sentir au sein de la jeunesse du monde entier, surtout dans certaines zones d'Afrique subsaharienne : les jeunes démarrent une vie sexuelle active plus tardivement, ont moins de partenaires multiples, et l'usage du préservatif est de plus en plus répandu chez ceux qui ont des partenaires multiples. Résultat, la prévalence du VIH chez les jeunes diminue dans de nombreux pays.*



### ÉVOLUER AVEC SON TEMPS

Imaginez Precious<sup>1</sup>, une jeune femme vivant à Mbabane (Swaziland). Autour d'elle, on parle beaucoup du VIH. À l'école, à l'église, et lors de funérailles, à voix basse. Elle sait bien qu'elle doit se protéger, mais elle craint de se laisser aller avec Prince, son petit ami. Prince affirme qu'il lui est fidèle et la couvre de cadeaux. Le risque, pour Precious, de contracter l'infection à VIH est bien différent de celui auquel est exposée Kathleen. Cette jeune femme du même âge que Precious a aussi un petit ami et vit dans une banlieue de Dublin (Irlande).

Originaire de Dacca (Bangladesh), Iqbal est un jeune homme scolarisé, dont le risque de contracter l'infection à VIH est beaucoup moins élevé que celui auquel est exposé Damien, un jeune homme du même âge qui vit à Port Moresby (Papouasie-Nouvelle-Guinée). À Katmandou (Népal), Siddharth, un jeune consommateur de drogues injectables, est exposé à un risque beaucoup plus élevé que Gautam, un garçon du même âge ne consommant pas de drogues. À 16 ans, Eduardo, qui vit à São Paulo (Brésil), est en train de prendre conscience de son homosexualité et commence à en parler avec ses parents. Chacun d'eux aborde la vie à sa manière. Ils sont tous exposés à des risques qui leur sont propres. Ils sont tous vulnérables, mais pas dans la même mesure.

Dès lors, pourquoi la majorité des programmes de prévention du VIH les assument-ils tous les uns aux autres ?

Chez les jeunes, le risque d'infection à VIH est fonction du sexe, de l'âge et de la région d'origine. Ainsi, les décisions relatives aux programmes de prévention qui leur sont destinés, tout comme ceux qui ciblent d'autres populations, devraient être éclairées par des données probantes.

Malheureusement, dans les pays à épidémies généralisées et hyperendémiques, les programmes de prévention du VIH à l'intention des jeunes ne sont pas assez rigoureux pour pouvoir s'attaquer aux causes profondes de l'accroissement des risques et de la vulnérabilité de jeunes comme Precious, Prince et Damien.

Par ailleurs, dans les pays à épidémies limitées ou concentrées, les programmes de prévention du VIH visent la jeunesse dans son intégralité et, de ce fait, accaparent des ressources qui seraient mieux employées si les cibles étaient des jeunes comme Siddharth et Eduardo.

Face à une délégation donatrice en visite qui insistait pour cibler des populations clés plus exposées au risque d'infection, un administrateur de programme provincial de lutte contre le sida dans un pays à faible prévalence a déclaré : « Il s'agit peut-être de populations que vous voulez cibler, mais les jeunes représentent la population que nous voulons préserver. »

Le coût annuel d'un programme type ciblant un jeune est de 9 dollars. Il nous appartient de trouver des moyens efficaces et économiques de toucher les jeunes et de

choisir des composantes programmatiques adaptées qui reposent sur une évaluation plus exacte de leurs risques d'infection à VIH.

### QUAND LE FAIT D'ÊTRE UNE FEMME EST UN FACTEUR DE RISQUE

Dans plusieurs régions du monde, le risque d'infection à VIH est anormalement élevé chez les filles et les jeunes femmes. La prévalence du VIH chez les jeunes femmes est plus élevée que chez les hommes dans de nombreux pays des Caraïbes et d'Océanie. Au Kenya, les adolescentes sont trois fois plus susceptibles d'être infectées que les garçons du même âge. Cette situation ne fait qu'empirer quand elles arrivent à l'âge adulte, où l'on compte 5,5 fois plus de femmes infectées que d'hommes au même âge.

Le véritable problème ne réside pas dans le fait d'être une femme. Si les risques demeurent élevés, c'est qu'au niveau mondial, on ne s'attaque pas aux causes profondes de leur vulnérabilité et qu'aucun dialogue n'est engagé sur des questions comme les relations sexuelles intergénérationnelles, les rapports sexuels rémunérés, les partenariats sexuels concomitants et la violence.

### CONTRE LE FACTEUR DE RISQUE QUE REPRESENTENT LES « VIEUX PROTECTEURS » ET LES « VIEILLES PROTECTRICES »

Dans de nombreux pays, on relève une forte proportion de partenariats sexuels intergénérationnels, entre des jeunes hommes et des

jeunes femmes qui ont besoin d'argent ou de biens matériels, ou désirent simplement en acquérir, et des hommes et des femmes plus âgés qui sont matériellement en mesure de combler ces besoins et désirs.

Une étude qualitative sur les multipartenariats concomitants au Lesotho a montré que l'argent et le désir de biens matériels, entre autres choses, étaient considérés comme les principaux facteurs de l'ensemble des relations où existent un écart d'âge entre les deux partenaires. L'une des personnes interrogées a précisé : « Nous, collégiennes ou lycéennes, nous aimons bien les garçons qui ont des voitures, et ceux qui en ont, ce sont les mecs plus âgés. Ils font plus hommes, et on sent qu'ils réussissent très bien à nous enjôler. » En 2008, les partenaires sexuels de plus d'un quart de l'ensemble des jeunes femmes en Afrique du Sud avaient au minimum 5 ans de plus qu'elles.

Les jeunes cherchent parfois à se procurer des produits de base, comme la nourriture et les vêtements. Il arrive aussi qu'ils soient parfaitement au fait de ce que possèdent les autres jeunes comparé à eux. En tant que question sociétale, les rapports sexuels intergénérationnels ne peuvent pas être traités au moyen d'une simple campagne d'information sur l'abstinence, la fidélité ou la sexualité à moindre risque. Ce qu'il faut imposer, ce sont des sanctions sociales à l'encontre des adultes qui les pratiquent. Les parents doivent également soutenir leurs enfants quand ils cherchent à s'opposer à cette pratique. Des jeunes de nombreux pays déclarent également avoir des partenaires multiples et concomitants. Les éléments qui favorisent cette concomitance chez les jeunes sont nombreux et très complexes.

**Aujourd'hui, les jeunes représentent 40% de toutes les nouvelles infections, contre 45% ces dernières années.**

Il serait trop simpliste de dire que toutes les pratiques sexuelles sont rémunérées ou impliquent un écart d'âge. La vie sexuelle débute relativement tôt chez les filles et les garçons dans de nombreux pays à épidémies généralisées. Une étude au Swaziland indique que les valeurs traditionnelles tendant à assurer une protection ont disparu sous l'influence des pairs et de la modernisation. Par ailleurs, dans de nombreuses cultures, les normes sexuelles contribuent au multipartenariat sexuel.

Certains comportements sexuels préjudiciables sont non seulement tolérés mais également encouragés. Au Lesotho, il est un célèbre dicton qui dit : « Les hommes sont comme les citrouilles. Ils finissent toujours dans le jardin d'à côté ». Différentes études ont montré qu'un changement social durable passait nécessairement par un dialogue avec les hommes et les garçons, qui ont tendance à perpétuer les normes sexuelles néfastes.

Les programmes de prévention du VIH s'attaquent-ils à ces facteurs ? La réponse est malheureusement non. Un examen des programmes de prévention du VIH en Afrique subsaharienne indique que rares sont ceux qui prennent directement en compte les questions de la concomitance, du multipartenariat ou de l'écart d'âge, s'agissant des relations sexuelles. La plupart mettent en effet l'accent sur la sensibilisation.

## DES SITUATIONS RISQUÉES

Il en va de même dans les pays à épidémies limitées ou concentrées, où les programmes de prévention du VIH à l'intention des jeunes ne s'attaquent que rarement aux causes profondes des risques et de la vulnérabilité face au VIH.

Ce qui est encore plus paradoxal, c'est que les programmes ne ciblent pas les jeunes qui en ont le plus besoin. D'après la Commission sur le sida en Asie, environ 95% des infections à VIH parmi les jeunes en Asie se produisent chez des adolescents plus exposés. Pourtant, plus de 90% des ressources affectées à la jeunesse en tant que groupe sont consacrées à des jeunes à faible risque, qui représentent moins de 5% des infections. En Europe orientale et en Asie centrale, une bonne part des nouvelles infections à VIH surviennent chez les jeunes. On a découvert qu'un tiers des jeunes de la rue à Saint-Petersbourg (Fédération de Russie) étaient séropositifs.

Il est urgent de changer d'orientation afin de toucher les adolescents et les jeunes plus exposés : consommateurs de drogues injectables, jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et jeunes femmes vendant des services sexuels et leurs jeunes clients de sexe masculin. La plupart sont inatteignables et ne bénéficient pas de services de prévention. Leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive « ne sont souvent pas pris en compte par les programmes extra-institutionnels traditionnels mis en place pour les jeunes dans les écoles et les réseaux de jeunes », indique Fatih Serour, Directrice du Commonwealth Youth Programme (CYP). « Par ailleurs, les programmes touchant les adultes plus exposés ne parviennent souvent pas à cerner les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes. » Prenons l'histoire de Srey Mon. Elle travaillait dur dans un petit café de Phnom Penh (Cambodge). Elle faisait

de longues journées, gagnait peu, et avait un patron très sévère avec elle. Déçue, elle est partie dans une autre ville et s'est mise à vendre des services sexuels. Comme elle travaillait seule, elle n'avait pas accès à des services de prévention du VIH. Elle a fini par être infectée par le VIH et, à 24 ans, elle est décédée d'une maladie associée au sida.

Javier est scolarisé à La Paz (Bolivie). Au regard de la loi, ce n'est pas encore un adulte. Dans sa classe, on parle du VIH, mais ses camarades et ses parents ignorent qu'il est gay. Résultat, il ne cherche pas à bénéficier de

**Les nouvelles infections à VIH chez les jeunes sont en baisse dans de nombreux pays, notamment en Afrique subsaharienne.**

services de prévention du VIH et craint d'être stigmatisé.

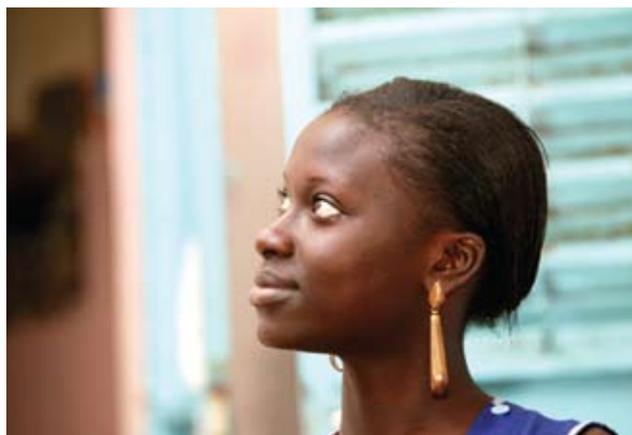
Les cas de Srey Mon et Javier ne sont pas des cas isolés. Des milliers de jeunes ne sont pas informés suffisamment tôt pour pouvoir se protéger contre le VIH. Néanmoins, dans de nombreux pays, les décideurs prêtent attention à cette situation et modifient leurs programmes pour qu'ils soient mieux adaptés aux jeunes plus exposés.

## NOUS POUVONS DONNER AUX JEUNES LES MOYENS DE SE PROTÉGER CONTRE LE VIH

À cette fin, il nous faut agir de façon avisée. Dans les épidémies généralisées et hyperendémiques, les programmes à l'intention des jeunes doivent favoriser le développement de services complets qui comprennent la diffusion de connaissances sur le VIH, une éducation sexuelle et des discussions sur les normes et pratiques sexuelles néfastes. Dans d'autres cas, au lieu d'uniformiser les programmes pour toucher l'ensemble des jeunes, il faut les axer prioritairement sur les jeunes plus exposés.

Certes, nous voulons préserver tous les jeunes, mais offrons-leur des programmes qui présentent une réelle utilité dans leur vie. ●

<sup>1</sup> *Le nom des personnes mentionnées dans cet article a été modifié, mais les récits sont authentiques.*



# Prudence Mabele

Originaire d'Afrique du Sud, Prudence Mabele, 38 ans, vit avec le VIH depuis 19 ans. En 1996, elle a fondé l'ONG Positive Women's Network (réseau des femmes séropositives) (PWN), dont elle est directrice exécutive. Cette organisation fournit un appui et des informations aux femmes vivant avec le VIH en Afrique du Sud. Son champ d'action est vaste : promotion de l'équité et de l'égalité des sexes, éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, et droits des femmes.

## 6 H 00 RÉVEIL

Je me lève tôt, car j'aime bien prendre mon temps. Je regarde Morning Live, une émission d'actualité sud-africaine, pour me tenir au courant de ce qui se passe dans le pays, trouver de l'inspiration et des idées, et m'informer sur des sujets qui peuvent influencer sur mon travail quotidien. Il y a quelques semaines, ils ont diffusé un débat sur les mutilations génitales féminines qui m'a incitée à traiter ce thème dans les activités de PWN et les discussions que j'ai avec les autres employés. Cette émission peut soit illuminer ma journée, soit la gâcher !

## 7 H 45 PETIT-DÉJEUNER

J'adore préparer mon petit-déjeuner, qui se compose généralement d'un bol de flocons d'avoine frais et d'une tasse de thé. Après le petit-déjeuner, je prends mes médicaments. Je les prends deux fois par jour : à 8 h et à 20 h.

## 8 H 30 VOITURE

Je vais au travail avec ma voiture. Si la circulation de Johannesburg n'est pas trop infernale, cela prend environ 25 minutes.

## 9 H 00 TRAVAIL

Je commence par répondre à des courriels et passer des coups de téléphone. Je ne reste pas forcément toute la journée

au bureau. Parfois, je participe à des réunions et je présente un exposé. La semaine dernière, j'ai été interviewée par une grande radio nationale. J'ai un peu parlé de moi, de la vie avec le VIH et de PWN. Après l'entretien, l'animateur a été inondé de coups de téléphone d'auditeurs qui posaient toutes sortes de questions sur le VIH. Je me suis alors rendu compte que beaucoup de gens avaient besoin d'informations mais qu'ils ne savaient pas où les demander ou qu'ils avaient peur de s'adresser à une personne en particulier.

## 12 H 00 DÉJEUNER

Je déjeune généralement dans un des cafés à côté du bureau. Plusieurs lieux proposent de la nourriture fraîchement cuisinée, comme des plats au curry et des sandwiches maison.

## 13 H 00 ACTIONS SUR LE TERRAIN

Je travaille souvent à l'extérieur. Je me rends dans les communautés avec les coordonnateurs de proximité pour parler à des femmes de la prévention du VIH, de la violence fondée sur le sexe, des droits des femmes et des questions de santé.

## 15 H 00 ENSEIGNEMENT

Quand je me trouve auprès de la communauté, les raisons de mon action m'apparaissent clairement. J'ai décidé de créer PWN pour sensibiliser

les femmes séropositives, pour leur donner les moyens d'accroître leur autonomie et de prendre leur vie en main, et pour fournir un appui aux femmes vivant avec le VIH. À travers PWN, nous apportons un soutien psychologique aux femmes, nous leur fournissons des informations, et nous leur donnons les moyens d'être des agents de changement au sein de leur communauté.

## 17 H 45 SPORT

Faire du sport est important, aussi bien pour mon physique que pour mon mental. Quand je peux, j'essaie de faire une heure d'exercice à la salle de sport à côté du bureau.

## 19 H 00 DÎNER

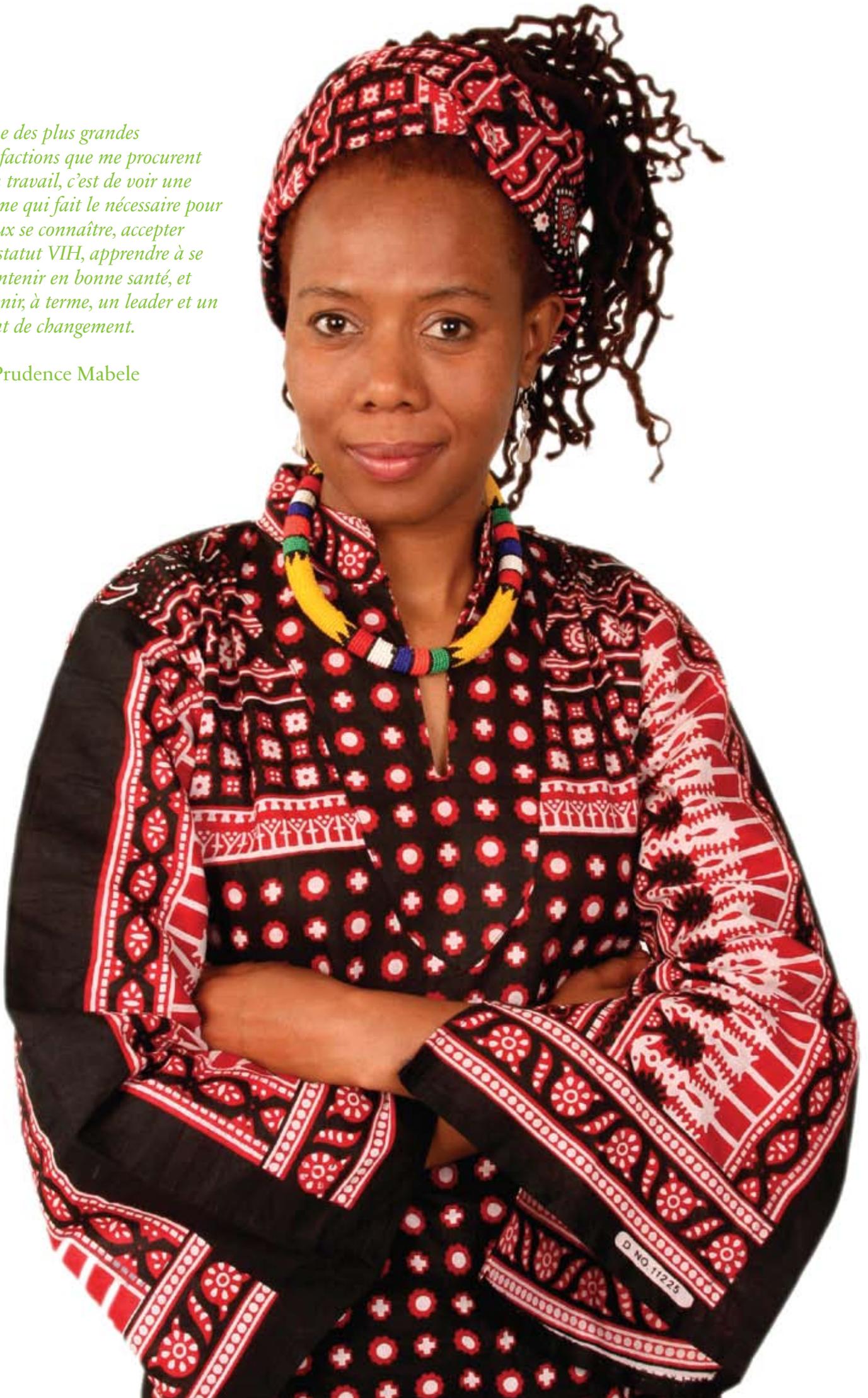
Une fois ma longue journée de travail terminée, je m'installe chez moi et je dîne avec des amis. Ma sœur passe parfois à la maison. Ensuite je prends mes médicaments à 20 h. J'aime la nourriture saine, et je mange souvent du poisson, des légumes et du riz. J'adore les grains de maïs séchés avec des haricots, un plat sud-africain typique. Je regarde un peu la télévision, puis je travaille environ une heure. Oui, je suis une accro du boulot !

## 23 H 00 REPOS

Au lit, je recharge mes batteries pour le lendemain.

*L'une des plus grandes satisfactions que me procurent mon travail, c'est de voir une femme qui fait le nécessaire pour mieux se connaître, accepter son statut VIH, apprendre à se maintenir en bonne santé, et devenir, à terme, un leader et un agent de changement.*

— Prudence Mabele





## Dans le sac à main de Prudence, on trouve...

### 1 UN PARAPLUIE

Toujours utile en cas de pluie.

### 2 UN PORTE-CLÉS

En soutien à la nouvelle Afrique du Sud – la *Rainbow Nation* (« nation arc-en-ciel ») – et aux artisans locaux qui dessinent et créent des rubans pour PWN et d'autres organisations.

### 3 DES LUNETTES DE SOLEIL

Pour me protéger de l'éclatant soleil sud-africain – et aussi pour le look !

### 4 DES LUNETTES DE VUE

Pour lire les petits caractères.

### 5 DES PRÉSERVATIFS

Masculins et féminins : la sensibilisation à la sexualité à moindre risque et à la prévention du VIH entre pour une bonne part dans l'action de PWN et s'inscrit dans le cadre d'une stratégie associant plusieurs mesures de prévention.

### 6 DE QUOI ÉCRIRE

Des stylos et des surligneurs, le tout dans une jolie trousse.

### 7 UN PILULIER POUR LA SEMAINE

Contient les médicaments à prendre deux fois par jour.

### 8 UN DÉPLIANT SUR LE CANCER DU SEIN

Mon amie est récemment décédée d'un cancer du sein. Je prends cette question à cœur et commence à intégrer la sensibilisation au cancer du sein dans les activités de PWN.

### 9 UN PASSEPORT

Ne jamais sortir sans, car on ne sait jamais où on peut devoir aller.

### 10 UNE CARTE DE VISITE

Indique qui je suis et ce que je fais.

### 11 UNE CLÉ INTERNET

Ce petit outil vital permet à l'accro du boulot que je suis de travailler en permanence n'importe où.

### 12 UN TÉLÉPHONE PORTABLE

Pour pouvoir rester joignable.

### 13 UN BALADEUR MP3

Mon album préféré du moment : *Mama Africa* de Miriam Makeba.

### 14 DES CLÉS DE VOITURE

Pour pouvoir me déplacer d'un endroit à l'autre.

# 4 choses à savoir sur Prudence

**1** En 1992, Prudence devient la première femme noire d'Afrique du Sud à dévoiler sa séropositivité – diagnostiquée en 1990. Lasse du silence et de la stigmatisation entourant le VIH, elle voulait créer un précédent et encourager d'autres femmes séropositives à faire de même, à parler de leur sérologie avec leurs proches, à ne pas avoir honte, à chercher à bénéficier d'un traitement et à mener une vie épanouissante.

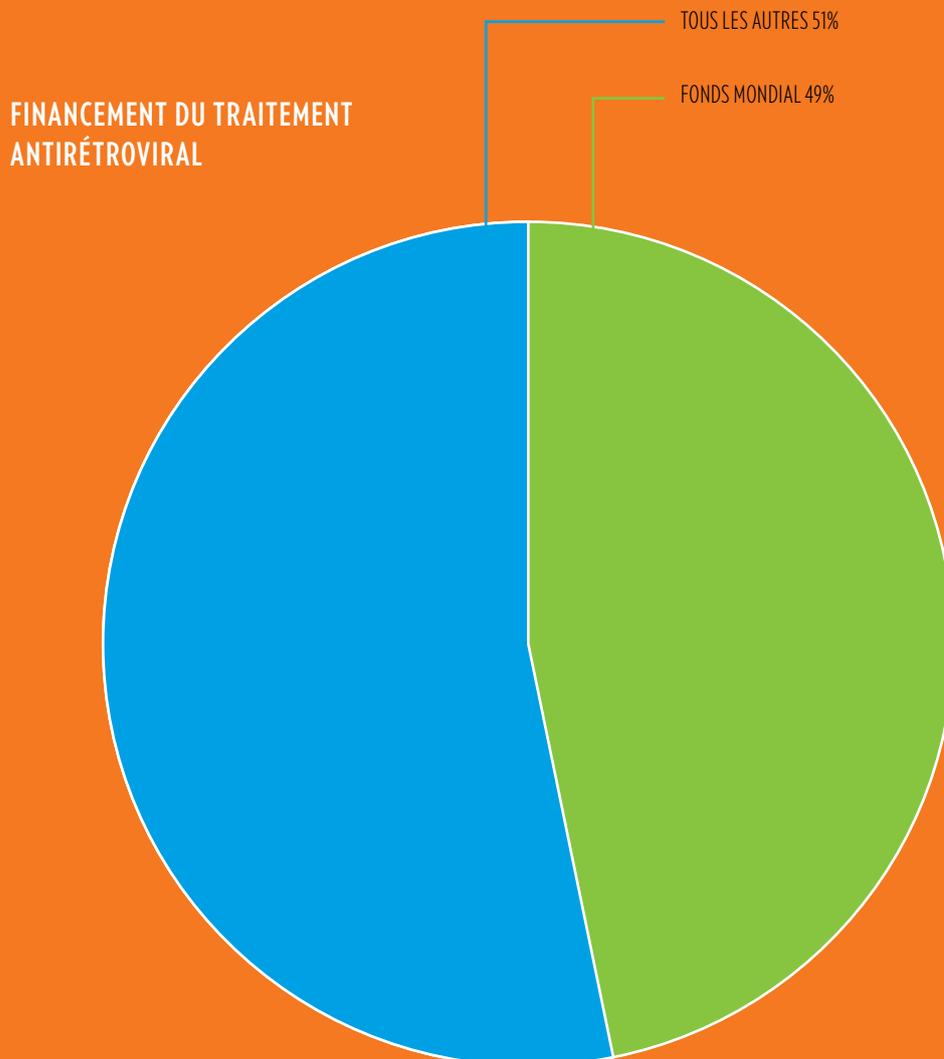
**2** Prudence adore le jazz, notamment sud-africain et américain. La liste des artistes qu'elle admire est interminable : Hugh Masekela, Jonas Gwangwa, Jimmy Dlodlu, Gloria Bosman...

**3** Prudence qualifie son style d'« afrocentrique » et arbore de nombreux bijoux ethniques. Sa grand-mère dessinait elle-même ses vêtements et lui a transmis son amour de la mode. Prudence soutient des créateurs sud-africains tels que David Tlale, J.J. Schoeman et Bongive Walaza.

**4** Prudence envisage d'entamer un MBA l'année prochaine afin de créer sa propre entreprise et de développer son action consistant à venir en aide aux personnes des communautés et des zones rurales.



## ÉTUDE DE CAS SUR LE TRAITEMENT : LE FONDS MONDIAL

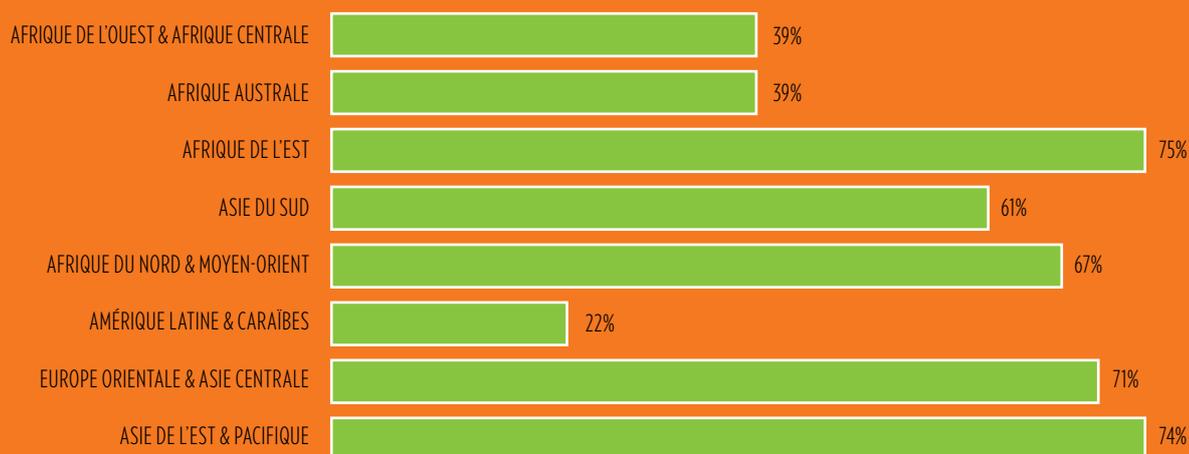


L'ONUSIDA collabore étroitement avec plusieurs partenaires de financement, dont le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

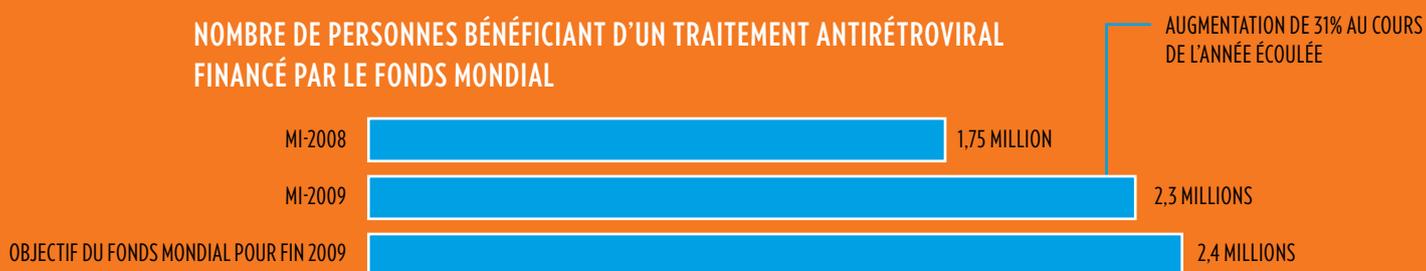
À titre d'exemple, l'ONUSIDA fournit un appui technique aux pays qui sollicitent des subventions auprès du Fonds mondial pour pouvoir réaliser leurs objectifs en matière d'accès universel. Cette aide permet aux pays d'obtenir des résultats et de plaider en faveur du financement intégral du Fonds mondial.

Le Fonds mondial a permis d'élargir l'accès au traitement antirétroviral. Fin 2008, on estimait à 4 millions le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La moitié des traitements a pu être financée par le Fonds mondial, ce qui a été confirmé en septembre 2009, quand l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont annoncé qu'un million de personnes supplémentaires dans le monde avait entamé un traitement antirétroviral en 2008.

## POURCENTAGE DE TRAITEMENTS ANTIRÉTROVIRAUX FINANCÉS PAR DES PROGRAMMES DU FONDS MONDIAL



## NOMBRE DE PERSONNES BÉNÉFICIAIRE D'UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL FINANCÉ PAR LE FONDS MONDIAL



*En 2008, le Fonds mondial a permis à quelque 600 000 personnes d'entamer un traitement. Fin 2008, on estimait que 4 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire bénéficiaient de traitements antirétroviraux, dont près de la moitié était financée par le Fonds mondial.*

# OÙ VA L'ARGENT DU SIDA ?



## UN BESOIN PERMANENT D'INVESTISSEMENTS INTERNATIONAUX POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Dans la plupart des régions du monde, l'aide internationale en faveur de la riposte mondiale au sida a permis aux pays d'élargir l'accès aux programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH. Elle a joué un rôle déterminant pour lancer et maintenir la riposte au sida dans bien des pays.

Les structures des cycles de financement des donateurs ont, dans une certaine mesure, protégé les investissements en faveur de la lutte contre le VIH en 2009.

Toutefois, il est essentiel que les décisions relatives aux investissements qui sont prises aujourd'hui reposent sur les besoins à venir. De nombreux pays développés commencent à sortir de la crise financière, et il est de plus en plus important de réaliser l'investissement de USD 25 milliards nécessaire pour atteindre les objectifs en matière d'accès universel que les pays se sont fixés pour 2010.

« La crise financière ne doit pas devenir une excuse pour mettre un terme aux investissements en faveur de la riposte au sida », a déclaré Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA. « Nous n'avons pas les moyens de nous laisser paralyser par cette crise. Pas

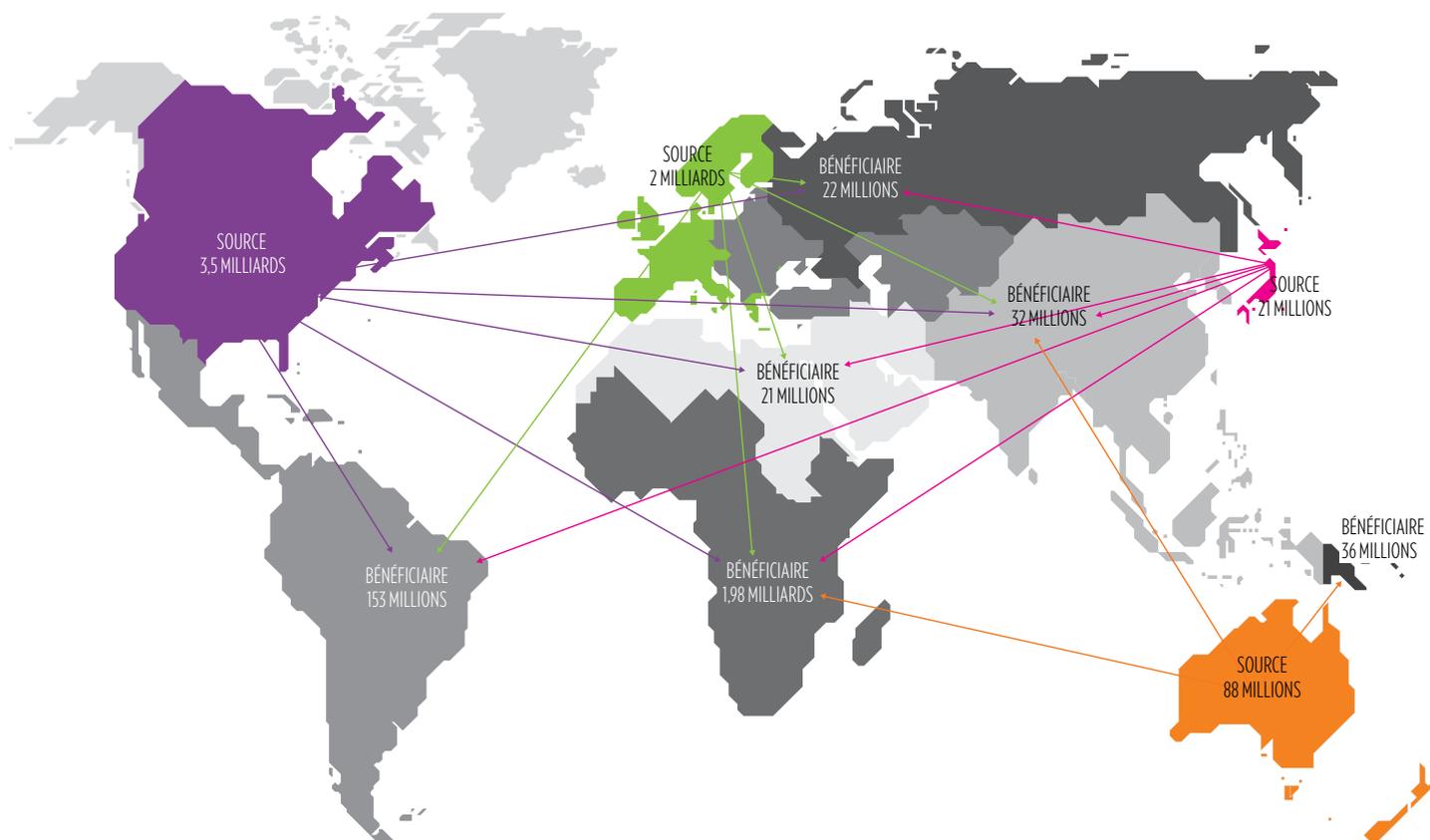
au moment où la riposte au sida donne des résultats. »

## INVESTIR DANS LA RIPOSTE AU SIDA

En 2008, les investissements en faveur de la lutte contre le sida ont atteint le montant record de USD 15,6 milliards, ce qui représente une augmentation de 39% depuis 2007. Près de USD 8,2 milliards de cette somme provenaient de l'aide internationale. La part de l'aide internationale est d'environ 55% des ressources mondiales disponibles.

La contribution la plus importante a été apportée par le gouvernement des États-Unis d'Amérique : elle s'élevait à USD 3,5 milliards,

Carte 1. Flux d'APD bilatérale pour la lutte contre le sida, 2008 (USD)



Analyse de l'ONUSIDA basée sur des données de la Fondation Kaiser Family et de l'OCDE/CAD SNPC.

soit 61% de l'aide publique bilatérale au développement en 2008. Parmi les autres donateurs importants figuraient le Royaume-Uni, la France, les Pays-Bas et l'Allemagne, dont le total des contributions s'élevait à USD 2,5 milliards. Le total des décaissements de pays tels que l'Irlande, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Norvège et la Suède se situait entre USD 280 et USD 582 par million de dollars de PIB – une fourchette qui peut sembler étroite par rapport à la totalité des contributions mais qui est nettement supérieure à la contribution de nombreux pays plus riches.

Des organismes philanthropiques ont également joué un rôle important dans la riposte au sida. Leurs contributions ont régulièrement augmenté sur les 10 dernières années, totalisant plus de USD 600 millions en 2008, soit 7% de l'ensemble des ressources disponibles la même année. Il est estimé que la part apportée par les organismes implantés aux États-Unis s'élevait à 85% et que le restant provenait d'organismes sans but lucratif européens. Près de la moitié de l'ensemble des contributions du secteur philanthropique venait de la Fondation Bill & Melinda Gates. La majorité des ressources ont été consacrées à la recherche, tandis que d'autres ont été affectées à la prévention et au traitement dans le domaine du VIH. Les prévisions pour 2010 ne sont toutefois pas rassurantes, surtout s'agissant des organismes plus petits, dont les recettes ont fléchi à la suite de la crise financière.

### LA MAJEURE PARTIE DE L'AIDE INTERNATIONALE POUR LA LUTTE CONTRE LE SIDA A ÉTÉ ALLOUÉE À DES PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Sur les 10 premiers bénéficiaires de l'aide internationale pour la lutte contre le sida, neuf se situent en Afrique subsaharienne. À eux tous, ils représentaient près de 57% de l'ensemble des investissements des grands donateurs en 2008.

En valeur absolue, les cinq premiers bénéficiaires étaient l'Afrique du Sud (USD 729 millions), le Nigéria (USD 432 millions), le Mozambique (USD 368 millions), la

Zambie (USD 361 millions) et l'Éthiopie (USD 357 millions).

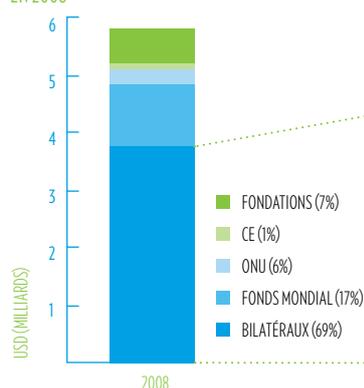
Le montant de l'aide publique au développement reçue par habitant était plus élevé au Guyana (USD 70 par habitant), en Namibie (USD 52 par habitant) et au Botswana (USD 34 par habitant).

Par ailleurs, l'Afrique du Sud, qui se classe au premier rang s'agissant de la valeur absolue de l'aide publique au développement reçue, a bénéficié de USD 15 par habitant, tandis que le Nigéria, deuxième en valeur absolue, n'a reçu que USD 2,9 par habitant.

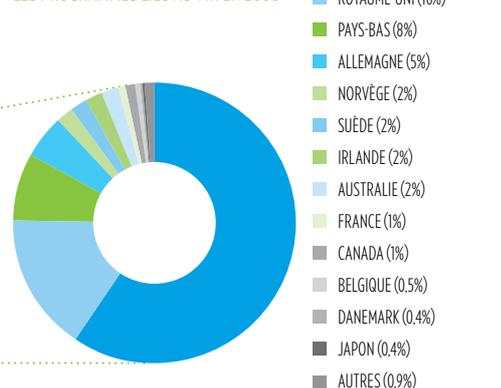
Les investissements d'origine nationale en faveur de la lutte contre le sida ont

### AIDE INTERNATIONALE POUR LES PROGRAMMES LIÉS AU VIH PAR SOURCE ET DÉCAISSEMENTS BILATÉRAUX, 2008

AIDE INTERNATIONALE POUR LE VIH ET LE SIDA EN 2008



DÉCAISSEMENTS BILATÉRAUX POUR LES PROGRAMMES LIÉS AU VIH EN 2008



Source : analyse de l'ONUSIDA (2009) basée sur des données de l'OCDE/CAD, de Funders Concerned About Aids (FCAA) et du European HIV/AIDS Funders Group (EFG) pour le secteur philanthropique.

## Décaissements internationaux, 2008

PAYS	BILATÉRAUX	MULTILATÉRAUX	TOTAL*
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE	87,5%	12,5%	3 953,5
ROYAUME-UNI	91,2	8,8	976,3
FRANCE	12,4	87,6	538,7
PAYS-BAS	86,1	13,9	500,8
ALLEMAGNE	60,1	39,9	477,7
SUÈDE	50,9	49,1	171,5
NORVÈGE	64,6	35,4	159,8
CANADA	42,7	57,3	137,6
JAPON	15,5	84,5	135,8
ITALIE	7,0	93,0	123,6
IRLANDE	79,8	20,2	112,5
AUSTRALIE	78,1	21,9	109,2
ESPAGNE	18,6	81,4	102,4
DANEMARK	46,0	54,0	48,2
BELGIQUE	72,6	27,4	35,4
LUXEMBOURG	38,5	61,5	15,2
AUTRICHE	29,1	70,9	7,5
SUISSE	36,8	63,2	6,5
GRÈCE	86,4	13,6	6,1
FINLANDE	55,0	45,0	5,3
NOUVELLE-ZÉLANDE	61,8	38,2	5,1
PORTUGAL	1,7	98,3	2,0

\*USD (millions).

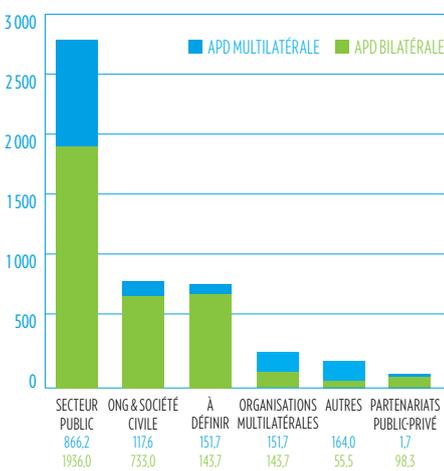
Source : OCDE/CAD, *Measuring Aid to HIV/AIDS Control*, avril 2009.

augmenté ces 10 dernières années, mais le financement des programmes de la plupart des pays reste tributaire de l'aide internationale. Dans des pays comme le Ghana, Haïti, l'Indonésie, le Mozambique et le Rwanda, plus de 70% des dépenses liées au sida en 2006 provenaient de sources internationales.

Si le financement international devait être réduit sans être contrebalancé par une augmentation du financement national, la riposte au sida dans plus de 100 pays risquerait fort d'être menacée.

Le principal bénéficiaire de l'aide internationale est le secteur public. Il est estimé que 55% des ressources disponibles en 2007 ont été affectées à des initiatives gouvernementales. Par ailleurs, les organisations de la société civile n'ont bénéficié que de 17% environ, tandis que

## Aide publique au développement pour la lutte contre le VIH aux organes de mise en œuvre, 2007



Source : analyse de l'ONUSIDA d'après la base de données en ligne de l'OCDE/CAD SNPC (consultée pour la dernière fois le 25 mai 2009).

6% ont été accordés à des organisations multilatérales et 2% à des partenariats public-privé.

## L'APPORT DES ORGANISATIONS MULTILATÉRALES

La plupart des organisations multilatérales décaissent habituellement des fonds reçus de gouvernements, de fondations et du grand public. De nombreux pays préfèrent distribuer une grosse part de leurs ressources par ces biais.

Par exemple, l'Autriche, la Finlande, la France, l'Italie, le Japon, le Portugal et la Suisse ont versé plus de 80% de leur aide internationale à des organisations multilatérales. Les grandes organisations multilatérales bénéficiant de ces investissements sont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et UNITAID. En 2007, les contributions décaissées pour le Fonds mondial ont pour la première fois dépassé USD 1 milliard, pour atteindre USD 1,72 milliard en 2008. Les organisations multilatérales ne représentent pourtant que 25% de l'ensemble des investissements internationaux pour la lutte contre le sida.

Toutefois, et c'est le plus important, plus de 70 pays reçoivent plus de 75% de l'aide internationale pour la lutte contre le sida de la part d'organisations multilatérales. Trente autres pays reçoivent entre 50% et 75% par le même biais. Le Fonds mondial a versé près de USD 1,03 milliard à 136 pays à revenu faible ou intermédiaire. UNITAID a apporté USD 265 millions à la riposte au sida, générés par une taxe spéciale sur les billets d'avion prélevée dans une vingtaine de pays en 2007.

Mi-2009, quelque 2,3 millions de personnes vivant avec le VIH bénéficiaient d'un traitement antirétroviral grâce à des programmes financés par le Fonds mondial. Le financement d'UNITAID permet de fournir actuellement des traitements à plus de 170 000 enfants, le but étant de parvenir à 400 000 fin 2010. De même, grâce à UNITAID et à ses partenaires, 11 formulations pédiatriques sont désormais disponibles dans des pays en développement, et le prix de certains médicaments efficaces entrant dans le traitement contre le sida a chuté de 60% depuis 2006.

Laide que le système de Nations Unies apporte à la riposte au sida a largement trait à l'appui technique, mais une part concerne le soutien à la mise en œuvre. À titre d'exemple, le Programme alimentaire mondial (PAM) était l'une des premières institutions à distribuer de la nourriture pour élargir l'accès au traitement antirétroviral dans les contextes où les ressources font défaut. L'appui nutritionnel et la sécurité alimentaire sont des composantes essentielles des soins et de l'appui pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH, surtout en Afrique subsaharienne.

Dans plus de 50 pays, le PAM met en œuvre des programmes sida portant sur le traitement, les soins et l'appui ainsi que sur l'atténuation des effets pour les personnes affectées par l'épidémie. Au Lesotho, par exemple, il fournit un appui nutritionnel à près d'un tiers des personnes sous traitement antirétroviral, ainsi qu'aux membres de leur famille. « Le VIH a privé des foyers de leur soutien de famille et a imposé une charge financière supplémentaire aux ménages démunis », précise Bhim Udas, Directeur de pays du PAM au Lesotho. « Au Lesotho, les personnes sous traitement antirétroviral ont du mal à satisfaire leurs besoins nutritionnels en raison de l'insécurité alimentaire généralisée. »

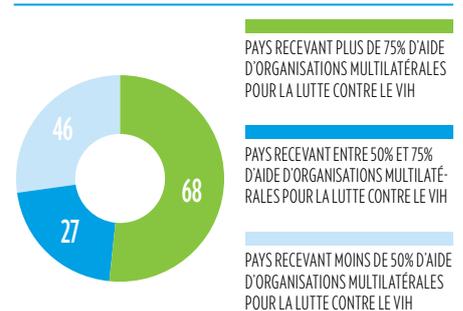
## AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE L'AIDE-FAIRE PLUS AVEC MOINS

La plus grosse part de l'aide internationale pour la lutte contre le sida est affectée par le biais des circuits bilatéraux, d'un gouvernement à un autre. Il est estimé que 69% des financements correspondaient à une aide bilatérale de la part de pays membres du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ; 23% ont été versés par le biais d'agences multilatérales. Les financements privés en provenance du secteur philanthropique représentaient 7% de l'aide internationale.

Cet accroissement des ressources et un accroissement correspondant du nombre d'acteurs au niveau des pays submergent souvent les efforts nationaux visant à coordonner une riposte complète et multisectorielle fondée sur les priorités nationales. Il en résulte des actions verticales et fragmentaires contre le sida qui font souvent double emploi et sont rarement durables. Cette situation pose de grosses difficultés au pays bénéficiaire, qui doit souvent jongler avec les exigences d'une multiplicité de donateurs.

« Notre capacité à suivre le rythme va être particulièrement mise à l'épreuve dans ce ralentissement de l'activité économique. Il serait insensé de ne pas mettre en place une stratégie d'ouverture pour essayer d'apporter d'autres ressources bilatérales et multilatérales.

## Source de l'aide internationale aux pays



Source : analyse de l'ONUSIDA d'après la base de données en ligne de l'OCDE/CAD SNPC (consultée pour la dernière fois le 25 mai 2009).

Notre démarche, en tant que bailleurs de fonds, doit être plus avisée. Nous ne pouvons pas nous contenter de mettre en place des systèmes parallèles d'intervention. Il s'agit sans doute du plus épineux problème auquel je dois faire face : réfléchir sur la façon de répondre à ce besoin croissant et de maintenir l'engagement médical, clinique et éthique que nous avons pris envers les patients sous traitement. Nous visons une utilisation optimale des ressources en nous orientant vers un système davantage axé sur les pays. Il nous faut aussi mettre en place un dialogue nouveau et ambitieux avec nos partenaires mondiaux qui disposent des ressources pouvant nous permettre d'atteindre cet objectif », a déclaré Eric Goosby, Coordonnateur mondial et Ambassadeur itinérant pour la lutte contre le sida, dans un entretien à la revue *Science Insider*.

Dans ce contexte, il est important que les pays disposent d'un cadre pour utiliser les ressources de façon optimale en vue d'atteindre un objectif commun. Dans bien des pays, les « Trois Principes » de l'ONUSIDA sont une source d'inspiration ayant permis d'améliorer l'efficacité de l'aide. Examinons le cas du Malawi. Ce pays a mis en place un cadre de gestion stratégique, révisé en 2009, qui fixe une conception commune des attentes en

## CONSÉQUENCES POUR L'AVENIR

La riposte au sida a subi les répercussions de la crise financière de 2009 sur bien des plans. De nombreux pays ont connu des baisses de financement de leurs services de traitement et de prévention, dont la cause – manque de ressources ou mauvaise planification ? – reste difficile à déterminer.

Un mécanisme d'intervention rapide mis en place par l'ONUSIDA, ses Coparrainants et des partenaires a permis, dans une large mesure, d'éviter des ruptures de stocks et des pénuries. Cependant, bien des pays ont dû interrompre l'élargissement de leurs programmes. Alors que nous nous tournons vers 2010, il est important de faire en sorte que les personnes sous traitement – qui sont plus de 4 millions – puissent toujours avoir accès à leurs médicaments et ce, sans interruption.

Le paysage mondial est en pleine évolution. Le G8 a cédé la place au G20. Pour de nombreux pays émergents, c'est l'occasion de redéfinir leur rôle dans la riposte mondiale au sida. Plus de 16% de l'ensemble de l'aide internationale disponible pour la lutte contre le sida a été affectée à des membres du G20, la plus grosse part ayant été attribuée à l'Afrique du Sud, l'Inde et la Chine.

Le montant total des investissements du Fonds mondial en Chine et en Inde s'élève à plus de USD 461 millions, soit 6% des

en place pour veiller à ce que les activités des organisations de la société civile continuent d'être financées.

Nombre de gouvernements ne sont guère disposés à financer des organisations de la société civile ou à investir dans des programmes destinés aux populations marginalisées. Les organisations internationales sont souvent leur seul moyen de financement.

« Il est communément admis que la société civile joue un rôle important dans le domaine de la prévention du VIH. Toutefois, les financements des organisations internationales à la société civile pour la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables vont bientôt arriver à leur terme. Compte tenu du manque de soutien des gouvernements aux programmes de réduction des risques à l'intention des consommateurs de drogues injectables, nous nous demandons, avec inquiétude, comment nous allons pouvoir maintenir nos programmes », affirme Pavel Aksenov, Directeur exécutif du Réseau russe de réduction des risques.

Les institutions multilatérales de financement intégral, dont fait partie le Fonds mondial, se trouveront dans une position critique en 2010. Ces circuits représentent une véritable bouée de sauvetage pour les programmes de traitement et de prévention du VIH dans plus de 137 pays à travers le monde. La répartition sur une base d'environ 50-50 entre les investissements d'origine nationale et ceux d'origine internationale en faveur de la riposte au sida sera menacée en 2010.

Certes, bon nombre des principaux pays donateurs montrent actuellement des signes de reprise économique, mais ceux-ci ne sont pas généralisés. Cela changera-t-il la structure des investissements ? Qui pourra réduire l'écart ? Il n'est pas aisé de répondre à ces questions, mais il convient d'examiner différentes options. Même dans cette conjoncture économique difficile, il ne faut pas perdre de vue l'objectif de 0,7% pour l'aide internationale et l'objectif d'Abuja de 15% pour le secteur de la santé.

Les objectifs en matière d'accès universel peuvent être atteints si les gouvernements consacrent 0,5% de leur PIB à l'aide internationale et maintiennent leurs investissements en faveur de la lutte contre le sida dans les proportions actuelles. Il est essentiel que l'engagement historique des États-Unis d'allouer USD 48 milliards entre 2009 et 2013 soit pleinement respecté. Ce pays étant le donateur le plus important, toute réduction de sa contribution risquerait d'avoir un impact direct sur la vie de millions de personnes.

Les nombreux programmes de relance économique et plans de renflouement adoptés par des gouvernements reposent sur la même idée que les secteurs du sida, de la santé et du développement : aider la population. Aujourd'hui, la riposte au sida nécessite un programme de relance, qui permettrait en effet d'accélérer les progrès et de faire en sorte qu'à terme, ils soient irréversibles. ●

---

## PRINCIPES POUR LA COORDINATION DES RIPOSTES NATIONALES AU SIDA.

**LE BUT DES « TROIS PRINCIPES » EST DE PARVENIR À L'UTILISATION LA PLUS EFFICACE ET RATIONNELLE POSSIBLE DES RESSOURCES ET D'ASSURER UNE ACTION RAPIDE AINSI QU'UNE GESTION FONDÉE SUR LES RÉSULTATS :**

**UN CADRE COMMUN D'ACTION SUR LE VIH/SIDA QUI PERMET DE COORDONNER LES ACTIVITÉS DE TOUS LES PARTENAIRES ;**

**UN ORGANISME NATIONAL COMMUN DE COORDINATION DE LA RIPOSTE AU SIDA À REPRÉSENTATION LARGE ET MULTISECTORIELLE ;**

**UN SYSTÈME COMMUN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION À L'ÉCHELON NATIONAL.**

---

termes de résultats, de prestations, d'effets, d'évaluation de la qualité des résultats et de mécanismes d'établissement de rapports, que doivent respecter toutes les parties prenantes à la riposte au sida au Malawi. Depuis de nombreuses années, un certain nombre de donateurs ont mis leurs fonds en commun pour soutenir la stratégie nationale de lutte contre le sida du pays. Ils ont signé un mémorandum d'accord qui énonce les responsabilités et présente les mécanismes de contrôle des obligations liées aux responsabilités de chaque partenaire. Le plan stratégique national de 2009 constitue le fondement de la mobilisation globale des ressources provenant des donateurs.

investissements en faveur de la lutte contre le sida en 2008. L'accroissement des dépenses d'origine nationale consacrées au sida dans ces pays permettra largement de dégager des ressources pour d'autres pays. Le cas du Brésil est révélateur. La majeure partie des ressources consacrées à sa riposte sont d'origine nationale. Alors que l'Afrique du Sud, l'Inde et la Chine se classent respectivement aux 1er, 7e et 12e rangs des bénéficiaires de l'aide pour la lutte contre le sida, le Brésil, quant à lui, est 56e.

Parallèlement, comme les investissements d'origine nationale sont en augmentation dans des pays développés et émergents, ainsi que dans des pays à revenu intermédiaire, il importe que des systèmes soient mis

# Laboratoire



## INDE

### DES PROFESSIONNEL(LES) DU SEXE PARTICIPENT À DES OPÉRATIONS DE SECOURS À LA SUITE D'INONDATIONS

Ashodaya Samithi, une association de professionnel(le)s du sexe à Mysore (Inde), a fait don de 50 000 roupies au gouvernement du Karnataka – une somme qu'elle a réunie pour participer au financement d'opérations de secours menées à la suite d'inondations. Les initiatives de ce type contribuent à l'élimination de la stigmatisation dont sont victimes les professionnel(le)s du sexe. Le ministre principal de l'Inde a fait savoir qu'il était profondément touché par ce don généreux, et il a déclaré que celui-ci avait plus de valeur à ses yeux qu'un don d'une valeur 10 000 fois supérieure de la part de donateurs fortunés.

## ÉTATS-UNIS

### DES RÉSEAUX DE PAIRS TENDENT LA MAIN

Dans sept villes des États-Unis, des personnes vivant avec le VIH ont orienté des pairs de leurs réseaux sociaux, sexuels et toxicomanes vers des services de test VIH et des services appropriés de soins et de prévention, ce qui s'est révélé très fructueux. En effet, les stratégies plus conventionnelles ne permettent pas toujours d'entrer en contact avec les populations clés plus exposées au risque d'infection. Cette approche axée sur les pairs a donc permis à beaucoup plus de personnes d'avoir accès à des services en rapport avec le VIH (conseil, test et orientation) et avec des niveaux d'infection à VIH non diagnostiquée plus élevés.

## MALAWI

### GARANTIR L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE TRAITEMENT

Le Malawi applique une politique d'équité en matière d'accès au traitement antirétroviral, qui consiste à enregistrer l'âge, le sexe et le statut socio-économique des personnes qui se soumettent à un dépistage et bénéficient de services de traitement contre le VIH. Dans le cadre du programme proposant gratuitement des traitements dans l'ordre des demandes, des analyses de l'équité permettent de relever les inégalités qui sont injustifiées et évitables. Des programmes ont été modifiés et combinés, afin de réduire les dépenses liées au transport, à la nourriture et aux heures de travail perdues.



## INTERNATIONAL

### AIDSSPACE.ORG

Rassembler des individus, des idées et des informations dans un seul et même espace virtuel, tel est le but d'AIDSSpace, un nouveau réseau de relations en ligne. Destiné aux 33,4 millions de personnes vivant avec le VIH et aux millions d'autres qui participent à la riposte au sida, AIDSSpace est une communauté en ligne permettant de relier les gens, de partager des connaissances et d'accéder à des services. Grâce à AIDSSpace, vous pouvez rencontrer d'autres personnes et vous instruire à leur contact, échanger des idées et découvrir de nouveaux réseaux, afficher et partager divers documents (politiques décisives, études de cas, meilleures pratiques, contenu multimédia, affiches de conférences, rapports et autre documentation essentielle), faire des recherches et publier des annonces en matière d'emploi. Inscrivez-vous dès aujourd'hui sur [www.aidspace.org](http://www.aidspace.org).

## ÉTATS-UNIS

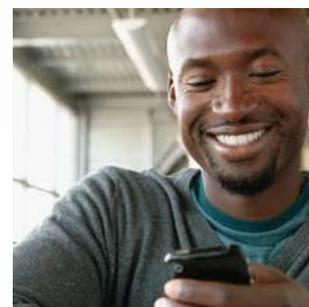
### ÉCHANGE DE SERINGUES

L'incidence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables aux États-Unis a diminué pour passer, en un an, à moins d'une personne sur 100 et ce, grâce aux programmes de réduction des risques. Le Congrès a adopté un projet de loi éliminant l'interdiction du financement, au niveau fédéral, des programmes d'échange de seringues – une interdiction en place depuis 20 ans. Il se peut que cette décision crée un climat propice au renforcement de l'équité de la couverture des services dans tout le pays, à la réduction de la stigmatisation dont sont victimes les consommateurs de drogues injectables et à l'intégration des services destinés à ces consommateurs au sein du système de santé conventionnel.

## CHINE

### PROGRÈS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT

Le traitement de substitution des opioïdes – le traitement le plus rentable qui existe pour traiter la dépendance à l'héroïne – est désormais disponible dans 66 pays et territoires, dont des pays à revenu faible ou intermédiaire, tels que la Chine, l'Indonésie et l'Iran. Le nombre de pays offrant un accès à ce traitement dans les prisons a augmenté : ils étaient cinq en 1996 et 29 en 2008. C'est un bon début, mais il reste beaucoup à faire pour améliorer la couverture de ce type de traitement dans le monde, à la fois dans les prisons et dans les communautés.



## AFRIQUE DU SUD

### DES SMS POUR LE CONSEIL ET LE TEST VIH

Le Projet Masiluleke se sert de la technologie mobile pour inciter les Sud-Africains à se soumettre à un dépistage du VIH. Un million de SMS disant « Please call me » (Appelle-moi, s'il te plaît) sont envoyés chaque jour dans toute l'Afrique du Sud pour encourager les gens à aller faire un test VIH et à bénéficier d'un traitement. Rédigés dans les langues régionales, ces messages visent à diriger les utilisateurs vers le service téléphonique national consacré au sida. Une fois que le patient est en ligne, les interlocuteurs le renseignent sur les services de test VIH et lui en communiquent l'adresse. Dans un pays où près de 20% des habitants vivent avec le VIH, il est indispensable d'avoir connaissance de sa sérologie – ce qui n'est pas le cas de 3% de la population. Les premiers résultats montrent que les appels téléphoniques ont triplé au cours des trois premières semaines. Parmi les partenaires du projet figurent Nokia et le service téléphonique national sud-africain consacré au sida.



# d'idées



## BRÉSIL

### FORÊT TROPICALE ET PRÉSERVATIFS

À Xapuri (Brésil), une usine de préservatifs favorise la prévention de la propagation du VIH et pourrait également contribuer à sauver la forêt tropicale. Cette usine unique au monde, qui utilise le latex naturel recueilli par des saigneurs d'hévéa locaux, a pour objectif de fournir 100 millions de préservatifs par an à l'État brésilien. Il s'agit d'une coentreprise entre l'État d'Acre, le Ministère de l'Environnement et le Ministère de la Santé.

## ROUMANIE

### DÉTECTER LES RUPTURES DE STOCKS D'ANTI-RÉTROVIRAUX

À la suite de la crise économique, 22 associations de personnes vivant avec le VIH en Roumanie se sont unies pour créer une fédération qui a mis au point un système d'alerte en cas de rupture de stocks. Chaque fois qu'apparaît une pénurie de médicaments, les membres se préviennent mutuellement et avertissent le Ministère de la Santé, ce qui permet aux décideurs d'entreprendre une action immédiate. La fédération a élargi le partenariat à des associations de malades vivant avec d'autres maladies chroniques, ce qui permet d'évaluer toute une série de situations.



## ZAMBIE

### NOUVELLES ASSOCIATIONS MÉDICAMENTEUSES POUR LES ENFANTS

En Zambie, une thérapie antirétrovirale associée à une prise quotidienne prophylactique de cotrimoxazole a permis de diviser par six la mortalité chez les enfants infectés par le VIH, pour des résultats comparables à ceux relevés dans les contextes de revenu élevé. Cela étant, en dépit des résultats impressionnants, la mortalité au cours des premiers mois de thérapie reste élevée chez les enfants infectés par le VIH en Afrique subsaharienne.

## ÉTATS-UNIS

### DES ANTIRÉTROVIRAUX INJECTABLES ?

Des chercheurs étudient actuellement les nanosuspensions des médicaments antirétroviraux, en vue de tester leur adaptabilité en tant que formulations à effet prolongé qui pourraient permettre de maintenir des taux corrects de médicaments dans le sang sans devoir recourir à d'autres comprimés – un principe analogue à celui des contraceptifs injectables. Un bel espoir pour l'avenir !



## INTERNATIONAL

### UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL POUR LA PRÉVENTION DU VIH

Une nouvelle approche tend à relier traitement et prévention. Les médicaments antirétroviraux permettent déjà d'empêcher la transmission du VIH aux bébés. Actuellement, on expérimente de nouvelles techniques pour pouvoir les utiliser comme moyen possible de prophylaxie pré-exposition et microbicide à action locale.



## AFRIQUE DU SUD

### DIAGNOSTIQUER LE VIH CHEZ LES NOURRISSONS ET LES JEUNES ENFANTS

Le recours à des tests simples sur sang séché offre désormais un outil pratique, efficace et d'un bon rapport coût-efficacité, pour diagnostiquer le VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants. Dans deux centres médicaux d'Afrique du Sud, on a constaté que la précocité du diagnostic et de la mise en place d'une thérapie antirétrovirale avait permis de réduire la mortalité infantile de 76% et de ralentir la progression des maladies associées au VIH de 75%.

### INFO EXPRESS

PLUS DE  
**29%**  
DES FEMMES  
ENCEINTES ACCÉDANT  
AUX SERVICES DE  
SANTÉ PUBLIQUE  
ONT ÉTÉ DÉPISTÉES  
POSITIVES AU VIH EN  
AFRIQUE DU SUD.

## OUGANDA

### FAIRE RECULER LA MORTALITÉ EN ASSOCIANT PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Dans le cadre d'une étude prospective par cohortes menée en Ouganda, une association de médicaments antirétroviraux et de cotrimoxazole a permis de réduire la mortalité de 95% par rapport au niveau enregistré en l'absence de toute intervention. Ces résultats ont été obtenus en dépit du fait qu'aucun rendez-vous régulier au dispensaire n'ait été prévu après le premier essai et que les visites à domicile aient été effectuées par des prestataires non professionnels formés. L'administration de traitements antirétroviraux aux adultes a permis en outre de faire reculer la mortalité des enfants séronégatifs au sein des familles ainsi que la proportion des orphelins liés au sida.



# Des enfants nés de l'espoir au Viet Nam\*

7 heures. La main de son fils de cinq ans dans la sienne, Ngan se dépêche de sortir de sa modeste maison située dans le district de Thanh Xuan, à Hanoi (Viet Nam). Elle va faire des courses avant d'emmener son fils à la crèche, comme bien d'autres mères que l'on peut apercevoir en ville tôt le matin.

Mais son histoire est différente : Ngan est séropositive au VIH et se trouve dans la 22e semaine de sa deuxième grossesse.

---

*\*L'ONUSIDA est résolu à aider les pays à éliminer presque totalement la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à 2015.*

*Ngan se souvient encore du choc qu'elle a reçu il y a cinq ans quand elle a appris sa séropositivité lors d'un examen prénatal de routine pendant sa première grossesse. Elle a ensuite vécu des mois difficiles, au cours desquels elle a dû faire face à ses peurs et à ses émotions. En même temps, Ngan était l'objet de discrimination de la part de la communauté et même de sa propre famille. Et l'angoisse de transmettre le virus à son bébé ne la quittait pas.*

*Grâce au diagnostic précoce de sa séropositivité, Ngan a pu bénéficier d'un traitement antirétroviral durant le premier trimestre de sa grossesse. Huy, son fils, est né en octobre 2004, séronégatif et en bonne santé.*



*Ngan attend son deuxième enfant. Elle se rend au centre de jour de Tay Ho pour effectuer un examen prénatal, afin de vérifier que sa grossesse se déroule correctement. Son médecin lui annonce qu'elle est en bonne santé et que le bébé qu'elle porte pèse désormais 450 grammes.*



*Dans les provinces du Viet Nam, le fait de ne pas disposer de structure leur offrant, ainsi qu'à leur bébé, une prise en charge complète avant, pendant et après l'accouchement préoccupe encore les femmes séropositives désirant devenir mères. Au niveau provincial, le besoin d'établissements de soins obstétricaux dotés de matériel de meilleure qualité et de personnel possédant des connaissances sur le VIH et la prévention de la transmission mère-enfant se fait cruellement sentir.*



*Ngan considère qu'elle a de la chance : comme elle a pu avoir accès à des services de prévention de la transmission mère-enfant, elle n'a pas transmis le virus à son fils. En l'absence de tels services, la probabilité de transmettre le virus au bébé est de 30% à 40%. Dans l'autre cas, ce taux peut être inférieur à 2%.*





## CHRONOLOGIE DE LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

*Le soleil se couche sur Hanoi. Ngan est déjà allée chercher Huy à la crèche et tous deux rentrent à la maison par les rues animées de la ville.*

*Après une longue journée, Ngan et Quang, son mari, préparent le dîner ensemble dans leur modeste habitation située dans le district de Thanh Xuan, dans le sud de Hanoi.*

*Le repas terminé, père et fils jouent ensemble. Mais pour les deux époux, la soirée est loin d'être finie. Ngan est un membre actif du White Dove Club (club de la blanche colombe), un groupe d'entraide de personnes vivant avec le VIH, qui mène des activités dans le district de Thanh Xuan. Chaque soir, Ngan se rend sur des sites fréquentés par des consommateurs de drogues injectables du district.*

*L'équipe du White Dove Club récupère les seringues et les aiguilles usagées et en distribue des propres aux consommateurs de drogues. Quang, un ancien toxicomane, accompagne Ngan, tandis que leur fils reste à la maison avec ses grands-parents.*

*Ngan et Quang se sont de nouveau fait accepter par le voisinage, qui apprécie de les voir mener une vie saine. La drogue a enlevé les deux autres fils des beaux-parents de Ngan. Aujourd'hui, ils sont fiers du soutien et de l'attention que leur aîné apporte à sa famille.*



**1994**

On observe que AZT réduit la transmission mère-enfant.

**1998**

Création de l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), destinée à montrer la voie à suivre aux pays et à orienter leurs activités.

**1999**

On observe qu'une dose unique de névirapine donne de bons résultats en matière de PTME.

**2000**

En adoptant la Déclaration du Millénaire, les États Membres s'engagent à réaliser huit objectifs assortis d'échéance, dont l'OMD 6 visant à combattre le VIH.

**2001**

À la première Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 189 États Membres signent la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Réduire de 50% la proportion des nourrissons infectés par le VIH d'ici à 2010 figure parmi les objectifs fixés.

**2002**

En collaboration avec ses Coparrainants, l'ONUSIDA élabore des indicateurs de base pour mesurer les progrès relatifs à la réalisation des objectifs fixés dans la Déclaration d'engagement.

**2006**

Déclaration politique sur le VIH/sida, renouvellement des engagements pris en 2001 ainsi que des OMD.

L'OMS publie des lignes directrices qui déconseillent l'utilisation d'une dose unique de névirapine et encouragent une prophylaxie antirétrovirale plus efficace pour la PTME.

Publication du *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH*.

**2007**

On estime que 34% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH à leur bébé.

**2008**

On estime que 45% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH à leur bébé.

**2009**

Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA appelle de ses vœux l'élimination presque totale de la transmission mère-enfant d'ici à 2015.

# Pour vous, qu'est-ce que la prévention du VIH ?

## Quelles mesures de prévention du VIH utilisez-vous ou avez-vous déjà utilisées ?

## En quoi la prévention du VIH a-t-elle changé votre vie ?

AVEC MES MOTS – 4 personnes de 4 régions du monde font part de leurs réflexions sur la prévention du VIH.

### Alexei Voronin\*

*Alexei Voronin, 27 ans, vit à Volkhov, une petite ville de la banlieue de Saint-Petersbourg (Fédération de Russie). Ancien consommateur de drogues injectables, il est séropositif au VIH. Son épouse, avec qui il est marié depuis deux ans, n'a pas le VIH.*

J'ai commencé à consommer des drogues à l'adolescence. À l'époque, seules deux choses comptaient : me faire de l'argent et trouver des drogues. Je ne pensais pas du tout à employer des moyens de prévention pour me protéger contre le VIH quand j'utilisais la même seringue que mon grand frère séropositif.

En 2006, après une période où j'ai été très souffrant, ma mère m'a emmené dans un hôpital spécialisé dans les maladies infectieuses. J'ai eu un entretien avec un psychologue de l'organisme Humanitarian Action, qui a changé ma vie. J'ai eu envie de vivre à nouveau, d'arrêter les drogues, de faire des études. Je voulais repartir à zéro.

Quand je pense aujourd'hui à quel point j'étais détaché de la prévention du VIH à ce moment-là, j'ai du mal à y croire. Je regrette beaucoup d'avoir perdu toutes ces années. Maintenant, je suis travailleur de proximité dans un programme de réduction des risques à Humanitarian Action. Mon job consiste à inciter les consommateurs de drogues à venir nous voir dans notre bus, où

ils peuvent échanger leurs seringues usagées contre des seringues stériles. On leur offre aussi la possibilité de consulter un psychologue et de faire des analyses de sang.

J'essaie toujours d'inciter ces gens qui vivent dans la rue à observer leur vie quotidienne d'un œil différent. Je leur demande si leur vie sexuelle se passe bien et s'ils utilisent des préservatifs pour se protéger contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles. Quand ils me disent qu'ils n'ont pas les moyens de s'en acheter, je leur en donne une boîte sur le champ, en leur expliquant quels sont les dangers contre lesquels le préservatif peut les protéger. Il m'arrive de leur faire part de mon expérience, notamment du fait que j'ai eu de graves problèmes car je n'utilisais aucun moyen de prévention. Ils demandent alors : « Quel genre de problème ? » Je ne dévoile pas mon statut VIH, mais j'évoque des problèmes de santé graves et incurables.

J'ai longtemps pensé qu'après tout ce que j'avais traversé, je ne pourrais jamais avoir de vie de famille à moi. Quand j'ai rencontré Elena, j'ai senti que c'était la femme de ma vie, mais j'étais mort de peur à l'idée de lui révéler mon statut. Elle l'a pourtant accepté, et nous nous sommes mariés il y a deux ans. Le pire, pour moi, serait d'infecter mon épouse par le VIH, donc nous n'avons que des rapports sexuels protégés. Pour l'instant, nous ne parlons pas d'avoir des enfants, mais ce sera pour nous un grand défi.

*\* Le nom des personnes mentionnées dans cet article a été modifié, mais les récits sont authentiques.*

### Mme Minh

*Née en 1977 à Hanoi (Viet Nam), Mme Minh a été professionnelle du sexe et consommatrice de drogues injectables de 1998 à 2005.*

*Aujourd'hui, elle est éducatrice pour les pairs dans le domaine de la réduction des risques pour les professionnel(le)s du sexe. Elle n'a pas d'enfants et son deuxième époux – avec qui elle est actuellement mariée – est un ancien consommateur de drogues injectables.*

En 1996, je travaillais comme serveuse pour subvenir à mes besoins et à ceux de mon mari, qui était alors en prison. Puis j'ai commencé à consommer des drogues. Comme il me fallait de plus en plus d'argent, j'ai décidé de vendre des services sexuels.

Pendant longtemps, je n'ai pas eu conscience des dangers du VIH. En fait, je ne croyais pas à l'existence d'un tel virus, tout comme mes ami(e)s professionnel(le)s du sexe. Personne ne nous avait informés. Nous pensions tous qu'il s'agissait d'une histoire inventée de toutes pièces pour nous menacer et nous pousser à arrêter les drogues et le commerce du sexe. La plupart de mes amis et moi avions des rapports sexuels non protégés avec nos clients et utilisions les mêmes aiguilles quand nous nous injectons

#### INFO EXPRESS

IL EST ESTIMÉ QUE

**3,7**

MILLIONS DE PERSONNES EN EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE CONSOMMENT DES DROGUES INJECTABLES.

*Quand ils me disent qu'ils n'ont pas les moyens de s'acheter des préservatifs, je leur en donne une boîte sur le champ, en leur expliquant quels sont les dangers contre lesquels le préservatif peut les protéger.*



*Je savais que, pour me protéger contre le VIH, je ne devais pas avoir de rapports sans préservatifs ni utiliser les mêmes aiguilles que les autres.*



des drogues. Je ne savais rien sur le VIH, jusqu'à ce que l'on m'admette en 2003 dans le centre de désintoxication où Hanh, ma meilleure amie professionnelle du sexe, était entrée deux mois avant.

En larmes, Hanh m'a annoncé qu'elle avait été dépistée positive au VIH et qu'elle devait séjourner dans un bâtiment séparé. Je suis restée sans voix. Puis j'ai commencé à suivre une formation sur le VIH au centre, en ayant conscience de la chance que j'avais de ne pas avoir contracté le virus jusque-là. Une fois sortie, j'ai recommencé à vendre des services sexuels. Je savais que, pour me protéger contre le VIH, je ne devais pas avoir de rapports sans préservatifs ni utiliser les mêmes aiguilles que les autres. Mais je n'étais pas toujours en mesure d'avoir des rapports protégés au travail. Quand on est en manque de drogues, la seule chose qui importe, c'est de trouver de l'argent, donc si un client refusait de porter un préservatif, je cédaï facilement.

Cette situation a duré jusqu'en 2005, année où j'ai fermement décidé d'arrêter les drogues et que je suis devenue éducatrice pour les pairs, grâce à l'appui de ma famille. Je trouve qu'aujourd'hui, les professionnel(le)s du sexe au Viet Nam ont beaucoup plus de chance que nous à l'époque, car le pays conduit une riposte solide au VIH. Mon rôle d'éducatrice pour les pairs consiste à fournir des conseils aux

professionnel(le)s du sexe de mon quartier sur les moyens de prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH.

Tous les trois mois, notre groupe d'entraide organise un dépistage du VIH à l'intention de ces professionnel(le)s du sexe, qui a lieu dans nos locaux. Ainsi, ils ne craignent pas de faire l'objet de stigmatisation et de discrimination dans les établissements publics de soins.

Quand Hanh et moi nous tournons vers le passé, nous tombons d'accord sur le fait que si nous avions su que les rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues faisaient autant de ravages, nous n'aurions jamais osé nous exposer à un tel risque.

**Mon rôle d'éducatrice pour les pairs consiste à fournir des conseils aux professionnel(le)s du sexe de mon quartier sur les moyens de prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH.**

#### INFO EXPRESS

LA PRÉVALENCE DU VIH EST SUPÉRIEURE À

**10%**

CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES DANS 12 PAYS SUR 14 EN AMÉRIQUE LATINE.

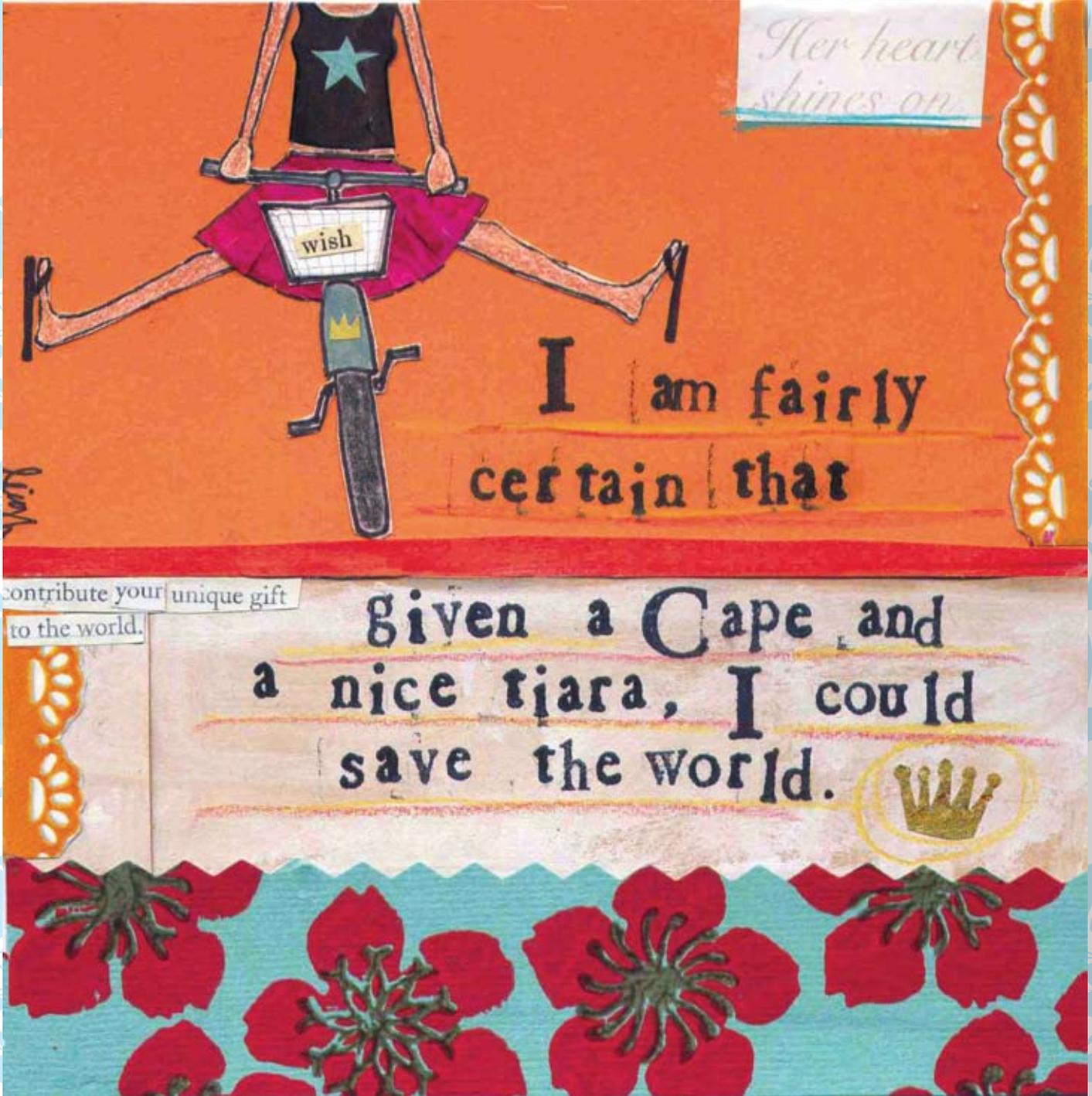
## Jovanna Baby

*Jovanna Baby, 46 ans, est brésilienne. Fondatrice de la Brazilian Transvestites and Transsexual Association (association brésilienne de personnes travesties et transsexuelles), elle vit actuellement dans l'État du Piauí (Brésil) et se déplace dans des zones reculées de la région du Nord-Est pour transmettre ses connaissances sur le VIH et les droits de l'homme.*

Je suis travestie depuis l'âge de 13 ans. Je suis née à Bahia, mais j'ai déménagé à Rio de Janeiro en 1980, alors que j'avais 14 ans. Il fallait que je parte, que je quitte le foyer familial pour pouvoir assumer mon identité sexuelle et ma sexualité.

J'ai travaillé 20 ans comme professionnelle du sexe, et j'ai toujours fait très attention à ma santé et à mon hygiène. Dans toutes mes relations sexuelles, tant professionnelles que privées, l'usage du préservatif est une habitude à laquelle je ne déroge pas. Le comportement sexuel sans risque que j'ai adopté m'a énormément aidée. J'utilise toujours un préservatif. Toujours. J'adore ma vie.

« La prévention est un gendarme » – telle est ma devise. Je prends soin de moi et j'ai toujours des rapports sexuels protégés, toujours ! Mon amour propre doit d'ailleurs beaucoup à cette attitude. Pouvoir affirmer





que je suis une personne séronégative, en dépit du fait que j'ai travaillé la majeure partie de ma vie dans le commerce du sexe, est une récompense à mes yeux.

Pour nous, les personnes travesties, la prévention est importante en ce sens qu'elle nous permet de mener une vie plus digne. On sait que les préjugés sont très tenaces au Brésil, mais cela est encore plus vrai dès qu'il s'agit des personnes vivant avec le VIH, surtout travesties.

C'est pourquoi j'ai décidé de venir en aide aux autres professionnel(le)s du sexe et personnes travesties, en les incitant à faire de l'usage du préservatif une habitude à laquelle on ne déroge pas. Ce type de comportement leur a permis de se maintenir en bonne santé et d'augmenter leurs revenus, à une époque où, en raison de la progression terrifiante du sida, les clients privilégiaient – et de loin – les professionnel(le)s du sexe qui se protégeaient. Cette spontanéité envers mes collègues m'a poussée à fonder un mouvement de personnes travesties et transsexuelles à Rio de Janeiro. Par la suite, nous avons créé une association nationale qui a déjà produit beaucoup de résultats, mais pas autant que les actions restant à accomplir.

Grâce à la prévention, j'ai acquis d'innombrables connaissances, non seulement sur le VIH mais aussi sur mes droits individuels. La prévention m'a fait prendre conscience qu'en tant que citoyenne, j'avais des droits inviolables.



## Chengetai Ndlovu

*Chengetai est une jeune femme de 28 ans originaire du Zimbabwe. Mariée depuis cinq ans, elle est mère de deux enfants de 5 et 9 ans. Elle est arrivée en Afrique du Sud il y a six ans et exerce la profession de comptable dans un petit cabinet de comptabilité.*

La première fois que j'ai entendu parler de la prévention du VIH, je devais avoir 16 ans. La population ne s'était pas encore approprié la question, car on ne parlait pas de sexualité en public. Quelques appels avaient été lancés aux jeunes pour qu'ils adoptent un comportement responsable. Quand des membres des services publics de transfusion sanguine nous ont invités à donner notre sang, ils nous ont parlé des infections sexuellement transmissibles et du VIH et nous ont demandé de pratiquer l'abstinence.

Je sais que le VIH se propage principalement par voie sexuelle. Il a ôté la vie de plusieurs de mes amis et de membres de ma famille. Je continue de me demander si un jour, nous pourrions tous nous convaincre de devenir maîtres de notre vie sexuelle et de pratiquer une sexualité sans risque.

Pour moi, la première mesure de prévention, c'est de ne jamais me livrer à une pratique qui exposerait ma santé à un risque. J'aime ma personne et je veux encore avoir de longues années devant moi. Je crains trop le VIH pour prendre des risques, et je continue d'être attentive aux mises en garde. Pour moi, les nombreuses vies qui sont touchées par l'épidémie sont une preuve suffisante de la gravité de la maladie.

Les arguments en faveur de la prévention prennent tout leur sens du fait qu'il n'existe pas de traitement curatif du sida. D'après moi, la prévention du VIH est la seule intervention qu'une société puisse réaliser facilement en étant sûre d'obtenir des résultats. ●

## REPÈRES

# 2015

Délai fixé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

# 33,4

millions d'adultes et d'enfants vivent avec le VIH dans le monde.

# 4

millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire bénéficiaient d'un traitement antirétroviral fin 2008.

# 71%

de l'ensemble des nouvelles infections par le VIH en 2008 sont survenues en Afrique subsaharienne.

# \$25

milliards de dollars sont nécessaires à la riposte au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de réaliser l'accès universel en fonction des objectifs définis par les pays pour 2010.

# 430

milles de nouvelles infections par le VIH ont touché les enfants de moins de 15 ans en 2008.

# 60%

des professionnelles du sexe n'utilisent pas systématiquement de préservatif avec leurs clients en Chine.

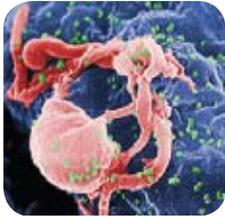
Source : rapports *Le point sur l'épidémie de sida et Ce dont les pays ont besoin : investissements nécessaires pour atteindre les objectifs de 2010* (ONUSIDA).

# L'accès universel de A à Z

L'ACCÈS UNIVERSEL EST UN ENGAGEMENT PRIS À L'ÉCHELLE MONDIALE POUR ÉLARGIR ET INTENSIFIER L'ACCÈS AU TRAITEMENT, À LA PRÉVENTION, AUX SOINS ET À L'APPUI EN MATIÈRE DE VIH. LE MOUVEMENT, CONSACRÉ DANS LA DÉCLARATION POLITIQUE DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA DE 2006, EST MENÉ PAR LES PAYS DU MONDE ENTIER AVEC LE SOUTIEN DE L'ONUSIDA ET D'AUTRES PARTENAIRES DU DÉVELOPPEMENT, Y COMPRIS LA SOCIÉTÉ CIVILE.

## ANTIRETROVIRAL THERAPY (TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL)

Plus de quatre millions de personnes bénéficiaient fin 2008 d'un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui représente une augmentation de 36% en un an et une multiplication par dix sur cinq ans du nombre de ces patients. Toutefois, au moins cinq millions de personnes vivant avec le VIH n'ont toujours pas accès à un traitement et à des soins qui pourraient améliorer leur espérance de vie. La diffusion du traitement antirétroviral permettra également de réduire considérablement la morbidité due à la tuberculose dans les pays à prévalence élevée.



## BEHAVIOUR AND SOCIAL CHANGE (CHANGEMENTS SOCIAUX ET COMPORTEMENTAUX)

Le comportement humain intervenant directement dans la transmission du VIH, des changements dans les comportements individuels et communautaires à l'origine de cette transmission constituent l'objectif ultime de la prévention du VIH.

## CONDOMS (PRÉSERVATIF)

L'usage régulier du préservatif masculin ou féminin permet de réduire considérablement le risque de transmission du VIH.

Le préservatif est une composante essentielle des stratégies associant plusieurs mesures de prévention, que les individus peuvent donc choisir d'utiliser pour réduire leur risque d'exposition sexuelle au VIH.

## DISCRIMINATORY LAWS (LOIS DE CARACTÈRE DISCRIMINATOIRE)

Les lois de caractère discriminatoire entretiennent l'opinion sociale et contribuent à exclure davantage les personnes déjà marginalisées au sein de la société, notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes vivant avec le VIH. La réforme des lois qui sont fondées sur des attitudes sociales discriminatoires profondément enracinées donnera lieu à des législations constituant des outils puissants et bénéfiques pour la riposte au sida.

## EVIDENCE-INFORMED (ÉCLAIRÉ PAR DES DONNÉES PROBANTES)

Les actions de prévention du VIH doivent être éclairées par des données probantes et reposer sur des éléments que l'on connaît et dont l'efficacité est avérée. Les programmes de prévention doivent être modulés et adaptés localement aux contextes épidémiologique, économique, social et culturel dans lesquels ils sont mis en œuvre.

## FINANCING (FINANCEMENT)

En se fondant sur les objectifs définis par les pays pour 2010, on estime que USD 25,1 milliards seront nécessaires à la riposte au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire afin de réaliser l'accès universel. Les effets de la crise financière mondiale risquent de faire reculer les progrès difficilement accomplis dans la riposte mondiale au sida. Néanmoins, pour les pays et les organisations internationales, cette crise représente une occasion de poursuivre des réformes qui s'imposent et de recentrer les efforts sur les résultats.

## GIPA

GIPA, ou la « participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida », est un principe qui vise à garantir aux personnes vivant avec le VIH l'exercice de leurs droits et de leurs responsabilités y compris leur droit à la participation aux processus de prise de décisions qui affectent leur propre vie. Les personnes vivant avec le VIH sont des partenaires actifs du mouvement vers l'accès universel et s'emploient à développer le concept de « santé, dignité et prévention positives » de nombreuses façons. Entre autres, elles montrent la voie à suivre en renforçant les liens et la collaboration entre le secteur de la santé et les organisations de la société civile qui fournissent déjà des services de prévention, de traitement et de soins en rapport avec le VIH.

## HIV TESTING AND COUNSELING (CONSEIL ET TEST VIH)

Des efforts doivent être déployés pour encourager les individus à connaître leur sérologie VIH en leur donnant accès au conseil et au test volontaires et confidentiels. Dans tous les cadres où le test VIH est pratiqué, il convient de respecter les principes de confidentialité et de consentement et de délivrer des conseils. Ces efforts sont indispensables non seulement pour améliorer la santé des personnes mais aussi pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui et pour organiser des ripostes efficaces au VIH.

## INTENSIFYING COMBINATION PREVENTION (ACCENTUER L'ASSOCIATION DE MESURES DE PRÉVENTION)

Il n'existe pas de « solution miracle » pour la prévention du VIH. Les pays et les communautés doivent s'appuyer sur un mélange d'actions comportementales, biomédicales et structurelles de prévention du VIH, adapté à la réalité de leur épidémie et aux besoins de ceux qui sont plus exposés au risque. L'association de mesures de prévention du VIH signifie fournir des services et des programmes à l'intention des individus, comme de promouvoir les connaissances et les compétences nécessaires pour adopter des comportements sans danger. L'association de mesures de prévention du VIH nécessite d'investir dans des interventions structurelles, notamment des réformes juridiques pour proscrire la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et la promulgation de lois qui interdisent la violence sexuelle et sexospécifique.

## JOINT UN PROGRAMME (PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES)

La priorité numéro un du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est de contribuer à la réalisation des engagements mondiaux en faveur de l'accès universel à des programmes exhaustifs relatifs à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. À cette fin, l'ONUSIDA rassemble les efforts et les ressources du Secrétariat de l'ONUSIDA et de 10 organisations du système des Nations Unies.



## KNOW YOUR EPIDEMIC & RESPONSE (CONNAÎTRE SON ÉPIDÉMIE ET SA RIPOSTE)

Le fait de connaître son épidémie et sa riposte permet à tout pays « d'offrir une réponse adaptée et de hiérarchiser les priorités », en identifiant, choisissant et finançant les mesures de prévention du VIH qui sont les plus appropriées et les plus efficaces par rapport aux scénarios et contextes particuliers de son épidémie.

## LEADERSHIP

Le leadership est le catalyseur du changement au sein de toute communauté, quelle que soit la taille de celle-ci : scène mondiale, rassemblement de village ou gouvernement. Sans un engagement fort et des actes concrétisant des paroles, l'accès universel ne peut pas voir le jour.

## MOTHERS AND BABIES (MÈRES ET BÉBÉS)

L'ONUSIDA appelle de ses vœux l'élimination presque totale de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici à 2015. On estime que 370 000 enfants naissent avec le VIH en Afrique subsaharienne chaque année et que seules 45% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un traitement antirétroviral prophylactique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des données probantes montrent que l'administration en temps voulu de médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes séropositives réduit sensiblement le risque de transmission mère-enfant. Dans bien des pays développés, la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été presque totalement éliminée.



## NATIONAL HIV RESPONSES (RIPOSTES NATIONALES AU VIH)

L'efficacité des ripostes nationales au VIH reposent sur les « Trois principes » : un cadre commun d'action sur le VIH/sida qui permet de coordonner les activités de tous les partenaires, un organisme national commun de coordination de la riposte au sida à représentation large et multisectorielle, un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national. Leur pleine mise en œuvre permet de parvenir à l'utilisation la plus efficace et rationnelle possible des ressources et d'élargir les services relatifs à l'accès universel.

## ORPHANS (ORPHELINS)

Plus de 15 millions d'enfants de moins de 18 ans ont perdu un de leurs parents ou les deux à cause du sida. Exposés à la pauvreté, ces enfants sont susceptibles d'avoir besoin d'un plan de soutien, qui pourrait notamment offrir une alimentation, une éducation et un soutien familial ou communautaire.

## POPULATIONS AT HIGHER RISK (POPULATIONS PLUS EXPOSEES)

Le risque s'entend de la probabilité, pour une personne, de contracter l'infection à VIH. Certains comportements créent, majorent et perpétuent le risque : rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut VIH est inconnu, multipartenariat sexuel sans protection, et consommation de drogues injectables avec utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées. Les populations plus exposées diffèrent d'un pays à l'autre, mais elles comprennent la plupart du temps les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.



## QUALITY CARE AND SUPPORT SERVICES (SERVICES EFFICACES DE SOINS ET D'APPUI)

Des services efficaces de soins et d'appui destinés aux personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH permettent d'atténuer les effets nuisibles que la maladie engendre sur les plans social et économique et de faire renaître l'espoir au sein de l'ensemble des communautés. Toutefois, la plupart des personnes dans le monde n'ont pas encore accès à ces services : réussir à les toucher est une priorité mondiale.

## RIGHTS (DROITS)

Il est admis depuis longtemps que la riposte au VIH doit être fondée à la fois sur des données probantes et sur les droits. Les ripostes efficaces sont celles qui donnent aux personnes et aux groupes les moyens de revendiquer leurs droits humains – droit à l'éducation, à l'information, à la liberté, à l'intimité et à la santé. Les ripostes devraient en outre reposer sur les principes de non-discrimination et d'égalité.

## STRENGTHENING HEALTH SYSTEMS (RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ)

L'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH ne peut être réalisé sans un renforcement des systèmes de santé et une amplification des ressources humaines. Le sida fait partie du programme mondial de santé publique, et ce programme est lui-même intégré à la riposte au sida. Ils sont indispensables l'un à l'autre.



## TECHNICAL SUPPORT (APPUI TECHNIQUE)

Grâce à l'appui technique, des obstacles à la réalisation de l'accès universel ont pu être levés dans de nombreux pays. Il contribue à accroître la rentabilité, l'efficacité et l'impact des ripostes nationales au sida. Il permet également de développer, à l'intérieur des pays, un potentiel d'action et des systèmes visant à conduire des ripostes durables au sida.

## UNIVERSAL ACCESS (ACCÈS UNIVERSEL)

L'accès universel est un engagement pris à l'échelle mondiale pour élargir l'accès au traitement, à la prévention, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Le mouvement, consacré dans la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH/sida de 2006, est mené par les pays du monde entier avec le soutien de l'ONUSIDA, des partenaires du développement et la société civile.

## VACCINES (VACCIN)

Des années nous séparent d'un « vaccin prêt à l'emploi ». Les résultats de l'essai vaccinal thaïlandais de phase III montrent une efficacité modeste de 31% dans la prévention des nouvelles infections à VIH. Ces résultats apportent certes un nouvel espoir pour la recherche d'un vaccin

contre le VIH, mais en attendant sa découverte, il convient de soutenir et d'intensifier les efforts de prévention.

## WOMEN AND GIRLS (FEMMES ET FILLES)

La moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH sont des femmes et des filles. En Afrique subsaharienne, on estime que les femmes représentent près de 60% des infections à VIH. Pour conduire une riposte au sida fructueuse et pour réaliser les OMD, il est essentiel de garantir l'émancipation des femmes et l'égalité des sexes, en agissant notamment sur les facteurs socioéconomiques sous-jacents qui contribuent à exposer les femmes et les filles au risque d'infection à VIH.



## XDR-TB (TB-UR)

La tuberculose, notamment la tuberculose ultra-résistante (TB-UR) et la tuberculose multi-résistante (TB-MR), demeure l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH, en dépit du fait qu'elle soit évitable et curable. Pour riposter de manière appropriée aux deux épidémies et éviter que la pharmacorésistance ne se répande encore, les soins et la prévention des deux maladies doivent être les préoccupations prioritaires de tous les programmes sur la tuberculose et le VIH.



## YOUNG PEOPLE (JEUNES)

En 2008, 40% des nouvelles infections à VIH sont survenues chez les 15-24 ans. En Asie, les groupes de jeunes plus exposés représentaient plus de 95% de l'ensemble des nouvelles infections. Toutefois, plus de 90% des ressources affectées aux jeunes en tant que groupe sont consacrées à la jeunesse « à faible risque », qui représente moins de 5% des infections. Il est nécessaire de mettre en œuvre des ripostes exhaustives et éclairées par des données probantes qui prennent en compte les besoins spécifiques des jeunes plus exposés. Il est indispensable de faire participer ce groupe à l'élaboration des politiques, programmes et activités qui les concernent directement et qui leur sont bénéfiques.

## ZEROING IN ON SEXUAL VIOLENCE (AXER LES EFFORTS SUR LA VIOLENCE SEXUELLE)

La violence sexuelle accroît la vulnérabilité des femmes face au VIH. Les femmes et les filles qui survivent à des actes de violence sexuelle doivent avoir accès à des services complets de santé et de conseil et, s'il y a lieu, des services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH.

# LE MOT DE LA FIN

**M**ichel Sidibé, originaire du Mali, est Directeur exécutif de l'ONUSIDA depuis janvier 2009. Il dirige les actions menées par l'Organisation des Nations Unies en vue de soutenir les pays dans le cadre de la riposte mondiale au sida.

**La première année de votre mandat de Directeur exécutif de l'ONUSIDA est sur le point de s'achever. Que ressentez-vous ?**

Aujourd'hui, je me sens encore plus humble et honoré, si cela est possible, qu'au moment de ma nomination. Chaque jour, je suis témoin de véritables changements et de la persévérance dont l'esprit humain fait preuve dans des circonstances difficiles. C'est pourquoi je me suis de nouveau engagé à me pousser moi-même et à pousser l'institution et le monde à obtenir encore plus de résultats. Je tiens également à remercier l'excellente équipe de l'ONUSIDA, qui me donne de l'inspiration et m'apprend bien des choses.

**Quelles sont les questions qui vous ont touché ?**

Je n'en mentionnerai que quelques-unes. Les domaines prioritaires qui ont été fixés pour le Cadre de résultats proviennent directement ce que j'ai pu observer cette année. L'accès universel demeure la priorité numéro un de l'ONUSIDA.

La crise financière mondiale a été un problème de grande ampleur. J'ai compris dans quelle mesure des familles, des entreprises, des communautés et des pays avaient été frappés à travers le monde. Je me réjouis de voir que les pays ont continué d'investir dans le renforcement des filets de sécurité et la protection des plus démunis.

Lors de ma première mission dans un pays – l'Afrique du Sud – j'ai constaté que la tuberculose, en dépit du fait qu'elle soit curable, demeure l'une des causes de décès les plus répandues chez les personnes vivant avec le VIH. Des mauvaises lois ont été abrogées, et des lois répressives sont toujours source de discrimination.

J'ai appelé de mes vœux l'élimination presque totale de la transmission verticale. Il me semble possible d'atteindre dans l'année 2015 sans que pratiquement plus aucun bébé ne soit infecté par le VIH à la naissance. Je suis aussi très enthousiaste quant à l'avenir de la recherche dans le domaine de la prévention. Il me semble qu'une nouvelle bouffée d'espoir est apparue.

D'autres questions me sont chères, par exemple la violence à l'encontre des femmes, la prévention du VIH, le traitement, la protection sociale, une nouvelle agence de médicaments pour l'Afrique, la jeunesse, et les personnes plus exposées, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec



des hommes, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe.

**Comment chacun de nous peut-il participer à la Journée mondiale sida ?**

Le thème de cette année est « Accès universel et droits humains ». Pour moi, cela doit se traduire par le fait de déployer tous nos efforts pour aider les pays à atteindre leurs objectifs en matière d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH, tout en protégeant et défendant les droits humains.

En cette Journée mondiale sida, nous pouvons saluer la mémoire de nos frères et sœurs disparus, reprendre courage et renouveler notre ferme volonté d'obtenir des résultats. Je tiens à ajouter que chacun peut se connecter sur [AIDSspace.org](http://AIDSspace.org) pour trouver des moyens de s'investir au quotidien et pas uniquement à l'occasion de la Journée mondiale.

*Et pour finir, quelques questions plus légères...*

**Où avez-vous passé votre enfance ?**

Dans le quartier le plus peuplé de Bamako, au Mali.

**Que faites-vous pour vous détendre ?**

Je fais la cuisine pour ma famille et mes amis.

**Quel est votre plat préféré ?**

La feijoada, un plat brésilien composé de haricots noirs.

**Quelle est votre figure historique préférée ?**

Kwame Nkrumah, un ancien Président du Ghana, qui a été le premier à exposer la conception d'une Afrique unifiée.

**Quel sont vos morceaux de musique préférés ?**

Last Tango in Paris de Gato Barbieri, The Cat de Jimmy Smith Quartet— et l'ensemble de l'album In the Heart of the Moon de Toumani Diabaté et Ali Farka Touré.

**Quel est votre plus beau souvenir ?**

Aider ma première fille à venir au monde.

**Quel est votre film préféré ?**

Les Sept Mercenaires, avec Steve McQueen.

**Qu'est-ce qui vous motive ?**

Le visage des enfants ayant besoin d'aide.

**Quelle est la qualité humaine que vous admirez le plus ?**

La tolérance.

**Qu'appréciez-vous le plus chez vos amis ?**

La fidélité et l'honnêteté.

**Si l'on vous accordait un vœu, quel serait-il ?**

Que la paix et l'amour règnent sur le monde.

**Que voulez-vous faire quand vous serez grand ?**

Animateur de télévision, pour susciter des débats publics.

**Quel est votre endroit préféré ?**

Tombouctou, au coucher du soleil.

**Quelle est votre devise ?**

Just do it! (Fais-le, c'est tout !)



# sida



## soins



LA CIRCONCISION MASCULINE EST DÉSORMAIS RECONNUE COMME MÉTHODE POUVANT ÊTRE UTILISÉE DANS LE CADRE D'UNE STRATÉGIE ASSOCIANT PLUSIEURS MESURES DE PRÉVENTION.

*Seules 45% des femmes enceintes séropositives bénéficient d'un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du virus à leur bébé.*



# VIH

## 67%

DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES SÉROPOSITIVES VIVENT EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.



## PARTENARIAT



## PHOTOS

Couverture :  
ONUSIDA/M. Hamman

Le terrible fossé :  
Gideon Mendel, 2003

Page 2 :  
ONUSIDA/Justin Mott

Page 3 :  
ONUSIDA/Justin Mott

Page 14 :  
ONUSIDA/P.Virot  
ONUSIDA/P.Virot  
ONUSIDA/O.O'Hanlon  
ONUSIDA/J. Wainwright  
ONUSIDA/S.Drakborg  
ONUSIDA/P.Virot  
ONUSIDA/S.Drakborg

Page 16 :  
ONUSIDA

Page 17 :  
ONUSIDA/P.Virot

Page 19 :  
ONUSIDA/M. Hamman

Page 21 :  
ONUSIDA/M.Hamman

Page 24 :  
Scott Wallace/Banque mondiale

Pages 30 à 33 :  
ONUSIDA/Justin Mott

Page 35 :  
ONUSIDA/S.Drakborg  
ONUSIDA/G.Pirozzi

Page 37 :  
ONUSIDA/P.Virot  
ONUSIDA/J. Wainwright

Page 40 :  
ONUSIDA/N.Lieber



**ONUSIDA**  
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR  
UNICEF  
PAM  
PNUD  
UNFPA  
UNODC  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANQUE MONDIALE