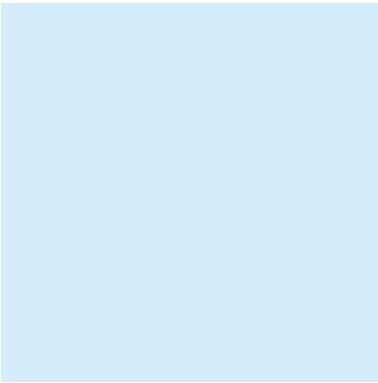
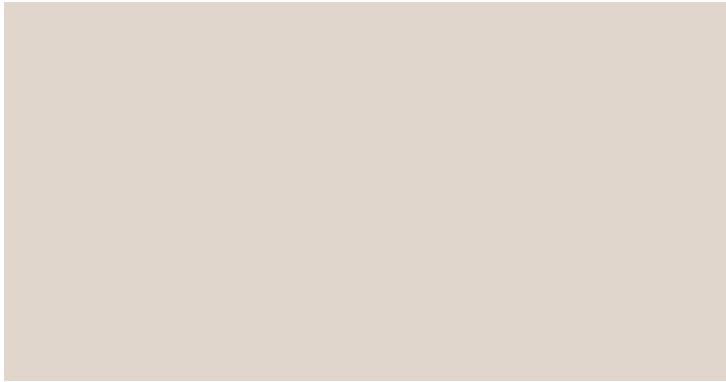


# Prévenir les nouvelles infections à VIH: la clé pour inverser le cours de l'épidémie

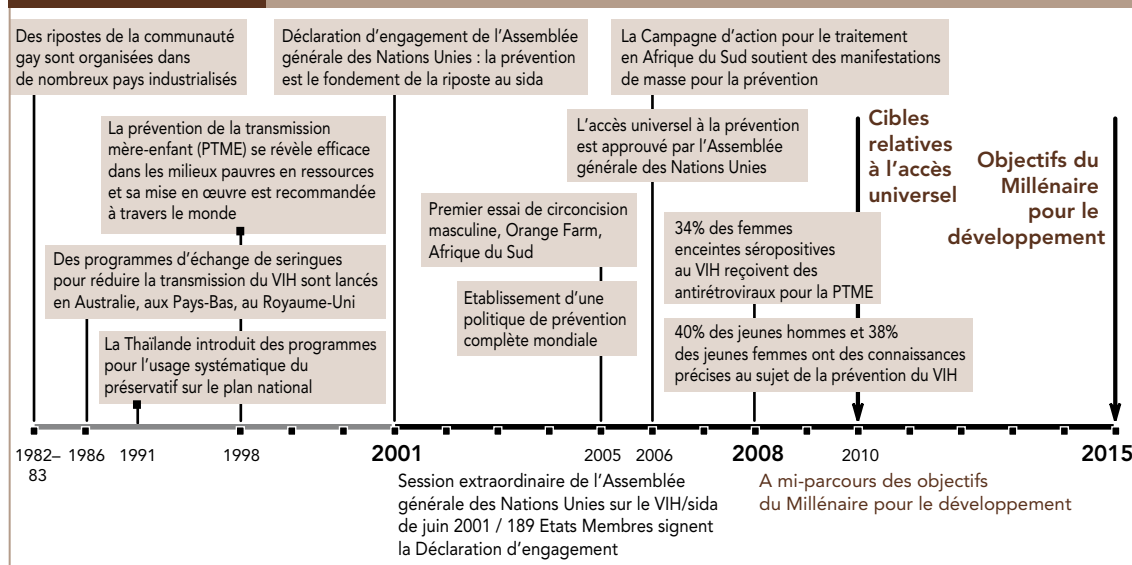


## Chapitre 4



**FIGURE 4.1**

Prévention du VIH : événements choisis



## Messages clés

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

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

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

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

## Une prévention du VIH fondée sur des preuves éclairées

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

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

Il a été confirmé, au cours des dernières années, que la circoncision était une méthode potentiellement intéressante pour réduire le risque d'infection à VIH chez les hommes. D'autres développements récents incluent l'émergence d'un ensemble de stratégies de prévention du VIH centrées sur le traitement antirétroviral ; les stratégies comprennent notamment la prévention de la transmission mère-enfant, la prophylaxie post-exposition, les traitements expérimentaux pour la prophylaxie pré-exposition<sup>3</sup> et les bénéfices probables de prévention secondaire de l'administration thérapeutique de médicaments antirétroviraux. Les actions de prévention sont très efficaces lorsqu'elles reposent sur des combinaisons

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

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

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

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

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

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

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

### Maximiser l'impact stratégique de la prévention du VIH

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

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

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

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

#### *Lutter contre des connaissances inexactes sur le VIH*

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

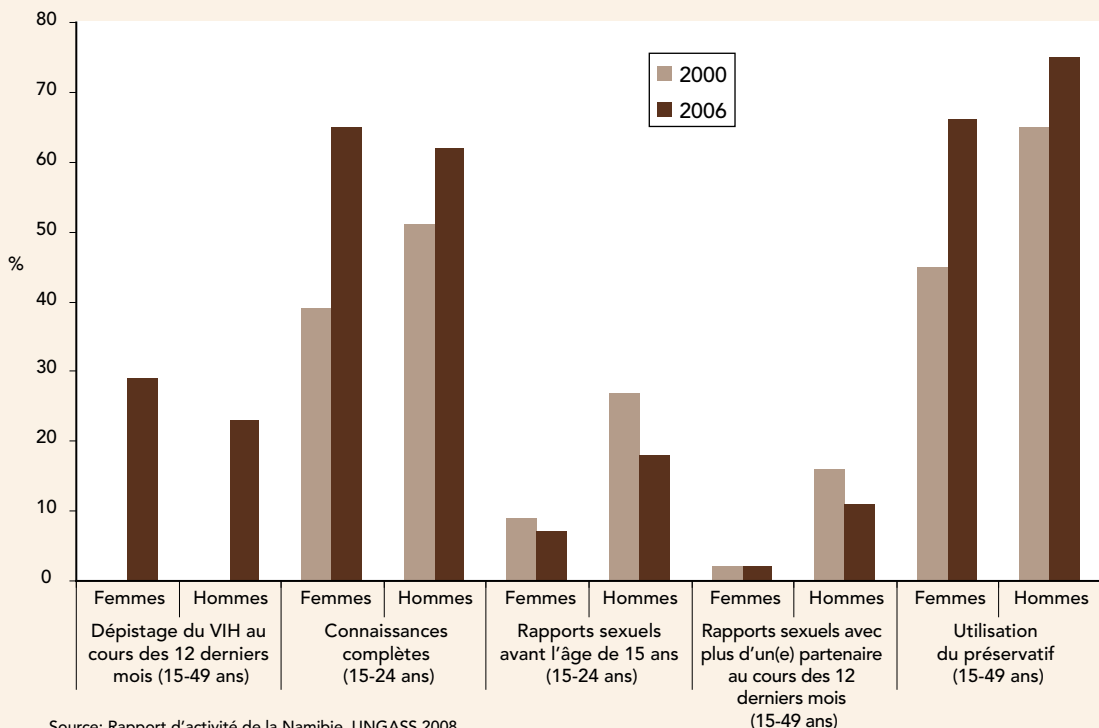
<sup>4</sup> Cet indicateur utilise des données d'enquêtes de population (de préférence des deux dernières années) pour évaluer la capacité des jeunes à recenser correctement les manières d'éviter une transmission sexuelle du virus (ex : l'utilisation du préservatif) et à rejeter les principales idées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

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

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

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

**FIGURE 4.2** Namibie: Connaissances concernant le VIH et comportements parmi la population générale, 2000–2006



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

## Adapter les efforts de prévention en fonction des différents milieux

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

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

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

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



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

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

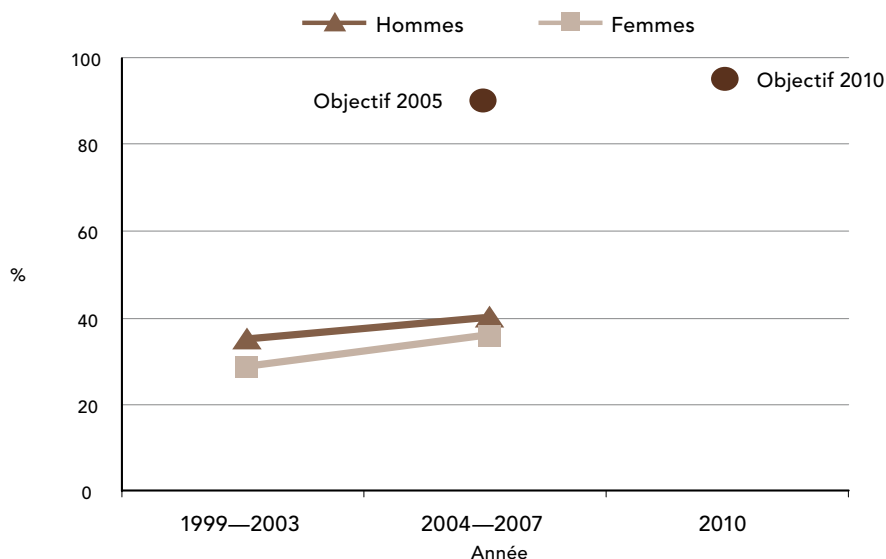
Alors que plus de 70% des jeunes hommes savent que les préservatifs peuvent protéger de l'exposition au VIH, seulement 55% des jeunes femmes citent l'utilisation des préservatifs comme stratégie efficace de prévention (Indicateur UNGASS 13). En Somalie, 4% seulement des jeunes femmes (15-24 ans) déclarent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

#### *Des stratégies efficaces pour atteindre les jeunes*

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

**FIGURE 4.3**

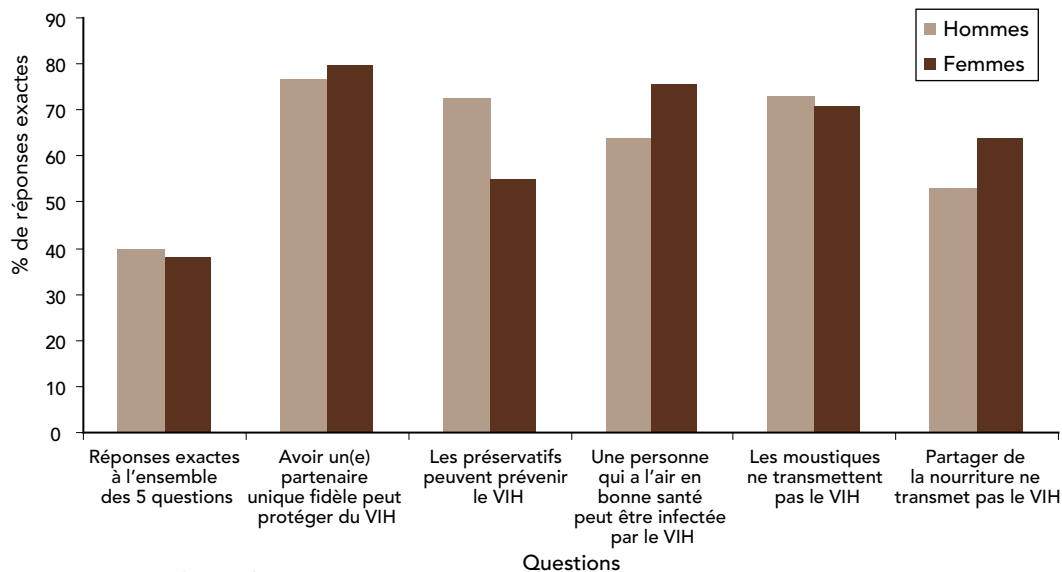
Connaissances complètes sur le VIH chez les jeunes (15-24 ans), 1999-2007



Source: MEASURE DHS 2008.

FIGURE 4.4

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



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

les encourager à prendre des mesures pour éviter la transmission du virus.<sup>5</sup>

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

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

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

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

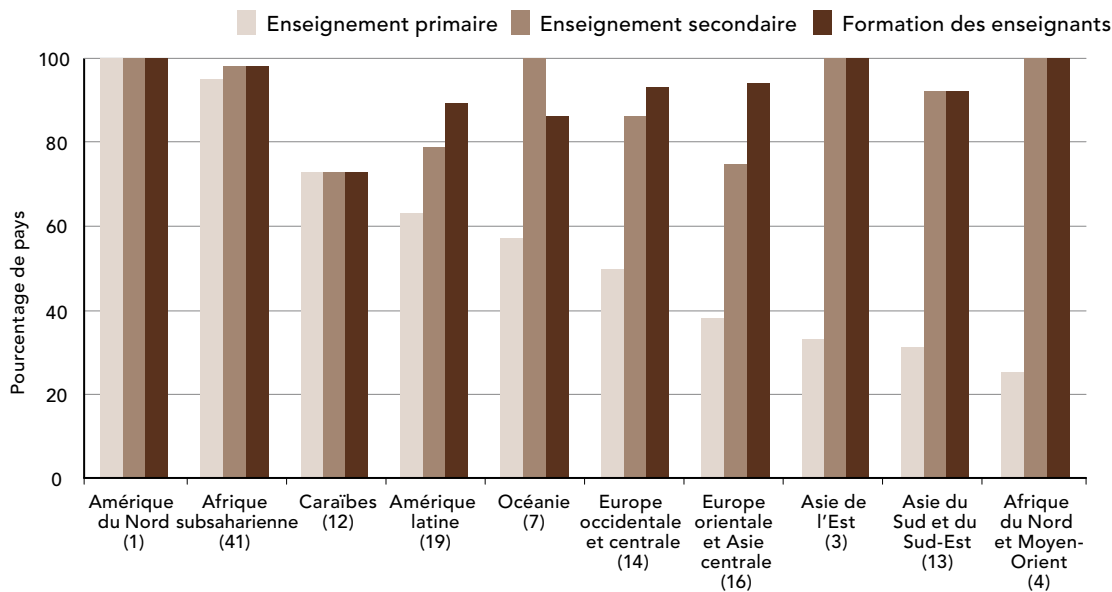
<sup>6</sup> Le Kenya et le Zimbabwe – pays où des changements positifs significatifs au niveau des comportements sexuels chez les jeunes ont été déclarés ces dernières années – ont beaucoup investi de manière précoce dans des programmes de prévention du VIH en milieu scolaire.

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

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

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

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



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

(nombre de pays faisant rapport)

## Eduquer les jeunes pairs sur le VIH

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

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

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

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

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

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

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

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

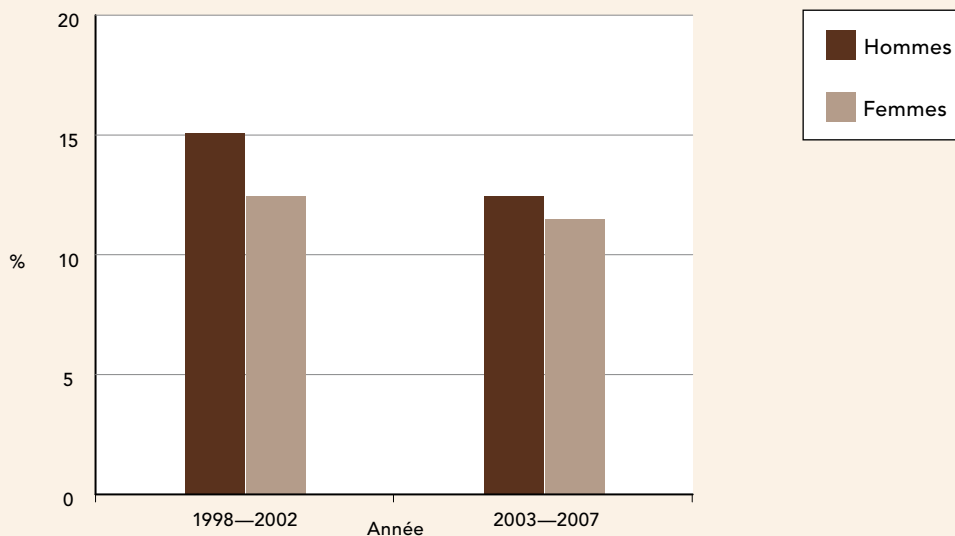
Champuii est devenue un modèle et un leader dans sa ville. Lorsqu'elle ne fait pas d'éducation pour les pairs, elle s'occupe d'eux au centre où elle vit. C'est une maison d'accueil pour les jeunes qui ont « décroché » de la drogue et de la prostitution et qui peut héberger jusqu'à 25 personnes.

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



**FIGURE 4.6**

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



Source: MEASURE DHS.

### Relever l'âge des premiers rapports sexuels des jeunes

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

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

*Fournir une prévention du VIH précise et complète destinée aux jeunes*

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

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

## La recherche de nouveaux outils de prévention

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

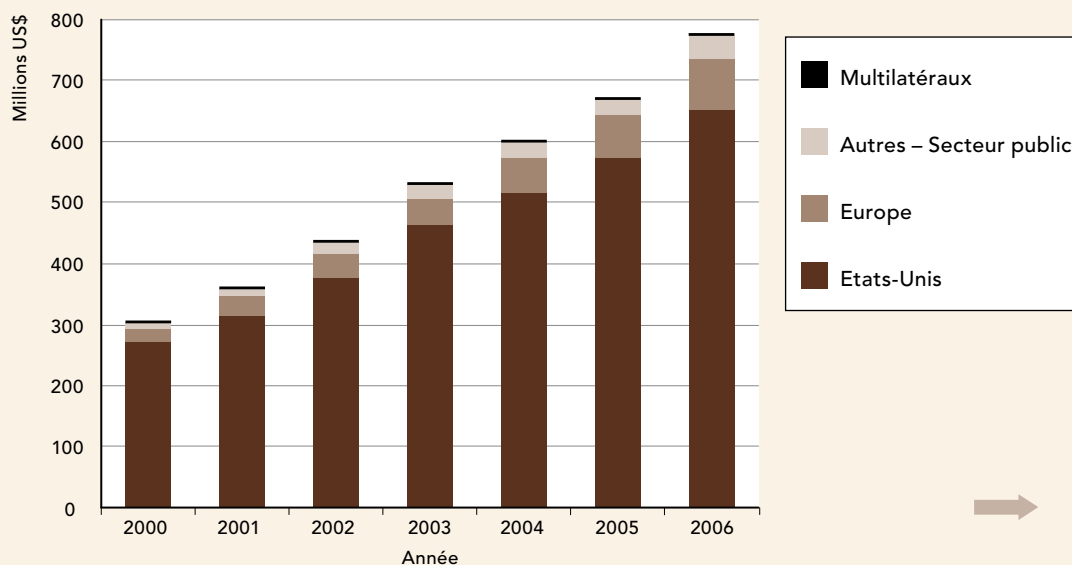
En 2007, les résultats de la recherche sur la prévention biomédicale du VIH ont été peu encourageants. En septembre 2007, des essais d'efficacité du candidat vaccin anti-VIH le plus prometteur – un produit Merck & Co. visant à obtenir de fortes réponses immunitaires à médiation cellulaire à l'exposition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

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

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

**FIGURE 4.7**

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



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

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

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

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

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

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

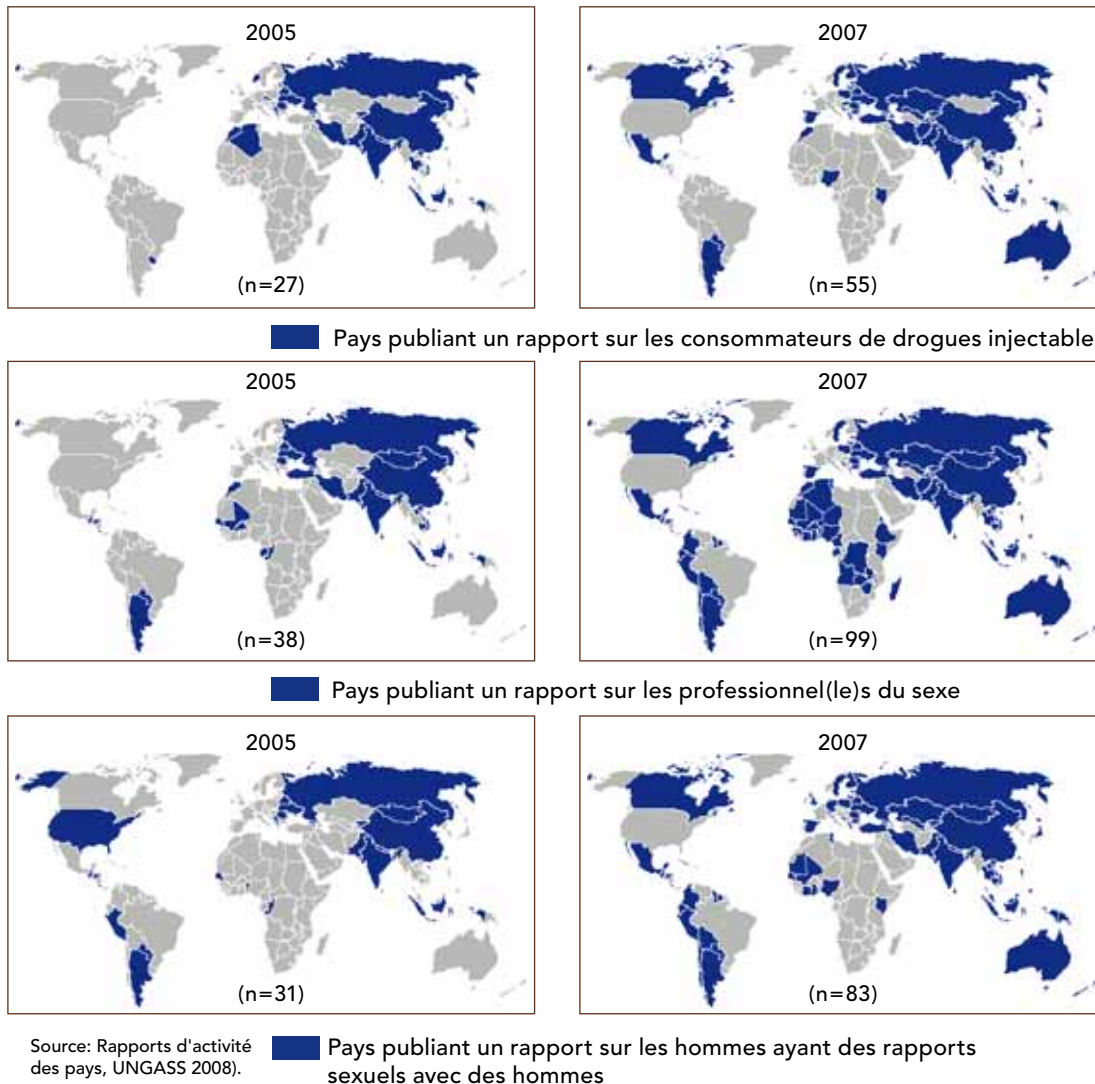
signifie souvent que les programmes doivent aborder des sujets sensibles qui peuvent mettre certaines personnes mal à l'aise. Ces sujets incluent les normes sexospécifiques qui idéalisent le « machisme » et le multipartenariat sexuel pour les hommes et les garçons, et accroissent le risque d'exposition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

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

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

**FIGURE 4.8**

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



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

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

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

108 <sup>8</sup> Voir le Chapitre 2 pour des commentaires sur le rôle significatif des populations les plus exposées au risque dans les épidémies en Afrique subsaharienne.

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

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

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

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



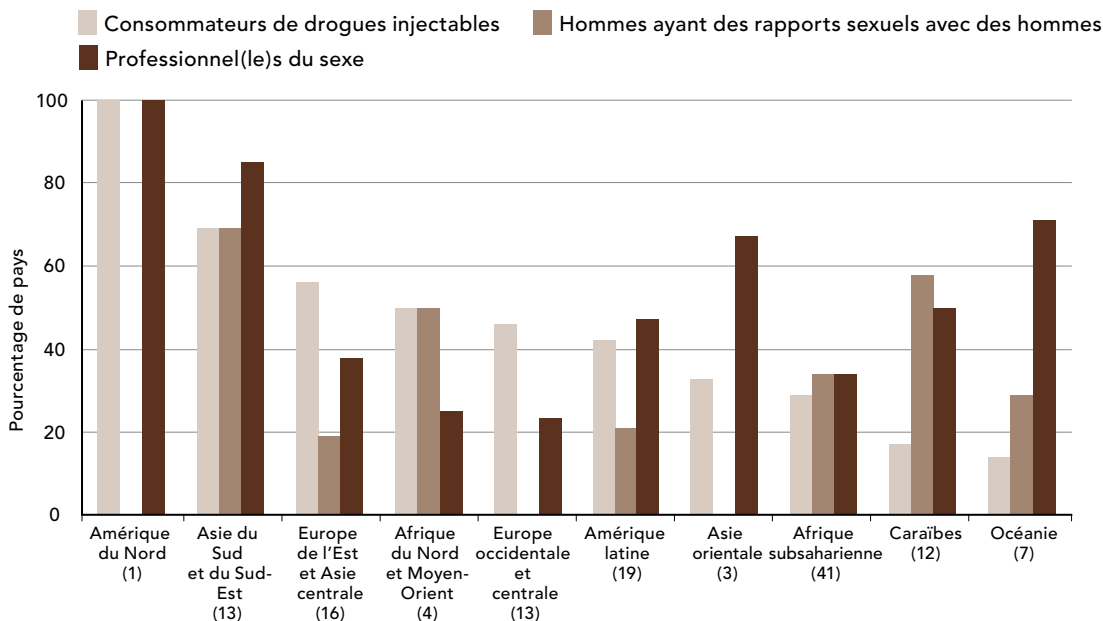
prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH destinées aux populations les plus exposées au risque d'infection (Rapports d'activité des pays, UNGASS 2008). Au final, la faible couverture des personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH reflète un manque de leadership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

### Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

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

**FIGURE 4.9**

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



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

(nombre de pays faisant rapport)

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

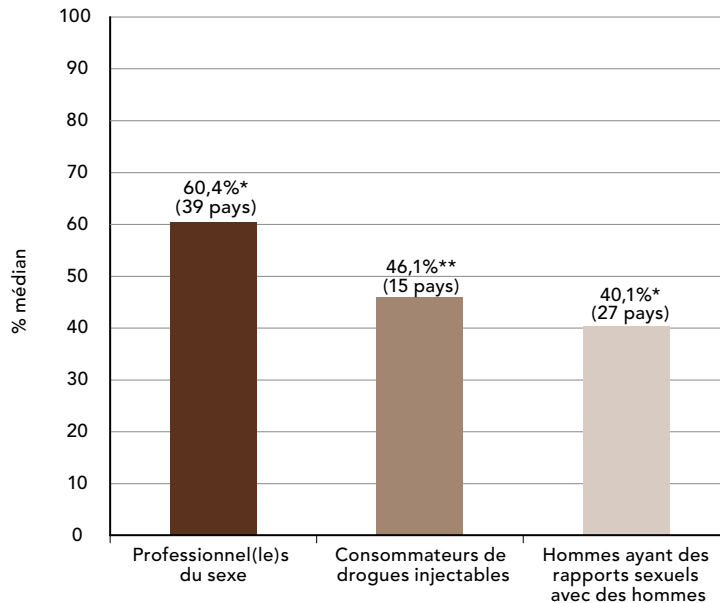
Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés dans des pays à revenu faible ou intermédiaire sont légion à savoir que les préservatifs permettent de prévenir la transmission du VIH, mais ils sont aussi nombreux à ne pas avoir accès aux préservatifs. Dans plusieurs pays (y compris l'Arménie,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

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

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

**FIGURE 4.10**

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



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

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

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

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

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

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

### Les professionnel(le)s du sexe

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

## Mobilisez-vous pour vos droits

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Les consommateurs de drogues injectables

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

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



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

### Prévention du VIH destinée aux travailleurs migrants

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

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

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

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

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

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

Une prévention efficace du VIH destinée aux consommateurs de drogues injectables requiert un accès immédiat au traitement de substitution<sup>9</sup> de la dépendance aux drogues et à des aiguilles et seringues stériles. En outre, les programmes de prévention doivent aider les consommateurs de drogues injectables à réduire les risques de transmission sexuelle du virus et les mettre en relation avec d'autres services sanitaires et sociaux, y compris le conseil et le test confidentiels du VIH et le traitement antirétroviral (Institute of Medicine, 2006). Ensemble, ces composantes programmatiques sont souvent connues sous l'appellation de «réduction des risques». Des études ont régulièrement montré que la réduction des risques diminue les infections à VIH et les comportements à risque sans contribuer à un accroissement de la consommation de drogues ou d'autres risques dans les communautés dans lesquelles ces programmes sont mis en œuvre (Institute of Medicine, 2006; Fiellin, Green & Heimer, 2007).

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

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

### Prévention du VIH dans les milieux carcéraux

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

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

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

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

## Reconstruire les personnes : réduction des risques au Cambodge

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



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

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

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

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

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

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

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

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

### Approvisionnement en sang sûr : rapport de situation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Prévention du VIH ciblant les personnes vivant avec le virus

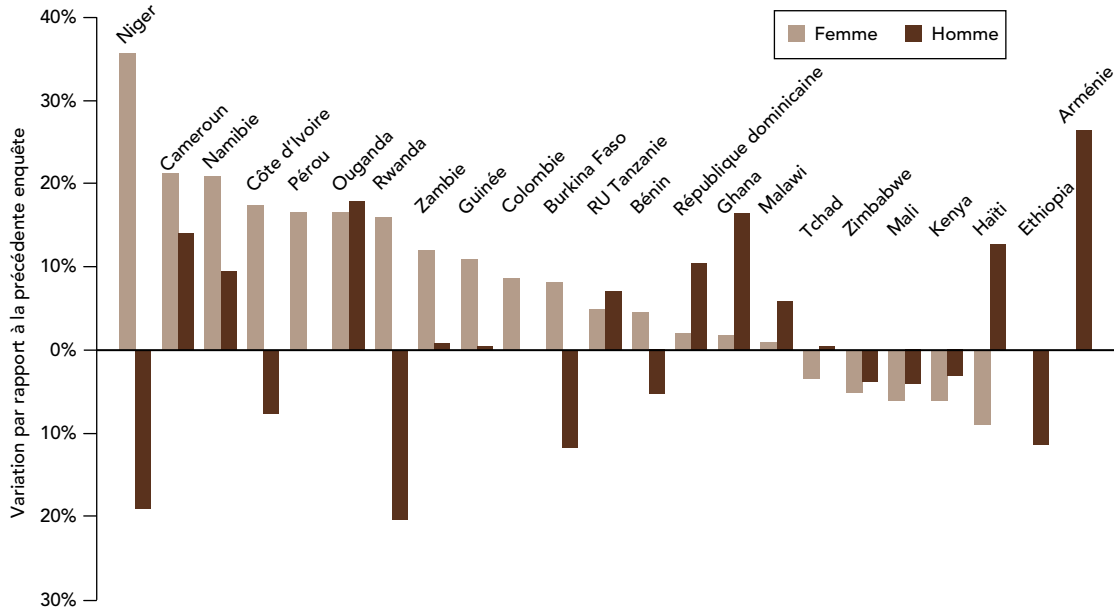
Pendant la majeure partie de l'épidémie, les programmes de prévention ont principalement été axés sur la promotion de la réduction des risques parmi les personnes séronégatives au VIH ou ne connaissant pas leur statut VIH. Après l'apparition des polythérapies, qui prolongent de manière significative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

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

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

**FIGURE 4.11**

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



Source: MEASURE DHS 2008.

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

### Prévention du VIH dans les partenariats sexuels

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

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

#### *Les partenariats entre personnes sérodifférentes*

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

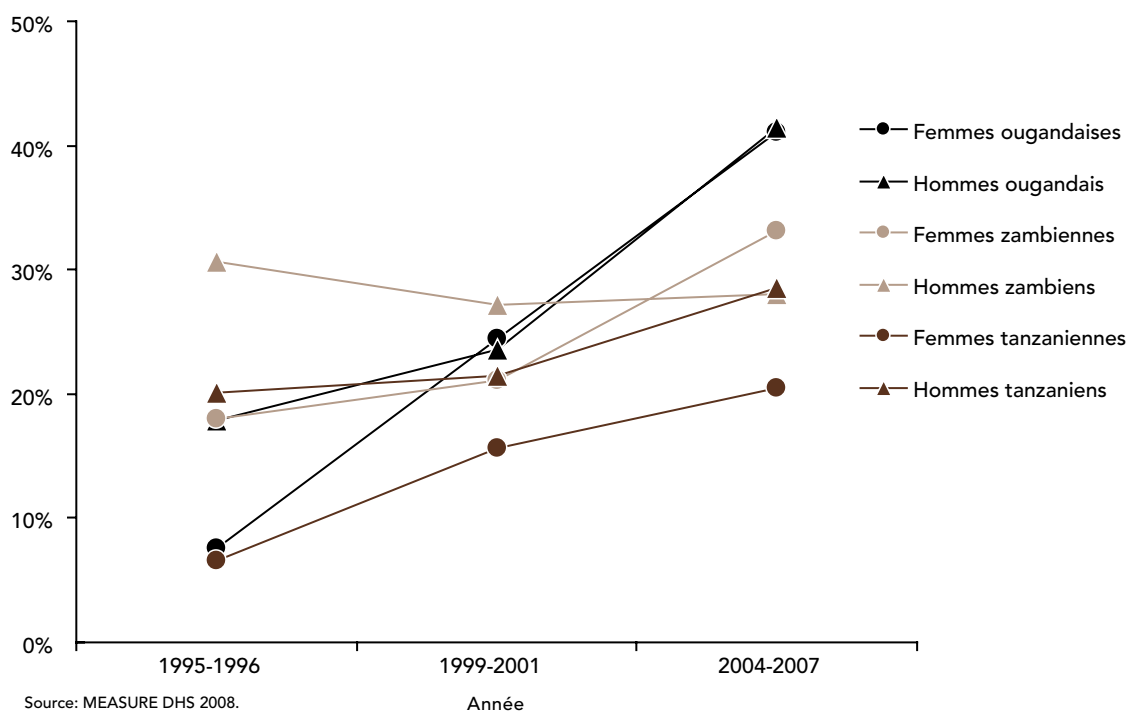
D'après des Enquêtes démographiques et de santé menées dans cinq pays d'Afrique, deux tiers des couples infectés par le VIH sont sérodifférents (de Walque, 2007). De même, des enquêtes réalisées en Afrique de l'Est indiquent que plus de 40% des personnes mariées vivant avec le VIH ont des conjoint(e)s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

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

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

**FIGURE 4.12**

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



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

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

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

### *Les multipartenariats sexuels*

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

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

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

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

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

### **Prévention du VIH adaptée aux hommes hétérosexuels**

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

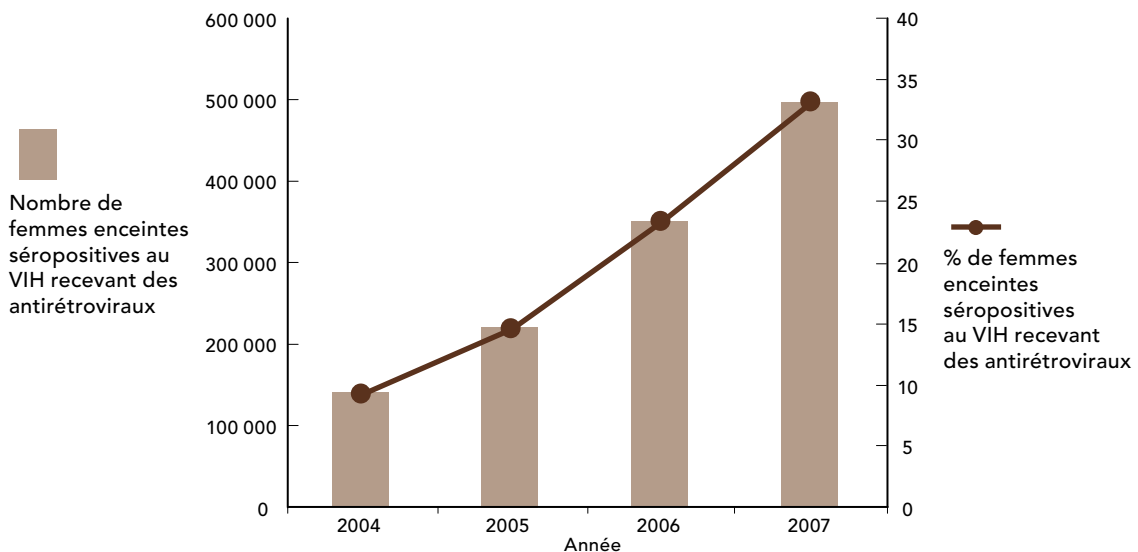
des hommes, peu de programmes de prévention du VIH ont été spécifiquement conçus pour prendre en compte les valeurs que les hommes hétérosexuels attachent à la sexualité, les plaisirs qu'ils en tirent, et les pressions sociales liées au sexe. L'une des règles cardinales de la prévention du VIH est que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

programmes ostensiblement ciblés pour faire évoluer les comportements des hommes.

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

**FIGURE 4.13**

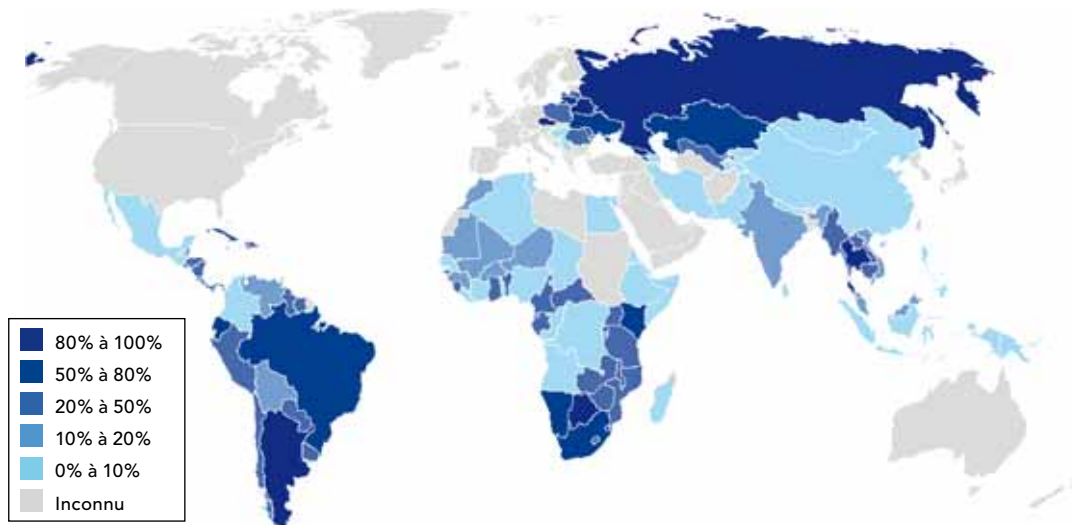
Nombre et pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH recevant un traitement antirétroviral, 2004–2007



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

FIGURE 4.14

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



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

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

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

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

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

### Mobilisation mondiale pour éradiquer la transmission mère-enfant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Pérenniser la prévention du VIH sur le long terme**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Données pour l'action

### *Prend-on les bonnes mesures ?*

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

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

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

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

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