

Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH

***Un Guide d'orientation**

Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH • Un Guide d'orientation

Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH

***Un Guide d'orientation**

Publié par :

The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)

[Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA]

P.O. BOX 11726

1001 GS Amsterdam

The Netherlands

Website : www.gnpplus.net

E-mail : infognp@gnpplus.net

Droits réservés : ce document peut être librement partagé, copié, traduit, revu et distribué, en partie ou en intégralité, mais non pas à des fins commerciales en termes de vente ou d'utilisation. Seules les traductions, adaptations et réimpressions autorisées pourront porter l'emblème de GNP+ et/ou de partenaires individuels à ce Guide d'orientation. Les demandes devraient être adressées à GNP+, P.O. BOX 11726, 1001 GS, Amsterdam, The Netherlands, infognp@gnpplus.net.

© Mai 2009. Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GNP+)

Conception graphique : www.samgobin.nl

ISBN 978-94-90241-03-2

Référence suggérée : GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, ONUSIDA. 2009. Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH : un guide d'orientation. Amsterdam, GNP+.

CONTENU

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	4
REMERCIEMENTS	5
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	6
1 INTRODUCTION ET RECOMMANDATIONS	9
I. Vers une meilleure compréhension des droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH	10
II. Aperçu général du Guide d'orientation	11
III. Recommandations spécifiques	13
2 CRÉER UN SYSTÈME DE SANTÉ FAVORABLE	15
I. Questions structurelles	17
Financement	17
Combiner les services	18
Fournitures et technologies	19
Les agents de santé	19
Stigmatisation et discrimination du VIH	20
Les acteurs non étatiques : les organisations communautaires et les agents de santé	21
Atteindre les populations marginalisées	22
Suivi et évaluation	22
II. Services cliniques	22
Éducation sexuelle	24
Soutien psychosocial	25
Planification familiale et double protection	26
Avortement	27
Conception, grossesse et accouchement	28
Infections sexuellement transmissibles	29
Diagnostic et traitement du cancer	30
Violence	30
Dysfonctionnements sexuels	31
Prévention positive	31
III. Protéger les droits humains, faire progresser la santé publique	32
3 CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES ET POLITIQUES	33
I. Lois et politiques relatives à la santé sexuelle et reproductive	35
La criminalisation de la transmission du VIH	35
Le sexe anal	36
Dépistage et conseil du VIH	36
Planification familiale et avortement	37
Mariage, divorce et garde des enfants	38
Le droit de la femme à la propriété et à l'héritage	38
La circoncision masculine	39
II. Les politiques qui affectent les populations clés à haut risque	39
Les jeunes	39
Les professionnel(le)s du sexe	40
Les consommateurs de drogues	41
Les personnes transgenres	43
Les prisonniers	43
Les migrants	44
Les réfugiés et les personnes déplacées	45
III. Lier les réformes juridiques à la santé sexuelle et reproductive	45
4 UN PLAIDOYER EFFICACE	47
I. Les défis qui se posent à un plaidoyer efficace	49
Stigmatisation et discrimination du VIH	49
Inégalité entre les sexes et violence	49
Marginalisation	50
Pauvreté	52
Le manque de collaboration	52
II. Améliorer le plaidoyer	53
S'appuyer sur l'expertise unique des personnes vivant avec le VIH	53
Assurer l'éducation et la formation	53
Procéder au suivi et évaluation	55
Renforcer les réseaux et les alliances	56
III. Autonomisation et santé grâce à un plaidoyer plus efficace	57
ANNEXES	
Autres informations et outils utiles	61
Liste des recommandations	64
NOTES	66
CRÉDITS PHOTO	71

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CCM	Mécanisme de coordination pays
CDV	Conseil et dépistage volontaires
DIU	Dispositif intra-utérin
DSSR	Droits de la santé sexuelle et reproductive
Fonds mondial	Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
GIPA	Greater Involvement of People living with HIV [Participation accrue des personnes vivant avec le VIH]
GNP+	The Global Network of People Living with HIV/AIDS [Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH]
HPV	Papillomavirus humain
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS [Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA]
IPPF	Fédération internationale de planification familiale
IST	Infection sexuellement transmissible
LHBT	Lesbiennes, Homos, Bisexuels, Transgendéristes et intersexués
NAPWA	Australian National Association of People living with HIV [Association nationale australienne de personnes vivant avec le VIH]
NGO	Organisation non gouvernementale
NWHN	Namibia Women's Health Network [Namibia Women's Health Network]
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief [Plan d'urgence américain pour la lutte contre le SIDA]
PTPE	Prévention de la Transmission Parent-Enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquis
SRP	Stratégie de réduction de la pauvreté
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SWAp	Sector Wide Approach [Approche sectorielle]
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS [Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA]
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

REMERCIEMENTS

Ce Guide d'orientation est le résultat du travail soutenu de nombreuses personnes. Il est né d'un processus de collaboration entre huit organisations : le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), Young Positives, EngenderHealth, la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce processus a commencé par une consultation sur les droits des personnes vivant avec le VIH en matière de santé sexuelle et reproductive, organisée à Addis-Abeba en mars 2006 et parrainée par EngenderHealth, l'UNFPA et l'OMS. Le Guide d'orientation a été présenté sous forme d'avant-projet lors de deux réunions internationales organisées ultérieurement par et pour les personnes séropositives, soutenues par les agences mentionnées ci-dessus ainsi que d'autres partenaires : la Consultation mondiale sur la santé sexuelle et reproductive et les droits des personnes vivant avec le VIH, à Amsterdam, en décembre 2007 ainsi que LIVING 2008 : le Sommet international des personnes vivant avec le VIH, organisé juste avant la XVIIème conférence internationale sur le SIDA tenue à Mexico.

Andrew Doupe, Kate Hawkins et Susan Paxton ont préparé les premières versions des différents chapitres. Jennifer Nadeau a entrepris la difficile tâche de réduire 400 pages pour en faire ce document concis que voici. De nombreuses personnes ont apporté leur contribution et leur soutien et fait des commentaires et des suggestions : Emma Bell, Lynn Collins, Jane Cottingham, Raoul Fransen, Beri Hull, Manjula Lusti-Narasimhan, Kevin Moody, Promise Mthembu, Kevin Osborne, Paul Perchal, Jason Sigurdson, Kate Thomson, Susan Timberlake, Danielle Turnipseed, Alejandra Trossero et Françoise Welter.

Nous tenons à remercier les organisations suivantes pour leur soutien aux différentes étapes du processus de production de ce Guide d'orientation: Aids Fonds Netherlands, EngenderHealth, la Fondation Ford, la Fondation William et Flora Hewlett, le Ministère néerlandais des Affaires étrangères, la Fondation David & Lucile Packard, Soa Aids Nederland, l'UNFPA et l'OMS.

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Les impératifs des droits humains et de la santé publique nécessitent que les systèmes sanitaires et juridiques appuient la santé sexuelle et reproductive et les droits des personnes vivant avec le VIH. Les personnes vivant avec le VIH ont droit à une vie sexuelle saine et satisfaisante et ont besoin de lois pour protéger ce droit et de services appropriés pour veiller à leur santé sexuelle et reproductive. D'une perspective de santé publique, les décideurs et les prestataires de services doivent reconnaître que les personnes vivant avec le VIH tissent des relations, ont des rapports sexuels et font des enfants. Veiller à ce que ces personnes puissent faire ces choses en toute sécurité est essentiel au maintien de leur propre santé et de la santé de leurs partenaires et de leurs familles.

Les personnes vivant avec le VIH ont élaboré ce Guide d'orientation pour aider les décideurs, les directeurs de programmes, les professionnels de la santé, les bailleurs de fonds et les avocats à mieux comprendre les mesures spécifiques qui doivent être prises en vue d'appuyer leur santé sexuelle et reproductive et leurs droits. Le Guide d'orientation jette un vaste filet, en examinant les avantages en termes de santé sexuelle et reproductive, offerts par les réformes dans différents secteurs. Il fait 12 recommandations qui couvrent – et dans de nombreux cas étapes, recoupent – les changements qui doivent être apportés dans les services de santé, dans la sphère politique et juridique et dans les efforts de plaidoyer.

La faiblesse générale des systèmes de santé est responsable d'un bon nombre des lacunes qui empêchent les personnes vivant avec le VIH de jouir pleinement de leur santé sexuelle

et reproductive et de leurs droits. Le renforcement de systèmes de santé et l'amélioration de l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive dont l'on a grandement besoin – par exemple, les préservatifs masculins et féminins – sont très importants. Les personnes vivant avec le VIH ont également besoin de services spéciaux liés à la santé sexuelle et reproductive comme l'orientation pour l'utilisation des contraceptifs hormonaux en étant sous thérapie anti-rétrovirale. En outre, la stigmatisation et la discrimination peuvent rendre l'accès des services de santé difficile pour les personnes séropositives. Les agents de santé ont besoin de ressources, d'informations, de compétences et de formation psychosociale liée aux besoins spécifiques des personnes séropositives, notamment l'importance de la confidentialité et comment réduire le faible risque d'exposition professionnelle à l'infection du VIH.

Du point de vue juridique, la question la plus fondamentale pour la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH est l'interdiction claire et respectée de la discrimination. Deuxièmement, les gouvernements devraient s'abstenir de criminaliser le comportement sexuel entre adultes consentants dans la sphère privée, comme dans le cas des lois se rapportant au sexe anal, à la fornication et à l'adultère. La transmission du VIH ne devrait pas être considérée comme un crime, sauf dans les cas très rares où il existe des preuves, au-delà de tout doute raisonnable, qu'une personne a délibérément cherché à infecter une autre personne et y est parvenue. Au-delà de ce cas, les lois et les politiques dans nombreux domaines – notamment celles liées

au dépistage et au conseil du VIH, à la planification familiale, à l'enfantement et aux soins des enfants, au mariage, aux droits de propriété et d'héritage et à la circoncision masculine – peuvent, directement ou indirectement, affecter la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH et devraient être examinées pour s'assurer qu'elles sont favorables à leurs droits humains et leurs droits en matière de santé. Les membres des groupes marginalisés sont souvent sujets au risque particulier de l'infection à VIH et, lorsqu'ils deviennent séropositifs, ont énormément de difficultés à obtenir le soutien nécessaire. Les systèmes juridiques devraient assurer une protection spéciale aux groupes marginalisés ainsi que l'accès à des services juridiques de qualité afin que les allégations de violation de droits humains soient correctement prises en charge.

L'agenda du plaidoyer des personnes vivant avec le VIH qui consiste à promouvoir leurs droits en santé sexuelle et reproductive met largement l'accent sur la réforme des systèmes sanitaires et juridiques et le renforcement des systèmes communautaires. Les promoteurs du plaidoyer ont besoin de travailler dans le cadre des systèmes sanitaires et juridiques et en dehors de ce cadre afin de combattre la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH, les attitudes patriarcales envers les femmes, le paternalisme envers les jeunes, la marginalisation des personnes les plus vulnérables au VIH, la pauvreté persistante et le manque de coordination et de collaboration – car tout ceci peut saper la santé sexuelle et reproductive et la jouissance des droits humains.

L'importance vitale de l'implication des personnes vivant avec le VIH sous-tend chacune des recommandations faites dans ce Guide d'orientation. Les personnes vivant avec le VIH devraient être consultées dans la conception de politiques et programmes appropriés : elles connaissent leurs propres besoins, leurs propres aspirations et leurs propres désirs en matière de santé sexuelle et reproductive ; elles parlent d'expérience des domaines et de la façon dont les structures existantes ont échoué dans la satisfaction de leurs besoins et leur participation active peut en elle-même faire évoluer les droits de santé sexuelle et reproductive en tendant à diminuer la stigmatisation et à donner aux personnes séropositives la capacité de rechercher le soutien dont elles ont besoin.

Ce Guide d'orientation, élaboré par les personnes vivant avec le VIH, décrit les questions importantes et les domaines clés qui appellent un changement. En allant de l'avant, les législateurs, les ministères des gouvernements, les organisations internationales, les bailleurs et les organisations communautaires et confessionnelles, avec l'apport et l'orientation continues des personnes vivant avec le VIH, doivent oeuvrer ensemble afin de mettre en place les services et les appuis juridiques qui permettront de renforcer la santé sexuelle et reproductive pour tous.



1

INTRODUCTION ET RECOMMANDATIONS

L'on estime à 33 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH. De plus en plus de ces personnes ont accès au traitement anti-rétroviral, leur permettant ainsi de prolonger leur vie et d'accroître leur productivité. La sexualité et la reproduction constituent, comme pour tout être humain, une partie importante de leur vie. Comme tout un chacun, ces personnes ont droit à une sexualité et une santé reproductive satisfaisante, saine et sans risque. Ce Guide d'orientation entend aider toute personne concernée par les droits de santé publique et les droits humains – en tant que professionnels de santé, décideurs ou avocats – à mieux comprendre *pourquoi* et *comment* répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Ce Guide démontre qu'une attention plus grande aux droits humains est essentielle à la santé sexuelle et reproductive et au bien-être général des personnes vivant avec le VIH en rendant leurs vies plus longues, plus saines, plus productives et plus satisfaisantes. Prendre en compte les droits de santé sexuelle et reproductive et les droits humains est également essentiel au ralentissement de la propagation de l'épidémie par la prévention de nouvelles infections. Dans tous ces domaines, les individus, les familles et les sociétés sont bénéficiaires.

Pendant trop longtemps, les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH ont été négligés. L'on considérait qu'un test séropositif signifiait la fin de la vie sexuelle d'une personne. En réalité, bien évidemment, les

personnes vivant avec le VIH ont toujours désiré – et mérité – avoir une vie sexuelle saine et satisfaisante, avoir et élever des enfants et se protéger elles-mêmes et leurs partenaires contre les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. Mais pendant trop longtemps, les débats de politiques ont largement ignoré la sexualité des personnes vivant avec le VIH et les programmes – lorsqu'il leur arrivait de prendre en compte la santé sexuelle et la reproduction – se limitaient généralement à aider les femmes enceintes à éviter de transmettre le virus à leurs enfants.

Toutefois, plusieurs facteurs ont amené la communauté internationale à envisager des façons de répondre à des besoins plus larges. Premièrement, la santé sexuelle et reproductive en général a reçu une attention mondiale accrue dans les années qui ont suivi la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (« la Conférence du Caire »). De nombreux avocats ont souligné le fait qu'une meilleure santé sexuelle et reproductive est essentielle pour parvenir aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)¹ arrêtés par les dirigeants du monde en 2001. Au Sommet mondial 2005 de l'Assemblée générale des Nations Unies, les Etats membres des Nations Unies se sont engagés à réaliser l'accès universel à la santé reproductive à l'horizon 2015 comme moyen d'atteindre les OMD.² Bien que les personnes vivant avec le VIH ne soient pas toujours explicitement mentionnées dans ces discussions, le nouvel accent mis sur la santé sexuelle et reproductive influence la planification des programmes liés au VIH.

Deuxièmement, d'un point de vue programmatique, l'attention a de plus en plus porté sur les avantages d'une meilleure intégration des informations et des services relatifs au VIH et à la santé sexuelle et reproductive, qui ont souvent développé des infrastructures parallèles. Dans certains cas, ces deux systèmes de santé offrent des services similaires ou identiques dans des sites différents. Dans d'autres cas, l'axe étroit de chacun des systèmes peut rendre difficile à l'un ou l'autre de ces systèmes de satisfaire tous les besoins de leurs clients – par exemple, un centre de VIH peut ne pas pouvoir offrir aux femmes le conseil concernant une gamme totale de méthodes contraceptives, tandis qu'un centre de santé reproductive peut ne pas offrir le conseil et dépistage volontaire du VIH. Ce qui signifie que les individus doivent rechercher des services dans des centres séparés plutôt qu'avoir accès à ce dont ils ont besoin dans un seul site.

Les avocats et les directeurs de programmes recherchent désormais activement les moyens de tirer profit des synergies pour assurer une prise en charge plus efficace et plus globale.

Troisièmement, la disponibilité plus grande d'une thérapie antirétrovirale abordable signifie que les personnes vivent désormais une vie plus longue et plus saine avec le VIH. A mesure que de plus en plus de personnes à travers le monde gèrent l'infection à VIH comme une maladie chronique, les avocats et les professionnels de la santé commencent à mettre l'accent sur l'amélioration de la *qualité* de la vie avec le virus – notamment une santé sexuelle et reproductive améliorée. Les personnes séropositives ont besoin de programmes de prévention pour les aider à rester en bonne santé, à éviter les IST et à protéger leurs partenaires de l'infection à VIH.

Les stratégies de prévention positive représentent un quatrième facteur susceptible d'impulser une meilleure santé sexuelle et reproductive. Ces programmes sont un volet essentiel des efforts vers la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH. Il est impératif que les stratégies de prévention positive soient sensibles et compatibles avec les réalités concrètes vécues par les personnes vivant avec le VIH dans leur tentative de se protéger elles-mêmes et de protéger les autres. Elles doivent protéger les personnes vivant avec le VIH de la discrimination et leur fournir les informations, le traitement, le service et les produits nécessaires pour leur permettre d'éviter la transmission continue du VIH, notamment par la réduction de l'infectiosité grâce à un traitement antirétroviral assuré dans des conditions optimales.³ Les personnes vivant avec le VIH doivent pouvoir être au devant de l'élaboration de ces stratégies.

I. Vers une meilleure compréhension des droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH

La santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH est de plus en plus intégrée dans les discussions entre les décideurs, les planificateurs de programmes et les organisations de la société civile ainsi que dans les analyses de politiques entreprises par eux. La Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW) a mené une recherche et un travail de plaidoyer importants pour

améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH et a, en partenariat avec d'autres organisations, organisé des ateliers sur les droits de santé reproductive à la Conférence internationale sur le SIDA à Toronto, en 2006 et au Sommet international sur les femmes en Nairobi en 2007. En 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ont publié des directives sur les soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes vivant avec le VIH.⁴

De même, en 2006, EngenderHealth, l'UNFPA et l'OMS, avec la contribution et la participation de l'ICW, le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et Young Positives ont organisé une consultation mondiale à Addis-Abeba, sur les droits à la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.⁵ En 2007, la revue *Reproductive Health Matters* a présenté des extraits de publications préparées pour la réunion d'Addis-Abeba pour un numéro spécial sur les besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Tous ces efforts ont aidé à élargir et approfondir la compréhension des différentes questions. Néanmoins, les participants à la Consultation d'Addis-Abeba ont convenu que des discussions plus approfondies devraient être organisées et dirigées par les personnes vivant avec le VIH elles-mêmes.

En réponse à cela, GNP+, ICW et Young Positives ont organisé en 2007 une consultation mondiale sur les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, à Amsterdam. Cette Consultation a réuni 65 représentants d'organisations de personnes vivant avec le VIH du monde entier et leurs alliés en recherche, analyse de politiques, plaidoyer et éducation. La Consultation mondiale avait plusieurs objectifs :

- Renforcer la capacité des personnes vivant avec le VIH ainsi que leurs organisations et leurs réseaux à participer pleinement à la conception des politiques et des programmes ;
- Articuler une déclaration de position générale sur les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH :
- Mettre en exergue les besoins spécifiques de santé sexuelle et reproductive des groupes clés ;
- Mettre l'accent sur les dimensions du genre de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH ainsi que la double question de la violence et de la pauvreté ; et
- Identifier un agenda concret pour des discussions, une recherche et des actions plus approfondies.

En préparation de la Consultation, les organisateurs ont commandé des documents de référence sur trois domaines clés où des progrès doivent être réalisés en vue d'assurer les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH : les systèmes de santé, les lois et les politiques et le plaidoyer. Les participants ont examiné et discuté ces documents mais la discussion a également porté sur les expériences personnelles des participants en tant qu'individus et en tant qu'avocats. Les participants étaient organisés en groupes de travail thématiques portant sur les femmes, les hommes, les groupes vulnérables (notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les transgendéristes) et les jeunes, pour s'assurer que les préoccupations de santé sexuelle et reproductive étaient abordées sous différents angles.

A la conclusion de la Consultation, les participants ont affirmé le point de vue suivant : la protection des droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH doit être une responsabilité collective, partagée entre les gouvernements, les organisations internationales et régionales, les bailleurs, les prestataires de services, les organisations non gouvernementales, les organisations à base communautaire, les organisations et les personnes vivant avec le VIH. Ils ont également présenté une liste de 39 recommandations, s'attachant particulièrement à l'implication et l'inclusion des personnes vivant avec le VIH, aux questions de stigmatisation et de discrimination, aux questions de recherche prioritaires ainsi qu'aux responsabilités et aux choix. Après la Consultation, ces recommandations ont été revues et affinées en consultation avec les mandants de chacun des participants.

Malgré la sensibilisation accrue au fait que les soins de santé sexuelle et reproductive pour les personnes vivant avec le VIH sont essentiels pour garantir les droits humains et la santé publique, les politiques et programmes efficaces et intensifiés demeurent chose rare. L'amélioration de cette situation nécessitera une approche multiforme qui devra prendre en compte les questions de genre, de violence, de pauvreté, de stigmatisation et de discrimination ainsi que la question des produits et services de soins de santé. Cette amélioration devra se faire jour dans des environnements culturels où parler de sexe est tabou et où les personnes de tous âges ont du mal à obtenir les informations et le conseil dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur leur sexualité et leur fertilité. Il faudra

également trouver des moyens pour fournir les informations et les services aux groupes marginalisés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les prisonniers, les migrants, les réfugiés ainsi que les membres des communautés de lesbiennes, d'homosexuels, de bisexuels, de transgendéristes et d'intersexués.

Ce Guide d'orientation vise à prendre en compte ces différentes complexités tout en passant du stade de la conversation à celui de l'action. En travaillant ensemble, avec l'aide de ce Guide d'orientation, les gens à travers le monde, dans le cadre de leurs différents rôles et différents contextes et perspectives, peuvent faire progresser les droits de santé sexuelle et reproductive et les droits humains et aider les personnes vivant avec le VIH à vivre une vie meilleure, plus saine et à moindre risque. Des impératifs de santé publique et des droits humains requièrent que nous allions de l'avant.

II. Aperçu général du Guide d'orientation

Ce Guide d'orientation consolide les principaux points des trois documents de référence rédigés en préparation à la Consultation en un seul guide comportant des recommandations claires et concises pour les professionnels de la santé, les directeurs de programmes, les décideurs, les bailleurs et les avocats. Tout en étant éclairés par les résultats de la Consultation mondiale, ils ne devraient pas être lus comme une synthèse des conclusions et des recommandations de la Consultation (ceux-ci ont fait l'objet d'une autre publication,⁶ et constitueront la base d'un agenda de plaidoyer à mettre en oeuvre par les réseaux et les organisations des personnes vivant avec le VIH). Le Guide d'orientation reflète un processus global de recherche et d'analyse qui aura duré deux ans, dirigé par GNP+, ICW et Young Positives, en collaboration avec EngenderHealth, la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), l'ONUSIDA, l'UNFPA et l'OMS, avec la contribution des réseaux de personnes séropositives à



travers le monde. Il explique ce que les acteurs internationaux des domaines de la santé, la politique et le plaidoyer peuvent faire pour appuyer et faire progresser la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH et pourquoi cela est important.

Le Chapitre 2 du Guide d'orientation met l'accent sur les systèmes de santé qui sont – en particulier dans les pays à faibles revenus – actuellement insuffisants pour satisfaire les besoins de leurs populations. L'appui à la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH requiert un ensemble spécifique de services, dont le diagnostic, la prise en charge et le traitement du VIH et des autres IST, l'éducation et l'information sexuelles, l'appui psychosocial pour faire face à la vie avec le VIH, la planification familiale, l'avortement sans risque et/ou les soins post-avortement, les services d'aide à la conception, les services d'assistance prénatale, d'aide à l'accouchement et les services post-natales, le diagnostic et le traitement du cancer, les services de prise en charge de la violence sexiste et basée sur la sexualité, le conseil et le traitement des dysfonctionnements sexuels ainsi que l'information, les services, les produits et le soutien social pour la prévention du VIH.

Le Chapitre 3 couvre la sphère politique et juridique. Le besoin le plus fondamental, ici, est que des lois soient promulguées pour interdire la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH, que ces lois soient connues et appliquées et que les personnes vivant avec le VIH puissent accéder au soutien juridique nécessaire. Des lois protectrices basées sur les normes de droits humains reconnus peuvent aider les personnes vivant avec le VIH à obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'un emploi, l'éducation, l'assurance maladie, l'aide juridique, un logement, un traitement et d'autres droits sociaux. Les gouvernements peuvent également établir et mettre en oeuvre des cadres et des directives au niveau national qui protègent de manière explicite la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Enfin, de nombreuses lois et politiques spécifiques peuvent directement affecter la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, notamment celles se rapportant au dépistage et au conseil du VIH, à l'exigence de résidence pour obtenir des services de santé, à la criminalisation de la transmission du VIH ou aux interdictions de rapports sexuels entre adultes consentants du même sexe. En réformant ces lois, les gouvernements peuvent

faire de grandes avancées en permettant aux personnes vivant avec le VIH d'obtenir les informations et les services dont ils ont besoin pour protéger leur propre santé et celle des autres.

Le Chapitre 4 examine les opportunités et les défis en termes de plaidoyer. Les avocats doivent continuer à mettre la pression pour une plus grande attention et un plus grand engagement politique pour la santé sexuelle et reproductive en vue de combattre le VIH. Mais ils doivent aussi affronter – et lutter contre – une quantité d'autres barrières sociales et économiques, notamment la stigmatisation et la discrimination, l'inégalité entre les sexes, la violence, la marginalisation et la pauvreté. Les organisations de plaidoyer doivent travailler au plan interne et au plan externe à surmonter ces barrières et assurer un agenda global et inclusif. Le chapitre suggère aussi un ensemble d'outils et d'approches que peuvent utiliser les avocats pour renforcer leurs voix, notamment l'éducation et la formation, les preuves de la recherche, les outils de suivi existants et nouveaux et les alliances.

Enfin, le Guide d'orientation inclut une *annexe* comportant des informations sur les ressources et les outils utiles liés aux droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.

Les systèmes de santé, les systèmes juridiques et le plaidoyer sont interconnectés et, dans de nombreux cas, une action sera requise sur les trois fronts pour parvenir à un changement efficace. Par exemple, faire en sorte que le dépistage du VIH fasse progresser (plutôt qu'elle ne sape) la santé sexuelle et reproductive nécessitera que l'on forme les agents de santé à assurer la non-discrimination, le consentement éclairé et la confidentialité et à fournir un soutien et un conseil constants. Cela nécessitera aussi des lois qui interdisent le dépistage et la divulgation obligatoire, qui protègent la confidentialité et garantissent la non-discrimination envers les personnes qui font le choix de divulguer leur statut. Cela nécessitera aussi des avocats pour surveiller l'observance de telles politiques et protester contre les abus des droits humains, notamment en utilisant les canaux juridiques disponibles (exemple, les tribunaux, la Commission des droits de l'homme, le médiateur) pour exiger une réparation appropriée.

III. Recommandations spécifiques

De manière collective, les trois chapitres suivants du Guide d'orientation appuient 12 recommandations :

1. Le dépistage du VIH ne devrait jamais être obligatoire et devrait toujours être basé sur les « trois C » : être Confidentiel, basé sur le Consentement éclairé et accompagné de Conseil. Ceci s'applique également aux groupes marginalisés, dont les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les prisonniers, les migrants, les réfugiés et les membres des communautés de lesbiennes, d'homosexuels, de bisexuels, de transgendéristes et d'intersexués.
2. Les systèmes de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH doivent être renforcés pour faire face à la demande accrue tout en assurant *en même temps* l'intensification du dépistage du VIH afin de faire en sorte que le dépistage du VIH amène à référer les clients vers les programmes de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH. En particulier, les femmes enceintes ne devraient pas être testées que pour prévenir la transmission du parent à l'enfant ; elles doivent aussi pouvoir bénéficier de services de prévention, de traitement et de soins.
3. Les lois nationales devraient être réformées et appliquées pour s'assurer que :
 - Les lois interdisent de manière explicite la discrimination basée sur l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et le statut sérologique ;
 - Le sexe anal, le commerce du sexe, les relations entre personnes de même sexe et les relations transgendéristes sont décriminalisés ;
 - La divulgation du statut sérologique n'est pas rendue obligatoire par la loi si une personne pratique le sexe à moindre risque, si son statut sérologique est autrement connu ou s'il existe une crainte bien fondée de préjudices possibles de la part de l'autre personne ;
 - La transmission du VIH n'est pas considérée comme un crime sauf pour de rares cas où il existe des preuves au-delà de tout doute raisonnable qu'une personne a délibérément tenté d'en infecter une autre et y est parvenue ;
 - Le statut sérologique à lui seul n'affecte pas le droit d'une personne à se marier ou à fonder une famille, n'est pas motif de divorce et n'est pas un argument pertinent dans les décisions relatives à la garde des enfants ;
4. Toutes les personnes vivant avec le VIH – notamment les membres des groupes marginalisés comme les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les prisonniers, les migrants, les réfugiés et les membres des communautés de lesbiennes, d'homosexuels, de bisexuels, de transgendéristes et d'intersexués – devraient avoir accès à une gamme complète de services de santé sexuelle et reproductive, entre autres :
 - Les jeunes ont le droit à la confidentialité et n'ont pas besoin de l'autorisation parentale pour des informations et des soins de santé sexuelle et reproductive adaptés à leur âge, même s'ils n'ont pas atteint l'âge de la majorité ;
 - Les droits de la femme à la propriété sont garantis et protégés, en particulier après un divorce, un abandon ou le décès de l'époux ;
 - La violence sexuelle, notamment l'inceste, le mariage forcé ou précoce, l'agression sexuelle ou le viol (y compris dans le contexte du commerce du sexe ou du mariage) est reconnue et poursuivie en tant que crime ;
 - Les consommateurs de drogues injectables bénéficient d'un traitement, notamment une thérapie de substitution à base d'opioïdes, et de programmes de réduction du risque comme alternative à l'incarcération ; et
 - Les transgendéristes sont juridiquement reconnus et des procédures claires sont en place pour le changement de nom et de sexe sur les documents officiels.
5. Toutes les options contraceptives disponibles et l'aide à la double protection⁷, sans contrainte de choix d'une méthode en particulier ;
6. Le conseil et le soutien pour la prévention positive et la divulgation volontaire
7. L'accès à un avortement sans risque (là où cela est légal) et aux soins post-avortement ;
8. Le conseil et le soutien relatifs à des méthodes sans risque pour tomber enceinte ;
9. Le conseil et l'appui concret pour l'alimentation du nourrisson, soit au sein soit par une alimentation de remplacement ;
10. Le diagnostic et le traitement des IST ;

- La prévention et les soins du cancer ;
 - Le conseil relatif à la violence ;
 - Le traitement des dysfonctionnements sexuels ; et
 - La circoncision masculine pour les hommes vivant avec le VIH si, une fois totalement informés, ils désirent s'engager dans la procédure.
5. Les agents de santé devraient recevoir une formation concernant les droits humains et les précautions universelles ainsi qu'une formation spécifique en soins de santé sexuelle et reproductive pour les personnes vivant avec le VIH, notamment les compétences techniques et la réduction de la stigmatisation. Les personnes vivant avec le VIH devraient participer à ces programmes en tant que formateurs.
 6. Les prestataires des services de santé et les avocats devraient soutenir des liens plus étroits entre la prévention, les soins et le traitement du VIH, les services intégrés de santé sexuelle et reproductive, la thérapie de substitution médicamenteuse, les services de santé mentale et les services psychosociaux ainsi que les initiatives de lutte contre la discrimination et contre la violence.
 7. Les avocats devraient veiller à ce que des centres et des programmes spéciaux soient mis en place pour fournir des informations et des services aux populations difficiles à atteindre.
 8. Les gouvernements, les agences internationales et les ONG, en collaboration avec les organisations de jeunes vivant avec le VIH, devraient élaborer des directives spécifiques pour le conseil, le soutien et les soins des personnes nées avec le VIH à mesure qu'elles avancent vers l'adolescence et l'âge adulte.
 9. Les gouvernements, les agences internationales et les ONG devraient assurer une meilleure recherche et un meilleur suivi de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, notamment par des données ventilées par sexe, âge, situation matrimoniale, emplacement géographique et orientation sexuelle. Cette recherche devrait se faire avec la contribution et la supervision des personnes vivant avec le VIH.
 10. Les gouvernements, les agences internationales et les ONG devraient fixer et suivre des objectifs-cibles concrets pour la participation des personnes vivant avec le VIH à toutes les activités appropriées, y compris les programmes de prévention positive.
 11. Les gouvernements, les agences internationales et les ONG devraient appuyer des programmes générateurs de revenus. Ceci inclut notamment l'emploi direct de personnes vivant avec le VIH et la rémunération de leur travail.
 12. Les avocats devraient s'assurer que les programmes de soutien à la participation des personnes vivant avec le VIH aident également à renforcer les capacités requises. En particulier, les femmes et les jeunes devraient recevoir une éducation du type « connaissez vos droits/les lois » et une formation au plaidoyer.

2 CRÉER UN SYSTÈME DE SANTÉ FAVORABLE

De nombreuses maladies et décès à travers le monde découlent d'un manque de services liés au SIDA et à la santé reproductive. Les systèmes de santé à travers le monde rencontrent de grandes difficultés qui peuvent rendre difficile de fournir même les services les plus élémentaires à leurs populations. Toutefois, apporter les changements qui pourraient servir les besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, pourrait également apporter une contribution importante à la résolution de ces difficultés générales rencontrées par les systèmes, en améliorant la santé publique dans son ensemble.

Le terme « systèmes de santé » décrit toutes les organisations, institutions et ressources qu'une société consacre à améliorer, maintenir ou restaurer la santé. Cela inclut le personnel, les fonds, les informations, les produits, le transport et les communications. Les systèmes de santé couvrent les centres de santé et les interventions de santé spécifiques ainsi que les infrastructures plus globales qui les soutiennent. Des systèmes de santé solides sont essentiels pour permettre aux gens de recevoir les soins dont ils ont besoin.

De nombreux pays à faibles revenus ont des systèmes de santé fragiles simplement parce qu'il n'y a pas de ressources – financières ou humaines – suffisantes investies dans ce secteur. Outre ces ressources, un système de santé solide repose sur une structure de politique et de régulation pour

s'assurer que les ressources sont utilisées avec efficacité et équité. Cette structure inclut, par exemple, des programmes de référence et l'intégration des services associés, des listes de médicaments et de produits essentiels, des politiques anti-discriminatoires et des mécanismes de recours, des programmes de formation pour les prestataires de santé, notamment en consentement éclairé et confidentialité, des mécanismes permettant de faire parvenir des services de santé aux groupes marginalisés qui sont souvent difficiles à joindre, le soutien et la réglementation des prestataires privés, religieux ou traditionnels des services de santé ainsi que la recherche et le suivi des résultats de santé.

Dans le cadre global des systèmes de santé, l'appui à la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH implique un ensemble de services spécifiques. Certains résultent des besoins que les personnes vivant avec le VIH partagent avec leurs homologues séronégatifs, comme les préservatifs pour la prévention de la transmission du VIH et d'autres IST. Les personnes vivant avec le VIH peuvent également avoir besoin de services supplémentaires, tels que les services de prévention de la transmission parent-enfant du virus. En général, les services de santé qui aident les personnes vivant avec le VIH à obtenir et maintenir une santé sexuelle et reproductive, incluent le diagnostic, la prise en charge et le traitement du VIH et des IST, l'éducation et l'information sexuelles, le soutien psychosocial pour apprendre à vivre avec le VIH, la planification familiale, les services pour l'avortement sans risque dans les cas où cela est permis par la loi et les soins post-avortement, les services d'aide à la conception, les soins prénatals et post-natals, les services d'accouchement sans risque, le diagnostic et le traitement du cancer, les services de prise en charge de la violence sexiste et basée sur la sexualité, le conseil et le traitement pour la prise en charge des dysfonctionnements sexuels et la prévention du VIH.



RECOMMANDATIONS POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

- Les gouvernements donateurs devraient accroître le financement en vue de combler les déficits existants, en combinant l'appui du budget général avec les projets ciblés dans les domaines politiquement sensibles.
- Les gouvernements devraient financer les soins de santé par un financement public ou des programmes d'assurance plutôt que par les frais imposés aux usagers.
- Par le biais de l'intégration ou les références, les services de santé devraient créer un continuum global de soins, depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse en passant par l'âge adulte, en combinant la prévention, les soins et le traitement du VIH, les services intégrés de santé sexuelle et reproductive, la thérapie de substitution médicamenteuse, les services psychosociaux et juridiques et les initiatives de lutte contre la violence.
- Les systèmes de santé devraient avoir des liens formels avec les systèmes communautaires à travers lesquels les résultats du système de santé seront suivis pour s'assurer des résultats positifs et pour assurer la référence à d'autres systèmes de soutien, par exemple dans les sphères sociales ou juridiques.
- Les listes de médicaments essentiels devraient être régulièrement revues pour s'assurer qu'elles incluent les produits de santé sexuelle et reproductive.
- Des systèmes de suivi des patients (parfois connus sous le nom de « systèmes de prise en charge des cas ») devraient être mis en place pour s'assurer que les personnes testées sont référées pour un traitement, des soins et soutien et peuvent y avoir accès.
- Les gouvernements donateurs et les agences internationales devraient aider à former et à soutenir les agents de soins de santé dans les pays en développement.
- Les agents de santé devraient recevoir une formation dans le domaine des droits humains et des précautions universelles ainsi qu'une formation spécifique en soins de santé sexuelle et reproductive pour les personnes vivant avec le VIH, notamment en matière de compétences techniques, de confidentialité, de consentement éclairé, de non-discrimination, d'égalité entre les sexes et de réduction de la stigmatisation. Les personnes vivant avec le VIH devraient participer à ces programmes en tant que formateurs.
- Les pharmaciens, les accoucheuses traditionnelles, les guérisseurs et autres du secteur de la santé informelle devraient recevoir une éducation et un soutien pour répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.
- Les avocats devraient veiller à ce que des centres et des programmes spéciaux soient mis en place pour fournir des informations et des services aux populations difficiles à atteindre.
- Le dépistage et le conseil volontaires et confidentiels du VIH devraient être rendus disponibles pour tous, y compris les migrants, les prisonniers et autres groupes marginalisés.
- Les femmes enceintes qui sont testées pour le VIH doivent bénéficier de services de prévention, de traitement, de soins et soutien en plus des programmes de prévention de la transmission parent-enfant.
- Les systèmes de prévention, de traitement, de soins et soutien doivent être renforcés pour faire face à une demande accrue tout en permettant en même temps l'intensification du dépistage du VIH pour veiller à ce que le dépistage du VIH – basé sur les « trois C » – aboutisse à la référence des clients vers les programmes de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH.
- Toutes les personnes vivant avec le VIH – notamment les membres des groupes marginalisés comme les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les prisonniers, les réfugiés et les membres des communautés de lesbiennes, d'homosexuels, de bisexuels, de transgendéristes et d'intersexués – devraient avoir accès à une gamme complète de services de santé sexuelle et reproductive, entre autres :
- Toutes les options contraceptives disponibles et l'aide à la double protection, sans contrainte de choix pour une méthode en particulier ;
- L'accès à l'avortement sans risque (dans les cas où cela n'est pas interdit par la loi) et les soins post-avortement ;
- Le conseil et le soutien pour des méthodes sans risque pour tomber enceinte ;
- Le conseil et le soutien concrets pour l'alimentation des nourrissons soit au sein soit par une alimentation de remplacement ;
- Le conseil et le soutien concrets pour la prévention positive :
- Le diagnostic et le traitement des IST ;
- La prévention et les soins du cancer ;
- Le conseil lié à la violence ;
- Le traitement des dysfonctionnements sexuels ; et
- La circoncision masculine pour les hommes vivant avec le VIH si, une fois pleinement informés, ils désirent s'engager dans la procédure.
- Les programmes de prévention positive doivent respecter et soutenir les droits des personnes vivant avec le VIH.

Les personnes vivant avec le VIH ont droit à des services accessibles, abordables et appropriés afin de protéger et de maintenir leur santé sexuelle et reproductive et celle de leurs partenaires sexuels. Une santé publique améliorée repose sur la disponibilité de ce type de service. Ce chapitre présente les mesures qui devraient être prises pour réformer les systèmes de santé en vue de la réalisation de ces conditions. La première section explore certaines des lacunes et barrières que l'on rencontre actuellement au sein des systèmes de santé, allant d'un financement inadéquat ou inefficace au manque de suivi des résultats, en passant par le manque de fixation d'objectifs. La deuxième section présente les types de services qui devraient être mis à disposition en vue de satisfaire les besoins et les droits des personnes vivant avec le VIH en matière de santé sexuelle et reproductive ; elle fait également des suggestions quant à la manière dont ces services devraient être structurés.

I. Questions structurelles

Les efforts pour satisfaire les besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH sont minés par des lacunes en matière de politique, de financement et de formation spécifique à la santé sexuelle et reproductive ainsi que par la faiblesse générale des systèmes de santé. L'amélioration des infrastructures de soins de santé est essentielle pour la réalisation de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. En vue de renforcer les systèmes de santé, les bailleurs de fonds et les gouvernements des pays à faibles revenus doivent réformer leurs pratiques.

Financement

La plupart des gouvernements à faibles revenus s'appuient sur des bailleurs bilatéraux et multilatéraux pour soutenir les soins médicaux, en particulier les soins pour les membres des groupes démunis et marginalisés. Au cours de la dernière décennie, le soutien financier international pour les services de santé sexuelle et reproductive a augmenté, en partie à cause d'une augmentation du financement des interventions de VIH et de SIDA. Néanmoins, les Nations Unies estiment que pour la seule année 2007, le monde a connu un déficit de 8 milliards de dollars par rapport aux fonds requis pour assurer l'accès universel aux services généraux du VIH et du SIDA.⁸

Pour mieux soutenir la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, **les bailleurs devraient accroître les montants totaux de leurs financements et rendre plus aisé pour les gouvernements récipiendaires d'assurer des services globaux et intégrés.** Un volume important de financement pour le VIH et le SIDA transite par le biais de mécanismes spécifiques aux maladies comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) ou le programme du Plan d'urgence américain pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR).⁹ Aucun des deux mécanismes ne met actuellement un accent spécifique sur la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, tandis que PEPFAR exclut de manière spécifique le financement de certains services de santé reproductive comme les contraceptifs.¹⁰

Certains bailleurs bilatéraux ont commencé à utiliser des approches sectorielles (SWAp) et des stratégies de réduction de la pauvreté (SRP), qui acheminent les fonds par le biais de mécanismes d'appui au budget général visant à renforcer les systèmes de santé. Le Fonds mondial accorde aussi une attention de plus en plus grande à son rôle dans le renforcement du système de santé.¹¹ Cette approche élimine le besoin de mécanismes de planification et de rapports distincts pour chaque projet financé par un bailleur et devrait permettre aux pays bénéficiaires de consacrer une proportion plus grande des ressources aux soins de santé plutôt qu'à l'établissement de rapports pour les bailleurs. Parce que ces fonds ne sont pas spécifiquement liés à la prestation d'un ensemble particulier de services bien qu'il soit important de surveiller la prestation de services pour s'assurer que les problèmes de santé sexuelle et reproductive, en particulier ceux liés aux personnes vivant avec le VIH, ne sont pas ignorés. **Là où cela est possible, un appui devrait être fourni aux réseaux de personnes vivant avec le VIH,** qui peuvent assurer cette fonction de supervision et aider de manière générale à garantir une contribution continue de la société civile au niveau des priorités de dépenses et des programmes du gouvernement.

Un autre appui bilatéral a été spécifique aux projets, finançant parfois des programmes politiquement sensibles comme le travail avec les hommes ayant des rapports avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe ou les consommateurs de drogues. Bien que le soutien spécifique aux projets puisse compliquer la planification et l'établissement de rapports

au niveau national, il peut continuer à être un mécanisme utile pour le financement de services de santé sexuelle et reproductive pour certains groupes de personnes vivant avec le VIH mal desservis par les programmes généraux de VIH ou le système de santé élargi.

De nombreux gouvernements financent également les systèmes de soins de santé en imposant des frais aux utilisateurs des services. Ceci peut amener certaines personnes – en particulier les personnes démunies – à éviter les soins ou à les différer jusqu'à ce qu'ils atteignent des phases plus avancées de la maladie. Les frais imposés aux utilisateurs peuvent constituer un problème sérieux pour les personnes vivant avec le VIH, en particulier si elles sont incapables de travailler pour des raisons de maladie ou de discrimination. Les inégalités entre les sexes rendent les frais des utilisateurs particulièrement problématiques pour les femmes qui peuvent ne pas avoir de ressources personnelles et avoir besoin de rechercher les fonds auprès d'un parent de sexe masculin. **La mise en commun des coûts financiers des soins de santé, soit par un financement public, soit par le biais de programmes d'assurance, est une meilleure façon pour les gouvernements de soutenir les groupes défavorisés et faire progresser la santé publique.**

Combiner les services

Actuellement, les services de santé sexuelle et reproductive et de VIH sont souvent fournis dans le cadre de structures parallèles séparées. Dans de nombreux pays, le cabinet du Président ou du Premier ministre gère les fonds du VIH tandis que ceux de la santé sexuelle et reproductive passent par le Ministère de la santé ou du Ministère des finances. Des institutions distinctes procurent les produits, élaborent des cadres de régulation, des listes de médicaments, des manuels de formation et des directives techniques et mettent en place des mécanismes de suivi et évaluation, avec très peu de concertation entre les différents départements.

Une façon de s'assurer que les personnes vivant avec le VIH ont un accès adéquat aux soins de santé sexuelle et reproductive est de combiner ou d'intégrer les services. Cela pourrait signifier que les clients obtiennent les services du VIH et de la santé sexuelle et reproductive sur un seul site ou simplement, que les agents de santé possèdent les connaissances et les compétences pour fournir un ensemble

de bases appropriées de services et pour référer les patients pour tout autre soin nécessaire non assuré sur ce site.

De nouveaux organes de coordination et de nouvelles approches pourraient être nécessaires pour assurer que l'on porte attention à la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Des « doubles champions » dans les agences nationales peuvent oeuvrer à renforcer le soutien et l'appropriation du travail dans ce domaine : par exemple le Conseiller présidentiel du Ghana en matière de VIH et de SIDA est un expert de la santé sexuelle et productive ; le Président du Comité national de lutte contre le SIDA du Nigeria a lui aussi une formation en santé reproductive – une expertise qui peut accroître leur ouverture pour la gestion des liens entre les deux domaines.

Combiner les services signifie également fournir un continuum de soins aux patients tout au long de leur vie, depuis leur naissance jusqu'à leur vieillesse en passant par l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Ceci est particulièrement important pour les personnes nées séropositives. Dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, une prise en charge globale continue signifie que l'on **crée ou renforce les liens entre les soins pédiatriques, les soins des adolescents et des adultes, entre les services de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH, entre les soins prénatals et les soins post-natals, les programmes de substitution médicamenteuse et les services des IST, la contraception, la prévention et les soins du cancer et les services psychosociaux** pour tous les clients, y compris les jeunes et les membres des communautés de lesbiennes, d'homosexuels, de bisexuels, de transgendéristes et d'intersexués.

Fournir des services de santé sexuelle et reproductive aux hommes et impliquer les hommes dans les services de conception, les services de contraception et les programmes de prévention de la transmission parent-enfant du VIH sont également des considérations importantes pour l'intégration des services. Parce que les femmes ont été les clientes primaires des centres de santé reproductive, les hommes sont parfois mal à l'aise pour se rendre dans ces sites. Les directeurs de programmes auront probablement à envisager l'intégration dans les deux directions, l'incorporation des soins de santé sexuelle et reproductive dans les services de VIH et vice-versa.

Sans planification adéquate pour veiller à l'ajout des ressources humaines et financières nécessaires, l'intégration de services qui était précédemment établis comme des institutions distinctes, organisées de manière verticale, risque fort d'éprouver les systèmes de santé dans les environnements aux ressources limitées. Ce fardeau peut être exacerbé là où la responsabilité de fournir des services de santé a été décentralisée, résultant en l'administration parallèle de systèmes verticaux à travers de nombreux districts et localités. L'intégration des programmes doit être négociée et mise en oeuvre district par district. Les directeurs locaux auront besoin d'un soutien en termes de financement et de formation, de directives de programmes et d'occasions d'apprendre les uns auprès des autres pour réussir à élargir la portée de leurs services en liant ou en intégrant les domaines de soins associés.

Fournitures et technologies

Dans un système de santé qui fonctionne bien, les médicaments et autres produits de santé – y compris les produits de santé sexuelle et reproductive – sont disponibles quand on en a besoin. Pour réaliser cela, les gouvernements doivent identifier les produits, les acheter en quantités suffisantes et mettre en place des systèmes efficaces pour s'assurer que les produits répondent aux normes de qualité et arrivent en bon état aux centres de santé locaux sur tout le territoire national. Il est particulièrement important de s'assurer qu'une gamme complète de produits de santé sexuelle et reproductive – y compris les lubrifiants et les préservatifs masculins et féminins – sont disponibles pour les personnes vivant avec le VIH.

Un outil important permettant de rendre disponibles les produits appropriés est la liste des médicaments essentiels qui permet de faire en sorte que les ressources disponibles soient consacrées à prévenir et traiter les maladies qui affectent les populations dans chaque pays. Néanmoins, ces listes omettent souvent les produits de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, seul un tiers des pays incluent les préservatifs sur leurs listes.¹² L'OMS recommande que les pays **réexaminent les listes des médicaments essentiels chaque année, offrant ainsi une opportunité régulière d'inclure les fournitures et les produits de santé sexuelle et reproductive et du VIH et du SIDA.** Pour s'assurer que les listes sont appropriées et globales, les spécialistes de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH – de préférence

des personnes elles-mêmes vivant avec le VIH – devraient être représentés dans les comités qui supervisent les listes.

Il est également important que les personnes qui achètent et prescrivent les produits sachent qu'il existe une liste de médicaments essentiels et comprennent comment l'utiliser dans leur travail. La formation des agents de santé devrait inclure l'instruction sur les listes de médicaments essentiels ainsi que les directives de traitement.

Lorsque les listes changent, ces changements doivent être communiqués aux agents au niveau des centres de santé et accompagnés d'une formation appropriée pour appuyer les pratiques adéquates de prescription et de traitement.

Les agents de santé

L'OMS estime à quelque 4,3 millions le déficit actuel en agents de santé au niveau mondial ; une combinaison de facteurs contribue à ce déficit, notamment des salaires bas ou impayés et de mauvaises conditions de formation, de supervision et de travail.¹³ Cette pénurie importante d'agents qualifiés entrave sérieusement l'extension des services globaux pour les personnes vivant avec le VIH.

L'OMS recommande que les bailleurs de fonds consacrent un quart de tout nouveau financement de la santé à la formation et au maintien du personnel de la santé. Les bailleurs peuvent aider à développer un vivier plus important d'agents de santé en fournissant un **appui financier et une assistance technique aux institutions de formation en santé dans les pays qui connaissent de sévères pénuries en agents de santé.** En outre, étant donné qu'une grande partie du problème des agents de santé que rencontrent les pays à faibles revenus est l'exode du personnel qualifié vers des professions mieux rémunérées dans les pays à revenus élevés et les agences internationales, les gouvernements devraient **élaborer et appliquer des politiques sur le recrutement éthique des agents de santé migrants.**



Une fois formés, les agents de santé ont également besoin de plus de ressources et de meilleures conditions de travail. Les agents peuvent se trouver incapables d'offrir des services de santé sexuelle et reproductive aux personnes vivant avec le VIH parce qu'ils manquent des produits de santé de base. Les



soins peuvent également être limités par manque d'infrastructures ; par exemple, les agents de santé peuvent être incapables d'entreprendre des visites à domicile parce qu'il n'existe pas de transport au niveau de l'hôpital ou encore, ils peuvent être incapables ou réticents à assurer des services parce qu'ils ne disposent que

d'équipements de mauvaise qualité (ou n'en disposent pas du tout), ils manquent d'électricité ou d'eau propre. Ces frustrations éloignent des agents qualifiés de la prestation de soins de santé et limitent d'autres agents à fournir des services en deçà des normes.

Pour répondre efficacement aux besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, les agents de santé doivent avoir des connaissances et des compétences spécifiques. Nombre de prestataires admettent avoir des problèmes à s'occuper de personnes vivant avec le VIH, en particulier celles qui signalent un comportement de rapports sexuels avec des personnes de même sexe, le commerce du sexe ou la consommation de drogue.¹⁴ Les agents de santé peuvent avoir besoin de formation et de soutien pour être plus à l'aise et parler ouvertement de sexualité, de comportements à risque et de médicaments illicites et d'une aide pour comprendre l'importance vitale de maintenir la confidentialité. Tous les agents de santé devraient recevoir une formation en déontologie médicale et en droits humains, notamment la non-discrimination, le devoir de prodiguer un traitement, l'importance critique de maintenir la confidentialité et le consentement éclairé. Des codes de conduite professionnels devraient être établis et appliqués, codes incluant de manière explicite des références à ces normes notamment concernant les personnes vivant avec le VIH. Les agents devraient également être formés par rapport aux directives et protocoles nationaux et internationaux sur le VIH et la santé sexuelle et

reproductive. L'implication des personnes vivant avec le VIH dans ces formations s'est révélée particulièrement efficace à surmonter les idées fausses et les attitudes stigmatisantes et à fournir aux agents de santé des informations approfondies et précises sur les besoins des clients.¹⁵

Enfin, les agents de santé ont eux-mêmes besoin de services de VIH et de santé sexuelle et reproductive. Dans les pays à forte prévalence de VIH, la maladie et le décès liés au VIH ont un impact considérable sur la taille du personnel des agents de santé et l'aptitude des professionnels de la santé à travailler. Alors que l'on pourrait présumer que les agents de santé ont un accès facile aux services, nombre d'entre eux ne recherchent pas d'assistance parce qu'ils craignent les attitudes et réactions des collègues et des patients. Le manque d'intimité et de confidentialité aggrave cette crainte. Pour leur permettre de protéger leur santé, les agents de santé devraient bénéficier d'une éducation continue à la prévention du VIH, du dépistage et conseil du VIH, de mesures pour aider les agents de santé vivant avec le VIH à continuer de travailler, un accès prioritaire à la thérapie antirétrovirale, des systèmes améliorés pour garantir la confidentialité de leur statut sérologique par rapport aux collègues et aux patients ainsi que des programmes de réduction de la stigmatisation sur le lieu de travail.¹⁶

Stigmatisation et discrimination du VIH

Bien que le risque professionnel de l'infection à VIH soit faible, les agents de santé et le personnel de la santé peuvent être réticents à fournir des services aux personnes vivant avec le VIH par crainte de l'infection. Certains agents perçoivent les procédures comme l'insertion du dispositif intra-utérin (DIU), l'examen vaginal, l'accouchement et l'examen d'IST ulcéreuses comme étant très risquées, même avec des gants. Pour protéger les agents et les rassurer qu'ils peuvent fournir les services sans aucun risque, il est important de leur fournir des informations exactes, une formation en précautions universelles contre l'infection ainsi que les ressources appropriées.

Plus généralement, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH amènent les prestataires de soins de santé à traiter les personnes atteintes de VIH comme étant au-delà de toute aide ou ne méritant aucun service. Ils refusent parfois d'aider les femmes enceintes séropositives en travail, testent les femmes enceintes et les personnes soupçonnées d'avoir des comportements à risque sans leur consentement, communiquent les résultats des tests aux

membres de la famille plutôt qu'aux personnes séropositives elles-mêmes, violent de différentes manières la vie privée et la confidentialité, mettent la pression sur les femmes séropositives pour qu'elles se fassent stériliser ou avorter ou n'informent pas les femmes vivant avec le VIH de toutes les options qui sont les leurs concernant les contraceptifs ou l'alimentation du nourrisson.

Si bien que, même lorsque les services de santé sexuelle et reproductive pour les personnes vivant avec le VIH existent, la stigmatisation et la discrimination réduisent la qualité de ces services et découragent les personnes séropositives par rapport à leur utilisation. **La formation des agents de santé devrait être élargie pour les sensibiliser sur la législation existante, l'orientation des politiques et les normes professionnelles sur les droits humains et les soins aux patients, notamment concernant le devoir d'assurer le traitement, la non-discrimination, le consentement éclairé et la protection de la confidentialité. Ces formations devraient traiter des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH, affirmer le droit de chacun à des soins globaux et de qualité et fournir des informations précises sur la manière dont le virus se transmet afin de gérer la peur du contact physique avec les patients. Les personnes vivant avec le VIH devraient participer à ces formations,** ce qui aidera également à réduire la stigmatisation en permettant aux agents de santé d'avoir des échanges personnels avec les personnes vivant avec le VIH. Les personnes vivant avec le VIH et d'autres membres de la communauté peuvent également d'être recrutées pour s'assurer que les normes professionnelles sont respectées et pour s'élever contre les violations.

Les acteurs non étatiques : les organisations communautaires et les agents de santé

Hors du secteur de santé, une variété d'organisations privées et d'individus sont impliqués dans la prestation de soins de santé, l'évaluation de la qualité et de la pertinence des services de santé publique et la garantie de la responsabilité gouvernementale. Dans certains pays, les agents de santé traditionnels et informels assurent un volume important de soins, en particulier dans le cas d'états de santé qui font l'objet de stigmatisation comme les grossesses non désirées ou les IST. **Une meilleure utilisation et une meilleure rémunération de ces agents de santé traditionnels et informels** pourraient aider à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.

Des initiatives de collaboration entre les agents de santé traditionnels et officiels sur la prévention, l'éducation et le conseil du VIH ont encouragé les prestataires traditionnels à offrir des informations précises sur la manière dont le VIH se transmet, à appuyer les efforts de prévention par la promotion et la distribution de préservatifs et à former les gens à reconnaître les symptômes d'affections liées au VIH.¹⁷ Les accoucheuses traditionnelles, en particulier, peuvent aider à mettre en oeuvre des interventions de VIH avec les femmes enceintes : au Kenya par exemple, les accoucheuses traditionnelles sont en train d'être formées afin de promouvoir les thérapies de prévention de la transmission parent-enfant du VIH, de reconnaître les complications de grossesses à haut risque chez les femmes qui ont le VIH et à accompagner les femmes qui présentent des complications au centre de santé pour un traitement.¹⁸ De même, les agents de pharmacie devraient être formés à reconnaître les symptômes des IST et à fournir un conseil et des références appropriées ainsi qu'un traitement.

La communauté et les groupes confessionnels assurent un volume important de services médicaux. Environ une organisation sur cinq qui assurent des programmes de SIDA est à base confessionnelle.¹⁹ Le travail au niveau communautaire est également essentiel pour combattre la discrimination, la pauvreté, le faible taux d'alphabétisation, l'inégalité entre les sexes et le manque d'informations sur la santé, tous ces éléments qui entravent la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Les gouvernements et les bailleurs devraient reconnaître et appuyer le rôle essentiel que jouent ces groupes dans les ménages et les communautés en rapport avec la santé, les systèmes de santé et au-delà de la santé.

Enfin, les personnes vivant avec le VIH assurent beaucoup de soins, d'éducation et de conseil à leurs pairs. Ce travail devrait être reconnu et rémunéré. Les groupes et les réseaux de personnes séropositives ont besoin d'un financement adéquat ainsi que de formation en santé sexuelle et reproductive tant en rapport avec leurs services qu'avec le plaidoyer. Il est également vital que ces groupes soient soutenus pour accéder à la thérapie antirétrovirale et au traitement des infections opportunistes, non seulement pour la santé de leurs membres, mais aussi pour permettre leur soutien continu aux systèmes de santé et à la communauté de façon plus générale.

Atteindre les populations marginalisées

Certains groupes de personnes vivant avec le VIH sont très difficiles à atteindre par les services offerts dans les centres de santé et hôpitaux traditionnels. Certaines personnes – notamment les professionnel(le)s du sexe, les migrants, les jeunes, les consommateurs de drogues, les prisonniers, les



réfugiés, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels, les transgendéristes et les intersexués – peuvent éviter les services par peur de la discrimination ou même de poursuites ou peuvent être physiquement incapables d'accéder aux services. Pour atteindre les groupes marginalisés et criminalisés par des soins de santé

sexuelle et reproductive et le dépistage, le traitement, les soins et soutien du VIH, les systèmes de santé auront probablement besoin de **mettre en place des centres spéciaux et d'organiser des activités de sensibilisation de proximité**. Impliquer ces communautés dans la conception et le suivi des programmes est la meilleure façon de faire en sorte que les services soient appropriés, accueillants et efficaces.

Suivi et évaluation

Les données font souvent défaut aux décideurs et aux officiels des programmes : les informations de base sur les comportements sexuels et les informations démographiques concernant de nombreux groupes marginalisés peuvent être indisponibles. Ceci rend difficile de localiser et de fournir des services à ces groupes ou de déterminer dans quelle mesure ils sont desservis ou restent mal desservis. De meilleures données sont nécessaires pour guider les politiques et les programmes, sur le nombre de personnes ayant besoin d'être servies et de personnes servies et sur la qualité et l'efficacité des services fournis. Les gouvernements nationaux doivent également établir des méthodes pour suivre la portée et l'efficacité des politiques et des programmes mis en place pour traiter de la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.

Déterminer ce qui constitue les « bonnes données » nécessite la contribution et l'engagement actifs des personnes les plus

affectées par l'épidémie. Les indicateurs existants utilisés par de nombreux programmes nationaux de VIH mettent l'accent sur la couverture plutôt que sur la mesure dans laquelle les programmes arrivent effectivement à prévenir et à traiter le VIH ou à améliorer la vie grâce aux services de soins et soutien. Peu de programmes du VIH considèrent la santé sexuelle et reproductive (au-delà de l'utilisation du préservatif et du nombre de sites assurant des services de prévention de la transmission parent-enfant) comme une mesure de succès ; à ce jour, il n'existe pas d'indicateurs communément acceptés pour suivre et évaluer les soins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH ni de systèmes pour soutenir et évaluer la continuité des soins (exemple les liens entre le dépistage et le conseil du VIH et d'autres services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive). A la lumière des difficultés et de l'importance des ressources requises que présentent la collecte et l'analyse des données, il n'est peut-être pas productif d'exiger de nouveaux indicateurs. Les indicateurs existants, tels que ceux mis en place pour le suivi de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins globaux du VIH et du SIDA d'ici 2010, les Objectifs du Millénaire pour le développement et l'évolution du Fonds mondial et les projets financés de manière bilatérale pourraient, plutôt, être ventilés par sexe, âge, statut sérologique et affiliation avec un groupe de populations clés spécifiques afin de mieux mesurer la santé sexuelle et reproductive de toutes les personnes vivant avec le VIH – et ainsi permettre de s'y intéresser. Ces efforts devraient être accompagnés par le suivi communautaire de la disponibilité, l'accessibilité (notamment la non-discrimination), l'acceptabilité et la qualité des programmes et services.²⁰

II. Services cliniques

Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de services cliniques spécifiques. Ces services doivent reconnaître la diversité des besoins chez les personnes vivant avec le VIH, notamment les jeunes, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes âgées, les populations carcérales, les réfugiés, les migrants et les déplacés internes et les professionnel(le)s du sexe. Les femmes, également, ont des besoins qui ne sont pas partagés par les hommes. En outre, le genre recoupe toutes ces populations et doit être pris en compte : les prisonnières, les migrantes et les professionnelles du sexe, par exemple, ont des

expériences et des priorités différentes de leurs homologues de sexe masculin. Améliorer la disponibilité et la qualité des services pour chacun de ces groupes permettrait d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH ainsi que de celles qui sont séronégatives.

Dépistage et conseil du VIH

Le fait de connaître son statut sérologique – accompagné d'un conseil et d'un soutien approprié – aide les gens à se protéger eux-mêmes et à protéger les autres des IST, à concevoir et à accoucher sans risque et à obtenir un traitement et des soins appropriés. Toutefois, actuellement, la grande majorité des personnes qui ont le VIH ignorent leur statut sérologique. Le **dépistage du VIH doit être étendu mais en faisant bien attention de veiller à ce qu'il soit volontaire, confidentiel et accompagné d'un conseil de qualité**. Avant de faire un test de VIH, les clients ont besoin d'informations sur le traitement, les soins et le soutien ainsi que d'aide pour se préparer à la possibilité d'un diagnostic positif.

Les systèmes de santé offrent le dépistage et le conseil volontaires du VIH sous différents modèles et dans une variété de cadres. Un modèle est le Conseil et dépistage volontaire (CDV), qui a un avantage significatif en ce qu'il est susceptible d'être volontaire parce que le client est celui qui initie le test. Les jeunes et les hommes préfèrent peut-être faire le test dans des centres de CDV autonomes tandis que certains adultes, en particulier les femmes, peuvent trouver plus pratique d'obtenir le CDV au sein des mêmes structures médicales qu'ils utilisent déjà pour d'autres services. Le CDV peut aussi être disponible à domicile : bien que ceci puisse étendre l'accès au dépistage, l'on se préoccupe aussi de ce que certains membres de famille puissants puissent forcer les autres à faire le test. **Le CDV à domicile, comme celui offert dans les établissements de santé, devrait toujours être accompagné de conseil afin que des personnes dont le test se révèle positif soient soutenues pour comprendre les résultats et accéder aux services de soins, de traitement et de soutien.**

Les prestataires de soins de santé peuvent également recommander le dépistage à leurs clients comme composantes types de soins médicaux.²¹ Le dépistage et le conseil initiés par les prestataires peuvent être soit « opt-in », c'est-à-dire que les clients doivent accepter de manière affirmative le test après avoir reçu les informations pertinentes, soit « opt-out », ce qui veut dire que le test sera fait à moins que le client ne

s'y oppose de façon précise. **Là où l'on utilise le modèle opt-out du dépistage initié par le prestataire, il est important de s'assurer que les clients comprennent qu'ils ont le droit de refuser un test sans que ce refus n'ait de répercussion.** Le fait d'étendre les sites de dépistage au-delà des structures de santé sexuelle et reproductive, là où les tests sont le plus souvent offerts, peut aider à toucher les hommes et les personnes qui ne sont plus en âge de procréer.

Les femmes enceintes bénéficient généralement de dépistage et conseil du VIH de manière systématique, dans le cadre des soins prénatals. Etant donné que le fait de recevoir un diagnostic séropositif pendant la grossesse ou l'accouchement peut être traumatisant, les prestataires de soins de santé devraient porter une attention particulière à la fourniture d'informations pré-test qui incluent le risque de transmission du VIH au nourrisson, les mesures qui peuvent être prises pour réduire la transmission de la mère à l'enfant, notamment la prophylaxie antirétrovirale et le conseil concernant l'alimentation du nourrisson, ainsi que les avantages d'un diagnostic précoce du VIH pour les nourrissons. Un conseil post-test approprié devrait être assuré en cas de diagnostic séropositif. Tous les tests et les séances de conseil devraient se faire dans les conditions du consentement éclairé et de la confidentialité. En faisant le test et le conseil du VIH, **les femmes enceintes ne doivent pas être vues exclusivement dans leur rôle de futures mères ; le dépistage ne devrait pas non plus servir uniquement aux fins de prévention de la transmission parent-enfant. Les services de prévention, de traitement et de soins devraient toujours être disponibles là où le dépistage est offert.**

Dans la détermination de la manière et de l'endroit où assurer les services de dépistage et de conseil du VIH, les systèmes de santé devraient tenir compte des besoins spéciaux des groupes marginalisés qui peuvent rencontrer des barrières dans l'accès aux services de santé. Par exemple, les personnes qui font le commerce du sexe peuvent éviter le dépistage du VIH parce qu'elles prévoient la discrimination par les agents de santé ou craignent que la révélation de leur activité ne les expose au risque d'une arrestation ou les empêche de continuer leur travail. Lorsque les professionnel(le)s du sexe finissent par visiter les sites de dépistage, ils peuvent avoir besoin de services spéciaux comme le conseil concernant la manière d'accéder à des services confidentiels du VIH et d'autres services de santé, la manière d'accéder aux programmes

de soutien social pour eux-mêmes et les personnes à leur charge, d'autres options de moyens de subsistance et la nécessité ou non et/ou la manière de changer d'activité ainsi que les lois et les services juridiques qui peuvent protéger les professionnel(le)s du sexe qui rencontrent des cas de violence ou de discrimination.

Les barrières financières et logistiques peuvent empêcher les femmes – en particulier les femmes des zones rurales qui ont parfois à parcourir de longues distances pour se rendre dans les services cliniques – d'accéder au dépistage et au conseil du VIH. Dans d'autres cas, certaines femmes peuvent éviter de faire le test parce qu'elles craignent d'être abandonnées ou violentées par leurs partenaires sexuels. Les garanties de confidentialité et de conseil de soutien sont particulièrement

importantes pour les femmes dans la mesure où les membres de leurs familles et leurs partenaires peuvent mettre la pression sur les femmes pour qu'elles fassent le test, puis les accuser « d'apporter le VIH à la maison » si le résultat du test est positif.

Les adolescents et les jeunes aussi ont un besoin spécial de tests confidentiels et de

conseil de soutien. Les systèmes de santé devraient s'atteler à lever les barrières qui gardent les jeunes à l'écart du dépistage comme l'exigence selon laquelle les parents doivent être informés du test et/ou des résultats du test.²² Les conseillers devraient trouver les moyens d'aider les jeunes à décider si oui ou non ils veulent divulguer leur statut et comment. Les parents et les autres membres de la famille peuvent apporter un soutien énorme aux jeunes séropositifs, mais la divulgation peut également provoquer la colère, la peur, la violence ou l'abandon du jeune qui a le VIH. Les jeunes peuvent également ne pas être en mesure de payer pour le test, aussi les systèmes de santé devraient œuvrer à offrir des dépistages gratuits ou à coût réduit. Ces questions sont d'un intérêt particulier pour les jeunes femmes car la majorité des jeunes vivant avec le VIH sont de sexe féminin : en Afrique subsaharienne, par exemple, les trois quarts (3/4) des jeunes vivant avec le VIH sont de jeunes femmes. Ce qui complique encore plus les choses, c'est

qu'un grand nombre des jeunes les plus vulnérables au VIH et au SIDA – c'est-à-dire les enfants de la rue, les consommateurs de drogues et les professionnel(le)s du sexe – sont aussi les plus marginalisés et les plus difficiles à atteindre ; les systèmes de santé doivent donc étendre leur couverture au-delà des centres de santé et des hôpitaux standards.

Les programmes de dépistage et de conseil du VIH peuvent aussi oublier les personnes âgées dans la mesure où peu de services de santé sexuelle et reproductive les ciblent de manière explicite. En outre, les agents de santé se trompent parfois sur les symptômes du VIH dans les affections liées à l'âge chez les personnes âgées. Les structures de santé sexuelle et reproductive et autres sites de dépistage devraient être sensibles au VIH chez les personnes âgées et cibler ce groupe dans leurs activités de sensibilisation.

La confidentialité du statut sérologique est particulièrement importante au sein des prisons et autres milieux fermés. Les prisonniers ne devraient pas être mis en quarantaine ni recevoir un traitement visiblement préférentiel qui les distingue comme personnes vivant avec le VIH. Les prisonniers vivant avec le VIH ont eux aussi besoin de services post-test pour vivre positivement avec le VIH, notamment le conseil de prévention et l'accès au traitement antirétroviral. Un conseil continu après que le prisonnier ait fini de purger sa peine, est important pour aider à soutenir la continuité des soins et l'accès aux services. Un tel conseil devrait également prendre en compte d'autres besoins psychosociaux.

Éducation sexuelle

De nombreuses personnes détectées séropositives rapportent qu'elles n'avaient pas pleinement compris que leur comportement sexuel les exposait au risque de l'infection. Une éducation de bonne qualité sur la santé sexuelle et le VIH aide les gens à éviter une grossesse non désirée, les IST et le VIH et atténue la stigmatisation et la discrimination envers les personnes ayant le VIH.²³

Les femmes et les hommes vivant avec le VIH ont besoin d'informations sur la manière de choisir des méthodes appropriées de contraception, les liens entre les IST et l'infection à VIH, le risque de ré-infection, l'effet du VIH sur les menstrues et la fertilité et les méthodes sans risque de conception, le fait d'avoir une grossesse saine et l'accouchement.



Les prestataires de services devraient être sensibles aux besoins émotionnels de leurs clients et offrir une éducation sexuelle à des moments où et de la manière dont elle peut le mieux être absorbée. En particulier, dans la fourniture des résultats de test de VIH, il est essentiel de prendre en compte les angoisses et les préoccupations des gens avant de donner des informations factuelles. Il est également important d'aller au-delà de la simple fourniture de faits, avec un soutien de conseil continu sur la pratique d'un comportement à moindre risque et le maintien d'un comportement sans risque dans la durée.

Dans de nombreux pays, les membres plus anciens de la communauté – parfois à travers des cérémonies et des rituels d'initiation – ont traditionnellement assuré l'éducation sexuelle des filles et des garçons. Avec les structures sociales changeantes, la migration urbaine et la séparation des familles, les jeunes ne bénéficient plus de ces canaux d'information. La dynamisation des canaux traditionnels de communication peut aider les jeunes à obtenir des informations sur la sexualité et les compétences relationnelles. Des études suggèrent que les initiateurs seraient disposés à actualiser leurs cérémonies à la lumière du VIH afin de fournir un soutien précis et pertinent aux jeunes.²⁴

Les programmes de sensibilisation et d'éducation par les pairs peuvent atteindre les groupes particulièrement vulnérables comme les adolescents, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues. Ces programmes fonctionnent au mieux lorsque les membres des groupes vulnérables sont eux-mêmes impliqués dans la conception et la fourniture de messages éducatifs appropriés.

Au sein des prisons, le VIH se transmet par le biais de comportements illégaux ou objet de stigmatisation comme les rapports sexuels entre hommes et la consommation de drogues injectables. De nombreux hommes et femmes entrent aussi en prison en étant déjà séropositifs. Les prisonniers ont besoin d'informations continues, non critiques et exactes sur la manière de se protéger et de prendre soin d'eux-mêmes, informations fournies par le biais de supports appropriés aux réalités de l'environnement de la prison.

Dans tous les milieux, l'éducation sexuelle et le conseil du VIH devraient être adaptés aux besoins du principal public ciblé. Les réfugiés, les travailleurs migrants et les personnes

déplacées à l'intérieur de leur pays ont besoin de supports spécialisés qui offrent des informations sur le VIH et la santé sexuelle et reproductive, dans leurs propres langues et dans des formats culturellement appropriés.

Soutien psychosocial

Les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'un soutien psychologique et social pour leur permettre de prendre des décisions éclairées sur leur santé et d'appréhender la stigmatisation et la discrimination. Du point de vue de la santé sexuelle et reproductive, un tel soutien pourrait porter sur la pression qu'exercent les familles et les communautés sur la question d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, la violence et la peur de la violence, les violations de droits comme l'héritage des veuves, la négociation de rapports sexuels à moindre risque ainsi que les inquiétudes entourant la divulgation du statut sérologique aux partenaires, aux membres de la famille et à la communauté dans son ensemble. Et pourtant, les programmes traitent rarement de ces besoins de manière efficace car le soutien psychosocial est souvent vu comme un service « léger » et de moindre priorité ou parce que les agents de santé n'ont pas la formation ni le soutien nécessaires pour donner des conseils sans parti pris et sans jugement critique.

Au sein des centres de santé, le soutien psychosocial ne devrait pas s'achever avec le conseil post-test pour les personnes diagnostiquées séropositives ; il devrait faire partie de la relation continue entre le patient et l'agent de santé. Les interventions psychosociales peuvent avoir lieu soit sur les sites des services de VIH, soit dans les centres liés à la santé sexuelle et reproductive. Les organisations communautaires et confessionnelles peuvent également répondre aux besoins psychosociaux, en particulier là où il n'y a pas suffisamment d'agents de santé qualifiés.

Les groupes de soutien par les pairs sont un important moyen permettant aux personnes d'accepter les implications de la séropositivité : les groupes de soutien offrent aux personnes vivant avec le VIH l'espace nécessaire pour articuler leurs expériences, comprendre qu'elles ne sont pas seules et partager les stratégies de survie. Toutefois, les groupes de soutien par les pairs n'arrivent pas toujours à combattre de manière adéquate d'autres formes de discrimination comme celles basées sur l'âge ou le genre. Les programmes de formation des pairs éducateurs et les groupes de soutien devraient faire un effort particulier pour recruter des

membres des groupes défavorisés et s'assurer que leurs voix sont entendues et respectées.

Les membres de certains groupes ont des besoins psychosociaux particuliers qui nécessitent la connaissance et la sensibilité des conseillers. Des jeunes ayant le VIH peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour parvenir à gérer leur passage à l'âge adulte et comprendre les aspects physiques et émotionnels des relations sexuelles. Ils peuvent aussi faire face à des décisions difficiles concernant la divulgation de leur statut. Les jeunes vivant avec le VIH qui ont fait l'expérience de la violence ou d'abus sexuel peuvent avoir besoin d'être référés vers des services spécialisés. Les femmes séropositives peuvent avoir besoin de l'assistance psychosociale d'un spécialiste, si elles doivent prendre des décisions concernant l'alimentation au sein, si elles apprennent leur statut pendant leur grossesse ou alors qu'elles doivent décider de l'opportunité ou non d'une grossesse, si elles sont les survivantes d'une violence sexiste ou si elles craignent d'être confrontées à la violence et au rejet en divulguant leur statut. Les conseillers devraient être conscients de ce que le divorce, la séparation et le deuil peuvent amener des personnes âgées vivant avec le VIH à s'engager dans de nouvelles relations sexuelles, souvent sans compétence en négociation ou sans éducation sur la sexualité à moindre risque.

Planification familiale et double protection

Les personnes vivant avec le VIH peuvent vouloir éviter une grossesse pour une variété de raisons : elles peuvent avoir peur que l'enfant ne soit infecté par le VIH, avoir déjà le nombre d'enfants désiré, vouloir éviter l'infection par une autre souche du VIH ou avoir besoin de concentrer leurs ressources sur le maintien de leur santé et leur bien-être ainsi que la santé et le bien-être de leurs familles. Toutefois, les personnes séropositives n'ont souvent pas d'accès adéquat aux services de planification familiale et peuvent recevoir des informations inexactes concernant leurs options de planification familiale. Elles peuvent aussi être forcées à faire face aux pressions de la communauté et de la famille concernant le fait d'avoir des enfants, à l'opposition du partenaire par rapport à l'utilisation du contraceptif et à la stigmatisation associée à l'utilisation du préservatif.

Dans de nombreux pays en développement, la méthode contraceptive la plus utilisée est la stérilisation. De nombreuses femmes vivant avec le VIH ont connu la pression des agents de santé pour les amener à se faire stériliser, ce

qui représente une violation des droits de reproduction de la femme : il est important de veiller à ce que cette option soit discutée de manière non directive et que le consentement éclairé soit obtenu. **La plupart des méthodes contraceptives sont considérées comme étant sans risque et efficaces pour les femmes vivant avec le VIH**, bien que quelques médicaments antirétroviraux puissent interagir avec certains contraceptifs oraux, affectant potentiellement l'efficacité de l'un des médicaments ou les deux. L'on peut régler ce problème en ajustant le dosage, en changeant de contraceptif ou en utilisant des préservatifs.²⁵

La double protection signifie la prévention simultanée de la grossesse non désirée et de l'infection à VIH et d'IST par l'utilisation constante et correcte de préservatifs masculins ou féminins, seuls ou en combinaison avec une autre méthode contraceptive. Les programmes de santé reproductive ont eu tendance à détourner leurs patients des préservatifs vers d'autres formes de contraception, avec la croyance que les autres méthodes sont plus efficaces à prévenir les grossesses non désirées et parce que les préservatifs étaient objet de stigmatisation par leur association avec la prévention de la maladie. Nombre de personnes trouvent difficile d'utiliser correctement et constamment des préservatifs chaque fois qu'elles ont des rapports sexuels : les femmes vivant avec le VIH peuvent avoir des difficultés particulières dans l'adoption de la double protection car elles n'ont pas le pouvoir d'insister sur l'utilisation du préservatif et de nombreuses personnes sous-estiment leur vulnérabilité au VIH et aux IST parce qu'elles croient, à tort, que la relation sexuelle dans laquelle elles sont engagées est une relation monogame.

Une meilleure intégration des services de VIH et de santé sexuelle et reproductive peut aider les agents de santé à conseiller les clients sur la façon de gérer, réduire ou éliminer tous les risques sexuels auxquels ils peuvent faire face, y compris le risque de contracter des IST par voie sexuelle et le risque d'une grossesse non désirée. Les services de planification familiale, y compris les informations sur la double protection, sont le plus manifestement assurés dans le cadre de centres de planification familiale mais ils peuvent également être incorporés dans une variété d'autres sites. L'intégration des services et des produits de planification familiale dans les services de CDV par exemple, sert un double objectif : elle assure que tous les patients, qu'ils soient séropositifs ou non, ont accès aux informations et

aux produits contraceptifs et cela peut attirer des clients vers le centre de CDV, qui n'y seraient pas venus, autrement. Toutefois, actuellement, les directives nationales sur le CDV abordent généralement la planification familiale uniquement en termes de conseil et de référence plutôt que comme services pleinement intégrés.²⁶

Les services d'IST tendent à cibler des groupes particulièrement vulnérables comme les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Parce que l'objectif de ces services était de réduire la prévalence des IST et du VIH, ils ont accordé très peu d'attention aux besoins de planification familiale de leurs patients en général ou des clients vivant avec le VIH en particulier. Néanmoins, étant donné qu'ils fournissent déjà des informations et des produits liés à l'utilisation du préservatif, les centres d'IST représentent une occasion potentielle d'accroître la sensibilisation et de fournir des services contraceptifs.

Les services de traitements, de soins et soutien du VIH sont un autre lieu logique où offrir des conseils et des produits de planification familiale aux personnes qui ont le VIH. Ces services ont identifié le besoin de former du personnel en conseil pour la planification familiale et certains réfèrent les femmes aux services de planification familiale. Mais, en général, ces services se débattent encore pour satisfaire le besoin de traitement antirétroviral et ils n'ont pas encore été en mesure de prioriser la planification familiale. Une exception à cela, c'est le programme de prévention de la transmission parent-enfant du VIH dans lequel la planification familiale est souvent un élément clé. Ces interventions peuvent aussi offrir des services pour aider à protéger des parents potentiels et des enfants à naître contre l'infection à VIH, des services d'accouchement sans risque et des conseils post-partum et le soutien pour une alimentation sans risque du nourrisson.

Certains groupes sont particulièrement négligés par les systèmes actuellement en place pour assurer des services de planification familiale. Par exemple, les programmes axés sur la prévention, le traitement, les soins et soutien du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont ignoré la possibilité qu'ils aient des partenaires de sexe féminin avec qui la contraception peut être importante. Les lesbiennes aussi ont des besoins en planification familiale

et en éducation sexuelle. Même si le sexe entre femmes n'est pas susceptible de résulter en infection à VIH, certaines lesbiennes deviennent séropositives par des rapports sexuels avec des hommes, le commerce du sexe, la consommation de drogues injectables ou d'autres causes et leur santé sexuelle et reproductive devrait être prise en compte.

Les programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe ont eu tendance à se concentrer sur la prévention du VIH avec leurs clients plutôt que de traiter des relations des femmes avec leurs partenaires, cadre dans lequel la contraception peut être une préoccupation clé. Une étude récente chez les professionnel(le)s du sexe au Cambodge a révélé que, dans leur grande majorité, ils/elles s'appuyaient sur les préservatifs seuls pour une double protection, moins de 5 % d'entre eux/elles utilisant une autre méthode contraceptive moderne.²⁷ Les programmes de sensibilisation de proximité peuvent permettre de veiller à ce que les informations et les produits appropriés atteignent chaque personne à risque.

Avortement

Même quand la contraception est disponible, l'échec de la contraception, les rapports sexuels contraints et forcés, les capacités à insister sur l'utilisation du contraceptif ou les changements intervenant dans les situations personnelles (comme le deuil ou le divorce) peuvent résulter en une grossesse non désirée. **Les femmes qui ont le VIH devraient avoir accès aux services de prévention d'avortement à risque, aux services d'avortement sans risque dans les cas où cela n'est pas interdit par la loi et à des soins post-avortement.** Néanmoins, dans de nombreuses régions du monde, toutes les femmes rencontrent d'importantes barrières dans la recherche des soins liés à l'avortement. Les femmes vivant avec le VIH peuvent rencontrer d'autres difficultés dans la recherche de services liés à l'avortement en raison de la stigmatisation et de la discrimination additionnelles. En outre, les agents de santé peuvent refuser de fournir aux femmes vivant avec le VIH des services d'avortement à cause de la crainte d'une infection potentielle.

Pour s'assurer que les femmes vivant avec le VIH ont accès à des soins relatifs à l'avortement sans risque, chaque hôpital et chaque centre de santé devraient disposer de personnels qualifiés pour assurer des services de santé sexuelle et reproductive. Les sites qui ne sont pas équipés pour effectuer des interruptions volontaires de grossesse

ou des soins post-avortement doivent promptement référer les femmes au service le plus proche. Le personnel de santé devrait aussi être compétent pour assurer un conseil exact et non directif afin de permettre aux femmes d'envisager leurs options de fertilité. Les directives de l'OMS recommandent la technique de l'aspiration par le vide pour l'interruption d'une grossesse chez les femmes vivant avec le VIH et l'utilisation systématique d'antibiotiques pour réduire le risque d'infection post-avortement.²⁸

La prévention d'avortements forcés est un aspect essentiel de la garantie que les femmes vivant avec le VIH ont accès à des soins relatifs à l'avortement qui sont appropriés et sans risque. Les femmes vivant avec le VIH ont signalé une telle contrainte, dans de nombreuses régions du monde : par exemple, dans une étude faite en Asie, plus des deux tiers (2/3) des femmes découvertes séropositives pendant leur grossesse ont rapporté qu'on leur avait conseillé de ne pas avoir d'enfants et près d'un quart (1/4) de ces femmes ont indiqué avoir été forcées à la stérilisation ou à un avortement.²⁹ Les agents de santé devraient être formés pour fournir aux femmes vivant avec le VIH un conseil et des services globaux de sorte que les femmes puissent prendre des décisions éclairées sur la base de leur propre santé et de leur situation personnelle.

Conception, grossesse et accouchement

Donner la vie et la maternité joue un rôle significatif dans le statut social et l'auto-identité des femmes dans de nombreuses cultures. A mesure que l'accès à la thérapie antirétrovirale s'accroît et que le VIH peut être vécu comme une maladie chronique plutôt qu'une maladie mortelle, les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de désirer avoir des enfants. Toutefois, les difficultés physiques et psychosociales, aggravées par les attitudes négatives des prestataires de services qui ne croient pas que les personnes séropositives peuvent ou devraient avoir des enfants, peuvent rendre la conception et la procréation difficiles.

Les personnes vivant avec le VIH peuvent avoir plus de difficultés à tomber enceintes que les femmes des couples séronégatifs. Les études ont indiqué que la fécondité des femmes séropositives est plus faible que celle des femmes séronégatives, sauf dans le groupe d'âge le plus jeune.³⁰ Les hommes vivant avec le VIH peuvent aussi connaître une fertilité réduite. Les technologies de la santé existent

pour gérer ces problèmes, mais les services sont rares, en particulier dans les milieux aux ressources limitées.

Les méthodes de conception sans risque diffèrent selon le statut sérologique des partenaires et les personnes vivant avec le VIH qui envisagent une grossesse devraient être conseillées par rapport à ces options :

- Lorsque seule la femme est séropositive, l'insémination avec le sperme du partenaire élimine le risque d'infection pour le partenaire de sexe masculin.
- Lorsque le partenaire masculin est séropositif, il n'existe pas de méthode sans risque susceptible de garantir une conception sans risque. Le fait de faire baisser la charge virale jusqu'à des niveaux indétectables grâce à la thérapie antirétrovirale, le lavage du sperme et la fécondation *in vitro* peut réduire le risque de transmission. L'insémination par le sperme d'un donneur est une autre option.
- Si les deux partenaires sont séropositifs, pour limiter le risque de réinfection, ils devraient essayer de concevoir au moment du cycle menstruel où la femme est la plus féconde. Le lavage du sperme peut également réduire la possibilité de transmettre des mutations du virus.

Lorsqu'un couple a réussi à concevoir, la grossesse ne semble pas affecter la progression du VIH. Toutefois, le VIH peut rendre les femmes enceintes plus vulnérables à certaines maladies et présente quelques risques pour le nourrisson.³¹ Les agents de santé devraient fournir aux femmes enceintes vivant avec le VIH des moustiquaires imprégnées à l'insecticide, le traitement de la tuberculose et des suppléments nutritionnels, comme de besoin. Les femmes séropositives qui sont enceintes devraient bénéficier de tous les services standards de soins prénatals, y compris le dépistage et le traitement d'IST ainsi que le conseil et le suivi nutritionnel. Les soins prénatals devraient également incorporer une thérapie antirétrovirale appropriée qui maintient les mères en bonne santé et aide à protéger le fœtus de l'infection.

L'infection par les IST pendant la grossesse peut causer des complications graves pour les mères et les bébés et une femme enceinte séronégative ayant un partenaire vivant avec le VIH a elle aussi besoin de protection contre le VIH pour elle-même et son bébé à naître. Malgré cela, les agents de santé préconisent rarement l'utilisation de préservatifs pendant la grossesse et les femmes peuvent trouver particulièrement difficile de demander à leurs partenaires de pratiquer des

rapports sexuels à moindre risque pendant cette période. Les professionnels de la santé devraient s'atteler à reconsidérer les préservatifs pendant la grossesse comme protection pour le bébé à naître et pour la mère et comme un signe d'affection et de protection mutuelles au sein de la relation plutôt que de méfiance. Il est également important de fournir des provisions suffisantes de préservatifs pour rendre le sexe sans risque.

Les consommatrices de drogues séropositives qui tombent enceintes ont besoin de services spécifiques supplémentaires. La thérapie de substitution aux opioïdes pendant la grossesse et après l'accouchement peut aider à protéger les femmes et leurs bébés et peut encourager des consommatrices de drogues enceintes à utiliser d'autres services de santé sexuelle et reproductive, notamment les soins prénatals.

La plupart des femmes des pays en développement accouchent à domicile sans prise en charge qualifiée, ce qui les rend vulnérables en cas d'urgence obstétricale. **Les femmes enceintes séropositives ont besoin de prestataires de santé qualifiés capables d'effectuer des césariennes si nécessaire, d'administrer une thérapie antirétrovirale pendant le travail et d'appliquer les protocoles spécifiques aux femmes séropositives.** Après l'accouchement, les mères devraient être suivies à cause de l'infection post-partum, ce qui nécessite généralement un traitement antibiotique plus agressif chez les femmes qui ont le VIH. Le conseil relatif au sexe à moindre risque – notamment la double protection – est important étant donné que les relations sexuelles trop tôt après l'accouchement peuvent provoquer une infection.

Les mères séropositives ont besoin de conseil et d'un soutien concret pour l'alimentation du nourrisson, soit au sein soit par une alimentation de remplacement. Pour prévenir la transmission parent-enfant du VIH, les agents de santé devraient promouvoir, soit l'alimentation au sein exclusive, soit l'alimentation de remplacement exclusive (accompagnée de provisions adéquates de lait artificiel). L'association de l'alimentation au sein avec l'alimentation au lait artificiel accroît considérablement le risque qu'un nourrisson soit infecté par le VIH.³²

Les associations de personnes vivant avec le VIH peuvent jouer un rôle majeur dans le conseil post-partum, en particulier concernant les stratégies d'alimentation des nourrissons. L'on devrait particulièrement faire attention à

éviter la stigmatisation et la discrimination pour les femmes qui choisissent de ne pas donner le sein (ce faisant, elles se « singularisent » elles-mêmes comme étant séropositives dans certaines communautés). Les mères séropositives doivent savoir comment préparer sans risque l'alimentation de remplacement, ce qu'elles devraient faire si les bébés ont des plaies dans la bouche ou si elles-mêmes ont des plaies ou une inflammation autour de leur mamelon et comment mener à bien un sevrage abrupt. Elles peuvent aussi avoir besoin d'un soutien financier pour acheter l'alimentation de remplacement. Les femmes qui sont mobiles (exemple, les réfugiées ou les travailleuses migrantes) peuvent avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour poursuivre la méthode d'alimentation qu'elles ont choisie au cours de leurs déplacements.



Infections sexuellement transmissibles

Le diagnostic et le traitement appropriés et en temps opportun des IST et des infections de l'appareil reproductif sont vitaux/essentiels pour garantir la santé des personnes séropositives. Le VIH peut faciliter la transmission des IST et tend à les rendre beaucoup plus agressives et plus difficiles à traiter. Étant donné que les gens apprennent parfois qu'ils sont séropositifs dans un centre de CDV ou au cours du traitement d'une infection opportuniste, plutôt que dans un centre de santé sexuelle et reproductive, ils ne font pas toujours l'objet d'un dépistage complet des IST en même temps.

La façon la plus aisée pour les personnes séropositives d'obtenir un dépistage et des services d'IST est d'incorporer ces services sur des sites où ils se rendent régulièrement pour des services cliniques, par exemple des sites qui fournissent une thérapie antirétrovirale. Les prestataires de services devraient envisager comment, au mieux, **inclure un bilan de santé sexuelle régulier comme volet à part entière des soins habituels du VIH.** Ou alors, les clients peuvent être référés dans un centre d'IST distinct, autonome pour ces services. Dans ce cas, les deux services auront besoin d'établir des politiques de communication fiables pour s'assurer que les informations appropriées sont partagées

de manière confidentielle et opportune pour promouvoir la continuité des soins.

A leur tour, les centres de traitement d'IST ont d'importantes possibilités de diagnostiquer les infections à VIH – en particulier dans sa phase précoce, lorsque le VIH est le plus infectieux – chez les patients qui recherchent un traitement pour une IST. Le dépistage et le conseil du VIH devraient être automatiquement offerts dans le cadre des services des IST. Les personnes qui se révèlent séropositives devraient bénéficier d'un conseil et d'un soutien intensifs, tandis que celles dont le test est négatif devraient être fortement invitées à utiliser les préservatifs de manière constante ou de s'abstenir d'activités sexuelles, jusqu'à ce qu'elles fassent un autre test de VIH dans des délais de six à douze semaines, dans la mesure où les personnes ayant séroconverti peuvent encore se trouver dans la fenêtre sérologique, au moment où les antigènes sont indétectables.

Une attention particulière devrait être portée aux besoins des prisonniers, qui peuvent avoir contracté les IST en dehors de la prison ou par le biais de rapports sexuels non protégés au sein de la prison. La présence d'IST non traitées accroît aussi le risque de transmission du VIH, et vice-versa. La prévention et le dépistage et le traitement réguliers des IST améliorent la santé des prisonniers de façon générale et accroissent l'efficacité des efforts de prévention et de traitement du VIH.

Diagnostic et traitement du cancer

Les personnes vivant avec le VIH sont exposées au risque accru d'un certain nombre de cancers, en particulier dans les environnements aux ressources limitées où un grand nombre de ces personnes ne bénéficient pas de la thérapie antirétrovirale. Outre les cancers liés à la santé sexuelle et reproductive dont nous parlons ici, les prestataires devraient être vigilants en termes de diagnostic et de traitement à temps d'autres cancers classant SIDA comme le sarcome de Kaposi et le lymphome non-hodgkinien, ainsi que le cancer du sein qui n'est pas lié au SIDA mais qui présente un risque pour de nombreuses femmes.

Le cancer du col de l'utérus est une complication grave d'une infection persistante du papillomavirus humain (HPV) – une IST qui touche jusqu'à 80% des hommes et des femmes sexuellement actifs. Comparativement aux autres femmes, les femmes vivant avec le VIH ont une prévalence accrue d'infection persistante de HPV, un risque accru de pré-cancer et une progression plus rapide vers la maladie invasive.³³

L'OMS recommande un **dépistage du cancer du col de l'utérus pour toutes les femmes au moment du diagnostic du VIH** et les femmes vivant avec le VIH devraient avoir **des examens réguliers du pelvis et un dépistage du HPV**. Les centres de santé devraient pouvoir offrir le traitement ou une référence pour le traitement des lésions du col de l'utérus.

Le HPV est également la cause sous-jacente du cancer de l'anus. L'infection anale du HPV est répandue chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en particulier les séropositifs, ainsi que, jusqu'à un certain point, chez les femmes séropositives. Certains centres de traitement du VIH examinent la valeur d'un dépistage régulier des individus présentant un HPV anal pour la recherche de cellules pré-cancéreuses, en utilisant un test tout à fait similaire au test Pap utilisé pour détecter les cellules pré-cancéreuses du col de l'utérus chez les femmes.

Les prestataires de soins de santé primaire peuvent, avec un minimum d'équipements et de formation, mettre en œuvre de nombreux services du cancer, bien que le soutien d'un laboratoire soit requis. Dans de nombreux pays, des éléments de soins du cancer existent déjà au sein de différentes structures de santé sexuelle et reproductive ; ce dont ils ont besoin, c'est un programme cohérent pour les lier aux services de soins de santé des personnes vivant avec le VIH.

Violence

Les personnes vivant avec le VIH sont particulièrement exposées au risque de la violence et **le dépistage de la violence et les références pour des soins de santé et une assistance psychologique et juridique doivent être intégrés dans les services de santé sexuelle et reproductive et les programmes de VIH**. Les survivants d'agressions sexuelles doivent avoir accès aux services notamment pour la prise en charge psychologique, le diagnostic et le traitement des IST, la contraception d'urgence et les services d'avortement quand la loi le permet.

Tout d'abord, la violence sexiste rend les femmes et les filles vulnérables à l'infection à VIH et les menaces de violence perçues et réelles peuvent empêcher les femmes d'utiliser les contraceptifs et les préservatifs ou les empêcher d'accéder aux services de soins de santé et de conseil. Les femmes vivant avec le VIH sont exposées à un risque encore plus grand de violence, ce qui peut également entraîner des grossesses non désirées et empêcher les femmes d'utiliser les services de CDV

et de soins de santé. En outre, la stigmatisation sociale et les sentiments d'auto-accusation peuvent dissuader les femmes ayant fait l'expérience de la violence d'utiliser les services de santé sexuelle et reproductive.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont souvent victimes de violence, en particulier dans les milieux où l'homosexualité est illégale ou fortement stigmatisée et, comme pour les femmes, les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un risque plus grand. La violence sexuelle accroît le risque de l'infection et de la ré-infection du VIH, toutes deux par blessures physiques comme la rupture rectale et l'hémorragie interne. La violence et les abus peuvent rendre les hommes ayant des rapports avec des hommes plus portés à s'engager dans des comportements à haut risque comme les rapports annaux sans protection, l'abus de substances, et l'échange de sexe contre de l'argent ou de la drogue.

Particulièrement là où l'homosexualité est criminalisée, les gens ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent ne pas disposer de services de santé et de services juridiques pour les aider à se rétablir et éviter les abus. Là où la criminalisation empêche les services de santé générale de prendre en charge la violence contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des services autonomes sont nécessaires. Ceci devrait inclure le conseil ainsi que le diagnostic et le traitement des IST.

Dysfonctionnements sexuels

Les hommes séropositifs signalent couramment des problèmes de perte de libido et des problèmes d'érection et d'éjaculation dont certains sont liés au VIH lui-même et d'autres, à la thérapie antirétrovirale ou d'autres médicaments. Les hommes ayant des rapports avec des hommes peuvent connaître une perte de désir sexuel due à une homophobie externe ou intériorisée. Les femmes vivant avec le VIH connaissent aussi des dysfonctionnements sexuels. Les raisons sous-jacentes peuvent être, notamment, une dépression post-diagnostic, l'anxiété, la perte de l'estime de soi, des changements corporels ou une image du corps altérée, la peur de la violence ou le traumatisme associé à une violence vécue par le passé, les symptômes des IST, le changement de rôles dans les relations de couple, le décès d'un époux/une épouse ou d'un partenaire, l'isolement social, la peur de la ré-infection et la peur d'infecter les autres.

La perte de l'appétit ou de désir sexuel peut avoir un impact notable sur la qualité de la vie et les sentiments de confiance en soi et peut contribuer à des problèmes émotionnels comme l'anxiété et la dépression. Pourtant, les programmes de santé des personnes vivant avec le VIH mettent souvent l'accent sur la prévention d'une transmission continue du virus, en négligeant les questions associées à une vie sexuelle sans risque et satisfaisante.



Les personnes vivant avec le VIH devraient bénéficier des mêmes thérapies pour les dysfonctionnements sexuels que les personnes séronégatives, comme les médicaments pour traiter les dysfonctionnements de l'érection et les lubrifiants, en particulier pour les femmes après la ménopause. Elles peuvent aussi bénéficier d'approches spécifiques comme le changement de protocole médicamenteux pour traiter la baisse du désir en raison d'effets secondaires comme les douleurs d'estomac, les maux de tête et la lipodystrophie. La formation des agents de santé qui doivent assurer des services de VIH et de santé sexuelle et reproductive, devrait inclure les informations sur ces thérapies ainsi que le soutien pour parler des dysfonctionnements sexuels et de la sexualité. De nombreuses personnes séropositives ont trouvé utiles les groupes de soutien par les pairs pour lutter contre l'isolement, la peur et le manque d'informations sur le VIH, autant d'éléments qui peuvent faire baisser le désir sexuel.

Prévention positive

Les personnes séropositives ont besoin de programmes de prévention pour les aider à rester en bonne santé, éviter les IST et la ré-infection et protéger leurs partenaires de l'infection à VIH. Pour être efficaces, les stratégies de prévention positive doivent être sensibles à/compatibles avec les réalités concrètes que connaissent les personnes vivant avec le VIH en essayant de se protéger elles-mêmes et de protéger les autres. Ceci implique que les personnes vivant avec le VIH assurent le leadership de l'élaboration de ces stratégies.

Les programmes de prévention positive doivent respecter et soutenir les droits et les responsabilités des personnes vivant avec le VIH, notamment la confidentialité, le consentement éclairé et la divulgation volontaire. Ils doivent aussi combattre la stigmatisation et la discrimination tant dans les milieux cliniques que dans la communauté. Les efforts de prévention positive qui n'affrontent pas la stigmatisation et la discrimination et ne promeuvent pas une responsabilité partagée, peuvent dissuader les gens de chercher à connaître leur statut sérologique et changer leur comportement en conséquence. Par ailleurs, étant donné que seule une petite proportion des personnes vivant avec le VIH à travers le monde connaissent leur statut, la prévention positive doit faire porter à tous – et pas seulement ceux qui savent qu'ils sont séropositifs – la responsabilité de réduire la transmission du VIH.



Les programmes de prévention positive doivent aussi prendre en compte les contraintes structurelles, sociales, juridiques et politiques qui sapent les efforts des personnes séropositives à protéger et maintenir leur santé et celle des autres. Les personnes qui révèlent leur statut peuvent risquer le rejet, la discrimination et la violence. Des lois et politiques

restrictives peuvent limiter leur capacité à accéder à des services médicaux. Les normes culturelles les empêchent de négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires sexuels même lorsque les préservatifs sont disponibles et gratuits. Les efforts de prévention positive peuvent donner aux groupes de personnes vivant avec le VIH la capacité de sensibiliser la communauté et d'autres cadres de prise de décisions pour aider à changer ces normes peu utiles et autonomiser les personnes vivant avec le VIH. Les campagnes du type « connaissez vos droits » et autres stratégies de formation et d'engagement sont des volets importants du soutien aux personnes vivant avec le VIH pour qu'elles exigent la prévention du VIH – pas seulement les produits et les services, mais aussi les conditions de non-discrimination et d'absence de violence qui rendent la prévention du VIH possible.

III. Protéger les droits humains, faire progresser la santé publique

Les personnes vivant avec le VIH souhaitent avoir des rapports sexuels, avoir des enfants, prévenir les grossesses non désirées, protéger leur santé sexuelle et protéger la santé de leurs partenaires. Cependant, la stigmatisation et la discrimination auxquelles les personnes vivant avec le VIH sont confrontées dans tous les aspects de leur vie sont aggravées par le fait que les politiques, les programmes et les services de santé sexuelle et reproductive n'arrivent pas, bien souvent, à prendre en compte leurs besoins singuliers. Pour commencer, les systèmes de santé dans les pays à faibles revenus manquent simplement des capacités humaines et financières nécessaires pour répondre aux besoins de santé des populations. Par ailleurs, des lacunes et faiblesses spécifiques en matière de politiques, de formations et de programmes sapent la capacité des systèmes de santé à soutenir la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.

Comblar ces lacunes, comme le montre ce chapitre, permettra de réaliser les droits humains et la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH tout en réduisant également la maladie, en ralentissant la progression de la maladie et en prévenant la transmission continue du virus. Les investissements dans le secteur de la santé et les systèmes communautaires qui permettront aux personnes vivant avec le VIH de mieux protéger leur propre santé sexuelle et reproductive ainsi que la santé de leurs partenaires et de leurs enfants bénéficieront aussi aux hommes, aux femmes et aux enfants séronégatifs, en soutenant ainsi, en fin de compte, la santé de tous.

3

CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES ET POLITIQUES

Dans la plupart des cas, les personnes vivant avec le VIH ont les mêmes besoins et les mêmes droits que tous en matière de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, tout le monde a le droit de décider d'avoir des enfants ou non et quand les avoir, personne ne devrait être soumis à une intervention médicale sans son consentement éclairé et les résultats des tests médicaux et l'état de santé de chacun devraient être confidentiels. Néanmoins, dans de nombreux endroits, les lois et les politiques en cours ne soutiennent pas la capacité des personnes vivant avec le VIH à satisfaire ces besoins et à réaliser leurs aspirations en santé sexuelle et reproductive. Pire, certaines lois et certaines politiques entravent fortement les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes séropositives.

Les gouvernements nationaux peuvent améliorer la situation, premièrement en **promulguant, en mettant en œuvre et en appliquant des lois qui interdisent la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH tant dans les sphères publiques que dans les sphères privées**. Les lois contre la discrimination permettent d'éliminer les barrières qui, autrement, rendraient difficile aux personnes vivant avec le VIH d'obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive de même que l'emploi, l'éducation, l'assurance maladie, le logement et autres avantages sociaux. Les gouvernements peuvent également développer et mettre en œuvre des cadres et des directives au plan national qui protègent de manière explicite la santé sexuelle et reproductive pour les personnes vivant avec le VIH.

Au-delà de ces aspects, il existe de nombreuses lois et politiques spécifiques telles que les protocoles de dépistage du VIH, l'exigence de résidence pour l'obtention de services de santé ou la criminalisation de certaines pratiques sexuelles entre adultes consentants qui s'appliquent à la population générale mais affectent plus particulièrement la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Certaines de ces politiques auront des implications pour la plupart des personnes, sinon toutes les personnes vivant avec le VIH tandis que d'autres affecteront les personnes appartenant à des groupes de populations clés qui rencontrent des disparités en santé au sein des épidémies de VIH. En réformant ces lois et ces politiques, les gouvernements peuvent faire de grands progrès en permettant aux personnes vivant avec le VIH d'obtenir les informations et les services dont elles ont besoin pour protéger leur propre santé et la santé des autres.

L'élaboration ou la réforme de lois et de politiques sont les plus efficaces lorsque les personnes directement affectées par elles sont impliquées – non seulement dans leur conception, mais également dans leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation. Les personnes vivant avec le VIH (et particulièrement les membres des populations clés) sont en meilleure position pour concevoir des interventions efficaces, mettre en exergue des domaines de préoccupation et s'assurer que la législation prend en compte le contexte social, politique et juridique général dans lequel vivent les personnes séropositives.

L'amélioration des lois et des politiques est une première étape essentielle, mais les lois sur le papier ne servent à rien si elles ne sont pas mises en œuvre. Au niveau mondial, les personnes vivant avec le VIH et les groupes de plaidoyer de soutien ont établi des directives et des outils pour aider les décideurs à créer des politiques qui soutiennent mieux la santé sexuelle et reproductive et pour aider les avocats à suivre les progrès. Les mécanismes nationaux tels que les institutions nationales des droits de l'homme (exemple, un médiateur ou une commission des droits de l'homme) et les systèmes de tribunaux nationaux



peuvent aider à mettre en application les obligations légales pour protéger la santé sexuelle et reproductive et gérer les allégations de violation des droits de l'homme. Là où les mécanismes nationaux n'existent pas ou ne sont pas efficaces, les commissions régionales des droits de l'homme telles que celles mises en place en Afrique et dans les Amériques, peuvent être utiles. L'on peut également mettre la pression sur les gouvernements afin qu'ils assument leurs obligations dans le cadre des traités internationaux sur les droits humains qu'ils ont ratifiés, par exemple, par le biais de « rapports alternatifs » de la société civile aux comités internationaux qui surveillent la conformité. Voir la section sur le suivi et évaluation ci-dessous pour une discussion plus poussée.

Enfin, il est essentiel que toutes les personnes, y compris les personnes vivant avec le VIH, aient accès à la justice. Ceci signifie que les personnes vivant avec le VIH devraient bénéficier de programmes qui les instruisent sur leurs droits et les lois pertinentes dans leurs pays. Les programmes devraient également veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH puissent accéder à une assistance juridique sous différentes formes, qu'il s'agisse d'assistance juridique pour utiliser les tribunaux ou établir des contrats ou de l'accès au règlement de litiges dans le cadre de systèmes juridiques coutumiers. Les juges, les avocats et les garants des lois coutumières et/ou religieuses devraient aussi être instruits par rapport aux besoins et aux droits légaux et sociaux des

LES RECOMMANDATIONS POUR LES SYSTÈMES JURIDIQUES

- Les lois anti-discriminatoires devraient inclure l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'état de santé et le statut sérologique et couvrir de manière explicite les populations clés à très haut risque.
- La non-divulgaration du statut sérologique, la transmission du VIH, les rapports sexuels anaux, le commerce du sexe, les relations entre personnes de même sexe et les relations transgendéristes devraient être décriminalisés.
- Le dépistage du VIH ne devrait jamais être obligatoire et devrait toujours être basé sur les « trois C » : être Confidentiel, basé sur le Consentement éclairé et accompagné de Conseil. Ceci s'applique également aux groupes marginalisés, notamment les migrants, les réfugiés et les prisonniers.
- Les femmes vivant avec le VIH devraient bénéficier de la gamme complète des options contraceptives et ne devraient pas être contraintes à se faire stériliser ou avorter.
- Le statut sérologique ne devrait pas affecter le droit d'une personne à se marier ou à fonder une famille, ne devrait pas être motif de divorce et ne devrait pas être un argument pertinent dans les décisions relatives à la garde des enfants.
- Les droits de la femme à la propriété devraient être garantis et protégés, en particulier après le décès de l'époux ou du partenaire, après un divorce ou un abandon.
- Les hommes vivant avec le VIH devraient être autorisés à pratiquer la circoncision si, une fois pleinement informés, ils désirent s'engager dans la procédure.
- Les gouvernements, les agences internationales et les ONG devraient établir et suivre des objectifs cibles concrets pour l'implication des personnes vivant avec le VIH dans toutes les activités pertinentes.
- Les jeunes devraient avoir le droit d'accéder à des services médicaux confidentiels et ne devraient pas avoir besoin de l'autorisation parentale pour des soins de santé sexuelle et reproductive, même s'ils n'ont pas atteint l'âge de la majorité.
- Les gouvernements, les agences internationales et les ONG, en collaboration avec les organisations des jeunes vivant avec le VIH devraient élaborer des directives spécifiques pour le conseil, le soutien et les soins des personnes nées avec le VIH à mesure qu'elles avancent vers l'adolescence et l'âge adulte.
- Les consommateurs de drogues devraient bénéficier d'un traitement, notamment de programmes de substitution aux opioïdes et de réduction du risque plutôt que l'incarcération.
- Les personnes transgendéristes devraient être légalement reconnues et des procédures claires devraient être mises en place pour le changement de nom et de sexe sur les documents officiels.
- Les soins de santé dans les prisons devraient être assurés sous la responsabilité du système de soins de santé et non sous la responsabilité du système carcéral, en vue de promouvoir la continuité des soins lorsque les prisonniers reviennent dans la communauté générale.

personnes vivant avec le VIH, notamment leurs droits en santé sexuelle et reproductive.

Ce chapitre traite des politiques et lois courantes qui affectent les personnes vivant avec le VIH, en particulier celles qui se rapportent à la criminalisation de la transmission du VIH ou de comportements sexuels particuliers comme le sexe anal, le dépistage et le conseil du VIH, les exigences de divulgation obligatoire, la planification familiale, le mariage et la procréation, les droits d'héritage et la circoncision masculine. Il présente la signification de chaque question en matière de santé sexuelle et reproductive, met en lumière les domaines potentiels de préoccupations liés aux différents types de lois et de politiques et se réfère aux directives internationales appropriées en termes de droits humains. Le chapitre souligne particulièrement l'importance qu'il y a à inclure les personnes vivant avec le VIH dans la formulation et le suivi de ces lois et politiques. Il discute ensuite des questions juridiques et politiques liées à la santé sexuelle et reproductive des populations clés qui ont été affectées de manière disproportionnée par le VIH, notamment les jeunes, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgendéristes, les prisonniers, les migrants et les réfugiés.

Le droit de l'homme à jouir du meilleur état de santé possible a été reconnu au niveau mondial ; mais pour de nombreuses personnes à travers le monde, en particulier les personnes vivant avec le VIH, ce droit demande encore à être soutenu par des politiques et des programmes concrets. Ce chapitre montre le chemin vers la réalisation du droit à la santé sexuelle et reproductive pour tous.

I. Lois et politiques relatives à la santé sexuelle et reproductive

Chacun a droit à jouir du meilleur état de santé possible³⁴ et le premier but de la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive aux personnes vivant avec le VIH devrait être de préserver ce droit. Soutenir les besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH a également des avantages clairs en santé publique car cela permet aux personnes séropositives de vivre une vie plus saine, plus productive et de mieux protéger les autres de l'infection. Malgré cela, la riposte mondiale à l'épidémie

du VIH a généralement traité les personnes vivant avec le VIH comme des vecteurs de maladie plutôt que comme des personnes ayant leurs propres besoins et droits en santé sexuelle et reproductive. Parallèlement à cela, les personnes séropositives n'ont pas bénéficié des informations, des services, des produits et du soutien social nécessaires pour éviter de manière efficace de transmettre le virus aux autres. Cette section met en exergue certains des problèmes liés à cette approche et suggère des orientations de politique plus efficaces.

La criminalisation de la transmission du VIH

Dans certaines régions, transmettre le VIH à une autre personne est une infraction criminelle. La promulgation de lois spécifiques au VIH peut donner l'impression que les parlementaires et les décideurs « prennent des mesures fermes contre le VIH » et ceux qui exposent les personnes au risque de l'infection à VIH. Ceci est particulièrement vrai dans les pays où de nombreuses femmes sont infectées par leurs époux ou leurs partenaires sexuels réguliers. Néanmoins, **se fonder sur la loi pénale pour prévenir la transmission du VIH est contre-productif**.

Les implications négatives possibles d'une criminalisation à grande échelle trop poussée de la transmission du VIH sont significatives³⁵. Ces lois ne communiquent pas du tout le message selon lequel **chacun** doit prendre des mesures pour se protéger contre les maladies contagieuses, ce qui peut miner les campagnes de santé publique destinées à encourager chacun à pratiquer le sexe à moindre risque et à éviter l'infection. Elles n'aident pas non plus les personnes vivant avec le VIH à divulguer leur statut à leur(s) partenaire(s) sans crainte de conséquences négatives ni à accéder aux services de prévention de VIH.

Alors que certaines personnes *peuvent* être dissuadées d'avoir des rapports sexuels à risque ou de partager des aiguilles et des seringues parce qu'elles ont peur des sanctions pénales, il est presque certain que la crainte des sanctions pénales aura plus d'effet de dissuasion par rapport au test du VIH, sur les personnes les plus à risque : si une personne n'a pas fait le test et ne connaît pas son statut, en principe, elle ne peut pas être accusée d'avoir transmis « en toute connaissance de cause » le virus. Sans la recherche du dépistage et du conseil, il n'y a pas d'occasion d'information et de soutien pour un changement de comportement exposé au risque de la transmission du VIH

ou d'accès au traitement ou aux services de soins et soutien. L'on pourrait même être réticent à rechercher un traitement pour les IST – qui, si elles ne sont pas traitées, accroissent le risque de la transmission du VIH.

La criminalisation des comportements sexuels à haut risque et de consommation de drogue chez les personnes vivant avec le VIH peut rendre encore plus difficile d'assurer une éducation efficace sur la prévention de l'infection à VIH. Cela peut saper la confiance entre les personnes vivant avec le VIH et leurs conseillers, si ces personnes craignent que les informations révélées pendant les sessions de conseil puissent être communiquées aux autorités chargées de l'application des lois. En outre, la criminalisation de la transmission du

VIH peut dissuader une femme enceinte vivant avec le VIH de rechercher un traitement antirétroviral ou des soins prénatals, par crainte de poursuites si son enfant naissait séropositif.

Si la loi pénale est utilisée dans ce contexte, elle devrait être limitée aux cas exceptionnels de transmission intentionnelle (où une personne

décide délibérément d'infecter une autre personne et le fait effectivement) et dans le contexte de dispositions générales de la loi pénale plutôt que dans le cadre d'une législation nouvelle spécifique au VIH.

Le sexe anal

Criminaliser le comportement sexuel consensuel entre adultes est aussi contre-productif que le fait de criminaliser la transmission du VIH. Cependant, de nombreux pays ont criminalisé le sexe anal. **Les lois nationales devraient être réformées conformément aux directives internationales afin de faire en sorte que les lois pénales interdisant les actes sexuels entre adultes consentants dans la sphère privée soient abrogées. Là où ce genre de lois existent, on ne devrait pas refuser aux individus l'accès aux services de santé sur la base de leurs activités sexuelles réelles ou supposées.**

Les études montrent qu'au moins un tiers, sinon plus, des couples hétérosexuels et une proportion plus importante des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont pratiqué le sexe anal³⁶. Le VIH se transmet beaucoup plus facilement par le biais des rapports sexuels anaux que vaginaux. Néanmoins, les femmes et les hommes seront probablement réticents à en parler avec leurs partenaires ou les prestataires de soins de santé parce que le sexe anal est objet de tabou, de stigmatisation, de déni et d'homophobie. La criminalisation du sexe anal ne fait qu'exacerber la stigmatisation associée à la pratique et rend encore plus difficile aux personnes qui pratiquent le sexe anal de rechercher la prévention, le traitement ou les soins du VIH.

Dépistage et conseil du VIH

L'écrasante majorité des personnes vivant avec le VIH ne savent pas qu'elles sont séropositives et ne reçoivent donc pas de traitement, de soins, ni de soutien en temps opportun et peuvent ne pas prendre de mesure pour prévenir la transmission aux autres. Des efforts sont certainement indispensables pour étendre le dépistage et le conseil du VIH. Toutefois, **des politiques devraient être en place pour veiller à ce que le dépistage soit volontaire et confidentiel et qu'il inclue un conseil pré et post-test appropriés ainsi que l'accès au traitement, aux soins et au soutien.**

Il est essentiel de veiller à ce que les prestataires de services de santé ne divulguent le statut sérologique d'aucun de leurs clients sans le consentement pleinement éclairé de ces derniers. Les personnes séropositives devraient être soutenues pour divulguer leur statut sérologique, mais elles doivent être à même de décider comment et quand le faire. Il est également important de s'assurer que les personnes qui ont fait le test ont accès à des services appropriés de prévention, de traitement, de soins et soutien. Les décideurs devraient garder à l'esprit que des programmes élargis de dépistage sont susceptibles d'accroître la demande pour le traitement ainsi que d'autres formes de soins et soutien et devraient s'assurer que la capacité à satisfaire cette demande existe.

Certains groupes, dans certains pays, ont été forcés à faire le test obligatoire du VIH. Les cibles du dépistage obligatoire ont inclus les migrants, les réfugiés ou les voyageurs, le personnel militaire, les femmes enceintes, les enfants qui font l'objet d'adoption ou sont soumis à des ordonnances attributives de droit de visite, les couples qui ont l'intention



de se marier, les personnes qui recherchent une assurance, les patients des hôpitaux, notamment les patients des établissements de santé mentale, les prisonniers et autres personnes détenues dans des sites fermés, les personnes présentant des handicaps de développement ou physiques sévères, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les employés, en particulier dans certaines professions comme les agents de santé, les pilotes, certains ordres religieux, les hommes du spectacle, les professionnel(le)s du sexe, les routiers et les pêcheurs. L'ONUSIDA et l'OMS sont, tous deux, opposés au dépistage obligatoire du VIH car il viole les droits humains sans pour autant démontrer d'avantages pour la santé publique. Les directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits humains établissent que la santé publique, la législation pénale et anti-discriminatoire devraient interdire le dépistage obligatoire du VIH de groupes ciblés, notamment les populations vulnérables³⁷.

Planification familiale et avortement

À la Conférence internationale sur le SIDA organisée à Barcelone en 2002, les organisations non gouvernementales (ONG) ont aidé à formuler la Déclaration des droits de Barcelone des femmes vivant avec le VIH qui incluent le droit à la contraception, à une grossesse sans risque et à l'interruption de grossesse sans risque. De nombreuses organisations de plaidoyer ont emboîté le pas en publiant des déclarations mettant l'accent sur le droit des filles et des femmes à procréer ou non. Le fondement de la plupart de ces documents est que les femmes séropositives devraient avoir le même accès aux services de santé reproductive que leurs homologues séronégatives et être autorisées à faire les mêmes choix.

Pour planifier leurs familles, les femmes vivant avec le VIH ont le même besoin de contraception que toutes les femmes. Toutes les méthodes de planification familiale, y compris les contraceptifs hormonaux et la contraception d'urgence sont de bonnes options pour les femmes séropositives³⁸. Toutefois, dans certains cas, les programmes de thérapie antirétrovirale ont demandé aux femmes d'utiliser des méthodes contraceptives particulières définies par les prestataires afin d'être éligibles au traitement. Des politiques devraient être mises en place pour **s'assurer que les femmes vivant avec le VIH, y compris celles qui prennent des médicaments antirétroviraux, gardent le droit de prendre leurs propres décisions éclairées concernant l'utilisation des contraceptifs.**

Toute méthode contraceptive peut échouer et certaines femmes qui ont une grossesse non désirée décident de ne pas mener leur grossesse à terme. Un diagnostic du VIH peut pousser certaines femmes enceintes à désirer rechercher un avortement³⁹. Toutefois, de nombreux pays ont des lois qui interdisent ou limitent l'accès à un avortement sans risque : l'on estime à 26 % le nombre de personnes qui résident dans les pays où l'avortement est généralement interdit⁴⁰. Certains pays qui ont des lois restrictives ont des exceptions qui autorisent les femmes séropositives à interrompre leur grossesse sur la base de leur statut sérologique. Certains pays autorisent la pratique d'avortements légaux pour protéger la santé d'une femme et, dans le cadre de ces politiques, les femmes vivant avec le VIH peuvent être éligibles à des services d'avortement.

Dans les pays où l'avortement sans risque est légal et disponible, l'on ne sait pas très clairement si les femmes enceintes séropositives bénéficient d'un conseil complet et impartial pour leur permettre de prendre une décision pleinement éclairée, notamment les informations sur l'avortement et les risques de la grossesse et de l'accouchement pour la santé tant de la femme que du fœtus, ainsi que la prévention de la transmission parent-enfant. En Afrique du Sud, par exemple, les prestataires ne sont pas obligés de parler d'avortement comme une option possible pour les femmes séropositives qui font face à une grossesse non désirée. Le contraire aussi se produit avec de nombreuses femmes enceintes vivant avec le VIH qui signalent avoir été l'objet de pressions ou de contraintes pour faire un avortement non désiré⁴¹. Les femmes vivant avec le VIH devraient être conseillées par rapport à toutes les options de santé reproductive qui sont à leur disposition. Si l'infection à VIH est, de manière explicite, considéré comme un motif d'avortement légal, il est important de s'assurer que les femmes enceintes sont informées et conseillées relativement à une telle option, mais qu'elles ne font jamais l'objet de pressions pour pratiquer un avortement simplement parce qu'elles sont séropositives.

Dans certains pays, les femmes vivant avec le VIH ont fait l'objet de pression pour se faire stériliser. **La stérilisation ou l'avortement forcé devrait être expressément banni ou interdit et les politiques devraient veiller à ce que les femmes vivant avec le VIH aient des informations globales et exactes et aient accès à toutes les options de planification familiale généralement disponibles, le droit de choisir l'avortement là où cela est légal et l'accès aux soins post-avortement.**

Mariage, divorce et garde des enfants

Le mariage et la procréation sont des droits humains internationalement reconnus⁴². **Les personnes vivant avec le VIH ne devraient rencontrer aucune restriction de leurs droits à se marier ou à avoir des enfants.**

Dans certains pays, les lois requièrent que les couples aient un résultat négatif au test du VIH avant d'être autorisés à se marier, ce qui dénie effectivement aux personnes vivant avec le VIH le droit de se marier, bien qu'il existe des moyens de protéger les partenaires séropositifs contre l'infection. Le diagnostic du VIH d'un partenaire a été considéré comme motif de divorce dans certaines juridictions. De telles lois et pratiques ne font qu'ajouter à la stigmatisation qui entoure

le diagnostic du VIH et dissuader les gens de rechercher le dépistage et le conseil du VIH et de divulguer un résultat de test positif à un conjoint – augmentant ainsi la probabilité de transmission de l'infection.

On a refusé à des personnes vivant avec le VIH la garde de leurs enfants à la suite d'une séparation

ou d'un divorce, malgré le fait que les personnes vivant avec le VIH peuvent mener des vies pleinement productives et être des parents actifs et d'un grand soutien. La Convention relative aux droits de l'enfant (Article 9) stipule que le critère transcendant concernant les décisions de la séparation d'un enfant de son ou de ses parents est « le meilleur intérêt de l'enfant ». **Le statut sérologique d'un parent ne devrait pas intervenir dans les décisions concernant la garde des enfants et les lois de la famille devraient veiller à ce que les droits parentaux des personnes vivant avec le VIH soient protégés.**

Les couples de même sexe et les personnes transgendéristes sont confrontés à des barrières particulières concernant le mariage et la famille, qu'ils soient séropositifs ou non. Bien que de nombreux transgendéristes se marient, la légalité de leur mariage n'est pas toujours claire et est sujette à l'interprétation faite au niveau national (exemple, quand un partenaire dans un mariage hétérosexuel change légalement de sexe dans le

mariage). Il est important d'établir des directives légales qui permettent que toutes les personnes, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur identité sexuelle aient droit à une participation paritaire. En particulier, pour les personnes vivant avec le VIH, les droits fondamentaux de partenariat sont très importants – comme le droit de prendre des décisions financières et en termes de soins de santé pour l'autre personne au cas où elle serait dans l'incapacité de le faire ou le droit aux avantages du survivant en cas de décès.

Le droit de la femme à la propriété et à l'héritage

Les femmes dont les partenaires tombent malades et décèdent peuvent être victimes de discrimination, d'abandon et de violence. Les femmes qui sont suspectées d'être séropositives rencontrent les mêmes problèmes. Les veuves sont fréquemment interdites d'hériter de biens, ce qui signifie qu'elles peuvent être chassées de leurs terres et de leurs maisons et dépossédées de leurs biens par les beaux-parents. Dans certains pays, une femme veuve est traitée comme un bien dont doit hériter le parent de sexe masculin du mari décédé, ce qui, non seulement, empêche la veuve d'hériter de ses propres biens, mais peut également entraîner une autre transmission du VIH si l'un des deux est séropositif. Poussées dans des situations économiques précaires, les femmes veuves peuvent être forcées à pratiquer un comportement à risque uniquement pour satisfaire des besoins fondamentaux comme la nourriture, le logement et les vêtements pour elles-mêmes et leurs enfants.

Des politiques qui **veillent à ce que les femmes gardent la propriété et le contrôle de leurs terres et de leurs biens économiques** les aideront à atteindre un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et leurs familles et peuvent aider à les autonomiser pour négocier l'abstinence, la fidélité et le sexe à moindre risque et éviter d'échanger des rapports sexuels contre de l'argent, de la nourriture ou un abri. Outre le fait de s'assurer expressément que les femmes veuves conservent leur droit au domicile conjugal et ne soient pas forcées de se marier avec d'autres membres de la famille, les décideurs peuvent soutenir les droits à la propriété des femmes, notamment les femmes mariées, de manière plus générale. Il s'agit du droit à posséder des biens, à signer des contrats, à obtenir un crédit et à présenter des cas de litige. Ces politiques peuvent aider à soutenir les femmes veuves vivant avec le VIH pour leur permettre de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs enfants, éviter les comportements à risque et l'exposition aux IST et aux grossesses non désirées et rechercher des services de santé.



La circoncision masculine

Des études ont démontré que dans des conditions d'essai clinique, la circoncision masculine peut réduire, jusqu'à 60 %, le risque des hommes séropositifs à être infectés par le VIH par leurs partenaires de sexe féminin séropositives au cours de rapports vaginaux ; néanmoins, il n'est pas avéré que la circoncision masculine offre une protection quelconque pour les femmes séronégatives ou les femmes et les hommes séropositifs⁴³. L'ONUSIDA et l'OMS recommandent que les pays élargissent l'accès aux services de circoncision masculine dans le cadre des programmes globaux de prévention du VIH. Ils soulignent, cependant, l'importance d'élaborer un cadre réglementaire pour s'assurer de la prestation sans risque et éthique de ces services^{44, 45}.

Avoir une approche basée sur les droits humains du développement ou de l'extension des services de circoncision masculine signifie que l'on veille à ce que la procédure soit conduite sans risque, dans des conditions de consentement éclairé et sans contrainte ni discrimination. Des politiques devraient être en place pour s'assurer que tous les hommes qui optent pour la circoncision masculine reçoivent des informations complètes sur les avantages et les risques que cela comporte. **Les hommes vivant avec le VIH devraient être autorisés à engager la procédure (à moins d'une contre-indication médicale), mais ils devraient aussi être informés qu'il n'existe aucune preuve que la procédure protégera leurs partenaires de l'infection.** La circoncision masculine peut fournir une occasion intéressante d'offrir le dépistage et le conseil du VIH. Toutefois, le dépistage du VIH ne devrait pas être un préalable à l'accès des services ; le dépistage obligatoire va à l'encontre des normes des droits humains et pourrait dissuader les hommes de rechercher la circoncision.

Lorsque la circoncision masculine est offerte aux mineurs (jeunes garçons et adolescents) séropositifs, l'enfant devrait être impliqué dans la prise de décisions et avoir l'occasion de donner son consentement dans la mesure du possible, selon son âge. Les parents à qui il revient de donner leur consentement devraient recevoir suffisamment d'informations concernant les avantages et les risques de la procédure afin de déterminer si cela est du meilleur intérêt de l'enfant.

La participation accrue des personnes vivant avec le VIH
Généralement parlant, pour s'assurer que les lois et les politiques appuient les droits de santé sexuelle et reproductive

et les droits humains des personnes vivant avec le VIH, il est essentiel que les personnes vivant avec le VIH jouent un vrai rôle dans la prise de décisions. Depuis son adoption officielle au Sommet de Paris sur le SIDA en 1994, le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (le principe GIPA) a été largement accepté. L'expérience personnelle de la vie avec le VIH procure une expertise inestimable et une perspective unique sur l'impact réel des politiques abstraites.

Pour assurer la mise en œuvre concrète du principe GIPA, les **gouvernements et les agences internationales devraient fixer et suivre des objectifs cibles concrets pour la participation des personnes vivant avec le VIH dans le choix, la conception, la mise en œuvre et le suivi et évaluation des politiques relatives à la santé sexuelle et reproductive.** Ces objectifs cibles devraient particulièrement couvrir l'inclusion des groupes marginalisés (notamment les femmes et les jeunes) pour veiller à ce qu'une large gamme de voix et d'expériences soient représentées.

II. Les politiques qui affectent les populations clés à haut risque

Certains groupes de personnes vivant avec le VIH sont confrontés à des barrières juridiques et politiques exceptionnelles pour l'obtention des services de santé sexuelle et reproductive dont ils ont besoin. De nombreux individus appartiennent à plus d'un de ces groupes marginalisés (par exemple, un homme qui vend du sexe à d'autres hommes et consomme des drogues ou un professionnel du sexe transgénériste ou un adolescent migrant), ce qui multiplie les barrières aux soins.

Les jeunes

Près de 5,4 millions de personnes âgées de 15 à 24 ans vivent avec le VIH à travers le monde. Parce que les jeunes sont plus susceptibles de rechercher des soins dans un environnement sans risque, accueillant, sans adultes susceptibles de les juger, les politiques devraient, autant que possible, chercher à promouvoir des centres de santé et des services amis des jeunes. Les écoles et autres institutions publiques devraient également fournir des environnements et des politiques protecteurs des jeunes vivant avec le VIH.

L'éducation à la santé sexuelle pour tous les jeunes, y compris les jeunes vivant avec le VIH, doit être globale, exacte et adaptée à l'âge et inclure les informations sur la planification familiale, les dangers d'une grossesse précoce et la prévention, les symptômes et la prise en charge du VIH et des IST. Les décideurs devraient s'assurer que des directives et des programmes nationaux existent dans ce sens et que les enseignants sont formés pour assurer les programmes et répondre aux questions des jeunes.

La confidentialité est une question essentielle pour les jeunes vivant avec le VIH. Ils ont besoin de savoir que leur statut sérologique restera un domaine privé et ils peuvent avoir besoin de soutien pour décider de la manière dont ils pourraient divulguer leur statut à leurs familles et à leurs partenaires. Là où la loi exige qu'un parent ou un tuteur donne son consentement pour permettre à un jeune d'accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, ces lois et politiques doivent être changées car elles limitent sérieusement l'accès des jeunes aux services. De même, la divulgation des résultats des tests ou de problèmes de santé sexuelle et reproductive aux parents dissuaderont les jeunes de rechercher une assistance et le dépistage. Suite à toute réforme de loi et de



politique allant dans le sens d'une plus grande protection du droit des jeunes à la confidentialité et de leur droit à accéder aux services, il est important que les prestataires de santé reçoivent une formation adéquate et comprennent leur devoir qui consiste à protéger le droit des jeunes à la confidentialité.

De nombreux pays réglementent l'âge minimum auquel les individus peuvent être consentants pour des rapports sexuels et l'âge auquel ils peuvent se marier. Il est important que les **adolescents soient autorisés à obtenir des services de santé sexuelle et reproductive, même s'ils n'ont pas atteint l'âge requis pour le consentement pour des rapports sexuels.**

De nouveaux vaccins contre le papillomavirus humain (HPV) ont la potentialité de protéger tant les hommes que les

femmes contre les cancers de l'appareil génital, tant qu'ils sont administrés avant qu'une personne ne soit exposée à une souche de HPV à haut risque. A mesure que les pays développent des méthodes pour fournir les vaccins, ils devraient s'assurer que les programmes sont accessibles et abordables, cibler tant les jeunes hommes que les jeunes femmes et ne pas refuser le vaccin aux personnes vivant avec le VIH.

En général, les cadres et les programmes nationaux doivent faire davantage pour répondre aux préoccupations de santé sexuelle et reproductive des jeunes qui vivent déjà avec le VIH, notamment le développement de relations, la pratique de rapports sexuels sans risque et plaisants et la divulgation de leur statut. Les programmes existants tendent à ignorer les besoins des jeunes qui sont séropositifs depuis la naissance, en grande partie parce que jusqu'à une date récente, les nourrissons infectés par le VIH n'étaient pas censés survivre jusqu'à l'adolescence. **Les directives devraient être révisées pour prendre expressément en compte la situation des jeunes qui sont nés séropositifs**, de même que ceux qui ont été infectés à un stade plus tardif.

Les professionnel(le)s du sexe

Le commerce du sexe a cours dans le monde entier et peut être légal, réglementé ou illégal. La prévalence du VIH est généralement plus élevée chez les professionnel(le)s du sexe que dans la population générale. Cependant, peu de professionnel(le)s du sexe reçoivent des services adéquats de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH. Plus encore, les programmes qui traitent du VIH et du commerce du sexe mettent généralement l'accent sur la réduction du risque en mettant fin au commerce du sexe plutôt que sur l'autonomisation des professionnel(le)s du sexe, y compris ceux qui sont séropositifs, pour leur permettre de se protéger et de prendre soin de leur santé.

Là où le commerce du sexe est illégal, les professionnel(le)s du sexe peuvent éviter les services de santé, y compris les soins de santé sexuelle et reproductive et les soins et le traitement du VIH, de peur que leur nom, leur statut sérologique et d'autres informations personnelles ne soient mis à la disposition de la police ou d'autres agences gouvernementales. Selon que des programmes de sensibilisation existent ou non, les professionnel(le)s du sexe peuvent ne pas avoir d'informations concernant les lieux où se rendre pour le traitement du VIH et des autres IST, les compétences nécessaires pour négocier

avec leurs clients ou pour obtenir une provision adéquate de préservatifs. Les professionnel(le)s du sexe peuvent aussi avoir des difficultés pour obtenir des soins de santé parce qu'ils sont exclus des systèmes d'assurance de soins de santé publique ou des systèmes de calcul des prestations basés sur l'emploi. Par ailleurs, lorsque les professionnel(le)s du sexe recherchent effectivement des services, ils peuvent se trouver confrontés à des agents de santé qui n'ont aucune sympathie pour leurs besoins. Là où la loi limite ou engage des poursuites contre la participation au commerce du sexe, il est important de s'assurer que les droits des professionnel(le)s du sexe aux services, aux informations et à l'éducation relatifs au VIH et à la santé sexuelle et reproductive restent intacts.

Les professionnel(le)s du sexe font face à des niveaux élevés de violence de la part de leurs partenaires sexuels et de la communauté. Plus de 90 % des professionnelles du sexe à Phnom Penh, par exemple, signalent qu'elles ont été violées au cours de l'année écoulée⁴⁶. Le statut illégal du commerce du sexe rend souvent difficile de punir les auteurs de violence. Les programmes de VIH et de santé sexuelle et reproductive pour les professionnelles du sexe devraient intégrer des services visant à réduire la probabilité et les effets de la violence. Il pourrait s'agir notamment d'un travail avec la police locale et les leaders de la communauté en vue d'améliorer les attitudes envers les professionnelles du sexe et les services juridiques pour soutenir les femmes qui désirent s'élever contre les abus perpétrés contre elles.

Certains pays ont essayé de réduire la transmission du VIH à travers des politiques qui empêchent les personnes vivant avec le VIH de faire le commerce du sexe. De telles lois ne peuvent que dissuader les professionnel(le)s du sexe qui suspectent être peut-être séropositifs, de faire le test ou de rechercher des services de santé. Plutôt que pénaliser les personnes vivant avec le VIH, les programmes devraient fournir aux professionnel(le)s du sexe un dépistage et un traitement confidentiels et volontaires du VIH, la prévention et la prise en charge des IST, des préservatifs masculins et féminins et des services de contraception. Là où le commerce du sexe est illégal, les politiques devraient inclure des dispositions spéciales pour les professionnel(le)s du sexe qui ont été l'objet de trafic ou qui ont été contraints à s'engager dans le commerce du sexe. Les personnes qui ont été l'objet de contrainte, ne devraient pas être poursuivies ; elles devraient, cependant, être

référéées pour des services appropriés de conseil, de soins et de soutien, notamment des services de VIH.

Les consommateurs de drogues

A travers le monde, l'on estime à 13 millions de personnes le nombre de consommateurs de drogues injectables, tandis que plusieurs autres millions sont des consommateurs de drogues non injectables. L'échange d'aiguilles parmi les consommateurs de drogues injectables est responsable de quelque 5 à 10 % des infections du VIH au plan mondial. Les personnes qui consomment des drogues de toutes sortes tendent également à être plus enclines à prendre des risques sexuels que les non-consommateurs de drogue. Les besoins de santé sexuelle et reproductive des consommateurs de drogues, en particulier ceux qui sont séropositifs ne devraient pas être laissés de côté.

La consommation de drogue est fortement stigmatisée tant dans la communauté générale que chez les agents de santé. Ceci signifie que les services de soins de santé, notamment le traitement du VIH et les soins de santé sexuelle et reproductive peuvent ne pas être mis à la disposition des consommateurs de drogues. Les consommateurs de drogues peuvent également ne pas être à même ou ne pas être disposés à rechercher des services par peur des récriminations ou d'une incarcération.

En alternative aux poursuites, certains pays enregistrent officiellement les consommateurs de drogues, en particulier les femmes enceintes consommatrices de drogues qui recherchent des services de soins de santé et de soins maternels. Parce que l'on peut refuser à la personne enregistrée du travail dans certains emplois, la possibilité de recevoir un permis de conduire ou d'être éligible à un logement subventionné par l'Etat ou d'autres avantages, ce genre « d'alternatives » joue aussi le rôle de barrière importante à la recherche de soins. **Les programmes de traitement sont, plus que l'incarcération ou l'enregistrement,**



susceptibles d'encourager les consommateurs de drogues à rechercher et à recevoir des services de santé ainsi qu'à mettre fin à leur consommation de drogue ou à mieux la gérer.

Les programmes de réduction du risque comme les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues stériles se sont avérés efficaces pour la prévention du VIH et autres infections transmises par le sang et sont considérés comme « meilleures pratiques » internationales dans la prévention du VIH. Certains gouvernements ont adopté des ordonnances pour permettre les échanges anonymes d'aiguilles et l'existence de sites de consommation supervisée. Lorsque des services élargis de prévention de VIH sont disponibles sur ces sites, les consommateurs de drogues peuvent mieux accéder aux services de santé sexuelle et reproductive sans craindre d'être arrêtés. Les avantages des programmes de réduction du risque s'accroissent considérablement lorsqu'ils vont au-delà du simple échange de seringues et incluent l'éducation au VIH, le conseil et la référence vers des options de traitement. Lorsqu'ils sont élargis jusqu'à inclure cette large gamme de services, les programmes de réduction du risque aident également les personnes vivant avec le VIH à obtenir un traitement et à se protéger contre les IST et les grossesses non désirées.

De même, la thérapie d'entretien de substitution pour la dépendance aux opioïdes peut s'inscrire dans des programmes plus vastes qui offrent des services de santé sexuelle et reproductive ainsi que des informations et un conseil relatif au VIH. La thérapie de substitution peut être fournie dans le cadre d'une consultation externe, ce qui encourage les individus à rester plus longtemps dans les programmes et à utiliser les services associés pour régler des questions de santé, psychologiques, de famille, de logement, d'emploi, des questions financières et juridiques. Ce type de programmes offre d'importantes occasions d'intensifier la prévention du VIH et améliorer la prestation de la thérapie antirétrovirale aux consommateurs de drogues vivant avec le VIH.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
Le sexe entre hommes existe dans chaque culture et chaque société, bien qu'il ne soit pas toujours publiquement reconnu. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être exposés à un risque accru de l'infection à VIH s'ils ont des partenaires sexuels multiples, s'ils utilisent les préservatifs de manière irrégulière ou s'ils sont consommateurs de drogues. Le sexe anal non protégé

comporte un très haut risque d'infection à VIH. Même si les statistiques sont incomplètes et varient largement d'un pays à l'autre, au moins 5 à 10 % des infections à VIH au plan mondial sont estimées résulter de rapports sexuels entre hommes⁴⁷.

Toutes les personnes ont droit à la pleine protection de leurs droits humains, indépendamment de leur orientation ou de leur identité sexuelle. En mars 2007, des experts internationaux des droits humains ont publié les Principes de Yogyakarta⁴⁸, qui appliquent expressément les lois internationales existantes en droits humains aux questions d'orientation sexuelle et d'identité sexuelle. Ces Principes soulignent le droit humain à décider librement et en toute responsabilité des questions concernant la sexualité, notamment la santé sexuelle et reproductive, sans contrainte, discrimination et violence. La santé sexuelle et reproductive est reconnue comme un aspect fondamental du droit au meilleur état de santé physique et mentale possible.

Dans de nombreux pays, cependant, la sexualité est un sujet tabou et le sexe entre hommes est socialement désapprouvé, légalement interdit ou criminalisé. En conséquence, les agents de santé et les employeurs usent de discrimination envers les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et la police peut harceler ou arrêter ces personnes ou celles qui tentent de leur fournir des services de VIH et d'IST. En outre, les hommes ayant des rapports avec les hommes peuvent cacher leurs comportements sexuels et leurs symptômes médicaux aux prestataires de santé, avec pour résultat que les IST ne sont ni diagnostiquées ni traitées. De telles difficultés sont exacerbées pour les hommes vivant avec le VIH, qui doivent surmonter la double stigmatisation de l'infection à VIH et des relations entre personnes de même sexe.

Même lorsque le sexe entre hommes n'est pas criminalisé en tant que tel, les pays peuvent interdire des types précis de comportements sexuels consensuels (comme le sexe anal), ce qui dans les faits, criminalise de nombreux hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et les dissuade de rechercher des services. Les lois peuvent également désigner des âges différents de consentement sexuel pour les relations hétérosexuelles et les relations entre personnes de même sexe, ce qui implique que les relations entre personnes du même sexe ne sont pas « normales ». Ce genre de lois peut aussi dissuader les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de rechercher des services ou de communiquer

librement avec les agents de santé. Pour lever les barrières à l'accès des services de santé requis, **le recours à la loi pénale pour réglementer les actes sexuels entre adultes consentants dans la sphère privée devrait être évité.**

Les personnes transgénéristes

Les personnes transgénéristes sont souvent confrontées à un risque accru d'infection à VIH pour des raisons qui incluent le fait d'avoir des partenaires sexuels multiples, d'utiliser de manière irrégulière les préservatifs, de consommer des drogues et/ou des hormones et de pratiquer le commerce du sexe. Néanmoins, les transgénéristes ont été largement ignorés dans les efforts de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH malgré le fait qu'ils aient demandé de manière récurrente des services adaptés à leurs besoins. Les transgénéristes peuvent avoir des difficultés à obtenir le traitement, les soins et le soutien du VIH parce que ce sont des personnes à faibles ressources, qui n'ont pas d'assurance maladie ou qui ont peur de révéler qu'ils sont transgénéristes. Même lorsqu'ils tentent d'obtenir des services, les transgénéristes peuvent être verbalement harcelés et maltraités, carrément exclus des programmes ou alors ils peuvent avoir affaire à des agents de santé qui ne savent pas comment leur apporter des soins appropriés.

La stigmatisation générale des transgénéristes exacerbe fortement leurs risques face à l'infection à VIH et diminue leur capacité à obtenir des soins et un traitement relatifs au VIH. La stigmatisation entraîne la marginalisation sociale qui inclut le refus d'opportunités d'éducation, d'emploi et de logement. Une telle marginalisation réduit l'estime de soi, accroît la probabilité de la consommation de drogues et le commerce du sexe pour la survie et réduit la probabilité de l'adoption de pratiques sexuelles et d'injections à moindre risque. La stigmatisation et la marginalisation créent également des barrières directes à l'obtention de soins de santé, notamment des services de santé sexuelle et reproductive et le traitement, les soins et le soutien du VIH.

Le statut légal des transgénéristes varie d'un pays à l'autre. Peu de pays disposent de lois qui reconnaissent les transgénéristes ou les protègent contre la discrimination⁴⁹. Parce que ce manque de reconnaissance fait des transgénéristes des personnes juridiquement invisibles, dans les faits, les gouvernements ignorent largement leurs besoins – y compris les besoins relatifs au VIH et à la santé

sexuelle et reproductive. Pour améliorer l'accès aux services, **les gouvernements devraient passer à la reconnaissance légale des transgénéristes en tant que tels.**

Une autre confusion est relative à la désignation du sexe sur les documents légaux (comme les permis de conduire et les extraits de naissance) et les dossiers médicaux. Dans certains pays, un changement de désignation du sexe légal ne peut se faire qu'après une opération génitale pour les personnes transgénéristes qui passent du sexe masculin au sexe féminin ou une reconstruction de la poitrine et une hystérectomie pour les transgénéristes qui passent du sexe féminin au sexe masculin. En outre, un changement légal est souvent impossible pour les personnes qui sont mariées (parce qu'un mariage entre personnes de même sexe est illégal dans la plupart des pays). Comme l'opération chirurgicale n'est pas disponible dans la plupart des pays et n'est pas désirée par de nombreux transgénéristes et, parce que de nombreux transgénéristes sont mariés, nombre de personnes qui ont achevé leur transition continuent à avoir un sexe légal qui ne correspond pas à leur identité sexuelle ou leur apparence. Aussi, les personnes transgénéristes peuvent être réticentes à montrer leur identification, ce qui peut les empêcher d'avoir accès aux services, y compris les soins de santé.

Nombre de personnes qui changent de sexe, changent de nom pour mieux faire correspondre leur identité ou leur expression sexuelle. Un changement de nom légal est un processus coûteux et qui implique beaucoup de travail, notamment des changements dans tous les dossiers et tous les éléments d'identification. Au cours de ce processus, différentes agences peuvent avoir différents noms dans leurs dossiers, ce qui crée d'autres problèmes en rapport avec l'accès des services. **La simplification des procédures pour le changement de nom et de sexe rendrait les choses beaucoup plus faciles pour les personnes transgénéristes, en particulier celles vivant avec le VIH, pour obtenir les soins de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin.**

Les prisonniers

Près de dix millions de personnes sont détenues dans des établissements pénitentiaires à travers le monde. L'infection à VIH est répandue dans le système carcéral mondial, avec une prévalence qui dépasse de loin les taux nationaux. Les prisons ont également un taux de prévalence généralement plus élevé pour d'autres maladies telles que l'hépatite B et l'hépatite C, la

syphilis et la tuberculose et les prisonniers sont souvent co-infectés par deux de ces maladies ou plus.

De nombreux prisonniers appartiennent à des groupes déjà vulnérables au VIH tels que les consommateurs de drogues, les



hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les migrants. De nombreux prisonniers sont jeunes. Certains peuvent avoir été infectés avant l'incarcération ; d'autres le deviennent pendant leur incarcération par le biais d'activités à risque comme la consommation de drogues, le tatouage et le sexe non protégé. La grande majorité des prisonniers

sont relâchés dans leurs communautés à un moment donné ; ainsi donc, fournir à ceux qui sont séropositifs un traitement, des soins et un soutien permettra aussi de protéger la communauté générale.

Le manque de ressources et la faible priorité des budgets des prisons constituent un sérieux défi à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive des prisonniers. Les initiatives de VIH rencontrent des obstacles additionnels parce que les responsables et le personnel du système carcéral ainsi que les décideurs peuvent nier que le sexe entre hommes se pratique dans leurs prisons ou s'opposer à des mesures comme la distribution de préservatifs qui semblent cautionner un comportement illégal et « immoral ». Au Malawi, par exemple, lorsque l'ONG Banja la Mtsogolo a entrepris d'éduquer les prisonniers et de les traiter pour les IST, certains responsables de l'administration pénitentiaire ont refusé d'accepter l'idée que des activités sexuelles étaient pratiquées et ont interdit la distribution de préservatifs⁵⁰. L'éducation des responsables peut être une première étape essentielle dans toute intervention.

Un autre problème pour la prestation de services de santé dans les prisons est que cela relève souvent de la responsabilité du service carcéral plutôt que de l'infrastructure nationale de santé qui fournit des soins aux non prisonniers. **Il est plus probable que des prisonniers recevront le même accès aux**

soins de santé disponibles hors de la prison – notamment le traitement et les soins du VIH, le traitement des infections opportunistes, la prise en charge des IST et la vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B et le HPV – lorsque le Ministère de la santé supervisera leurs soins.

Les migrants

Quelques 191 millions de personnes à travers le monde sont des migrants vivant dans des pays étrangers, en plus de centaines de millions de personnes ayant migré dans leurs propres pays⁵¹. Les demandes croissantes d'emplois et les disparités de plus en plus grandes entre les pays encouragent les gens à se déplacer vers les pays plus riches pour améliorer leurs perspectives, soit de manière saisonnière, pour des périodes plus longues, soit de manière permanente. Certains sont à même de faire ce déplacement de manière légale tandis que d'autres migrent de manière illégale.

La prévalence du VIH est souvent élevée dans les communautés de migrants. La migration, par exemple, a été identifiée comme un facteur important de la propagation rapide du VIH en Afrique australe. Assurer aux migrants de meilleurs services de prévention, de soins et de traitement du VIH et de meilleurs soins de santé sexuelle et reproductive de façon plus générale, aurait des avantages significatifs en santé publique aussi bien pour les communautés qui les accueillent que pour les migrants eux-mêmes. Mais, malheureusement, ces besoins ne sont généralement pas au programme des gouvernements.

Au lieu de cela, les migrants sont traités comme une menace à la santé publique. Dans le cas des migrants vivant avec le VIH, de nombreux gouvernements ont d'abord mis l'accent sur l'exclusion. Les restrictions au niveau des voyages et de l'immigration requièrent souvent que les individus prouvent qu'ils sont séronégatifs avant d'entrer ou de séjourner dans un pays. Le dépistage dans ces conditions s'apparente au dépistage obligatoire et, dans de nombreux cas, il est réalisé sans conseil pré- et post-test approprié ou sans garantie de maintien de la confidentialité. Un résultat de test positif au VIH signifie que l'entrée est refusée à la personne ou qu'elle est expulsée⁵².

Outre le fait d'être discriminatoire, les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence manquent de justification en termes de santé publique. L'éducation et le soutien pour promouvoir un changement comportemental se sont avérés plus efficaces et durables que les mesures restrictives – qui

peuvent dissuader tant les nationaux que les non-nationaux de s'aventurer à utiliser les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH. Les restrictions contre les migrants vivant avec le VIH peuvent donner l'impression publique trompeuse que le VIH est un problème « étranger » qui peut être contrôlé par des mesures comme les contrôles aux frontières, plutôt que par une éducation correcte à la santé publique et d'autres méthodes de prévention.

Aucune preuve ne suggère que les restrictions générales spécifiques au VIH sur l'entrée, le séjour et la résidence ont une justification économique⁵³. Grâce à l'accès accru à la thérapie antirétrovirale, les personnes vivant avec le VIH mènent désormais une vie de travail longue et productive. Les préoccupations concernant les migrants perçus comme responsables d'une « ponction sur les ressources de santé » doivent être contrebalancées par leur contribution potentielle à une société. Dans de telles évaluations, le VIH devrait être considéré comme toute autre affection. L'Australie et le Canada, par exemple, appliquent ce type de critère de santé pour déterminer s'ils doivent admettre l'entrée des immigrants séropositifs.

Et même si un migrant séropositif entre légalement dans un pays, son accès aux soins de santé peut être sévèrement limité. Dans de nombreux pays, les soins de santé sont liés à l'emploi ou à la citoyenneté. De nombreuses personnes qui émigrent font des travaux domestiques mal rémunérés ou des travaux dans le secteur des services que les citoyens du pays hôte ne sont pas disposés à faire ; en général, ces emplois n'incluent pas d'assurance-maladie ni d'autres prestations et peu parmi les migrants mal rémunérés peuvent se permettre de payer de leur propre poche pour des services de santé. Les difficultés à obtenir des soins sont exacerbées pour ceux qui sont entrés illégalement dans un pays.

Les réfugiés et les personnes déplacées

Fin 2006, il y avait près de 10 millions de réfugiés de par le monde. Déracinés de leurs maisons, de leurs communautés et leurs réseaux sociaux pour échapper aux conflits, à la persécution ou à la violence, ayant perdu leurs moyens de subsistance, n'ayant pas accès à des soins de santé de qualité, ayant une éducation perturbée et, dans de nombreux cas, étant sujets à la violence et l'exploitation sexuelles, les réfugiés sont exposés à un risque accru pour de multiples problèmes de santé sexuelle et reproductive dont l'infection à VIH. La

majorité des réfugiés vivent dans des communautés d'accueil, pas dans des camps et un grand nombre sont déplacés pour de longues périodes. En conséquence, le fait de ne pas répondre à leurs besoins liés au VIH, non seulement dénie aux réfugiés leurs droits, mais sape aussi les efforts de lutte contre le VIH dans les communautés d'accueil.

Et pourtant, les réfugiés sont oubliés dans les plans stratégiques nationaux du VIH de nombreux pays hôtes. Les réfugiés n'ont souvent pas accès aux produits et aux programmes de prévention du VIH ou aux soins et soutien de base du VIH. Malgré les améliorations en termes de disponibilité de la thérapie antirétrovirale, bien trop peu de réfugiés vivant avec le VIH bénéficient du traitement. Les niveaux élevés de violence sexuelle dans les camps pour réfugiés et personnes déplacées et le risque d'infection à VIH qui s'ensuit pourraient être partiellement réglés en s'assurant que les résidentes de sexe féminin ont un accès sécurisé à la nourriture, au bois de chauffe, à l'eau et à d'autres services du camp.

Dans certains pays, les gouvernements mandatent le dépistage du VIH des réfugiés et des déplacés internes avec la croyance erronée que ceci permettra de prévenir la transmission du VIH. Comme pour la population générale, le dépistage du VIH parmi les réfugiés devrait être volontaire et confidentiel, accompagné de conseils et assuré avec l'accès aux meilleures options de soins et de traitement disponibles.

III. Lier les réformes juridiques à la santé sexuelle et reproductive

Les lois et les politiques internationales pourraient être réformées de différentes manières pour mieux soutenir la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Certains de ces aspects impliquent directement les services de santé sexuelle et reproductive (par exemple, faire en sorte que les jeunes puissent accéder à ces services sans le consentement parental, si nécessaire), tandis que d'autres améliorent la santé sexuelle et reproductive en développant un environnement plus favorable dans d'autres domaines (par exemple, en s'assurant que les femmes vivant avec le VIH peuvent hériter des biens de leurs conjoints).

Il est également important de s'assurer que les politiques avantageuses sont effectivement mises en œuvre sur le

terrain. Les accords internationaux et régionaux peuvent fournir des directives et, dans certains cas, des moyens de recours individuel lorsque les normes des droits humains sont violées⁵⁴. Au niveau national, les institutions nationales des droits de l'homme (exemple, un médiateur ou la commission des droits de l'homme) peuvent œuvrer au suivi de la mise en œuvre et de l'application de la législation. Les tribunaux peuvent également appliquer les obligations légales pour protéger les droits de santé sexuelle et reproductive⁵⁵.

Les gouvernements ont également besoin de mieux comprendre l'étendue et les besoins spécifiques des



populations clés, en particulier les groupes à risque accru du VIH qui sont souvent marginalisés et difficiles à atteindre. Les enquêtes nationales et les systèmes de surveillance épidémiologique du VIH qui existent devraient collecter les données sur la santé sexuelle et reproductive des groupes, notamment les jeunes, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports avec des hommes,

les transgendéristes et les consommateurs de drogues. Les gouvernements et les bailleurs devraient également soutenir la recherche épidémiologique, sociale et comportementale destinée à ces groupes et menée par eux.

Tous les efforts d'élaboration des lois et des politiques dans ce domaine doivent être entrepris avec la participation totale des personnes vivant avec le VIH, y compris les membres des groupes marginalisés. Les organisations de personnes vivant avec le VIH ont aujourd'hui pris les devants dans le développement des outils et des méthodologies pour le suivi des progrès. Par exemple, GNP+, ICW, IPPF et l'ONUSIDA ont élaboré un Index et une méthodologie de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH⁵⁶. La Coalition mondiale des femmes sur le SIDA, l'IPPF, l'UNFPA et Young Positives ont produit des fiches de rapports pour renforcer les stratégies de prévention du VIH pour les filles et les jeunes femmes⁵⁷ et l'International Treatment Preparedness Coalition (Coalition internationale de la préparation au traitement) a publié une

série d'évaluations du niveau de préparation des pays pour l'intensification de la thérapie antirétrovirale⁵⁸.

Conjointement avec des systèmes de santé et des systèmes communautaires plus solides, plus favorables et des efforts de plaidoyer qualifiés et vigoureux, les réformes juridiques et politiques peuvent permettre aux personnes vivant avec le VIH d'expérimenter une vie sexuelle satisfaite, épanouissante et saine, d'avoir en toute sécurité des enfants en bonne santé, de réduire les grossesses non désirées et de faire baisser la transmission des IST, le VIH compris.

4

UN PLAIDOYER EFFICACE

Les personnes vivant avec le VIH parlent de sexe et de reproduction depuis le début de l'épidémie. Le VIH et le SIDA ont obligé les hommes homosexuels à redéfinir leur sexualité et à incorporer l'utilisation du préservatif pour se protéger et protéger leurs partenaires du VIH et d'autres IST. Depuis l'Amérique du Nord jusqu'en Australie, ils ont réussi à formuler des messages de « sexe à moindre risque » dans le cadre de campagnes d'éducation par les pairs. Les organisations de femmes vivant avec le VIH ont élargi les discussions en y incluant les questions et les choix liés à la reproduction, notamment la contraception, la fertilité, la grossesse, l'avortement, l'accouchement et l'alimentation au sein.

Les programmes et les politiques ont, cependant, été lents à prendre en compte le spectre complet des questions de santé sexuelle et reproductive et des questions de droits humains liées à la vulnérabilité au VIH, à l'impact du SIDA et au bien-être global des personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH. Pour être efficaces, les besoins et les droits des personnes vivant avec le VIH doivent être au centre de tous les efforts de politique et liés aux programmes.

Au début de l'épidémie, l'accent était mis sur la prévention du VIH, en particulier chez les « groupes vulnérables » des populations, parfois sans reconnaître que les personnes ayant une vulnérabilité accrue à l'infection à VIH ont généralement les mêmes besoins et désirs sexuels et de reproduction que

n'importe qui. En 1996, la thérapie antirétrovirale basée sur une triple combinaison s'est avérée efficace à réduire la charge virale et la progression de la maladie ; les efforts de plaidoyer, suivis par les programmes, ont commencé à se focaliser sur la fourniture du traitement.

Les améliorations de l'accès à la thérapie antirétrovirale étaient, et continuent à être, impulsées par les efforts des personnes vivant avec le VIH. Les avocats ont défendu clairement et avec persistance l'accès au traitement comme question des droits humains. Ils ont également montré que le traitement soutient les efforts de prévention ; les gens sont plus disposés à faire le test si le traitement est disponible et le traitement fait baisser les charges virales qui peuvent diminuer la susceptibilité d'infecter les autres. Ces arguments puissants ont amené les efforts internationaux à inclure l'initiative « 3 x 5 » de l'OMS, le programme PEPFAR des États-Unis et le Collaborative Fund for HIV Treatment Preparedness.

Toutefois, la plupart des efforts internationaux pour accroître l'accès au traitement n'ont pas pris en compte les droits de santé sexuelle et reproductive. Un certain travail initial a été fait dans ce domaine. ICW a été une voix pionnière, faisant de la recherche depuis 2000 sur la vie sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH et utilisant leurs résultats comme l'axe du travail de plaidoyer.

En 2005, l'OMS, l'IPPF, l'ONUSIDA et l'UNFPA ont produit un cadre pour les liens prioritaires en santé sexuelle et reproductive et VIH. En 2006, EngenderHealth, de concert avec l'Université de Harvard, ICW, Ipas et l'UNFPA, ont organisé un forum électronique sur les questions de santé sexuelle et reproductive.

EngenderHealth et ICW ont, depuis lors, élaboré un manuel de formation qui traite du VIH et de la santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles.

Faire davantage pour soutenir les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH nécessitera des changements concrets de politiques et de programmes



dans différents domaines, notamment l'éducation sexuelle, le conseil et dépistage du VIH, la planification familiale, les services de grossesse et d'accouchement, le mariage et les systèmes de diagnostic et de traitement des IST, les cancers de l'appareil génital et les dysfonctionnements sexuels. Des recommandations spécifiques pour la voie à suivre dans ces domaines ont été présentées dans les Chapitres 2 et 3 de ce Guide d'orientation. La promotion de ces recommandations sera, en grande partie, l'élément moteur de l'agenda du plaidoyer dans ce domaine.

Il y a aussi, néanmoins, du travail de plaidoyer à faire en dehors des réformes juridiques de l'amélioration de la prestation des services de santé. Les avocats doivent combattre la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH, les attitudes patriarcales envers les femmes et les jeunes, la marginalisation de nombreux groupes de personnes les plus vulnérables au VIH, la pauvreté persistante et un manque de coordination et de collaboration. Ce Chapitre examinera ces défis et indiquera certaines manières dont les activistes et les ONG peuvent travailler pour les surmonter.

RECOMMANDATIONS POUR LE PLAIDOYER

- Les personnes vivant avec le VIH devraient être formées et engagées dans les programmes d'éducation communautaire pour surmonter la stigmatisation.
- La violence sexuelle devrait être reconnue et poursuivie comme un crime.
- Les hommes et les garçons devraient être impliqués dans les programmes qui visent à stopper la violence sexiste.
- Les avocats devraient s'assurer que les programmes visant à dynamiser la participation des personnes vivant avec le VIH aident également à renforcer les capacités requises. En particulier, les femmes et les jeunes devraient bénéficier d'une formation en plaidoyer.
- Les avocats des personnes vivant avec le VIH devraient s'associer avec d'autres groupes, notamment ceux qui assurent le plaidoyer des droits des professionnel(le)s du sexe, des consommateurs de drogues, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des transgendéristes, des migrants, des minorités ethniques, des réfugiés et des prisonniers.
- Les gouvernements, les agences internationales et les ONG devraient soutenir les programmes générateurs de revenus, en particulier en employant directement les personnes vivant avec le VIH et en rémunérant leur travail.
- Les personnes vivant avec le VIH devraient mener leurs propres recherches en santé sexuelle et reproductive et devraient apporter une contribution substantielle à la recherche des autres. Les domaines spécifiques nécessitant une recherche médicale ou sociale supplémentaire sont, entre autres :
 - Les effets des thérapies antirétrovirales sur le développement physiologique, notamment la santé sexuelle et reproductive des jeunes qui sont séropositifs ;
 - Les droits et besoins des transgendéristes qui sont séropositifs en matière de santé sexuelle et reproductive ;
 - La documentation des lois qui criminalisent la transmission du VIH et le sexe anal et les implications pour l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH ;
 - La documentation de la discrimination contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les établissements de santé ;
 - La documentation de la discrimination contre les femmes vivant avec le VIH dans les centres de santé sexuelle et reproductive et autres structures offrant des services similaires ; et
 - Les risques et avantages de la circoncision masculine pour les hommes vivant avec le VIH et leurs partenaires de sexe masculin ou de sexe féminin.
- Les avocats devraient utiliser des outils pour surveiller l'observance de la Déclaration d'engagement sur le VIH/ SIDA et des traités internationaux sur les droits humains et soumettre des rapports alternatifs aux organes de suivi appropriés.
- Les personnes vivant avec le VIH devraient développer des alliances et des partenariats avec les institutions étatiques, les organisations de la santé et autres organisations professionnelles, les associations d'avocats et de fonctionnaires judiciaires et les institutions nationales des droits de l'homme pour plaider pour une attention plus grande à la santé sexuelle et reproductive et aux droits humains dans le cadre de la riposte nationale au SIDA et au-delà.

Il suggérera, ensuite, quelques manières dont l'on pourrait améliorer la capacité des organisations de santé sexuelle et reproductive et des réseaux de personnes vivant avec le VIH à assurer le plaidoyer des droits de santé sexuelle et reproductive afin que les efforts aboutissent à des actions. Vous trouverez dans l'Annexe plus d'informations sur les ressources et les outils spécifiques mentionnés tout au long du chapitre.

I. Les défis qui se posent à un plaidoyer efficace

Pour pouvoir réaliser les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, les avocats devront surmonter un certain nombre de barrières. Dans de nombreux cas, les mêmes facteurs qui rendent les gens vulnérables à l'infection à VIH sapent également leur capacité à s'engager dans un travail de plaidoyer quelconque et rendent particulièrement difficile la discussion de la sexualité et de la reproduction. Les organisations de plaidoyer devraient travailler tant au plan interne qu'au plan externe pour développer un environnement où les personnes vivant avec le VIH auront la liberté et la capacité de plaider pour leurs droits de santé sexuelle et reproductive, comme le décrit cette section.

Stigmatisation et discrimination du VIH

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont ancrées dans la société. La stigmatisation et la discrimination affectent la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH : par exemple, les agents de santé, qui pensent qu'un diagnostic séropositif devrait signifier l'interruption de tout rapport sexuel, peuvent ne pas fournir aux personnes vivant avec le VIH les informations appropriées sur la santé sexuelle et reproductive et, de manière plus générale, la peur de la stigmatisation peut amener les personnes vivant avec le VIH à éviter les services de santé ou à cacher leur activité sexuelle aux agents de santé, si bien qu'elles perdent l'occasion de recevoir des informations et des soins appropriés.

La stigmatisation empêche également les personnes diagnostiquées séropositives de se joindre aux organisations de personnes vivant avec le VIH ou de s'impliquer dans l'activisme lié au VIH dans la mesure où bon nombre de personnes craignent de divulguer leur statut publiquement. Celles qui parlent franchement de leur statut peuvent faire l'objet de

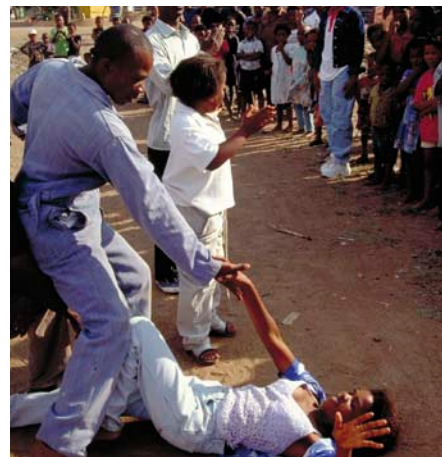
discrimination dans les réseaux et les organisations axés sur les droits humains ou la santé sexuelle et reproductive. Résultat : elles peuvent ne même pas être informées de leurs droits sexuels et reproductifs ou peuvent ne pas disposer de plateforme à partir de laquelle insister sur ces droits.

Les personnes vivant avec le VIH seront encore moins préparées à s'engager dans des activités de plaidoyer si elles craignent qu'une exposition publique ne conduise à leur arrestation. Les lois qui criminalisent les relations entre personnes de même sexe, le commerce du sexe ou la consommation de drogue, non seulement rendent plus difficile l'accès des personnes vulnérables aux informations et aux soins, mais rendent aussi les personnes réticentes à s'impliquer dans l'activisme lié au VIH par peur de la divulgation.

L'éducation communautaire est un canal important que les ONG locales et internationales peuvent utiliser pour surmonter la stigmatisation et la discrimination. Une meilleure information et une meilleure compréhension du VIH, du sexe et de la consommation de drogue peut permettre de vaincre la peur et le blâme qui amènent les membres de la communauté et de la famille à discriminer les personnes vivant avec le VIH. En particulier, **les intervenants séropositifs changent considérablement les attitudes vis-à-vis du VIH et peuvent être des éducateurs puissants de la communauté et aider à réduire la peur et à briser la stigmatisation**⁵⁹. Les ONG, en particulier les réseaux de personnes vivant avec le VIH, peuvent aider les jeunes et les femmes vivant avec le VIH à révéler ouvertement leur statut et à travailler au sein de programmes d'éducation du VIH dans les établissements scolaires. Les organisations du secteur public et du secteur privé peuvent également mener des sessions d'éducation du VIH pour les jeunes scolaires et déscolarisés ainsi que sur les lieux de travail⁶⁰.

Inégalité entre les sexes et violence

Dans la plupart des pays, ce sont les hommes adultes qui détiennent le pouvoir social, politique et économique. Le



statut d'infériorité des femmes et des jeunes relativement aux hommes adultes affecte chaque aspect de leur vie, notamment la santé sexuelle et reproductive. L'inégalité de pouvoir dans les relations est une barrière spécifique et significative à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et l'inégalité entre les sexes en elle-même est une violation des droits humains. Les inégalités sociales exposent également les femmes et les jeunes à un risque accru de l'infection à VIH et rendent plus difficile pour eux d'obtenir le dépistage et le conseil, la prévention, le traitement, les soins et le soutien.

Les femmes qui ont besoin de l'autorisation de leur mari pour se rendre dans un centre de santé ou pour pratiquer le contrôle des naissances, par exemple, ne peuvent exercer leurs droits de prendre librement des décisions concernant la contraception et la grossesse. Les femmes vivant avec le VIH dont les conjoints meurent peuvent devenir encore plus marginalisées dans la mesure où elles perdent souvent

leur droit aux biens et aux ressources de la famille. Les filles, en particulier, sont souvent supposées s'abstenir de rapports sexuels, ce qui les rend réticentes à rechercher des informations et des services liés à la santé sexuelle et reproductive.

La violence accroît aussi la vulnérabilité des femmes au VIH et de nombreux efforts de lutte contre la violence

mettent l'accent sur la réduction de ce risque. La violence et le viol font baisser l'estime de soi, accroissent le risque de contracter les IST et peuvent entraîner une grossesse non désirée, une fausse couche et un avortement à risque. L'on a accordé une attention moindre à la violence vécue par les femmes vivant avec le VIH. Mais la violence, ou la peur de la violence, peut empêcher les femmes séropositives d'obtenir des soins de santé⁶¹. Les jeunes vivant avec le VIH peuvent être confrontés à la violence de la part de leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés, en particulier lorsqu'ils divulguent leur statut. **Les avocats devraient mettre la pression pour que le viol conjugal soit reconnu comme un crime. Ils devraient également oeuvrer à impliquer les**

hommes et les garçons dans les programmes visant à stopper la violence sexiste. Les hommes ont besoin de soutien pour reconnaître et surmonter la façon dont les normes traditionnelles de masculinité les exposent, eux-mêmes et leurs partenaires, au risque.

Dans ces circonstances, les femmes et les jeunes peuvent hésiter à parler de sexe et être bloqués quand il s'agit d'exprimer leurs besoins. Les jeunes sont rarement consultés lors de l'élaboration des politiques et programmes, même pour les politiques et programmes qui leur sont destinés. Ceci rend difficile pour les femmes et les jeunes de plaider pour leurs droits sexuels et de reproduction. Même lorsqu'ils sont disposés à s'exprimer, ils peuvent manquer des plateformes adéquates dans la mesure où dans de nombreux endroits, les hommes adultes dominent les organisations non gouvernementales et les réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH et, quand bien même ils sont impliqués dans la formulation de politiques, leur travail passe souvent inaperçu.

Les avocats doivent faire davantage pour s'assurer que les femmes et les jeunes ont les informations, la formation et le soutien dont ils ont besoin pour exprimer leurs propres besoins. Par exemple, **chaque fois qu'une position de représentant est tenue par un homme, il est important de s'assurer qu'une femme est engagée comme autre représentante et bénéficie des compétences et informations nécessaires pour assumer le poste de responsabilité.** Les femmes et les jeunes vivant avec le VIH ont besoin d'occasions pour construire leur estime de soi avant de pouvoir commencer à plaider et à négocier avec les décideurs. Les avocats peuvent aussi travailler au sein des communautés pour surmonter les barrières sociétales à une participation politique plus équitable.

Marginalisation

Dans le monde entier, la marginalisation accroît la vulnérabilité à l'infection à VIH. Les groupes marginalisés rencontrent souvent des barrières dans l'accès aux services de santé et autres, des inégalités économiques, des abus et de l'exploitation. Ces problèmes sont exacerbés par un diagnostic du VIH qui laisse l'individu face à une double discrimination et des besoins insatisfaits en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien.



Il est important que les organisations de plaidoyer se rendent compte que les membres des populations vulnérables ont des problèmes particuliers qui doivent être pris en compte. Les femmes et les hommes issus de minorités ethniques ou ceux ayant émigré dans d'autres pays, par exemple, peuvent ne pas suffisamment comprendre la langue dans laquelle les services de santé, notamment les informations concernant le consentement éclairé et le conseil, sont assurés. Ils peuvent également avoir besoin d'agents de santé formés pour être sensibles aux différentes pratiques et préférences culturelles.

Un grand nombre d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont également des relations sexuelles avec des femmes. Ils peuvent rater d'importantes informations destinées aux hommes qui sont ouvertement homosexuels, ce qui peut exacerber le risque pour eux-mêmes, leurs partenaires et leurs enfants. Les agents de santé présument parfois que les lesbiennes n'ont pas besoin d'informations, ni de services de santé sexuelle et reproductive. Les transgendéristes sont encore moins susceptibles de recevoir des informations en santé reproductive étant donné que leur existence même n'est pas légalement ou socialement reconnue dans de nombreux pays.

Les personnes en détention sont à la marge de la société, elles ont rarement accès à des soins de santé de qualité (même des fournitures de préservatifs) et sont généralement incapables d'exercer leurs droits politiques. Les professionnel(le)s du sexe également peuvent avoir des difficultés à obtenir des soins de santé et peuvent avoir également besoin de renforcer leur estime de soi afin de pouvoir mieux négocier des rapports sexuels à moindre risque. En travaillant avec les organisations d'application de la loi pour créer des environnements à moindre risque pour les professionnel(le)s du sexe, les avocats peuvent directement améliorer l'accès aux services de santé et rendre également plus aisé pour les professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH d'exprimer leurs propres besoins. Les services du VIH destinés aux consommateurs de drogues mettent généralement l'accent sur la prévention de la transmission directement liée à la consommation de drogues (comme les programmes d'échange d'aiguilles). Parce que les consommateurs de drogues sont susceptibles de prendre des risques sexuels aussi, ils ont eux-aussi besoin de soins de santé sexuelle et reproductive – mais la peur de la stigmatisation et de la désapprobation peut les tenir éloignés des services de santé. Les avocats pourraient pousser à l'intégration des

soins de santé sexuelle et reproductive dans les programmes de réduction du risque liés à la drogue afin de mieux servir ce groupe.

Les personnes handicapées sont généralement oubliées par les services de VIH et de santé sexuelle et reproductive. Les prestataires de services ne connaissent pas toujours les questions de handicap ou alors ils peuvent être mal renseignés ou avoir des attitudes stigmatisantes envers les personnes handicapées, en pensant notamment que les personnes handicapées ne sont pas sexuellement actives ou ne s'engagent pas dans des comportements à risque. Les services peuvent être physiquement inaccessibles ou ne pas fournir les informations dans des formats différents (exemple, le braille, l'audio et un langage clair et simple). Il y a également la discrimination à laquelle sont confrontées les personnes handicapées : dans certains lieux où la demande de traitement dépasse l'offre, les personnes handicapées peuvent être considérées comme d'une moindre priorité pour le traitement du VIH. **Les réseaux de personnes vivant avec le VIH devraient développer des alliances avec les groupes de personnes handicapées pour mener ensemble des campagnes de plaidoyer pour que les programmes et les services prennent en compte la santé sexuelle et reproductive, y compris la prévention, le traitement, les soins et soutien du VIH⁶².**

Les membres des groupes marginalisés peuvent être réticents ou être incapables de s'engager dans le plaidoyer même s'ils ont des besoins spécifiques non satisfaits et, quand ils viennent à s'engager effectivement, leurs voix ne sont pas nécessairement entendues, même au sein des réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH. Il peut être constructif d'organiser des groupes de soutien par les pairs, spécialement focalisés sur les besoins des groupes marginalisés. Les groupes de soutien par les pairs sont des plaques tournantes d'activisme du VIH, d'importantes arènes pour l'échange d'informations et d'expériences et des sources incalculables de soutien émotionnel.

En général, les avocats doivent être conscients de la large gamme d'expériences et de besoins des personnes vivant avec le VIH et travailler à diversifier leurs réseaux. En partenariat avec les groupes ciblés, par exemple, les droits des professionnel(le)s du sexe, les avocats peuvent aussi renforcer les connaissances et les compétences requises pour le plaidoyer du VIH et de la santé sexuelle et reproductive,

permettant ainsi aux membres des groupes marginalisés de s'exprimer eux-mêmes par rapport à leurs droits.

Pauvreté

La pauvreté persistante ruine la santé des individus et leur capacité à plaider pour leurs droits. Inversement, la mauvaise santé elle-même peut conduire à la pauvreté ou l'exacerber. Les personnes aux revenus insuffisants peuvent ne pas être en mesure de s'offrir ou d'atteindre les soins de santé appropriés, en particulier si elles vivent loin d'un centre de santé. Prendre soin de sa santé peut constituer une moindre priorité si l'on se débat pour nourrir ses enfants. En jonglant avec ces problèmes, une personne séropositive qui vit dans la pauvreté est trop aux abois pour trouver le temps et l'énergie nécessaires pour s'engager dans les activités de plaidoyer.

Les femmes séropositives, les veuves en particulier, sont plus susceptibles d'être appauvries que leurs homologues de sexe masculin. Les lois discriminatoires relatives à la propriété et à l'héritage obligent certaines veuves et leurs enfants à quitter leurs domiciles et leurs communautés et d'autres femmes sont chassées de leurs familles et de leurs emplois suite à un diagnostic de VIH. Certaines femmes démunies se tournent vers le commerce du sexe, ce qui accroît terriblement leur vulnérabilité aux IST, aux grossesses non désirées et à d'autres problèmes de santé reproductive. Les femmes pauvres vivant avec le VIH sont souvent mal nourries, ce qui accroît leur vulnérabilité aux infections opportunistes. En outre, certaines femmes vivant avec le VIH vendent leurs médicaments antirétroviraux pour avoir de l'argent pour se nourrir elles-mêmes et leurs enfants. Les avocats pour l'accès au traitement doivent garder à l'esprit l'importance de la nutrition en s'assurant que le traitement est suivi et efficace⁶³.

Pour ces raisons, **les opportunités génératrices de revenus doivent être envisagées plus sérieusement dans le cadre de la santé générale des personnes vivant avec le VIH**. Les programmes de micro-crédit devraient être soutenus, en particulier pour les veuves avec enfants, les parents plus âgés qui s'occupent d'orphelins et les ménages dirigés par des enfants. Les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'un accès égal à la terre, aux ressources financières et aux opportunités d'emploi – et ces opportunités doivent être élargies à tous. En **formant, en encadrant et en employant directement plus de personnes vivant avec le VIH**, les gouvernements et les ONG aideront à combattre la pauvreté

et à améliorer directement la santé des personnes impliquées. Ils amélioreront aussi la qualité globale des politiques et des programmes en incorporant les expériences des personnes directement affectées.

Le manque de collaboration

Au niveau national et international, de nouvelles structures ont été mises en place pour gérer le VIH et le SIDA, séparément et parallèlement aux systèmes de soins de santé sexuelle et reproductive. Cette structure parallèle se retrouve, dans une certaine mesure, dans la communauté du plaidoyer qui est, par ailleurs, fragmentée de différentes manières. Les discussions de santé reproductive des femmes se sont largement tenues sans les hommes tandis que les questions de santé sexuelle relatives aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe ou aux consommateurs de drogues ont été traitées isolément.

Les femmes et les hommes doivent collaborer pour réaliser la vision des droits sexuels et de reproduction pour tous.

Les groupes de personnes vivant avec le VIH devraient développer des plates-formes de politiques communes avec des groupes de consommateurs de drogues, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de transgendéristes, de professionnel(le)s du sexe, de migrants, de minorités ethniques, de réfugiés et de prisonniers. Les jeunes femmes et jeunes hommes séropositifs doivent bénéficier d'opportunités pour une contribution réelle à la planification générale du plaidoyer, et non simplement à des activités concernant les groupes de jeunes.

Même à l'intérieur des groupes de personnes vivant avec le VIH, il est parfois difficile de reconnaître un agenda commun. Par exemple, les veuves peuvent trouver difficile de travailler avec les professionnel(le)s du sexe. Il est important de partager les expériences, de surmonter les préjugés et de créer un terrain d'entente. Parfois, les différences réelles ont besoin d'être reconnues et entretenues. Les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les femmes, par exemple, peuvent avoir besoin de leurs propres forums pour faire en sorte que les besoins spécifiques soient discutés sans préjugés de la part des autres. L'important est de s'assurer que ces besoins sont incorporés dans l'agenda du plaidoyer.

II. Améliorer le plaidoyer

Surmonter les barrières susmentionnées nécessitera un effort concerté de plaidoyer de la part des personnes vivant avec le VIH avec leurs alliés et leurs champions. Pour rendre cela possible, les organisations et les réseaux auront besoin d'être renforcés par de nouvelles compétences et de nouvelles alliances. Chaque groupe devra établir des priorités sur la base des besoins des personnes représentées et développer des partenariats avec les organisations dont les bases et les problèmes se recoupent afin de s'assurer, collectivement, que la gamme complète des questions de santé sexuelle et reproductive est prise en compte.

S'appuyer sur l'expertise unique des personnes vivant avec le VIH

Comme formulé dans le principe GIPA, les personnes vivant avec le VIH ont un rôle essentiel à jouer dans la conception et la mise en œuvre des politiques et des programmes du VIH et du SIDA⁶⁴. Les femmes et les hommes vivant avec le VIH – notamment les jeunes et les personnes issues des groupes marginalisés – sont eux aussi essentiels pour le succès de la prévention positive et peuvent éduquer leurs pairs et le public sur les avantages de la thérapie antirétrovirale, encourageant ainsi plus de personnes à se présenter pour le test du VIH. Impliquer les personnes vivant avec le VIH dans le travail de sensibilisation et de plaidoyer a également un impact important sur le changement d'attitude vis-à-vis du VIH et la réduction de la stigmatisation liée au VIH⁶⁵.

Le Fonds mondial demande désormais que les personnes vivant avec le VIH soient représentées dans les mécanismes de coordination pays (CCM), offrant ainsi une ouverture précieuse pour l'inclusion. Dans certains pays, cependant, il a été difficile pour les représentants séropositifs de faire entendre leurs voix et faire prendre en compte leurs préoccupations dans les CCM. GNP+ a développé un outil pour guider les personnes vivant avec le VIH dans leur participation aux CCM, qui peut être utilisé par les avocats pour renforcer leur travail.

Les gouvernements et les ONG peuvent apporter quelques changements simples pour faciliter la contribution constructive des personnes vivant avec le VIH. Par exemple, les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'être informées suffisamment à l'avance avant la tenue de réunions pour trouver le temps de participer – en particulier parce que

de nombreux avocats vivant avec le VIH travaillent comme bénévoles – et pour consulter leurs pairs sur les questions sur lesquelles des décisions devront être prises. Le fait que les personnes vivant avec le VIH qui assistent aux réunions de prise de décisions soient souvent des bénévoles travaillant au milieu de travailleurs rémunérés doit aussi être pris en compte lorsqu'on leur demande un travail de suivi.

Plutôt que de constamment faire appel à quelques personnes séropositives de haut profil, d'un niveau scolaire élevé, la capacité globale des réseaux de personnes vivant avec le VIH devrait être renforcée. Les groupes de plaidoyer devraient étendre les opportunités pour la rémunération du travail des personnes vivant avec le VIH. **Il est important d'encourager, de former et de rémunérer les personnes séropositives comme éducateurs, conseillers, chercheurs, concepteurs de programmes et formulateurs de politiques.**

Le fait d'employer les personnes vivant avec le VIH dans ces rôles permet de leur offrir des moyens de subsistance durables et contribue par la même occasion à une riposte au VIH plus réussie.

Les avocats qui travaillent sur les programmes de VIH peuvent consulter le Code de bonnes pratiques des ONG⁶⁶, qui présente les principes de bonnes pratiques, notamment la participation significative des personnes vivant avec le VIH. Le Code inclut des outils d'auto-évaluation, dont un pour le plaidoyer, pour aider les organisations à évaluer jusqu'à quel point ils appliquent les principes du Code. Les réseaux et les organisations de personnes vivant avec le VIH ont aidé à créer et à perfectionner le Code et les outils d'auto-évaluation.

Assurer l'éducation et la formation

Les politiques qui soutiennent la participation des personnes séropositives peuvent aussi veiller à ce que les personnes qui représentent la communauté aient les compétences pour le faire. Avant toute chose, les personnes diagnostiquées séropositives ont besoin d'éducation sur leurs droits humains, notamment ceux relatifs à la santé sexuelle et reproductive. La



plupart des personnes diagnostiquées séropositives acceptent volontairement et volontiers la responsabilité de ne pas infecter les autres, mais nombreux sont ceux qui ne savent pas qu'ils ont le droit d'être traités avec dignité et respect en retour.

Les femmes et les hommes vivant avec le VIH ont besoin de formation pour pouvoir avoir une implication et une participation significatives dans tous les organes décisionnels relatifs à leur vie tels que les organes des Nations Unies, les comités du Fonds mondial, les commissions nationales de lutte contre le SIDA, les ONG, les ministères de la santé ou les cellules d'élaboration des programmes d'éducation. Ils ont besoin de temps et de ressources pour pouvoir partager les expériences à l'intérieur et au-delà de leurs réseaux et documenter les prises de décisions clés aux niveaux local, national, régional et international. Il se peut qu'ils aient besoin d'encadrement par des ONG locales et internationales sur ce qu'ils doivent attendre et la meilleure manière d'y répondre.

Les ONG locales et internationales compréhensives peuvent offrir des occasions de renforcement de capacités, en particulier en termes d'estime de soi, d'assurance, de négociation et de droits humains ainsi que des informations de base dans le domaine de la santé. Les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les donateurs internationaux peuvent également œuvrer ensemble à renforcer les capacités de plaidoyer des personnes vivant avec le VIH. Les femmes vivant avec le VIH, en particulier, sont sous-représentées et manquent souvent de confiance et d'expérience dans le secteur du VIH. Les jeunes femmes vivant avec le VIH qui sont intéressées et motivées à s'impliquer dans le plaidoyer devraient être encouragées et encadrées. Parce que les modules de formation existants tendent à se focaliser sur les femmes et les filles, d'autres modules pour les hommes vivant avec le VIH et d'autres populations vulnérables devraient être élaborés. Le soutien des ONG internationales pour les ateliers de formation intensive sur les droits de santé sexuelle et reproductive de tous les groupes de populations séropositives est un bon investissement.

ICW a organisé des ateliers de santé sexuelle et reproductive avec les femmes séropositives dans de nombreux pays du monde. Par exemple, ICW et l'Association Responsabilité, Espoir Vie et Solidarité basée au Burkina Faso ont organisé un atelier sur « Voix et choix » en 2003 pour les femmes séropositives d'Afrique francophone, axé sur les droits et

expériences des femmes vivant avec le VIH dans le domaine de la sexualité et de la reproduction. ICW a également accordé une attention particulière aux besoins des jeunes femmes à travers « Young Women's Dialogues » où des femmes de Namibie, d'Afrique du Sud et du Swaziland se sont réunies pour élaborer des agendas de plaidoyer liés à la santé sexuelle et reproductive, à l'accès aux soins, au traitement et au soutien et à la participation significative des jeunes femmes séropositives aux décisions qui affectent leurs vies.

Recueillir des preuves dans le domaine de la politique
Le plus grand allié du plaidoyer, ce sont les preuves. Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de développer des manières plus efficaces de partager, analyser et utiliser les informations. Un faisceau de preuves respectable peut étayer des arguments de plaidoyer et permettre aux groupes de personnes vivant avec le VIH de contrer les arguments des décideurs qui essaient de justifier de mauvaises politiques comme les protocoles agressifs de dépistage du VIH du type « opt-out » ou la circoncision masculine systématique. Des mécanismes plus efficaces et responsables sont nécessaires pour porter les diverses voix des personnes vivant avec le VIH du niveau communautaire aux niveaux national, régional et international sans créer un fardeau supplémentaire en termes de rapports. Ceci peut se faire en **établissant des liens avec des institutions de recherche bien établies pour inscrire les questions qui sont importantes pour les personnes vivant avec le VIH sur l'agenda de ces institutions et en renforçant les réseaux des personnes vivant avec le VIH au niveau local afin qu'elles puissent systématiquement collecter les données.**

Il existe déjà de bons exemples de recherche qui sont efficacement utilisés dans le plaidoyer et dans l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive parmi les personnes vivant avec le VIH. Par exemple, en 2001, ICW a initié un programme de recherche participative mettant l'accent sur l'expérience des femmes en termes de vivre avec le VIH en Thaïlande et au Zimbabwe. Plus récemment, EngenderHealth, l'UNFPA et ICW se sont inspirés d'une recherche qualitative menée parmi les femmes vivant avec le VIH au Brésil, en Ethiopie et en Ukraine pour élaborer un manuel de formation sur la santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles⁶⁷.

GNP+, ICW, IPPF et l'ONUSIDA ont élaboré l'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH afin de mesurer les niveaux de stigmatisation et de discrimination

liés au SIDA rencontrés par les personnes vivant avec le VIH⁶⁸. L'outil peut être utilisé dans une variété de d'environnements afin de mieux documenter les expériences des personnes vivant avec le VIH et, avec cette information, développer un plaidoyer ciblé pour les programmes et les actions permettant d'aider à réduire la stigmatisation liée au VIH dans les communautés et les secteurs spécifiques. Un grand nombre des questions de l'enquête sont, de manière générale, pertinentes pour la santé sexuelle et reproductive et un certain nombre d'entre elles cherchent à identifier le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont été affectées par des violations des droits humains dans les milieux de soins de santé (exemple, le dépistage du VIH sans consentement, la divulgation de renseignements confidentiels, la stérilisation forcée, le conseil de ne pas avoir d'enfants à cause du statut sérologique).

Dans le premier projet de documentation de la nature et de l'étendue de la discrimination liée au SIDA, le réseau des personnes vivant avec le VIH d'Asie-Pacifique a collecté des données auprès de plus de 760 personnes vivant avec le VIH en Inde, en Indonésie, aux Philippines et en Thaïlande⁶⁹. Ils ont trouvé que la plupart des personnes diagnostiquées séropositives sont confrontées à la discrimination, en particulier dans le secteur de la santé. La discrimination venant de la communauté visait surtout les femmes vivant avec le VIH. Par ailleurs, l'étude a démontré que les personnes qui sont forcées à faire le dépistage rencontrent considérablement plus de discrimination que les personnes qui choisissent volontairement de faire le test.

GNP+ élabore actuellement le programme *Human Rights Count!*, qui documentera les violations des droits humains vécues par les personnes vivant avec le VIH et leurs défenseurs. Les violations signalées par les personnes vivant avec le VIH seront compilées dans une base de données en ligne et analysées par des experts des droits humains aux fins de validation et de suivi.

Les résultats des programmes de recherche sont utilisés dans les efforts de plaidoyer au niveau international, pour faire de la sensibilisation sur les violations des droits humains des personnes vivant avec le VIH. Mais il reste encore beaucoup à faire pour utiliser ces résultats en vue de plaider pour des programmes spécifiques aux niveaux national et communautaire afin de prévenir de telles violations et apporter une réparation là où elles se produisent. En outre, le

processus qui consiste à former les personnes séropositives à collecter les données devrait être élargi dans le cadre des efforts pour accroître la « compréhension des droits humains » et soutenir les personnes pour la réalisation de leurs droits. A ce jour, de nombreuses personnes VIH/SIDA qui ont commencé à faire de la recherche au niveau communautaire ont continué et sont maintenant activement impliqués dans les efforts nationaux de plaidoyer. Les efforts futurs de recherche devraient continuer à inclure les personnes vivant avec le VIH comme participants actifs⁷⁰.

Procéder au suivi et évaluation

Les avocats peuvent également faire davantage pour s'assurer que les politiques et les programmes, une fois mis en place, sont effectivement mis en œuvre et qu'ils fonctionnent comme prévu. De nombreux groupes ont élaboré des outils et des cadres utiles pour le suivi et évaluation.

Par exemple, les femmes séropositives du Lesotho et du Swaziland ont conçu un outil permettant le suivi de l'accès aux soins, au traitement et au soutien, aux droits de santé sexuelle et reproductive ainsi que le suivi de la violence envers les femmes. L'outil offre un cadre utile pour réunir divers groupes, aider les prestataires de services et les autorités publiques à réfléchir de manière critique sur l'impact de leurs actions sur les femmes séropositives et à réduire l'isolement auquel sont confrontées les femmes vivant avec le VIH.

Dans un autre projet, Ipas et ICW ont aidé à élaborer un outil de suivi pour l'examen des éléments de référence liés à trois des OMD se rapportant à la santé reproductive de la femme. L'outil a été testé et perfectionné en Argentine, au Botswana, au Kenya, au Lesotho, au Mexique, en Namibie, au Nigeria, au Pérou, en Pologne, en Afrique du Sud et au Swaziland.⁷¹

Les traités internationaux sur les droits humains tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention relative aux droits de l'enfant, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels peuvent également être utilisés comme outils de plaidoyer. Les gouvernements qui ratifient ces traités prennent l'engagement de refléter les dispositions du traité dans les lois de leurs pays. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas et même quand c'est, l'application de la loi laisse souvent à désirer.

Les personnes vivant avec le VIH peuvent œuvrer avec les ONG internationales et nationales des droits humains pour plaider afin que les gouvernements reconnaissent et légalisent les relations entre personnes du même sexe entre adultes consentants, le commerce du sexe et les programmes de réduction du risque dans le cadre de leurs efforts pour appuyer une riposte au VIH réussie et pour protéger les droits humains.

Dans la mesure où des lois et des politiques favorables existent déjà, les avocats doivent assurer le suivi de leur mise en œuvre.

Au niveau international, la société civile peut présenter des « rapports alternatifs » sur les droits sexuels et de reproduction des personnes vivant avec le VIH aux comités qui assurent le suivi des traités des droits humains⁷². Ces comités examinent des rapports périodiques présentés par les gouvernements sur leur degré de conformité à leurs engagements sur les droits humains et produisent des recommandations publiques aux gouvernements à partir de leur évaluation, recommandations qui sont souvent rapportées par les médias nationaux. Le système des rapports alternatifs permet aux avocats et aux citoyens de fournir des informations supplémentaires dont peuvent se servir les comités pour l'élaboration de leurs recommandations. Les recommandations des comités peuvent également être utilisées dans les efforts de plaidoyer, en exhortant les gouvernements à prendre des mesures pour leur mise en œuvre⁷³.

Dans certains cas, des pays n'ont pas encore ratifié des traités qui ont des implications importantes pour la santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Par exemple, relativement peu de pays ont ratifié la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et les membres de leurs familles. En participant à des campagnes pour la ratification du traité, les personnes vivant avec le VIH invitent leurs gouvernements à accepter les normes qui se trouvent dans le traité et à changer les lois, les politiques et les programmes pour être en conformité avec le traité. Entre autres choses, le comité responsable du suivi de la mise en œuvre du traité a invité les pays à supprimer le dépistage obligatoire du VIH des travailleurs migrants et à mettre fin aux restrictions à l'entrée des pays, qui se fondent sur le statut sérologique.

Les évaluations annuelles des progrès accomplis dans le cadre de la Déclaration d'engagement du VIH/SIDA (« Déclaration UNGASS ») offrent la possibilité de procéder au suivi des

ripostes au VIH et d'entreprendre le plaidoyer. La société civile peut participer aux efforts d'élaboration du rapport national officiel soumis aux Nations Unies ou peut élaborer un rapport alternatif indépendant qui indique les questions prioritaires qui pourraient ne pas avoir été traitées en détail dans le rapport principal.

Renforcer les réseaux et les alliances

Les ONG internationales ont les ressources et les compétences institutionnelles nécessaires pour permettre d'assurer le développement continu de réseaux et de groupes d'entraide des personnes vivant avec le VIH. Les avocats et les alliés peuvent offrir une orientation aux organisations de personnes vivant avec le VIH sur la manière d'entreprendre un développement organisationnel solide et d'assurer la bonne gouvernance. Ils peuvent aider à former les représentants qui pourront assurer une bonne liaison avec les autorités gouvernementales et encadrer les individus séropositifs pour assumer leurs rôles dans les secteurs de la santé et les secteurs communautaires, entre autres.

Les réseaux existants, solides, de personnes vivant avec le VIH peuvent aussi jouer ce rôle auprès de groupes dans d'autres domaines. Par exemple, lorsque Igat Hope, l'organisation nationale des personnes vivant avec le VIH de la Papouasie-Nouvelle-Guinée a été créée, les membres n'avaient aucune expérience du fonctionnement d'un réseau et n'étaient pas représentés dans les comités nationaux. L'Association nationale australienne des personnes vivant avec le VIH (NAPWA) a reconnu le besoin de renforcer les compétences de leurs pairs voisins. La NAPWA a obtenu les fonds pour permettre à deux représentants de visiter Igat Hope et assurer une formation en développement organisationnel à plusieurs reprises sur une période de deux ans. Igat Hope est désormais doté d'un conseil d'administration totalement opérationnel, d'une forte structure de gouvernance, d'un coordinateur rémunéré à plein-temps et est de plus en plus invité à s'impliquer dans les décisions de politiques liées au VIH. Davantage de relations de ce type doivent être développées et entretenues.

Des liens plus forts sont également requis entre les ripostes locales, nationales, régionales et internationales au VIH et entre les organisations de personnes vivant avec le VIH, les professionnels de la santé, les gouvernements et les médias. En outre, les activistes de la lutte contre le VIH peuvent faire d'importantes contributions à l'agenda de plaidoyer général

sur la santé sexuelle et reproductive à travers un partenariat avec d'autres groupes. Il s'agit notamment de réseaux de réduction du risque, d'organisations des droits de la femme, de groupes de jeunes, de structures relatives aux droits humains et d'organisations représentant les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres, les migrants, les prisonniers, les réfugiés et les minorités ethniques. Les avocats peuvent aussi se montrer plus proactifs en s'impliquant dans les départements locaux de la santé et de l'éducation, les organisations de migrants et les syndicats. Des partenariats stratégiques peuvent aider à renforcer les efforts de plaidoyer des réseaux de personnes vivant avec le VIH. Les personnes vivant avec le VIH doivent connaître clairement leur propre agenda afin de ne pas être phagocytées dans l'agenda des autres organisations. Néanmoins, elles devraient aussi être disposées à traiter des problèmes d'intérêt pour le travail des partenaires de leur coalition.

III. Autonomisation et santé grâce à un plaidoyer plus efficace

Les réseaux de personnes vivant avec le VIH ainsi que leurs partenaires et leurs alliés seront au premier rang pour faire pression pour des politiques et des programmes prenant en compte le fait que la plupart des personnes séropositives sont sexuellement actives et ont besoin de soins de santé sexuelle et reproductive. Un diagnostic du VIH n'enlève pas à une personne le droit d'avoir des rapports sexuels ou d'avoir des enfants. Cela signifie que les personnes peuvent avoir besoin d'informations et de services supplémentaires ou différents pour protéger leur santé sexuelle et reproductive ainsi que celle de leurs partenaires sexuels.

Les personnes vivant avec le VIH doivent surmonter un grand nombre de barrières économiques, sociales, culturelles et politiques pour plaider avec efficacité pour leurs besoins et leurs droits. Les organisations de plaidoyer doivent œuvrer à réduire ces barrières. Il est important de continuer à renforcer la capacité des réseaux de personnes vivant avec le VIH afin que leurs voix puissent éclairer les politiques et les programmes. Il s'agit notamment de compétences de développement organisationnel et de plaidoyer, en général, ainsi que d'informations et d'une formation spécifiques liées à la santé sexuelle et reproductive et aux droits humains.

Les efforts de plaidoyer devraient mettre l'accent sur les questions prioritaires et réclamer des politiques et des services spécifiques, notamment les services d'éducation sexuelle, de dépistage et de conseil du VIH, de contraception, d'avortement à moindre risque, de grossesse et d'accouchement, le conseil sur l'alimentation au sein et les autres options d'alimentation ainsi que les programmes de lutte contre la pauvreté et la violence. A tout moment, les avocats doivent mettre l'accent sur la participation significative des personnes vivant avec le VIH – notamment les femmes et les membres des groupes marginalisés – à la conception, la mise en œuvre et au suivi des lois et des programmes. Enfin, en réponse à l'appel des personnes les plus affectées, les décideurs pourront répondre en proposant des services efficaces de santé sexuelle et reproductive. Et le fait de prendre les devants dans la définition et l'évaluation des politiques et des pratiques permettra de s'assurer que les personnes vivant avec le VIH sont conscientes de leurs droits et autonomisées pour agir lorsque ces droits sont violés ou non réalisés.

RASSEMBLER LES MORCEAUX : DES PARLEMENTAIRES POUR LA SANTÉ DE LA FEMME

Le projet « Des parlementaires pour la santé de la femme » est conçu pour aider les formulateurs de politiques du Botswana, de la Namibie, du Kenya et de la Tanzanie à mieux comprendre les défis de santé auxquels les femmes, en particulier les femmes séropositives, sont confrontées⁷⁴. C'est un partenariat entre ICW, Centre for the Study of AIDS (Université de Pretoria), le Centre international de recherche sur les femmes et Realizing Rights: the Ethical Globalisation Initiative. Ce projet, notamment à cause de la manière dont a été déployé en Namibie, sert de modèle sur la manière dont un travail de plaidoyer efficace peut faire progresser les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.

En Namibie, le projet a commencé par la collecte des preuves. Les femmes vivant avec le VIH ont mené, elles-mêmes, la recherche en deux étapes. Tout d'abord, les groupes de femmes séropositives dans quatre lieux différents ont œuvré à cartographier leurs expériences relatives à l'obtention des soins de santé. Elles ont identifié les facteurs qui rendent difficile pour les femmes de maintenir une bonne santé, notamment la pauvreté, la faim, la stigmatisation liée au VIH, le manque de pouvoir de décision dans les ménages et les produits et équipements insuffisants en matière de santé. Ensuite, ICW a effectué trois évaluations communautaires régionales incluant des visites de sites dans les établissements de soins de santé et des ateliers avec les femmes, les leaders des communautés et les agents de santé. Ces évaluations ont renforcé les conclusions de l'exercice de cartographie et ont ajouté de nouvelles dimensions par l'examen des attitudes et des priorités des agents de santé ainsi que les infrastructures de santé réelles disponibles.

Les résultats de cette recherche ont été partagés avec les parlementaires et les professionnels de la santé à une réunion organisée sous forme de table-ronde. Lors de la réunion, le Secrétaire d'Etat aux affaires familiales a décrit de manière plus générale comment les disparités entre les sexes, la pauvreté, l'exclusion sociale, le chômage et les mauvaises conditions de logement minent la santé des femmes. Sa présentation a souligné l'étendue nationale des problèmes identifiés et a démontré que le gouvernement recherche sérieusement des solutions. Les participants à la table-ronde ont recommandé d'attaquer les problèmes dans plusieurs directions, notamment par une campagne nationale de sensibilisation sur le VIH et la santé sexuelle et reproductive incluant les personnes vivant avec le VIH, un dialogue plus ferme sur les questions de genre entre les parlementaires et les ministères, axées sur le bien-être des femmes et des enfants et le logement, le soutien et les services juridiques pour les femmes et les enfants victimes d'abus.

Suite à la table-ronde, le projet a entrepris la formation d'un petit groupe de femmes parlementaires et des jeunes femmes séropositives du Namibia Women's Health Network (NWHN) sur les droits de santé sexuelle et reproductive. Ces femmes, à leur tour, ont commencé à en former d'autres, ce qui a fini par propager l'information aux femmes à travers toute la Namibie. Outre cela, les organisateurs se sont associés avec l'Institut de la démocratie de la Namibie et le Centre d'assistance juridique pour aider les femmes séropositives à comprendre leurs droits légaux et à renforcer leurs compétences en plaidoyer. Lorsque les femmes sont éduquées et formées, elles s'impliquent aussi dans le suivi de la prestation de services et dans la discussion avec les membres des communautés afin de présenter des questions importantes aux décideurs.

Après avoir participé à la recherche et à la formation, un groupe de ces femmes a directement approché le Ministère de la santé pour demander un meilleur accès aux services de prévention du cancer comme les tests Pap et les examens des seins. Au final, le Ministère a commencé à collaborer avec l'Association privée de lutte contre le cancer pour étendre l'accès aux informations et aux soins du cancer. Les participantes ont également entrepris d'attirer l'attention sur la stérilisation forcée des femmes vivant avec le VIH et ont rassemblé des preuves en appui aux efforts de légalisation de l'avortement sans risque.

Par ailleurs, les parlementaires et le Ministère de la santé et des services sociaux ont demandé au NWHN de coordonner une évaluation de l'avant-projet de la Politique nationale de lutte contre le SIDA par les organisations de la société civile, en particulier les groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le document final reflète les changements apportés par ce groupe et le NWHN participe désormais au Comité du Fonds mondial au sein du Ministère de la santé et des services sociaux de la Namibie.

Le projet « Parlementaires pour la santé de la femme » veille à ce que les femmes séropositives soient impliquées de manière significative dans la prise de décisions, notamment les politiques nationales qui ont un impact sur leur vie. Il a identifié et traité certaines des difficultés majeures à un plaidoyer efficace autour de la santé sexuelle et reproductive, notamment la stigmatisation et la discrimination, les attitudes patriarcales et la pauvreté. Il utilise l'éducation et la formation, la recherche relative à la politique et les alliances avec les prestataires de santé, les gouvernements et les ONG pour bâtir un mouvement de plaidoyer éclairé et autonomisé. Des efforts comme ceux-ci promettent d'améliorer les politiques, les programmes et l'action pour les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH.



ANNEXES

ANNEXE 1

AUTRES INFORMATIONS ET OUTILS UTILES

Informations générales sur les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH

Ce Guide d'orientation se fonde sur un ensemble de documents de référence plus vaste élaboré par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le SIDA (ICW), Young Positives, EngenderHealth, la Fédération internationale de la planification familiale (IPPF), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) :

Hawkins, K. (2007). *Creating a supportive health system to ensure the sexual and reproductive health of people living with HIV: A guide.* (non publié).

Doupe, A. (2007). *Creating a supportive and enabling environment for the sexual and reproductive health of people living with HIV: Legal and policy considerations with recommendations.* (non publié).

Paxton, S. (2007). *Advocacy relating to the sexual and reproductive health and rights of people living with HIV.* (non publié).

Global consultation on the sexual and reproductive health and rights of people living with HIV: Consultation report. (2007). Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et Young Positives. www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,268/Itemid,53

Reproductive Health Matters. (2007). 15(29, Suppl.). www.who.int/reproductive-health/hiv/docs.html

- Six des documents de référence préparés pour la Consultation d'Addis-Abeba sur les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH ont été publiés dans ce supplément.

Global consultation on the rights of people living with HIV to sexual and reproductive health: Meeting report. (2006). Addis Ababa, UNFPA, OMS et EngenderHealth. www.who.int/reproductive-health/hiv/final_global_consultation.pdf

Fact sheet: Sexual and reproductive health and rights. (2006). Londres, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA et la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA. www.icw.org/files/SRHR-ICW%20fact%20sheet-06.doc

Meeting the sexual and reproductive health needs of people living with HIV. (2006). New York et Genève, Institut Guttmacher et ONUSIDA. www.guttmacher.org/pubs/IB_HIV.html

- Cette note de politique présente certains des besoins spécifiques en santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH ainsi que les défis et les avantages liés à la satisfaction de ces besoins.

Sexual and reproductive health and HIV/AIDS – A framework for priority linkages. (2005). Londres, New York et Genève, IPPF, UNFPA, ONUSIDA et OMS. www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf

- Un bref document qui propose des actions de politiques et de programmes pour renforcer les liens entre les programmes de santé sexuelle et reproductive et les programmes de VIH/SIDA. Egalement disponible en français et en espagnol.

Questions et groupes spécifiques de personnes vivant avec le VIH

Women and girls living with HIV/AIDS: Overview and annotated Bibliography. (2007). Brighton, BRIDGE et la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA. www.siyanda.org/Static/esplen_women_hiv.htm

Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists. (2006). Seattle, PATH, OMS et UNFPA. www.who.int/reproductive-health/publications/essential_medicines/emls_guidingprinciples.pdf

- Les directeurs de programmes de santé reproductive, les comités nationaux chargés des médicaments essentiels et tous ceux qui sont responsables de la sélection, de l'achat et de la garantie de la qualité des médicaments de santé reproductive peuvent utiliser ce Guide pour mieux comprendre le processus d'élaboration des listes de médicaments essentiels et comment y incorporer les médicaments clés de la santé reproductive.

HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: A framework for an effective national response. (2006). New York, Nations Unies, OMS et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_HIV-AIDS_prisons_en.pdf

- Ce document présente un ensemble de principes et d'actions concrètes visant à s'assurer que les prisonniers ont accès aux mêmes services de prévention, de soins, de traitement et de soutien pour le VIH/SIDA que ceux qui sont mis à la

disposition des populations en dehors de la prison, à prévenir la propagation du VIH et autres infections et à promouvoir une approche intégrée des soins de santé dans les prisons afin de gérer des problèmes de santé publique plus vastes.

Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS – Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. (2006). Genève, OMS et UNFPA. www.who.int/reproductive-health/docs/srhwomen_hivaids/text.pdf

- Ce document traite des besoins spécifiques des femmes vivant avec le VIH/SIDA en matière de santé sexuelle et reproductive. Il inclut des recommandations pour le conseil, la thérapie antirétrovirale, les soins et d'autres interventions.

The Yogyakarta Principles: Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. (2006). Yogyakarta, Commission internationale de juristes et Service international pour les droits de l'homme. www.yogyakartaprinciples.org/docs/File/Yogyakarta_Principles_EN.pdf

- Sur la base des accords internationaux relatifs aux droits humains, ces Principes appliquent les normes existantes de droits humains aux questions d'orientation sexuelle et d'identité sexuelle, notamment les questions relatives aux exécutions sommaires, à la violence et la torture, à l'accès à la justice, à la vie privée, à la non-discrimination, aux droits de liberté d'expression et de réunion, à l'emploi, à la santé, à l'éducation, à l'immigration et aux réfugiés et à la participation du public.

Challenging, changing and mobilizing: A guide to people living with HIV involvement in Country Coordinating Mechanisms. (2005). Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH. www.gnpplus.net/cms-downloads/files/handbook-EN.pdf

- Un guide pratique pour les personnes vivant avec le VIH qui souhaitent s'impliquer davantage dans le travail de leur pays avec le Fonds mondial.

How to develop and implement a national drug policy – 2nd edition. (2001). Genève, OMS. www.who.int/medicines/areas/policy/en

- Ces directives actualisées mettent l'accent sur les problèmes actuels et les nouveaux défis dans le processus de politique nationale de lutte contre la drogue. Chaque chapitre présente les stratégies et les approches concrètes qui peuvent être utilisées pour améliorer la situation.

Manuels et outils de formation

Sexual and reproductive health for HIV-Positive women and adolescent girls: A manual for trainers and programme managers. (2006). New York, EngenderHealth et la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le SIDA. www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/SRH_for_HIV_Positive_Women_English.pdf

- Ce manuel fournit des informations et une structure pour une formation de quatre jours et un atelier de formation de deux jours. Disponible également en français, en portugais, en russe et en espagnol.

Reproductive choices and family planning for people living with HIV. (2006). Genève, OMS. www.who.int/reproductive-health/publications/fphiv_flipchart/index.htm

- Cet outil est conçu pour aider les agents de santé à conseiller les personnes vivant avec le VIH sur les choix sexuels et de reproduction et la planification familiale. Il peut aussi aider les personnes vivant avec le VIH à prendre et à mener à bien des décisions éclairées, saines et appropriées concernant leur vie sexuelle et reproductive.

Reducing stigma and discrimination related to HIV and AIDS: Training for health care workers. (2004). New York, EngenderHealth. www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/stigma/index.html#stigma

- Cet outil traite des causes profondes de la stigmatisation et de la discrimination, des attitudes des prestataires de santé par rapport au VIH et au SIDA, des droits des clients de bénéficier de services de soins de santé et des bonnes techniques de prévention de l'infection pour aider à réduire le risque de l'exposition professionnelle au VIH. Le manuel du formateur et le guide des participants sont disponibles en anglais et en français.

Outils de suivi et plaidoyer

Positive women monitoring change: A monitoring tool on access to care, treatment and support sexual and reproductive health and rights and violence against women created by and for HIV positive women. (2006, updated). Londres, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le SIDA. www.icw.org/files/monitoringchangetool-designed.doc

- Un outil que les femmes séropositives peuvent utiliser pour assurer le suivi des engagements du gouvernement envers les droits des femmes séropositives. L'ensemble inclut également

des ressources d'appui sur la santé sexuelle et reproductive, l'accès au traitement, aux soins et au soutien et la violence contre les femmes.

Fulfilling reproductive rights for women affected by HIV/AIDS. A tool for monitoring progress toward three Millennium Development Goals. (2006). Chapel Hill, NC, Ipas. www.ipas.org/Publications/asset_upload_file245_2897.pdf

- Cet outil propose des questions que les organisations qui s'occupent de femmes vivant avec le VIH peuvent utiliser pour évaluer les domaines essentiels de soins et de plaidoyer, notamment la fourniture de médicaments antirétroviraux, les informations sur les accord internationaux relatifs aux droits des personnes vivant avec le VIH et l'inclusion générale des personnes vivant avec le VIH dans l'élaboration et l'évaluation des programmes.

Code of good practice for NGOs responding to HIV/AIDS. www.hivcode.org

- Ce site Web inclut des listes de vérification de l'auto-évaluation que les ONG peuvent utiliser pour mesurer leurs progrès dans l'intégration du VIH, la garantie de la participation significative des personnes vivant avec le VIH, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et l'appui au conseil et dépistage volontaires.

Déclarations et traités internationaux sur les droits humains

Déclaration universelle des droits de l'homme. (1948). Paris, Assemblée générale des Nations Unies. www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale. (1965). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 1969. www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm

Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. (1979). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entry into force: 1979. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. (1984). New York., Assemblée générale

des Nations Unies. Entrée en vigueur : 1987. www2.ohchr.org/english/law/cat.htm

Convention relative aux droits de l'enfant. (1989). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entry into force: 1990. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Pacte international relatif aux droits civils et politiques. (1966). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 1976. www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. (1966). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entry into force: 1976. www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm

Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille. (1990). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 2003. www.unhchr.ch/html/menu3/b/m_mwctoc.htm

Convention sur les droits des personnes handicapées. (2006). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 2008. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. (2001). New York, Assemblée générale des Nations Unies. www2.ohchr.org/english/law/hiv.htm

Déclaration politique sur le VIH/SIDA. (2006). New York, Assemblée générale des Nations Unies. data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf

ANNEXE 2

LISTE DES RECOMMANDATIONS

CONSULTATION MONDIALE SUR LES DROITS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (DSSR) DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (PVVIH), DÉCEMBRE 2007

Préambule

Reconnaissant la nécessité d'avoir des systèmes de santé (SS) holistiques, flexibles, créatifs et globaux capables d'inclure, d'atteindre et de répondre aux différents besoins et droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH, nous devons porter notre attention sur :

- La fourniture d'un continuum global de services de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les personnes vivant avec le VIH, depuis la naissance (en particulier pour les personnes nées avec le VIH) jusqu'à l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse.
- La fourniture de services de soins globaux et de produits pour les jeunes et les vieux, les transgendéristes, les hommes et les femmes séropositifs (exemple, les soins du cancer, les services pour les infections sexuellement transmissibles (IST), la prévention de la transmission du parent à l'enfant (PTPE), la contraception et le soutien psychosocial).
- La fourniture de services globaux pour les femmes vivant avec le VIH, au-delà de la prévention de la transmission verticale du VIH, notamment les programmes de traitement et de soutien axés sur la santé de la femme.
- L'offre de l'accès aux services globaux post-agression sexuelle, notamment la gestion des IST, la contraception d'urgence et le soutien psychologique.
- L'offre de l'accès aux produits de SSR, notamment les lubrifiants, les préservatifs masculins et féminins et les microbicides rectaux et vaginaux – quand et si ceux-ci deviennent disponibles.

- L'élaboration de directives pour les agents de soins de santé afin d'inclure les hommes dans la conception, la PTPE et les services de planification familiale.
- La fourniture de services aux jeunes prisonniers, en particulier ceux en centres de détention pour mineurs et aux prisonniers adultes de sexe masculin, de sexe féminin et transgendéristes (notamment autochtones).
- La fourniture de services de réduction des risques incluant les besoins spécifiques des personnes transgendéristes séropositives (exemple les injections d'hormones, l'opération pour un changement de sexe et la castration).
- La fourniture de services de réduction des risques incluant les besoins spécifiques des consommatrices de drogues injectables séropositives en veillant notamment à ce que les consommatrices d'opioïdes injectables enceintes séropositives continuent à bénéficier d'une thérapie de substitution, avant, pendant et après l'accouchement.
- L'implication des personnes vivant avec le VIH dans l'éducation des prestataires de soins de santé.
- L'implication des personnes vivant avec le VIH, en particulier les femmes séropositives, dans les processus décisionnels sur la SSR à tous les niveaux.
- La garantie que les personnes vivant avec le VIH participent à la formulation de politiques (en particulier là où il n'en existe pas) et à leur mise en œuvre, leur suivi et évaluation. Il s'agit notamment des populations clés, c'est-à-dire les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(e)s du sexe, les transgendéristes, les populations autochtones, les populations carcérales, les personnes handicapées et les jeunes.

Participation et Inclusion

1. Conformément au Principe de participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA),
 - Impliquer les personnes séropositives, notamment les populations clés dans le choix, la conception, la mise en œuvre, le suivi et évaluation des politiques et programmes liés à la SSR ainsi que l'affectation des ressources.
 - Fournir les fonds pour les services de DSSR des personnes vivant avec le VIH uniquement aux organisations capables de démontrer que leurs organes décisionnels sont composés de 25 % de personnes vivant avec le VIH formées et capables (ces critères de financement

concernent les organismes bilatéraux, multilatéraux, privés, publics ainsi que les fondations, etc.)

2. Les personnes transgendéristes doivent être reconnues en tant que tel et ne doivent pas être sous-classées parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les lesbiennes, les homos, les bisexuels et les transgendéristes (LHBT), etc.
3. Les réseaux mondiaux de personnes vivant avec le VIH doivent inclure de manière significative les personnes transgendéristes dans les processus consultatifs.
4. Les hommes doivent être impliqués davantage dans la réduction et l'élimination de la violence basée sur le genre (VBG) contre les femmes, les transgendéristes et les hommes dans le cadre de campagnes menées par les communautés sur la réduction de la VBG.

Mise en œuvre

5. Les organisations de SSR doivent veiller à l'implication des personnes vivant avec le VIH dans les politiques et les programmes tout en veillant à l'appui financier approprié pour leur implication.
6. Les personnes transgendéristes doivent être impliquées dans le choix, la conception, la mise en œuvre, le suivi et évaluation des politiques et des programmes de SSR.
7. Les hommes doivent être plus impliqués dans les programmes et les campagnes à tous les niveaux en vue de réduire et d'éliminer la violence basée sur le genre (VBG) contre les femmes, les transgendéristes et les autres hommes.

Accès

8. Un continuum global de soins depuis la naissance, l'enfance, jusqu'à l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse (notamment pour les personnes nées avec le VIH).
9. Des directives pour les agents de soins de santé en vue d'impliquer les hommes dans les services de conception, la PTPE et la planification familiale.
10. SRH services and commodities, including lubricants, and male and female condoms. Les services et les produits de SSR, notamment les lubrifiants et les préservatifs masculins et féminins.
11. Des services de soins globaux et des produits pour les transgendéristes séropositifs (exemple, les soins du cancer, les services d'IST, la PTPE, la contraception, le soutien psychosocial).
12. Des services globaux au-delà de la prévention de la transmission verticale pour les femmes vivant avec le VIH,

notamment des programmes de traitement, de soins et soutien axés sur la santé de la femme.

13. Des services amis des femmes, accessibles et globaux. Les consommatrices d'opioïdes injectables, enceintes, séropositives, devraient continuer à bénéficier d'une thérapie de substitution, avant, pendant et après l'accouchement.
14. Des services globaux post-agression sexuelle, notamment la prise en charge des IST, la contraception d'urgence et la prise en charge psychologique.
15. Des services pour les jeunes prisonniers, en particulier ceux en centres de détention pour mineurs.
16. Les services de réduction des risques doivent inclure les besoins spécifiques des transgendéristes séropositifs (exemple, les injections hormonales, l'opération pour le changement de sexe et la castration).

Formation

17. Les programmes de formation des nouveaux et anciens agents de soins de santé doivent répondre aux besoins de SSR des personnes vivant avec le VIH (notamment les transgendéristes, les jeunes et les adultes), y compris la sensibilisation et le soutien à la SSR des personnes vivant avec le VIH.
18. Former les jeunes séropositifs au plaidoyer.
19. Inclure les troubles sexuels des personnes vivant avec le VIH, celles qui sont sous traitement et celles qui ne le sont pas, dans les programmes de formation.

Questions juridiques

Un soutien ferme des partenaires (les Nations Unies, les gouvernements et la société civile) est nécessaire (déclarations de position, notes de politique, documents d'orientation technique, financement pour le plaidoyer des DSSR, lobbying auprès des gouvernements nationaux) pour l'abrogation des lois qui criminalisent les personnes séropositives et les empêchent de jouir pleinement de leurs DSSR. Le travail dans ce domaine devrait inclure les éléments suivants :

20. Un soutien ferme des partenaires (les agences des Nations Unies, les gouvernements et la société civile) en vue de s'opposer et de faire pression pour l'abrogation des lois qui criminalisent les droits des personnes séropositives à jouir pleinement de leur SSR.
21. L'équité dans les lois d'adoption et de garde des enfants pour les parents séropositifs.

22. La suppression des lois qui contreviennent au droit au mariage et des barrières à la fondation d'une famille.

Suivi et évaluation

23. Le suivi et évaluation doit être soutenu afin que les personnes vivant avec le VIH puissent documenter et signaler les cas de stigmatisation et de discrimination et de violation des DSSR par les prestataires de soins de santé, notamment les prestataires de SSR et de VIH.

Elimination de la stigmatisation

Les personnes vivant avec le VIH devraient diriger les initiatives qui aboutiront à l'élimination de la stigmatisation. Ces initiatives devraient inclure :

24. La cartographie et le suivi des meilleures pratiques de GIPA.
25. L'élaboration d'un outil en vue de surveiller la situation des DSSR des personnes vivant avec le VIH (notamment les milieux de soins de santé et les politiques et programmes) et de surveiller périodiquement la situation par le biais des réseaux des personnes vivant avec le VIH, notamment le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, la Communauté internationale des femmes, les Young Positives et les réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH.

NOTES

Chapitre 1

- 1 Voir, par exemple, le Bureau du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits humains. (2008). *Claiming the Millennium Development Goals: A human rights approach*. New York et Genève, Nations Unies. Disponible en ligne sur www2.ohchr.org/SPdocs/Claiming_MDGs_en.pdf
- 2 Résultats du Sommet mondial 2005, Document des Nations Unies A/RES/60/1 Voir Para.57(g) où les gouvernements s'engagent à « assurer à tous, d'ici à 2015, l'accès à la santé reproductive, comme il a été prévu à la Conférence internationale sur la population et le développement, en intégrant cet objectif dans les stratégies de réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux de la Déclaration du Millénaire, en vue de réduire la mortalité liée à la maternité, d'améliorer la santé maternelle, de réduire la mortalité infantile, de promouvoir l'égalité des sexes, de combattre le VIH/SIDA et d'éliminer la pauvreté... ». Disponible en ligne sur www.un.org/summit2005/documents.html
- 3 Au début de l'année 2008, la Commission nationale suisse de la lutte contre le SIDA (EKAF) a publié une déclaration sur le risque de transmission du VIH en étant sous traitement antirétroviral et en l'absence d'autres IST. La Commission déclare que « une personne infectée par le VIH, sous thérapie antirétrovirale et dont la virémie a été totalement éliminée (« TAR efficace ») n'est pas sexuellement contagieuse, c'est-à-dire ne peut pas transmettre le VIH par contact sexuel ». Cependant, la Commission atténue sa déclaration en observant que cela est considéré comme valable uniquement tant que : a) la personne observe la thérapie antirétrovirale, dont les effets doivent être évalués régulièrement

par le médecin traitant, b) la charge virale a été éliminée (< 40 copies/ml) depuis au moins six mois et c) il n'existe pas d'autres infections sexuellement transmissibles. Voir Vernazza, P., et al. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*, 89, 165-169. Disponible en ligne sur www.saez.ch/pdf_f/2008/2008-05/2008-05-089.PDF. En réponse à la déclaration, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé ont réitéré l'importance d'une approche globale de la prévention du VIH, notamment l'utilisation correcte et constante des préservatifs. La déclaration conjointe de l'ONUSIDA et de l'OMS reconnaît que les recherches suggèrent que lorsque la charge virale est indétectable dans le sang, le risque de transmission du VIH est considérablement réduit, mais poursuit en disant qu'il n'a pas été prouvé que cela élimine complètement le risque de transmission du virus. Se référer à « Antiretroviral therapy and sexual transmission of HIV » (1^{er} février 2008). Disponible en ligne sur data.unaids.org/pub/PressStatement/2008/080201_hivtransmission_en.pdf

- 4 *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. (2006). UNFPA et OMS. Disponible en ligne sur www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf
- 5 *Global Consultation on the Rights of People Living with HIV to Sexual and Reproductive Health: Meeting Report*. (2006). Addis Ababa, Ethiopia; 27-30 March 2006. Disponible en ligne sur www.who.int/reproductive-health/hiv/final_global_consultation.pdf

- 6 *Global Consultation on the Sexual and Reproductive Health and Rights of People Living with HIV: Consultation Report*. (2007). Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA, & Young Positives. Amsterdam. www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,268/Itemid,53
- 7 La « double protection » fait référence à la protection à la fois contre les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées.

Chapitre 2

- 8 *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*. (2007). Genève, ONUSIDA, 2007. data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf
- 9 Le Plan d'urgence américain pour la lutte contre le SIDA.
- 10 Pour une revue des conditions de dépenses de PEPFAR dans le domaine de la prévention, se référer au United States Government Accountability Office (2006), *Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President's Emergency Plan for AIDS Relief*. Disponible en ligne sur www.gao.gov/new.items/do6395.pdf
- 11 Dräger, S., Gedik, G. & Dal Poz, M. (2006). Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical review. *Human Resources for Health*, 4, 23. www.human-resources-health.com/content/4/1/23/abstract
- 12 Background Discussion Paper No. 3 for the Interagency Consultation on the Selection and Delivery of Essential Medicines and Commodities for Reproductive Health. In *Reproductive Health Medicines in National Essential*

- Medicines Lists: A Research Report. (2003). Genève, OMS, 2003 ; PATH, OMS et UNFPA. (2006). *Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists*. Seattle, PATH. www.who.int/medicines/publications/EssMeds_RHealth.pdf
- 13 The World Health Report 2006 – *Working together for health*. (2006). Genève, OMS, 2006. www.who.int/entity/whr/2006/whr06_en.pdf
- 14 Voir, par exemple, *AIDS Discrimination in Asia*. (2004). Le Réseau des personnes vivant avec le VIH en Asie-Pacifique. Disponible en ligne sur www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf
- 15 Pour un exemple de manuel de formateur qui utilise ces approches, voir *Reducing Stigma and Discrimination Related to HIV and AIDS: Training for Health Care Workers*. (2004). EngenderHealth. Disponible en ligne sur www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/reducing_stigma_trainer_English.pdf
- 16 Pour une discussion plus approfondie de chacune de ces questions, voir *Treat, Train, Retain: The AIDS and Health Workforce Plan; Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health*. (2006). Genève, OMS, 11-12 mai 2006. Disponible en ligne sur www.who.int/hiv/pub/meetingreports/TTRmeetingreport2.pdf
- 17 *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa: A literature review*. (2000). Genève, ONUSIDA. data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc299-tradheal_en.pdf
- 18 Kaai, S., et al. (2004). *Experiences of postpartum women with PMTCT: the need for community-based approaches*. La 11^{ème} Conférence des priorités de la recherche en santé reproductive, Sun City, Afrique du Sud, 5-9 octobre 2004.
- 19 *The World Health Report 2004: Changing History*. (2004). Genève, OMS. www.who.int/entity/whr/2004/en/report04_en.pdf
- 20 Un exemple de ce type d'outils de suivi est l'Index de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, qui inclut l'attention à la qualité des services de VIH et de santé sexuelle et reproductive, à la discrimination dans les milieux de soins de santé et à d'autres thèmes pertinents. Voir www.stigmaindex.org pour de plus amples informations et pour accéder au guide de l'utilisateur pour l'outil de l'enquête.
- 21 Voir aussi *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. (2007). l'OMS et l'ONUSIDA. Disponible en ligne sur www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241595568_en.pdf
- 22 Le Comité des droits de l'enfant, l'organe des Nations Unies sur le traité des droits humains, responsable du suivi de la mise en œuvre de la Convention des droits relatifs à l'enfant a signalé sa préoccupation concernant le fait que « les services de santé sont généralement encore insuffisamment attentifs aux besoins des enfants de moins de 18 ans, en particulier les adolescents ». Il a noté également que « les enfants sont plus enclins à utiliser des services amicaux favorables, qui assurent une grande variété de services et d'informations, qui sont axés sur leurs besoins, qui leur donnent l'opportunité de participer à la prise de décisions affectant leur santé, qui sont accessibles, abordables, confidentiels et non critiques, qui ne requièrent pas le consentement parental et ne sont pas discriminatoires ». Voir le Comité sur les droits de l'enfant (2003), Commentaire général n°3, « HIV/AIDS and the Rights of the Child ». Disponible en ligne sur www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC3_en.doc
- 23 Gallant, M. & Maticka-Tyndale, E. (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science and Medicine*, 58(7), 1337-1351; Magnani, R., et al. (2005). The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviours in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 289-304; Kirby, D., Laris, B.A. & Roller, L. (2005). Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. *Youth Research Working Paper No. 2*. Arlington, VA, Family Health International/YouthNet.
- 24 King, R. (2005). *Collaboration With Traditional Healers in HIV/AIDS Prevention and Care in Sub-Saharan Africa: A Literature Review*. Geneva, UNAIDS. www.hst.org.za/uploads/files/Collab_Lit_Rev.pdf#search=UNAIDS%202000 ; Kapungwe, A.K. (2003). Traditional cultural practices of imparting sex education and the fight against HIV/AIDS: The case of initiation ceremonies for girls in Zambia. *African Sociological Review*, 7(1), 35-52. www.codesria.org/Links/Publications/asr7_1full/aids_zambia.pdf ; Kayombo, E.J. et al. (2007). Experience of initiating collaboration with traditional healers in managing HIV and AIDS in Tanzania. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3(6). www.ethnobiomed.com/content/3/1/6.
- 25 *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. (2004). Genève, OMS, 2004. www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf
- 26 Strachan, M., et al. (2004). *An Analysis of Family Planning Content in HIV/AIDS, VCT, and PMTCT Policies in 16 Countries*. Washington, DC, Policy Project. www.policyproject.com/pubs/workingpapers/wps-09.pdf.
- 27 Delvaux, T., et al. (2003). The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 88-95.

- 28 *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. (2003). Genève, OMS. www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf
- 29 *AIDS Discrimination in Asia*. (2004). le Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH, Bangkok. www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf; *HIV/AIDS: Reproductive Rights on the Line*. (2002). New York, Center for Reproductive Rights. www.reproductiverights.org/pdf/bp_HIV_roleline.pdf; DeBruyn, M. (2005). *HIV/AIDS and reproductive health. Sensitive and neglected issues. A review of the literature. Recommendations for Action*. Chapel Hill, NC, Ipas.
- 30 Ross, A., et al. (2004). HIV-1 disease progression and fertility: the incidence of recognised pregnancy and pregnancy outcome in Uganda. *AIDS*, 18(5), 799-804; Lewis, J.J.C. (2004). The population impact of HIV on fertility in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 18(Suppl. 2), S35-S43.
- 31 *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. (2006). Genève, OMS et UNFPA, 2006. www.who.int/entity/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf
- 32 Coovadia, H.M., et al. (2007). Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: An intervention cohort study. *The Lancet*, 369, 1107-1116. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607602839/fulltext
- 33 Ellerbrock, T.V., et al. (2000). Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *Journal of the American Medical Association*, 283(8), 1031-1037. jama.ama-assn.org/cgi/reprint/283/8/1031.pdf; Sun, X.W., et al. (1995). Human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-seropositive women. *Obstetrics & Gynecology*, 85, 680-686; Östör, A.G. (1993). Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *International Journal of Gynecological Pathology*, 12(2), 186-192; Lomalisa, P., Smith, T., Guidozzi, F. (2000). Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical cancer in South Africa. *Gynecologic Oncology*, 77(3), 460-463.
- Chapitre 3**
- 34 *Constitution de l'OMS*. (1946). Genève, OMS. www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf; Article 25. *Universal Declaration of Human Rights*. (1948). Paris, Assemblée générale des Nations Unies. www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm; Article 5. *Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*. (1965). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 1969. www.ohchr.org/english/law/cerd.htm; Articles 7, 11 et 12. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. (1966). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 1976. www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm; Articles 10, 12 et 14. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*. (1979). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 1979. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm; Article 24. *Convention on the Rights of the Child*. (1989). New York, Assemblée générale des Nations Unies. Entrée en vigueur : 1990. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm
- 35 Pour des discussions plus approfondies, voir *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*, (2008). ONUSIDA et PNUD. Disponible en ligne sur data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf
- 36 Mosher, W.D., Chandra, A. & Jones, J. (2005). Sexual Behavior and Selected Health Measures: Men and Women 15-44 Years of Age, United States, 2002. *Advance Data From Vital and Health Statistics*, 362, United States Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad362.pdf; Leichter, J.S. et al. (2007). Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States. *Journal of Infectious Disease*, 196(12), 1852-1859; Cáceres, C.F. et al., (1997). Young people and the structure of sexual risks in Lima, *AIDS*, 11(suppl. 1), S67-77; Ramjee, G. & Gouws, E. (2002). Prevalence of HIV among truck drivers visiting sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 44-49.
- 37 *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version*. (2006). Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et ONUSIDA. Disponible en ligne sur data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
- 38 Néanmoins, comme mentionné ci-dessus, certains médicaments antirétroviraux peuvent interagir avec certains contraceptifs oraux, ce qui peut affecter l'efficacité de l'un des médicaments ou des deux. Le fait d'ajuster le dosage, de changer de contraceptif ou d'utiliser des préservatifs peut régler ce problème.
- 39 Stephenson, J.M. & Griffioen A. (1996). The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. Study Group for the Medical Research Council Collaborative Study of Women with HIV. *AIDS*, 10(14), 1683-1687.
- 40 *The World's Abortion Laws*. (2008). Center for Reproductive Rights. Disponible en ligne sur reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/pub_fac_abortionlaws2008.pdf

- 41 *HIV/AIDS: Reproductive Rights on the Line*. (2002). New York, Center for Reproductive Rights. www.reproductiverights.org/pdf/bp_HIV_rroline.pdf; *AIDS Discrimination in Asia*. (2004). Bangkok, Réseau Asie-pacifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA. www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf; *Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Adolescent Girls Living with HIV: Research Report on Qualitative Findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine*. (2006). New York, EngenderHealth/UNFPA. www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/619_filename_srh-of-hiv-positive-women.pdf.
- 42 Article 16. *Universal Declaration of Human Rights*. (1948). Paris, Assemblée générale des Nations Unies. www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm; Guideline 5: Antidiscrimination and protective laws. In *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, 2006 Consolidated Version. (2006). Genève, Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et ONUSIDA. data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
- 43 Les essais actuellement effectués à Kisumu, au Kenya et dans le District de Rakai, en Ouganda ont révélé une réduction d'au moins 53 % et 51 %, respectivement, pour le risque de contraction de l'infection à VIH. Ces résultats étayent les conclusions publiées en 2005 de l'essai des interventions sur les fermes d'Orange en Afrique du Sud, sponsorisé par l'Agence internationale française pour la recherche sur le SIDA, qui a démontré une réduction de 60 % au moins d'infection à VIH chez les hommes circoncis. Bailey, R.C., et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 369, 643-656. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603122/fulltext; Gray, R.H., et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial, *The Lancet*, 369, 657-666. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603134/fulltext; Auvert, B, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. (2005). *PLoS Medicine*, 2(11), e298. medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0020298.
- 44 *New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications*. (2007). Genève, OMS et ONUSIDA. data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf.
- 45 *Safe, Voluntary, Informed Male Circumcision and Comprehensive HIV Prevention Programming: Guidance for decision-makers on human rights, ethical and legal considerations*. (2008). ONUSIDA. Disponible en ligne sur data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1552_circumcision_en.pdf
- 46 Jenkins, C., et al. (2006). *Violence and Exposure to HIV Among Sex Workers in Phnom Penh, Cambodia*. Washington, DC, Policy Project. www.researchforsexwork.org/downloads/Jenkins-CambodiaFinal.pdf
- 47 *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*. (2006). Genève, ONUSIDA. www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/default.asp
- 48 Disponible en ligne sur www.yogyakartaprinciples.org/
- 49 Sanders, D. (2007). *Human rights and sexual orientation in international law*. Brussels, International Lesbian and Gay Association. www.ilga.org/news_results.asp?LanguageID=1&FileCategory=7&ZoneID=7&FileID=1078.
- 50 *Malawi: HIV/AIDS project reaches out to prisoners*. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. IRINNews. Retrieved November 13, 2002. www.irinnews.org/report.asp?ReportID=30904
- 51 *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision: CD-ROM Documentation*. (2006). New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf
- 52 Pour des discussions plus approfondies, se référer à *Report of the International Task Team on HIV-related Travel Restrictions: Findings and Recommendations*. (2008). Disponible en ligne sur data.unaids.org/pub/Report/2008/20081017_itt_report_travel_restrictions_en.pdf. Voir également les trois documents commandités par l'Equipe de travail : *Mapping of restrictions on the entry, stay and residence of people living with HIV* (data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027_crp5_mappingdocument_itt_final_en.pdf) ; *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: personal narratives* (data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027_crp6_personalnarratives_itt_final_en.pdf) ; et *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: an annotated bibliography* (data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027_crp4_annotatedbiblio_itt_final_en.pdf).
- 53 Voir le *Report of the International Task Team on HIV-related Travel Restrictions*, pp. 19-20.
- 54 Les procédures spéciales du Conseil des Nations Unies sur les droits humains en sont un exemple. Les experts indépendants (souvent dénommés « rapporteurs spéciaux ») désignés par le Conseil ont pour mandat de s'occuper de cas individuels, notamment sur les questions des droits de l'homme liés à la santé. Pour plus d'informations, voir www2.ohchr.org/english/bodies/chr/special/communications.htm

- 55 Pour une collection de cas de jurisprudence nationaux liés au VIH, voir *Courting Rights: Case Studies in Litigating the Human Rights of People Living with HIV*. (2006). l'ONUSIDA et le Réseau canadien des juristes sur le VIH/SIDA. Disponible en ligne sur data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1189-courtingrights_en.pdf
- 56 Pour de plus amples informations, voir www.stigmaindex.org
- 57 Pour de plus amples informations, voir www.unfpa.org/hiv/reportcard.htm
- 58 Pour de plus amples informations, voir www.aidstreatmentaccess.org

Chapitre 4

- 59 Paxton, S. (2002). The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Education and Prevention*, 14(4), 282-294.
- 60 Pour des exemples de stratégies et de programmes, voir *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes – A resource for national stakeholders in the HIV response*. (2007). ONUSIDA. Disponible en ligne sur data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1420-stigmadiscrimi_en.pdf
- 61 Merkel, J. (2006). *Advocacy Tool – The Sexual and Reproductive Rights and Health of HIV Positive Women in South Africa*. Londres, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA. www.icw.org/files/SRHRs%20South%20Africa%20-%202006.doc; Duvvury, N., Prasad, N. & Kishore N. (2006). *HIV & AIDS – Stigma and Violence Reduction Intervention Manual*. Washington, DC, Centre international de recherche sur les femmes. www.icrw.org/docs/2006_SVRI-Manual.pdf
- 62 Voir *Policy Brief: HIV and Disability*. (2009, à paraître) ONUSIDA, OMS et OHCHR.
- 63 Pour de plus amples informations sur cette question, voir *Policy Brief: HIV, Food Security and Nutrition*. (2008). Le Programme alimentaire mondial, l'OMS et l'ONUSIDA. Disponible en ligne sur data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1515a_policybrief_nutrition_en.pdf
- 64 *Declaration of the Paris AIDS Summit*, 1^{er} décembre 1994. data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/theparisdeclaration_en.pdf
- 65 Paxton, S. (2002). The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Education and Prevention*, 14(4), 282-294 ; Takai, A., et al. (1998). Correlation between history of contact with people living with HIV/AIDS (PWAs) and tolerant attitudes toward HIV/AIDS and PWAs in rural Thailand. *International Journal of STD and AIDS*, 9(8), 482-484.
- 66 Disponible en ligne sur www.hivcode.org
- 67 *Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Adolescent Girls Living with HIV: Research Report on Qualitative Findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine*. (2006). New York, EngenderHealth et UNFPA. www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/619_filename_srh-of-hiv-positive-women.pdf ; *Reducing Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS: Training for Health Care Workers*. (2004). New York, EngenderHealth. www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/reducing-stigma.php
- 68 Pour de plus amples informations, voir www.stigmaindex.org
- 69 *AIDS Discrimination in Asia*. (2004). Bangkok, Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA. www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf
- 70 Pour une liste partielle des domaines de recherche possibles, voir l'encadré « Recommandations pour le plaidoyer » dans le Chapitre 4.
- 71 De Bruyn, M. (2006). *Fulfilling reproductive rights for women affected by HIV/AIDS. A tool for monitoring progress toward three Millennium Development Goals*. Version actualisée. Chapel Hill, NC, Ipas. www.icw.org/files/Ipas%20MDG-HIV-RH%20monitoring%20tool%208-06.pdf; De Bruyn, M. (2006). 'There's nothing you could do if your rights were being violated.' *Monitoring Millennium Development Goals in relation to HIV-positive women's rights*. Chapel Hill, NC, Ipas. www.icw.org/files/Ipas%20MDG-HIV-RH%20monitoring%20tool%208-06.pdf.
- 72 Pour de plus amples informations, voir www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx
- 73 Pour la recherche des recommandations de tous les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme (y compris par pays et par mot clé – exemple « VIH »), voir www.universalhumanrightsindex.org
- 74 *Parliamentarians for Women's Health. Listening to HIV-positive women. In Financing Gender Equality 2007: Commonwealth Perspectives*. (2007). Londres, Secrétariat du Commonwealth, pp. 72-75. www.icw.org/files/Listening%20to%20HIV%20positive%20Women_Parliamentarians%20for%20Womens%20Health.pdf

CRÉDITS PHOTO

- Page 8 – A. ONUSIDA/B. Press: Toco, Trinidad. Activité de communication; B. Pradeep Tewari, avec l'aimable autorisation de Photoshare: Un homme, une femme et une fille séropositifs rencontrent un médecin et une avocate à Chandigarh, en Inde; C. ONUSIDA/C. Sattlberger: Une femme séropositive et son enfant, ville de Guatemala, Guatemala. D. ONUSIDA /A.Gutman: Baylor's home, centre de santé pour PVVIH au Mozambique; E. ONUSIDA /S. Noorani : Scènes de Phum Thmev (Nouveau Village), quartier pauvre de prostituées dans la province de Sihanoukville, Cambodge; F. ONUSIDA /L.Taylor : Festival de Schelikovo, district de Kostroma, Russie. Des jeunes gens échangent, rient, chantent, dansent, boivent et s'amuse; G. ONUSIDA /G.Pirozzi: Manille, Philippines; H. ONUSIDA /L.Taylor: Père et fils dans la communauté de Bibianiha près d'Accra, au Ghana.
- Page 11 – Pradeep Tewari, avec l'aimable autorisation de Photoshare: Puja Thakur, une femme séropositive de Chandigarh, en Inde, parle du VIH/sida, de la santé reproductive et des droits sexuels des femmes à des élèves d'une école publique dans le village de Kaimbwala près de Chandigarh.
- Page 15 – ONUSIDA/O.O'Hanlon: Un projet de continuum de soins offre un centre et des soins à base communautaire à des personnes vivant avec le VIH provenant de 20 hôpitaux de référence au Cambodge.
- Page 19 – ONUSIDA/P.Virot: Mali
- Page 20 – ONUSIDA/A.Gutman: Hôpital missionnaire de St. Gabriel Mission à Lilongwe, au Malawi, 2006. Cet hôpital offre des services de PTME ainsi que de conseil et dépistage volontaires.
- Page 22 – ONUSIDA/B.Neeleman: Un petit groupe d'enfants de la rue à Maputo, au Mozambique, informe les passants des risques des rapports sexuels non protégés et font la démonstration de l'utilisation correcte du préservatif pour la prévention de l'infection à VIH.
- Page 24 – ONUSIDA/G.Pirozzi: Centre communautaire de Kibera, Kenya. Florence (27 ans) et Saul (21 ans), tous deux séropositifs, sont pairs-éducateurs dans le centre.
- Page 29 – ONUSIDA/G.Pirozzi: Des accoucheuses traditionnelles discutent avec une femme enceinte au Caire, en Egypte. Les accoucheuses traditionnelles reçoivent des informations sur le VIH/sida pendant leur formation.
- Page 31 – IRIN/G. Cranston: Sabila, 15 ans, a été souvent victime de mauvais traitements par son maître, et souvent violée. Elle est née esclave. Elle fait partie des 43.000 personnes maintenues dans l'esclavage au Niger, en Afrique de l'Ouest. La plupart de ces personnes sont victimes de violences physiques et bien souvent d'abus sexuels.
- Page 32 – Sisca J. Esperanza, avec l'aimable autorisation de Photoshare: Des adolescents de la communauté se réunissent souvent au rond-point de HI à Djakarta, en Indonésie pour défendre les droits de l'Homme et les droits des homosexuels.
- Page 33 – ONUSIDA/R.Bowman: Le bâtiment des Nations Unies à New-York arborant un Ruban rouge pendant la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida (UNGASS).
- Page 36 – IRIN/Allan Gichigi: Les femmes de la localité font la queue pour le test du VIH au centre de conseil volontaire, dans le centre de santé de Gongoni à Malindi, Kenya, juillet 2007.
- Page 38 – ONUSIDA/K.Hesse: Un couple de nouveaux mariés se faisant photographier sur le pont de l'amitié à Dandong, en Chine.
- Page 40 – ONUSIDA/S.Noorani: Une professionnelle du sexe à Phum Thmev. Province de Sihanoukville, Cambodge.
- Page 41 – IRIN/Tanvir Ahmed-Dirk: Des consommateurs de drogues sur le bord de la route à Dhaka, capitale du Bangladesh, février 2008. Des ONG distribuent de nouvelles seringues mais de nombreux toxicomanes continuent à partager leurs seringues avec d'autres consommateurs de drogues, accroissant ainsi le risque de la maladie.
- Page 44 – IRIN/Hugo Rami: Deux prisonniers attendent derrière les barreaux une deuxième chance d'être libérés par la Cour d'appel de la République démocratique du Congo, en mai 2006. Après des années de guerre civile et des décennies de troubles, les infrastructures du pays tombent pratiquement en ruines.
- Page 46 – ONUSIDA/L.Taylor: Activités de la Journée mondiale du sida à Kiev, en Ukraine.
- Page 47 – IRIN/Sarah Mace: Un groupe de personnes séropositives manifeste à Nairobi pour protester contre une proposition d'amendement visant à augmenter le coût des ARV et d'autres médicaments d'importance vitale, le 25 juillet 2006.
- Page 49 – ONUSIDA/L.Gubb: PHAKAMA (debout, levons-nous), une troupe de théâtre participatif joue une pièce traitant du viol et des violences à l'endroit des femmes et du risque de transmission du VIH lié à ces pratiques. Afrique du Sud.
- Page 50 – ONUSIDA/L.Taylor: Des professionnelles du sexe faisant signe de s'arrêter à des camions. Russie.
- Page 53 – GNP+: Jeunes gens discutant lors de la Consultation technique organisée par GNP+ et l'ONUSIDA sur la santé positive, la dignité et la prévention en Tunisie, avril 2009.
- Page 59 – A. ONUSIDA/L.Gubb: Région de Tzaneen, Afrique du Sud. Femmes shangaan des zones rurales du Tzaneen, en costumes traditionnels; nombre d'entre elles sont des veuves du VIH/sida, ou sont elles-mêmes infectées; elles dansent et chantent des chants composés par elles sur le VIH lors d'une réunion de leur groupe de soutien ; B. ONUSIDA/O.O'Hanlon: Phnom Penh compte plus de 5000 professionnel(le)s du sexe qui font un commerce direct du sexe dans des maisons de passe et de professionnel(le)s du sexe qui en font un commerce indirect pour arrondir leurs revenus. Chhouk Sar est un groupe de soutien des professionnel(le)s du sexe séropositives géré par des professionnel(le)s du sexe (ou d'ancien(ne)s professionnel(le)s du sexe). Cambodge; C. ONUSIDA/C. Sattlberger: Membre du projet OASIS proposant des préservatifs à un travesti-professionnelle du sexe. Ville de Guatemala; D. ONUSIDA/A.Gutman: Baylor's home, centre de santé pour PVVIH au Mozambique; E OMS/A.Waak: Dans le centre de santé de Centro Velho, à Santos, au Brésil, une équipe d'agents de santé, de dentistes et de travailleurs sociaux offrent des conseils médicaux, le dépistage et la prise en charge aux personnes vivant avec le VIH et le sida; F ONUSIDA/P.Virot: Maroc; G. Rick Maiman/Fondation David et Lucile Packard, avec l'aimable autorisation de Photoshare: De jeunes adolescents écoutent à la fenêtre un cours d'éducation sexuelle dans l'une des régions les plus pauvres de la ville de Mexico; H. ONUSIDA/B. Press: Trinidad. Vendeur proposant des fruits au marché.

