

Santé Positive, Dignité et Prévention



Rapport de consultation technique
27-28 avril 2009, Hammamet, Tunisie



Santé Positive, Dignité et Prévention

Rapport de consultation technique
27-28 avril 2009, Hammamet, Tunisie

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par Edwin J Bernard, avec le soutien de Michael Bartos, Georgina Caswell, Chris Mallouris, Kevin Moody, Rodrigo Pascal, Marcelle Rin, Wouter van der Schaaf, Kate Thomson et Susan Timberlake. Merci à Martin Stolk et Manuel Da Quinta pour leur assistance au niveau des images et de la révision. Nous sommes reconnaissants aux participants à la consultation technique pour leur contribution et leur révision du rapport. Nous aimerions remercier la Fondation Bill et Melinda Gates ainsi que les équipes de l'ONUSIDA spécialisées en prévention du VIH, droits humains et partenariat avec la société civile, pour leur appui.

Publié par :

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

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

P.O. BOX 11726

1001 GS Amsterdam

The Netherlands

Site Web : 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 l'ONUSIDA. Les demandes devraient être adressées à GNP+, P.O. BOX 11726, 1001 GS, Amsterdam, The Netherlands, infognp@gnpplus.net.

© Septembre 2009. The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)

Crédits photo: ONUSIDA/P.Virot, ONUSIDA, ONUSIDA/P.Virot, ONUSIDA/Louise Gubb (première de couverture; de gauche à droite); ONUSIDA/P.Virot (p. 11); ONUSIDA/O.O'Hanlon (p. 14); ONUSIDA/A.Gutman (p. 19); ONUSIDA/O.O'Hanlon (p. 29); ONUSIDA/P.Virot, ONUSIDA/P.Virot, ONUSIDA/P.Virot, ONUSIDA/O.O'Hanlon (quatrième de couverture; de gauche à droite).

Conception : www.samgobin.nl

Référence suggérée : GNP+, ONUSIDA. 2009. Santé Positive, Dignité et Prévention, Rapport de consultation technique. Amsterdam, GNP+.

Sommaire

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	4
AVANT-PROPOS	5
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	6
CONTEXTE DE LA CONSULTATION	8
Un bref historique de la prévention positive	8
La consultation des PVVIH sur la «prévention positive»	9
VERS UN NOM ET UNE COMPRÉHENSION COMMUNE	11
De la «prévention positive» à la «Santé Positive, Dignité et Prévention»	11
Vers une compréhension de la «Santé Positive, Dignité et Prévention»	12
LIER LA «SANTÉ POSITIVE, DIGNITÉ ET PRÉVENTION» AUX DROITS ET À LA LOI	14
«Santé Positive, Dignité et Prévention» et les droits et la loi	14
«Santé Positive, Dignité et Prévention» et criminalisation du statut	14
«Santé Positive, Dignité et Prévention» et criminalisation de la non-divulgaration, de l'exposition et de la transmission	15
LE TRAITEMENT EN TANT QUE PRÉVENTION	17
INTÉGRATION DE LA «SANTÉ POSITIVE, DIGNITÉ ET PRÉVENTION» DANS L'ACCÈS UNIVERSEL À LA PRÉVENTION, AU TRAITEMENT, AUX SOINS ET SOUTIEN	20
«Santé Positive, Dignité et Prévention» et accès universel	20
«Santé Positive, Dignité et Prévention» et prévention du VIH	21
«Santé Positive, Dignité et Prévention» et traitement, soins et soutien	22
«SANTÉ POSITIVE, DIGNITÉ ET PRÉVENTION» : VALEURS ET PRINCIPES	26
RECOMMANDATIONS DE BASE	27
Les réseaux des personnes vivant avec le VIH	27
La société civile	27
Le secteur public	27
Les agences donatrices	27
Les agences multilatérales et les agences des Nations Unies	27
ETAPES SUIVANTES	28
ANNEXE 1 : PROGRAMME DE LA CONSULTATION	30
ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS	34
ANNEXE 3 : OBSERVATIONS DES PARTICIPANTS	36
ANNEXE 4 : DOCUMENTATION SUPPLÉMENTAIRE	38

Sigles et abréviations

AHPN	African HIV Policy Network
ANRS	Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les Hépatites Virales [(French) National Research Agency on AIDS and Viral Hepatitis]
ART	Thérapie antirétrovirale
ARV	Antirétroviral
CDC	(United States) Centers for Disease Control and Prevention [Centre de prévention et de contrôle des maladies]
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
DSSR	Droits de santé sexuelle et reproductive
FHI	Family Health International
GIPA	Participation accrue des personnes vivant avec le VIH et le SIDA
GNP+	The Global Network of People Living with HIV [Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH]
IAS	International AIDS Society
ICASO	International Council of AIDS Service Organizations [Conseil international des ONG de lutte contre le SIDA]
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS [Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA]
INERELA+	International Network of Religious Leaders Living with or Personally Affected by HIV/AIDS [Réseau de responsables religieux vivant avec ou personnellement affectés par le VIH]
IO	Infection Opportuniste
IPPF	International Planned Parenthood Federation [Fédération internationale de planification familiale]
IRFC	International Federation of the Red Cross/Red Crescent Societies [Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge]
IST	Infection Sexuellement Transmissible
m2m	Mothers2Mothers
MIPA	Participation significative des personnes vivant avec le VIH et le SIDA
NAP+N	National Association of People Living with HIV/AIDS in Népal [Association nationale de personnes vivant avec le VIH au Népal]
NAPWA	Australian National Association of People living with HIV [Association nationale australienne de personnes vivant avec le VIH]
OBC	Organisation à base communautaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
RedLa+	Red Latinoamericana de Personas viviendo con VIH/SIDA [Réseau latino-américain des personnes vivant avec le VIH/SIDA]
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquis
TB	Tuberculose
UN	Nations Unies
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]
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
YCI-T	Youth Challenge International – Tanzania

Avant-propos

GNP+ et l'ONUSIDA sont fiers des résultats de cette consultation technique. Nous avons fait progresser l'agenda international sur la prévention du VIH en reformulant notre réflexion sur la base des perspectives et des expériences des personnes vivant avec le VIH.

Jusqu'à présent, la compréhension de la prévention du VIH en rapport avec les personnes vivant avec le VIH a été incohérente ou mal définie. Les politiques et les programmes ciblant les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont été conçus, pour la plupart, sans l'implication des personnes vivant avec le VIH.

La disponibilité croissante du traitement du VIH a permis aux personnes vivant avec le VIH de vivre plus longtemps, de mener une vie plus saine et de s'impliquer dans les questions qui ont un impact direct sur leurs vies et celles de leurs communautés. Plus que jamais, les personnes vivant avec le VIH doivent être au centre de la riposte au VIH.

Lors de la consultation technique, l'expression « Santé Positive, Dignité et Prévention » a été retenue comme permettant de faire le lien entre les questions de traitement, de prévention, de soins et soutien du VIH dans le cadre des droits humains. Les personnes vivant avec le VIH ont travaillé avec la société civile, les agences gouvernementales, les agences de développement international, les coparrainants de l'ONUSIDA et les agences donatrices afin d'identifier les composantes de « Santé Positive, Dignité et Prévention » et de développer les valeurs et les principes qui sous-tendent cette notion.

Ce faisant, nous sommes parvenus à des conclusions importantes. Nous avons convenu que la « Santé Positive, Dignité et Prévention » requiert une approche des droits humains basée sur des protections juridiques et un environnement politique libre de toute stigmatisation et discrimination pour les PVVIH. Nous avons convenu que les programmes doivent promouvoir une santé et un bien-être holistiques, notamment en donnant l'accès aux services de traitement, de soins et soutien du VIH et, ce faisant, contribuer à la santé et au bien-être de leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés. Nous avons recommandé également que les efforts de « Santé Positive, Dignité et Prévention » répondent aux besoins des principales personnes affectées.

GNP+ et l'ONUSIDA assureront le plaidoyer pour cette compréhension plus globale de la prévention du VIH éclairée par les perspectives et les expériences des personnes vivant avec le VIH. Nous ferons également progresser les discussions sur la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans les réunions régionales afin d'identifier les priorités spécifiques à chaque région. Par le développement d'une compréhension et d'un consensus autour de « Santé Positive, Dignité et Prévention », nous avons une nouvelle opportunité de produire un changement déterminé par les personnes vivant avec le VIH.

Kevin Moody
Coordinateur international / CEO
GNP+

Michel Sidibé
Directeur exécutif
UNAIDS

Résumé analytique

Ce rapport présente les principaux points et recommandations qui ont émergé d'une consultation technique internationale sur la «prévention positive». La réunion s'est déroulée sur deux jours à Hammamet, en Tunisie, les 27 et 28 avril 2009. La consultation était co-organisée par The Global Network of People Living with HIV (GNP+) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le SIDA (ONUSIDA) et visait à :

- recueillir les expériences et les connaissances des intervenants à la consultation technique, en particulier des personnes vivant avec le VIH aux niveaux régional, national et local, et développer une stratégie en vue de recueillir des points de vue et des expériences à un niveau plus élargi suite à la consultation technique ;
- élaborer un ensemble de principes de base sur la prévention positive ;
- développer des recommandations en vue de faciliter le renforcement des programmes et l'élaboration de politiques.

La réunion a vu la participation d'un ensemble d'intervenants provenant de vingt-huit pays de six continents différents, représentant les réseaux des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les agences de développement, les organisations de la société civile, les responsables de la mise en œuvre au niveau des pays, les agences multilatérales et les agences des Nations Unies ainsi que les agences donatrices. Plus de la moitié des cinquante participants étaient des personnes vivant avec le VIH qui dirigent des programmes et mènent des politiques visant à mettre en œuvre de meilleures ripostes au VIH et des normes plus élevées en matière de santé et de qualité de vie pour les individus séropositifs.

Les participants de la consultation ont convenu qu'il existe des faiblesses importantes dans de nombreuses approches actuelles de «prévention positive» ; ils se sont inquiétés de ce que nombre d'interventions de «prévention positive» existantes, dictées par les donateurs, paraissent se focaliser presque essentiellement sur la prévention de la transmission continue du VIH – qui ne devrait pas constituer le seul but d'un programme de «prévention positive».

Un consensus important s'est développé au cours de la consultation, convenant que la «prévention positive» offre une opportunité de mettre en lumière la multitude de besoins de santé et de prévention des individus séropositifs et un angle de vue utile à travers lequel l'on peut comprendre les liens importants entre droits humains et prévention, traitement et soins et soutien.

Les principaux éléments identifiés concernent la promotion de la santé, l'accès au traitement, les droits de santé sexuelle et reproductive, la prévention de la transmission du VIH et

autres infections sexuellement transmissibles (IST), la protection des droits humains, notamment la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, l'égalité des sexes, le soutien social et économique et l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH.

L'un des résultats les plus importants de la consultation technique a trait à une nouvelle expression opérationnelle qui décrit mieux ce nouveau paradigme : «Santé Positive, Dignité et Prévention». Les participants sont impatients de recueillir les réactions sur le nouveau terme lors des consultations régionales, en particulier concernant la manière dont cela pourrait être traduit en fonction des contextes spécifiques.

Un autre résultat important a trait au consensus développé sur le fait que la «Santé Positive, Dignité et Prévention» nécessite un cadre de droits humains appuyé par des lois protectrices afin d'assurer la non-discrimination, de réduire la stigmatisation et de changer les normes de genre nuisibles. Il a été convenu que la loi doit permettre aux individus séropositifs de se protéger eux-mêmes et les autres, non pas par la peur, mais par l'autonomisation et avec dignité.

La consultation technique a débattu de la manière dont la «Santé Positive, Dignité et Prévention» pourrait être intégrée dans l'objectif de l'accès universel à la prévention, au dépistage, au traitement, aux soins et soutien au VIH d'ici 2010, des politiques et programmes actuels de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH ainsi que de l'intégration du traitement et de la prévention et des nouvelles perspectives de la thérapie antirétrovirale dans le cadre de la prévention. La réunion a reconnu les difficultés continues et persistantes dans l'accès à la thérapie antirétrovirale et a approuvé la nécessité continue de la prise de décisions pour le traitement en vue de rendre autonome les personnes vivant avec le VIH. En outre, les participants ont souligné l'importance des questions actuelles de l'autonomisation, de l'accès et des questions de comportement au sein de la communauté, liées à la mise en œuvre de la thérapie antirétrovirale.

Tout au long de la réunion, les participants ont travaillé ensemble afin d'élaborer un ensemble d'éléments, de valeurs et de principes en vue d'orienter les efforts nationaux, régionaux et internationaux de diverses parties prenantes dans la mise en œuvre de la «Santé Positive, Dignité et Prévention».

Il a été convenu que la «Santé Positive, Dignité et Prévention» est définie par les personnes vivant avec le VIH et guidée par les valeurs et les principes suivants :

- les personnes vivant avec le VIH doivent être des leaders dans la conception, la programmation, la mise en œuvre, la

recherche, le suivi et l'évaluation de tous les programmes et politiques qui nous affectent;

- une approche des droits humains est la base de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» ;
- la prévention de la transmission du VIH est une responsabilité partagée par tous les individus, indépendamment du statut sérologique ;
- les droits de santé sexuelle et reproductive doivent être reconnus et exercés par chacun, indépendamment du statut sérologique.

La «Santé Positive, Dignité et Prévention» :

- nécessite un cadre juridique et politique favorable et protecteur, libre de toute stigmatisation et discrimination ;
- doit promouvoir la santé et le bien-être holistique, notamment à travers l'accès équitable aux services de dépistage, de traitement, de soins et soutien volontaires du VIH ;
- doit améliorer et maintenir la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, contribuant, en retour, à la santé et au bien-être de leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés ;
- doit inclure la prise en charge des vulnérabilités psychosociales, économiques, éducatives et socioculturelles, le genre et la sexualité ;
- doit répondre aux besoins des populations clés¹, respecter les contextes spécifiques et la diversité des personnes vivant avec le VIH et s'y adapter.

Les participants ont également développé des recommandations de base sur les partenariats, les réponses programmatiques et les réponses de plaidoyer pour les réseaux de PVVIH, la société civile, le secteur public, les agences donatrices ainsi que les agences multilatérales et les agences des Nations Unies.

Les réseaux des personnes vivant avec le VIH :

- Elaborer un agenda à travers un processus consultatif pour la «Santé Positive, Dignité et Prévention» ;
- Identifier les partenaires clés qui soutiennent le travail de plaidoyer et élaborent des plans de plaidoyer aux niveaux régional et local ;
- Rassembler les preuves de bonnes pratiques en matière de «Santé Positive, Dignité et Prévention» et identifier les indicateurs clés pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes ainsi que l'élaboration des politiques.

La société civile :

- Assurer l'inclusion de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» dans les cadres stratégiques, les ressources, les plans, les politiques et les systèmes de suivi et d'évaluation au niveau national ;
- Adapter et intégrer la «Santé Positive, Dignité et Prévention» dans les programmes, les services et les plans organisationnels existants ;

- Assurer le plaidoyer en vue de financer la prestation de services et ressources supplémentaires pour la «Santé Positive, Dignité et Prévention».

Le secteur public :

- Créer et entreprendre des programmes multisectoriels en «Santé Positive, Dignité et Prévention» en assurant une large participation des parties prenantes, notamment les personnes vivant avec le VIH ;
- Veiller à ce qu'il existe un plan national qui s'engage à assurer le financement et la programmation de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» dans l'ensemble du secteur public ;
- Veiller à une juste distribution des financements pour les programmes de «Santé Positive, Dignité et Prévention» d'une manière transparente, notamment à travers le suivi et l'évaluation.

Les agences donatrices :

- Développer et financer des programmes multisectoriels en «Santé Positive, Dignité et Prévention», en mettant l'accent sur la promotion de la santé et la responsabilité partagée de la prévention du VIH ;
- Collaborer avec les réseaux des personnes vivant avec le VIH, la société civile et le secteur public afin d'assurer l'inclusion de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» dans la planification nationale, régionale et locale ;
- Créer des directives de bonnes pratiques à travers le suivi et l'évaluation en vue d'aider à recueillir davantage de preuves pour les programmes de «Santé Positive, Dignité et Prévention».

Les agences multilatérales et les agences des Nations Unies :

- Poursuivre la consultation sur la définition, les principes et les composantes de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» afin de produire et d'adopter des orientations en termes de politique et de programmation ;
- Veiller à ce que la «Santé Positive, Dignité et Prévention» soit incorporée dans les plans stratégiques nationaux et aussi recommander son inclusion dans les prochains cycles des projets du Fond Mondial ;
- Veiller à l'inclusion de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» dans les indicateurs de l'UNGASS, notamment la surveillance des droits humains afin de garantir sa mise en œuvre.

La consultation technique fait partie d'un processus continu de renforcement du rôle de leadership des personnes vivant avec le VIH en «Santé Positive, Dignité et Prévention». D'autres consultations au niveau régional sont prévues en vue d'établir une compréhension commune de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» et de fournir une orientation dans l'élaboration des politiques et des programmes au plan mondial.

¹ Les populations indigènes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les migrants, les consommateurs de drogues, les prisonniers, les réfugiés, les minorités sexuelles (notamment les populations intersexes et transgenres), les professionnel(le)s du sexe, les femmes et les jeunes.

Un bref historique de la prévention positive

Les efforts de prévention du VIH visant les personnes qui connaissent leurs statuts séropositifs ont existé sous une certaine forme depuis les premiers jours de l'épidémie. Beri Hull, de International Community of Women with HIV/AIDS (ICW), a fait faire aux participants un exercice de chronologie interactive afin d'étudier l'histoire de l'interaction entre les politiques et les programmes de prévention du VIH et les personnes vivant avec le VIH. Cet exercice a révélé qu'un grand nombre de ces messages étaient essentiellement négatifs et stigmatisants.

Malgré ces messages, au cours des décennies, de nombreuses organisations à base communautaire et la plupart des organisations représentant les personnes vivant avec le VIH – par exemple, le «Breakfast Club»² de Californie, le Vivo Positivo³ du Chili et Ontario Gay Men's HIV Prevention Strategy⁴ du Canada – ont développé des politiques et des programmes de «prévention positive». Cependant, bien que la prévention du VIH visant les personnes qui connaissent leur statut sérologique fasse partie de la riposte communautaire au VIH depuis les années 1980, ces programmes n'ont pas été nécessairement marqués du sceau de la «prévention positive».

La notion de «prévention positive» a été davantage formalisée en 2003 lorsque les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC) ont annoncé une nouvelle initiative nationale, Advancing HIV Prevention (AHP): New Strategies for a Changing Epidemic, qui mettait l'accent sur l'accroissement de l'acceptation et de l'accessibilité du dépistage du VIH et «la prévention de nouvelles infections en travaillant avec les personnes diagnostiquées séropositives et leurs partenaires, ainsi qu'une plus grande réduction de la transmission périnatale du VIH»⁵. Les CDC ont également publié des directives visant à incorporer la prévention du VIH dans la prise en charge médicale actuelle de toutes les per-

Chronologie interactive : Messages de prévention entendus par les personnes vivant avec le VIH dans leurs communautés, de 1981 à 2009

- «Les personnes séropositives sont coupables» (Afrique)
- «Les personnes séropositives ne devraient pas avoir de rapports sexuels» (Amérique Latine)
- «Les personnes séropositives sont responsables de la transmission du VIH» (Amérique du Nord)
- «Les femmes séropositives ne peuvent pas avoir d'enfants» (Afrique)
- «Mon docteur m'a dit : «Utilise des préservatifs, sinon va en prison». (Europe de l'Est)
- «J'ai été arrêté pour avoir fourni des services d'échange d'aiguilles/seringues» (Amérique du Nord)
- «On m'a dit que je m'inquiétais (trop) de la surinfection» (Amérique du Nord)
- «Les personnes qui vivent dans des relations sérodiscordantes devraient utiliser des préservatifs ou se séparer» (Australasie)
- «Certains activistes du SIDA ont dit : «les Barebackers sont des criminels» (Europe de l'Ouest)

Source : Session d'activités de groupe. *Developing a historical timeline of 'positive prevention'*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 27 avril 2009.

sonnes séropositives dans les milieux cliniques. Ces directives recommandaient la recherche systématique des comportements à risque de transmission du VIH et des IST, l'offre d'interventions brèves de réduction du comportement à risque dans le cadre clinique avec des références à des services complémentaires de prévention et services associés ainsi que des services de conseil et de référence des partenaires.⁶

Le programme et les directives des CDC ont été fortement critiqués par la National Association of People living with AIDS (NAPWA), une organisation des personnes vivant avec le VIH aux États-Unis, pour leur manque de consultation auprès des personnes vivant avec le VIH, et leur approche étroite notamment en «plaçant la responsabilité d'éviter les infections sur les épaules des personnes séropositives».⁷

2 Statement and Proposal from the 'Breakfast Club' on Prevention and HIV-Positive Persons, présenté devant le California Prevention Working Group, en septembre 1998, in California HIV Planning Group. *Prevention with Positives: A Guide to Effective Programs*. State of California, Department of Health Services, Office of AIDS, 2003, Annexe A, pp 47-50. Disponible sur ari.ucsf.edu/programs/policy/pwp_resources/Effective.PWP.Programs.doc

3 Voir : www.vivopositivo.org/portail/sitio/007.htm

4 Poz Prevention Definition, Values and Principles. Elaboré par le Poz Prevention Working Group et approuvé par le Provincial Advisory Body of the Ontario Gay Men's HIV Prevention Strategy, le 25 janvier 2008.

5 CDC. *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic – United States*, 2003. MMWR 2003; 52: 329-332.

6 CDC. *Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV*. MMWR 2003; 52 (RR-12): 1-24.

7 Anderson T. *Expanding the Boundaries of Positive Prevention Programmes*. National Association of People with AIDS (NAPWA). Présenté à la 4ème Conférence annuelle de CAPS, San Francisco, 2004. Disponible sur hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=cfcaps2004-01

Depuis cette période, un certain nombre d'organisations – dont le CDC⁸, l'International HIV/AIDS Alliance⁹, l'ONUSIDA^{10,11} et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹² – ont élaboré des directives programmatiques plus holistiques sur la « prévention positive ». Malgré ces activités et des niveaux de financement accrus affectés à la « prévention positive », il existe toujours un manque de compréhension concernant le concept, les objectifs et les éléments programmatiques de la « prévention positive » ; C'est également le cas au sein de la communauté des personnes vivant avec le VIH et des organisations qui les représentent ainsi que des agences multilatérales et des agences des Nations Unies, et finalement des financiers internationaux et des autres parties prenantes.

La consultation des PVVIH sur la « prévention positive »

Philippa Lawson, de Futures Group International, a présenté aux participants à la consultation technique le processus consultatif de sept mois qui a fait appel à plus de 1000 personnes vivant avec le VIH à travers le monde, juste avant le Sommet LIVING 2008¹³ ainsi que pendant le Sommet lui-même. Les résultats de ce processus et une revue de la littérature ont été publiés dans un document de discussion du Partenariat LIVING 2008¹⁴, qui a conclu à la nécessité d'une nouvelle approche holistique des besoins de santé, définie et impulsée par les personnes vivant avec le VIH, pour veiller à ce que les politiques et les programmes de prévention positive n'aggravent pas davantage la stigmatisation et la discrimination que rencontrent déjà les personnes vivant avec le VIH.

La consultation, dans la préparation du Sommet LIVING 2008 a établi que bien que les programmes de « prévention positive » existants soient bien accueillis par les personnes vivant avec le VIH dans certaines régions – notamment en Afrique subsaharienne et en Asie – dans d'autres zones – comme l'Amérique Latine, l'Amérique du Nord et l'Europe – le concept suscitait

beaucoup d'incompréhension et de méfiance chez les personnes vivant avec le VIH. Ceci était surtout dû à la perception que la « prévention positive » mettait l'accent sur la prévention de la transmission continue à travers le changement de comportement des personnes vivant avec le VIH.

Lors du Sommet LIVING 2008, nombre de participants ont dénoncé le fait que les personnes vivant avec le VIH n'étaient pas significativement impliquées dans les décisions pour la définition de la « prévention positive », ni dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation, le financement et la recherche concernant ses politiques et ses programmes. Ils ont également dénoncé l'idée que tant le nom que le concept implicites de la « prévention positive » peuvent suggérer que la responsabilité de la transmission du VIH incombe uniquement à la personne vivant avec le VIH. En conséquence, le principal consensus développé par le Sommet LIVING 2008 a été que la prévention devrait toujours être une responsabilité partagée des deux partenaires, indépendamment de leurs statuts sérologiques.



Suite au débat développé lors du Sommet LIVING 2008, GNP+ et l'ONUSIDA ont co-organisé cette consultation technique afin de faire progresser la discussion en examinant la relation de la « prévention positive » aux politiques et programmes existants de prévention et de traitement ainsi qu'aux lois et aux droits humains. L'objectif global de la consultation technique était de jeter les bases d'une compréhension commune de la « prévention positive » afin d'orienter le travail et les partenariats entre les réseaux des personnes vivant avec le VIH, les organisations de la société civile et les agences multilatérales, bilatérales et les agences gouvernementales.

8 CDC. *HIV Prevention for People Living with HIV: an Intervention Toolkit for HIV Care and Treatment Settings*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.

9 *Positive Prevention: HIV Prevention for People with HIV*. Brighton, International HIV/AIDS Alliance, 2007.

10 *Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper*. Genève, ONUSIDA, 2005.

11 *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. Genève, ONUSIDA, 2007.

12 *Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents Living with HIV in Resource-Limited Settings*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008.

13 Le Sommet LIVING 2008, qui s'est déroulé au Mexique les 31 juillet et 1er août 2008, était un partenariat de GNP+, IAS, ICASO, ICW, IRFC, International HIV/AIDS Alliance, IPPF, Mexican Network of People living with HIV, Sidaction, l'ONUSIDA et l'OMS. Il a été la première réunion, en cinq ans, des leaders séropositifs à travers le monde. La prévention, avec un accent particulier sur la « prévention positive », a été l'un des autres thèmes clés de plaidoyer discutés lors de la réunion.

14 *Partenariat LIVING 2008. Draft discussion paper: Positive Prevention by and for People Living with HIV*. Amsterdam, GNP+, juillet 2008.

Les objectifs spécifiques de la consultation technique étaient les suivants :

- recueillir les expériences et les connaissances des parties prenantes, en particulier les personnes vivant avec le VIH aux niveaux régional, national et local, à la consultation technique et développer une stratégie en vue de recueillir des points de vue et des expériences à un niveau plus élargi suite à la consultation technique ;
- élaborer un ensemble de valeurs et de principes de base sur la prévention positive ; et
- développer des recommandations en vue de faciliter l'intensification des programmes et l'élaboration de politiques.

Les résultats attendus de la réunion étaient, notamment :

- un ensemble de valeurs et de principes de base en vue d'entreprendre les programmes de « prévention positive » ;
- un plan d'action en vue d'accroître la participation des personnes vivant avec le VIH à l'élaboration d'une compréhension commune de la « prévention positive » pour la prise de décisions concernant les politiques et les programmes de la « prévention positive » ; et
- des recommandations pour des actions prioritaires spécifiques aux différentes parties prenantes, notamment les agences des Nations Unies, la société civile, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les autorités nationales et les organisations multinationales, ainsi que des conseils spécifiques pour les agences multilatérales et les agences donatrices en vue d'orienter leur appui aux politiques de « prévention positive ».

La réunion a vu la participation d'un ensemble d'intervenants provenant de vingt-huit pays de six continents différents, représentant les réseaux des personnes vivant avec le VIH, les agences de développement, les organisations de la société civile, les responsables de la mise en œuvre au niveau des pays, les agences multilatérales et les agences des Nations Unies ainsi que les agences donatrices. Plus de la moitié des cinquante participants étaient des personnes vivant avec le VIH qui dirigent des programmes et mènent des politiques visant à mettre en œuvre de meilleures ripostes au VIH et des normes plus élevées en matière de santé et de qualité de vie pour les individus séropositifs.

Kevin Moody, représentant le GNP+, ainsi que Rodrigo Pascal et Michael Bartos, représentant l'ONUSIDA, ont fait une introduction de la réunion en accueillant les participants et en soulignant que cet effort conjoint de GNP+ et de l'ONUSIDA faisait partie d'un processus à long terme qui se poursuivra par des consultations régionales tout au long de l'année 2009 afin de parvenir à une compréhension et une appropriation de la « prévention positive » aux niveaux personnel, national, régional, international et au niveau des parties prenantes.

Kevin Moody a observé que cette réunion, ainsi que les consultations à venir offrent aux personnes vivant avec le VIH l'occasion de se situer au centre des ripostes au VIH et de comprendre ce que la « prévention positive » signifie pour les personnes vivant avec le VIH, leurs partenaires et les personnes les plus à risque. « Si nous voulons reconquérir la prévention », a-t-il dit aux participants, « c'est à nous de faire le travail ».

Rodrigo Pascal a expliqué que la réunion avait trait au « dialogue et à la communication avec les personnes vivant avec le VIH en tant que meneur, pour montrer que les composantes [de la « prévention positive »] sont en rapport avec nos besoins ». Michael Bartos a également souligné l'importance de la participation des personnes vivant avec le VIH en déclarant que l'ONUSIDA « a besoin de plus d'orientation venant des personnes vivant avec le VIH pour donner forme à ce travail ».

Mettre en pratique la « Santé Positive, Dignité et Prévention »

David Hoe, du Poz Prevention Working Group of the Ontario Gay Men's Sexual Health Alliance, a expliqué pourquoi les personnes vivant avec le VIH devraient mener la politique et les programmes de « prévention positive ». Il a observé qu'il existe peu de programmes, s'il en existe, qui aident les personnes vivant avec le VIH à prendre des décisions toute leur vie sur des questions très personnelles comme le sexe et la consommation de drogues et qu'il est extrêmement rare de voir une infection intentionnelle survenir, malgré l'accroissement inquiétant des poursuites au Canada et, à travers le monde, pour cause de non-divulgation du VIH, d'exposition au VIH et de sa transmission. « Nous [PVVIH] nous soucions des infections du VIH et de nos communautés », dit-il, mais « en l'absence d'une politique de la santé et d'une politique sociale, la société s'en remet à la loi pénale et à la stigmatisation. Mais si nous remplaçons la honte par l'autonomisation, nous pouvons prendre des décisions conscientes ». La participation des personnes vivant avec le VIH à en tant que responsables de la définition, du développement des compétences, en tant que guides et apprenants à peut être la clef du succès de la politique et des programmes de « Santé Positive, Dignité et Prévention », a-t-il conclu.

Source : David Hoe. *Policy from PLHIV perspective: the story drives the policy*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

Vers un nom et une compréhension commune

De la « prévention positive » à la « Santé Positive, Dignité et Prévention »

Pendant le Sommet LIVING 2008, il est devenu évident que de nombreuses personnes vivant avec le VIH n'étaient pas disposées à accepter l'expression «prévention positive». Pour de nombreux participants, l'expression avait des connotations négatives impliquant le poids injuste et irréaliste de la responsabilité de la transmission du VIH sur la personne vivant avec le VIH. Certains ont déclaré que l'expression avait un sens trop «large, ne signifiait rien» tandis que d'autres ont dit qu'elle pouvait être «stigmatisante». L'on a observé que dans certains pays asiatiques, l'expression «prévention positive» traduite dans les langues locales pouvait impliquer ou faire penser à la mise en quarantaine d'individus séropositifs.

Plusieurs participants ont exprimé des opinions similaires au cours de cette consultation technique. Il a été avancé que l'expression fait du tort à la prévention du VIH et aux personnes vivant avec le VIH, dans la mesure où plusieurs composantes arrêtées au cours de la réunion mettent l'accent sur la «santé» dans son sens le plus large – comme les personnes qui reprennent le travail, créent et entretiennent des familles – plutôt que de simplement prévenir la maladie ou éviter de nouvelles infections. Ces résultats, comme l'a observé un des participants, concernent aussi «la dignité et la valeur humaines». Un autre participant a renchéri que l'adoption d'un nom différent maintenant a une valeur stratégique, permettant de reformuler la question et de mettre l'accent sur des environnements favorables. En retour, ceci donnerait aux personnes vivant avec le VIH l'occasion de prendre enfin le contrôle de l'agenda.

D'autres participants, cependant, ont soutenu l'utilisation actuelle de l'expression. Certains ont déclaré que dans la mesure où certaines agences donatrices utilisent déjà l'expression, le fait de la changer pourrait les perturber et pourrait aussi donner l'impression que les personnes vivant avec le VIH «créent un programme parallèle, [ce qui] pourrait nous stigmatiser encore plus». Un participant a observé qu'il était important de reconnaître la valeur de tout le travail effectué par les personnes vivant avec le VIH en «prévention positive» à ce jour et il était particulièrement inquiet que le changement de nom puisse signifier «la perte de ce que nous avons acquis ces cinq dernières années».

Certains pensaient que le terme en lui-même n'était pas un problème, mais que c'était plutôt le concept, les politiques et les programmes qui importaient tandis que d'autres avaient le sentiment très fort que le nom devait être changé afin d'aller de l'avant. En conséquence, les participants ont convenu qu'un nouveau nom opérationnel devrait être créé et convenu au cours de la réunion puisque les difficultés relatives à l'expression prenaient le pas sur les discussions plus approfondies sur les composantes, les valeurs, les principes et les recommandations. Une série d'expressions ont été proposées et discutées, notamment :

- prévention essentielle par et pour les personnes vivant avec le VIH ;
- promotion de la santé et vivre positivement ;
- prévention du VIH pour et par les personnes vivant avec le VIH ;
- santé positive et droits ;
- Santé Positive, Dignité et Prévention ;
- santé positive, bien-être et dignité ;
- vie positive/vivre positivement ;
- prévention positive pour la santé et la dignité ;
- Santé Plus / Health Plus

Pourquoi les personnes vivant avec le VIH en Amérique Latine rejettent l'expression «prévention positive»

Anuar Luna, du Mexican Network of People Living with HIV (Réseau mexicain des personnes vivant avec le VIH) et de RedLa+, a mis en exergue les préoccupations latino-américaines concernant l'expression «prévention positive». Dans son rôle de représentant des personnes vivant avec le VIH dans le Groupe de référence sur la prévention du VIH de l'ONUSIDA, un groupe de travail d'acteurs clés issus de 23 pays impliqués dans la prévention dans le monde, Anuar avait le sentiment que dans la classification récente des activités de prévention du VIH par le Groupe, la «prévention positive» était considérée comme une activité imposée aux personnes vivant avec le VIH et que l'expression suggère le positionnement de la prévention de la transmission comme l'activité centrale. Il a soutenu que ceci détourne l'attention d'autres questions aussi importantes comme l'accès au continuum de traitement et de soins, les droits humains, la santé sexuelle, les droits de procréation et la réparation des déséquilibres liés au genre.

Source : Anuar Luna. [«Positive prevention»] at UNAIDS Prevention Reference Group. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

A travers un processus d'examen minutieux et de débats, une majorité des propositions a été écartée. Par exemple, la plupart des participants ont convenu que le terme « prévention » devait demeurer dans le nom étant donné que la prévention de la maladie ainsi que la transmission étaient un élément majeur du concept et ce qui n'était pas nécessairement le cas pour le terme « santé ». Il a également été noté que le terme « droits » « traîne un énorme bagage politique » et que « dignité » – qui recouvre les aspects du cadre basé sur les droits humains – peut être préférable. Un participant a fait le commentaire suivant : « Quand vous liez la prévention, la santé et la dignité, vous ne pouvez pas bafouer ces termes ».



Après des discussions plus approfondies, les participants ont atteint un consensus sur une nouvelle expression opérationnelle qui décrit mieux ce nouveau paradigme : « Santé Positive, Dignité et Prévention ». Les participants sont impatients de recueillir les réactions sur le nouveau terme lors des consultations régionales, en particulier concernant la manière dont cela pourrait être traduit en fonction des contextes spécifiques.

Vers une compréhension de la « Santé Positive, Dignité et Prévention »

Les participants à la consultation ont convenu qu'il existe des faiblesses importantes dans de nombreuses approches actuelles de « prévention positive » ; ils se sont inquiétés de ce que nombre d'interventions de « prévention positive » existantes, dictées par les donateurs, paraissent se focaliser presque essentiellement sur la prévention de la transmission continue du VIH, qui ne devrait pas constituer le seul but d'un programme de « Santé Positive, Dignité et Prévention ».

Il a été convenu que la « Santé Positive, Dignité et Prévention » offre une opportunité de mettre en lumière la multitude de besoins de santé et de prévention des personnes vivant avec le VIH et un point de vue utile à travers lequel l'on peut comprendre les liens importants entre droits humains et prévention, traitement et soins et soutien. Tout au long de la consultation technique, les participants ont travaillé individuellement, en petits groupes, et collectivement pour proposer une liste des composantes comprises dans ce nouveau paradigme.

La liste qui suit regroupe des composantes individuelles sous des chapitres programmatiques. Nombre de ces composantes réalisent des objectifs programmatiques multiples et pourraient également trouver leur place sous d'autres chapitres. Les participants ont convenu que cette liste de composantes n'était ni exhaustive ni obligatoire, ni présentée selon un ordre d'importance particulier et pouvait faire l'objet de discussions plus approfondies de la part de toutes les parties prenantes.

Les composantes de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » comprennent les éléments suivants :

Promotion et accessibilité de la santé

- Conseil et dépistage volontaires (CDV) ;
- Dépistage et conseil à l'initiative du prestataire et dépistage et conseil à base communautaire dans des conditions de consentement éclairé, de confidentialité et d'un bon counseling ;
- Thérapie antirétrovirale comprenant le suivi clinique, le soutien à l'observation des soins, l'accès, la disponibilité et l'assurance-qualité ;
- Education à la santé pour bien vivre ;
- Compréhension du traitement ;
- Bien-être psychosocial, notamment le renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi ;
- Santé mentale ;
- Prévention de la progression de la maladie et d'autres infections/Prophylaxie pour la tuberculose (TB) et les infections opportunistes (IO) ;
- Soins palliatifs.

Droits de santé sexuelle et reproductive

- Santé sexuelle et reproductive ;
- Santé maternelle ;
- Planification familiale ;
- Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment les hépatites B et C ;
- Education et services liés au sexe et à la sexualité.

Prévention de la transmission

- Compréhension de la transmission ;
- Réduction des risques (drogues et alcool) ;
- Prévention de la transmission du parent à l'enfant.

Droits humains, notamment la réduction de la stigmatisation et de la discrimination

- Assurance de la confidentialité du statut ;
- Divulgence volontaire et sans risque (« créer un environnement de communication franche et d'égalité dans les relations ») ;
- Autonomie de l'individu (« c'est-à-dire le choix du moment et de l'opportunité d'initier la thérapie antirétrovirale ») ;
- Compréhension des lois, plaidoyer et activisme ;
- Environnement favorable, notamment des lois protectrices ;
- Responsabilité partagée.

Egalité des sexes

- Prévention et gestion de la violence sexiste ;
- Droits de la femme ;
- Droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des lesbiennes, des gays, des bisexuels, des personnes transgenres et intersexes ;
- Autonomisation économique.

Soutien social et économique

- Soutien social et économique, notamment pour les soignants ;
- Sécurité alimentaire et sécurité de l'eau ;
- Santé et protection sociale pour les enfants et les adolescents vivant avec le VIH ;
- Education et sensibilisation.

Autonomisation

- Participation significative des personnes vivant avec le VIH, notamment le leadership positif, la participation et le plaidoyer ;
- Mobilisation sociale et engagement communautaire ;
- Liaison avec d'autres mouvements de justice sociale et de développement.

Mesurer l'impact

- Financement continu et/ou accru des programmes de « Santé Positive, Dignité et Prévention » ;
- Constitution de preuves et partage des leçons apprises ;
- Indicateurs pour le suivi et l'évaluation.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » dans la pratique : le Népal

Depuis 2007, huit organisations à base communautaire (OBC) au Népal ont collaboré sur un programme de « prévention positive » de Family Health International (FHI) s'adressant aux personnes vivant avec le VIH, leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés.

Le programme a apporté les avantages suivants pour les personnes vivant avec le VIH :

- Une implication et une participation significatives renforcées ;
- Une participation et une appropriation accrues du programme ;
- Une estime de soi et une confiance en soi accrues ;
- Des modes de vie positifs et sains améliorés ;
- Un accès accru aux services de soins, soutien et traitement ;
- Une incidence réduite de la stigmatisation et de la discrimination.

Les interventions individuelles comprennent :

- Le conseil pour les couples sérodiscordants et séroconcordants sur la divulgation et les comportements sexuels et de consommation de drogues injectables à moindre risque, notamment la promotion et la distribution de préservatifs ;
- La promotion de modes de vie sains et de la pensée positive et du vivre positivement ;
- La référence vers des services de conseil et de dépistage du VIH et de soins, soutien et traitement du VIH.

Les interventions communautaires comprennent :

- L'éducation et la sensibilisation par le biais d'un bureau d'intervenants séropositifs, des forums de discussion communautaire qui comprennent la sensibilisation sur la question de la stigmatisation et de la discrimination ;
- La création de clubs post-tests et de réunions « anonymes du VIH/séropositifs anonymes » ;
- La coordination et la collaboration avec les parties prenantes.

Source : Sudin Sherchan, NAP+N. *Practices and lessons learnt on PP: Designing and Implementing PP Programmes in Népal*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

Lier la « Santé Positive, Dignité et Prévention » aux droits et à la loi

Le consensus le plus important développé lors de la réunion est la nécessité pour la « Santé Positive, Dignité et Prévention » d'avoir un cadre de droits humains (notamment les approches de la programmation du VIH basées sur les droits) soutenu par des lois protectrices afin d'assurer la non-discrimination, de réduire la stigmatisation et de changer les normes de genre nuisibles. Les participants ont convenu de façon unanime que la loi doit permettre aux personnes vivant avec le VIH de se protéger elles-mêmes et les autres, non pas par la peur, mais par l'autonomisation et avec dignité.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » et les droits et la loi

Susan Timberlake de l'ONUSIDA a présenté une vue d'ensemble des liens entre la « Santé Positive, Dignité et Prévention », le cadre juridique et les programmes à renforcer. Elle a souligné les nombreux obstacles à la réalisation de cet objectif, notamment en raison des lois punitives qui criminalisent les comportements qui exposent les personnes au risque du VIH – comme certaines pratiques sexuelles, le commerce du sexe, la consommation de la drogue, l'adultère et la « fornication » ainsi que la criminalisation de la non-divulgaration du statut sérologique positif, l'exposition au VIH et/ou la transmission du virus.

Malgré la promesse d'adopter des lois protectrices faite par les gouvernements, il y a souvent un manque de cohérence entre la politique et la loi. Par exemple, les lois discriminatoires – comme les restrictions à l'entrée, au séjour et/ou à la résidence ou les lois qui requièrent le dépistage obligatoire du VIH – peuvent coexister avec des lois qui protègent les personnes vivant avec le VIH.

Susan Timberlake a suggéré trois stratégies majeures en vue d'améliorer le cadre juridique :

- L'alphabétisation juridique : aider les personnes vivant avec le VIH et les communautés affectées à connaître leurs droits et les lois, à avoir accès au système judiciaire et à plaider pour le changement.
- Améliorer l'application des lois : former la police, le personnel des prisons, les avocats et les juges à ne pas faire de discrimination et à faciliter et défendre un accès juste et équitable à la loi.

Les lois qui criminalisent le statut : Droit civil et Droit de la Charia et punitions ciblant les populations clés en Malaisie

Les transgenres (infraction : « comportement indécent »)
Droit civil (jusqu'à 3 mois de prison, plus une amende)
Droit de la Charia (jusqu'à 1 an de prison, plus une amende)
Rapports sexuels entre des hommes (infraction : « rapports sexuels contre-nature » ou « Liwat »)
Droit civil (jusqu'à 20 ans de prison, plus coups de fouet)
Droit de la Charia (jusqu'à 3 ans de prison, plus coups de fouet, plus amende).
Commerce du sexe (infraction : « prostitution »)
Droit civil (jusqu'à 3 mois de prison, plus une amende),
Droit de la Charia (jusqu'à 3 ans de prison, plus coups de fouet, plus amende)

Source : Elisha Kor, PT Foundation, *Criminalization of Sexual Behaviour in Malaisia*.
Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

- Légiférer ou réformer les lois : bien que cela soit difficile et prenne du temps, que cela soit politiquement complexe et risqué, nous devons préparer le terrain au plaidoyer pour de meilleures lois ou, dans certains cas, comme la non-divulgaration et l'exposition au VIH, pas de lois du tout.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » et criminalisation du statut

Les lois qui criminalisent certaines populations clés à risque ou affectées par le VIH de manière disproportionnée – comme les consommateurs de drogues, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'autres minorités sexuelles comme les personnes transgenres et intersexes – freinent fortement les ripostes au VIH en entravant la diffusion des informations, en développant la stigmatisation et la discrimination et en accroissant la vulnérabilité au VIH et/ou à d'autres maladies.

Selon le *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*¹⁵, 84 des 136 pays ayant présenté un rapport ont indiqué avoir des lois

¹⁵ Disponible sur : www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_GlobalReport.asp

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

Les réformes législatives nationales suivantes doivent être adoptées :

- Créer des lois anti-discriminatoires (orientation sexuelle, identité du genre, statut sérologique) ;
- Décriminaliser la non-divulgaration du VIH, l'exposition au VIH et sa transmission ;
- Garantir le droit au mariage et à la fondation d'une famille, indépendamment du statut sérologique ;
- Faire en sorte que le statut sérologique ne soit pas un argument pertinent dans les décisions relatives au divorce et à la garde des enfants ;
- Veiller aux droits des jeunes à la confidentialité, à des informations et des soins de santé sexuelle et reproductive adaptés à leur âge ;
- Garantir les droits de la femme à la propriété ;
- Reconnaître et poursuivre la violence sexuelle (notamment l'inceste, le mariage forcé/précoce, l'agression sexuelle ou le viol).

Tiré de « *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living with HIV: A Guidance Package* » à publier par EngenderHealth, GNP+, ICW, IPPF, l'ONUSIDA et Young Positives.

Source : Lynn Collins, UNFPA. *Addressing Sexual and Reproductive Health and Rights and HIV Prevention Linkages within Environments of Gender Inequality*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

et des réglementations qui présentent des obstacles à une prévention, un traitement, des soins et soutien efficaces pour les populations vulnérables.

Au cours d'une session parallèle sur l'impact de la criminalisation du statut sur la « Santé Positive, Dignité et Prévention », les participants ont convenu qu'il était important d'établir des liens entre la criminalisation de différentes populations clés (exemple, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues, les professionnel(le)s du sexe) et d'apprécier les différences – et les similitudes – entre l'égalité et les violations des droits humains. Toutefois, il a été également convenu qu'en raison du manque de données spécifiques sur les pays, une consultation technique internationale axée sur la question de la criminalisation du statut était nécessaire.

Les recommandations de base sont les suivantes :

- Relever les défis en travaillant de manière pragmatique en vue d'assurer l'accès des individus criminalisés à la « Santé Positive, Dignité et Prévention ».
- Améliorer la compréhension des lois par les personnes vivant avec le VIH.
- Etablir de meilleurs liens entre les experts au niveau local, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, la société civile et les agences multilatérales et les agences des Nations Unies en vue d'obtenir plus de données sur les lois spécifiques et leur impact.
- Assurer un lobbying en vue de veiller à ce que la loi respecte les droits humains tout en sachant que changer la loi est un processus lent.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » et criminalisation de la non-divulgaration, de l'exposition et de la transmission

Lors d'une session parallèle sur la criminalisation de la non-divulgaration du VIH, de l'exposition au VIH et sa transmission, les participants ont appris que 85 pays ont des lois obligeant les partenaires sexuels à divulguer leur statut sérologique positif lorsqu'il y a un risque de transmission et/ou rendant illégal le fait, pour les individus séropositifs, d'exposer d'autres personnes au risque de transmission et/ou de transmettre « sciemment » ou « imprudemment » le VIH à des partenaires sexuel(le)s autrement consentant(e)s.¹⁶

Les participants ont exprimé des inquiétudes concernant la hausse du nombre de cas où des individus séropositifs ont été accusés dans le cadre de ces lois et la tendance vers une nouvelle législation spécifique au VIH, en particulier en Afrique subsaharienne, où vingt pays ont proposé ou adopté de telles lois ces quatre dernières années.¹⁷

Susan Timberlake, de l'ONUSIDA, a observé qu'alors que de nombreux législateurs ont de bonnes intentions, ces lois ne sont pas un moyen efficace de résoudre le problème de la transmission du VIH. Elle a mis l'accent sur les tensions qui existent entre l'obligation du droit pénal de punir et prévenir tout comportement répréhensible et l'impératif pour la santé publique de prévenir de nouvelles infections au VIH. Elle a souligné qu'alors que l'ONUSIDA pense qu'il n'existe pas de preuves démontrant qu'une large application du droit criminel

¹⁶ Susan Timberlake. *Criminalization of transmission: influencing legal frameworks with positive prevention*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

¹⁷ Pour de plus amples informations actualisées, voir : www.gnpplus.net/criminalisation

Implications de la criminalisation de la transmission du VIH pour la « Santé Positive, Dignité et Prévention » : quelques recommandations

- Faire face aux réalités du milieu juridique ;
- Entrer dans le débat en termes d'arguments/de définitions juridiques ;
- Maintenir la riposte dans le domaine de la santé publique ;
- Evaluer la nature de la responsabilité ;
- Discuter avec les législateurs ;
- Elaborer des outils pour l'éducation, l'autonomisation et la remise en question.

Source : Susan Timberlake. *Criminalization of transmission: influencing legal frameworks with positive prevention*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

à la transmission du VIH produise des résultats en termes de justice pénale ou prévienne d'autres infections, l'on sait très peu de choses sur les impacts de la criminalisation de la transmission du VIH.¹⁸

Les participants se sont inquiétés de ce que les lois pénales concernant la non-divulgence, l'exposition et la transmission du VIH risquaient de saper la santé publique en ayant un impact négatif sur l'acceptation du dépistage du VIH, en créant des attentes irréalistes au niveau de la divulgation et en entravant l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH.

Skip Rosenthal, de GNP+ North America, a demandé aux participants de réfléchir à la question du comment et si ces inquiétudes affectaient les politiques et les programmes de « Santé Positive, Dignité et Prévention ». Les participants avaient le sentiment très net qu'en plaçant le poids de la responsabilité sur les personnes vivant avec le VIH, ces lois sapaient l'un des principes clés de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » : c'est-à-dire que la prévention de la transmission du VIH est une responsabilité partagée par tous les individus indépendamment du statut sérologique. « La criminalisation est le pendant des approches basées sur la responsabilité partagée », a observé un participant. « Nous devons en informer le système de justice pénale ».

Les participants ont convenu que d'autres consultations sur ces questions étaient nécessaires, notamment pour une

¹⁸ Voir : www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/HumanRights/humanrights.criminalization.asp

Réaliser la « dignité » en « Santé Positive, Dignité et Prévention » : quelques recommandations

- Mieux connaître les textes juridiques ;
- S'exprimer haut et fort et s'organiser pour contester les mauvaises lois et leur application, défendre les bonnes lois et leur application ;
- Exiger que la politique de « Santé Positive, Dignité et Prévention » comprenne des programmes qui soutiennent les droits humains et l'alphabétisation juridique ;
- Exiger que les donateurs financent et les gouvernements mettent en œuvre et intensifient ces programmes ;
- Soutenir la non-discrimination comme le quatrième pilier de l'accès universel ;
- Exiger des indicateurs de réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;
- Inviter à la recherche opérationnelle sur l'impact des mauvaises lois.

Source : Susan Timberlake, UNAIDS. *Links between positive prevention, the legal environment and programmes to empower*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

meilleure clarification de ce que signifie la « responsabilité partagée » pour les personnes vivant avec le VIH, leurs partenaires et leurs communautés. Quelques recommandations de base portent notamment sur la nécessité de :

- relever les défis de manière pragmatique dans le cadre d'une approche de réduction des risques¹⁹ ;
- sensibiliser davantage les personnes séropositives concernant les lois existantes ;
- s'assurer que le lobbying sur les droits humains aboutit à une loi tout en sachant que le changement de la loi est un processus lent ;
- créer de meilleurs liens entre les experts au niveau local, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, la société civile, les agences multilatérales et les agences des Nations Unies en vue d'obtenir plus de données sur les lois spécifiques et leur impact ;
- mettre en avant la responsabilité partagée en termes de système de justice pénale et développer des stratégies pour gérer ce système de manière proactive.

¹⁹ Une telle approche pourrait inclure le rapprochement avec les parties prenantes clés du système de justice pénale afin de les instruire sur l'exposition au VIH et sa transmission, et travailler avec les communautés à risque en vue de réduire le nombre de plaintes pénales en mettant en avant la responsabilité partagée et en suggérant d'autres méthodes de règlement comme le conseil des couples ou l'utilisation du droit pénal.

Le traitement en tant que prévention

Un nouveau paradigme de la prévention du VIH a émergé lors de la XVII^{ème} Conférence internationale sur le SIDA qui s'est déroulée à Mexico en août 2008, et a notamment estompé les frontières entre la prévention et le traitement et a fortement éclairé les discussions lors de cette consultation technique sur la manière de passer de la « prévention positive » à la « Santé Positive, Dignité et Prévention ».

La première idée était le concept de « prévention combinée », qui accepte que le fait de mettre l'accent essentiellement sur le changement de comportement est trop simpliste. La prévention combinée apprécie les réalités de la dynamique sexuelle, s'intéresse aux questions sociétales et structurelles et couvre les interventions biomédicales comme des outils de prévention, notamment l'utilisation expérimentale des anti-rétroviraux (ARV) sous forme de prophylaxie pré-exposition orale ou topique pour les personnes présentant le risque de contracter le VIH²⁰. La seconde idée était la reconnaissance croissante – bien qu'avec de nombreuses réserves – de la capacité de la thérapie antirétrovirale à réduire fortement le risque de transmission du VIH tant au niveau individuel²¹ qu'au niveau de la population²².

Plusieurs présentations ont relevé les défis et les opportunités que présente l'utilisation du traitement comme outil de prévention. Kevin Moody, de GNP+, a fait remarquer que certaines personnes vivant avec le VIH ont pu se rendre compte depuis plusieurs années de l'effet potentiel du traitement sur la réduction du risque de transmission et il a relevé les preuves empiriques de « couples sérodiscordants [qui] ont choisi de ne pas utiliser de préservatif parce qu'ils savent qu'ils sont moins contagieux ». Il a présenté des données à partir d'une petite étude qualitative sur cinquante et un couples vivant ensemble depuis longtemps (dont trois étaient des couples de même sexe) en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Ukraine, qui présentait les stratégies de résistance et les choix faits dans le contexte de relations sérodiscordantes de longue durée.

²⁰ Voir Pebody R, Cairns G. *Prevention – there will be no magic bullet, we need 'combination prevention'*. NAM, août 2008. Disponible sur : www.aidsmap.com/en/news/851AA401-037F-44E8-8115-6320059C02D7.asp

²¹ Voir Bernard EJ. *Swiss statement that 'undetectable equals uninfected' creates more controversy in Mexico City*. NAM, août 2008. Disponible sur : www.aidsmap.com/en/news/CB3AEAB0-8910-4B75-A6B1-3AEBB1413D2A.asp

²² Voir Alcorn K. *Treatment as prevention tool: enough evidence to say it works, says IAS president*. NAM, août 2008. Disponible sur : www.aidsmap.com/en/news/30D49BD7-41FC-4E0D-AEBD-A210794D0533.asp

L'étude a révélé que les partenaires séropositifs craignaient souvent d'infecter leurs partenaires séronégatifs, que malgré un niveau élevé d'utilisation de préservatif signalé, les partenaires masculins avaient quelques réticences à utiliser les préservatifs, que les couples hétérosexuels hésitaient constamment entre le désir d'avoir des enfants biologiques et le risque de la transmission du VIH ; et que ces couples ne discutaient pas de leurs désirs et de leurs intentions en matière de procréation avec les prestataires de soins de santé parce qu'ils s'attendaient à des réactions négatives ou à un manque de compréhension.

Une présentation faite par Portia Ngcaba du Treatment Action Campaign (TAC) de l'Afrique du Sud, a souligné que le rôle du traitement dans la prévention dans les milieux à ressources limitées doit être principalement – et urgemment – axé sur la prévention de la maladie et de la mort. Elle a relevé que bien que 450 000 personnes bénéficient actuellement de thérapie antirétrovirale en Afrique du Sud, plus de 500 000 adultes et 27 000 enfants qui ont un besoin urgent de traitement – c'est-à-dire ceux qui répondent à la définition clinique du SIDA par l'OMS – n'ont pas accès à la thérapie antirétrovirale.



Les participants originaires d'Afrique ont relevé qu'une approche multisectorielle allant au-delà du traitement ou de la prévention – qui inclut la sécurité économique, le logement et des besoins de services – est également requise pour soutenir les personnes vivant avec le VIH. Un participant du Kenya a ajouté : « l'un des plus gros problèmes que nous rencontrons en Afrique subsaharienne, c'est que près de 40 % des personnes vivant avec le VIH qui commencent la thérapie antirétrovirale ne la poursuivent pas après deux ans. Les principales causes sont économiques – les gens ne peuvent pas s'offrir le prix du ticket de bus pour se rendre au centre de santé et ils ne peuvent pas s'offrir le prix de la nourriture ».

« Santé Positive, Dignité et Prévention » dans la pratique : Zambie

Ruth Mukonde, de The International HIV/AIDS Alliance, a donné un exemple de la façon dont la « Santé Positive, Dignité et Prévention » peut faire la différence dans la vie des personnes vivant avec le VIH. Jane était veuve quand elle a été diagnostiquée séropositive. En 2004, au moment où elle s'inscrivait dans le programme Antiretroviral Community Education and Referrals (ACER) à domicile, elle avait un taux de CD4 de l'ordre de 1 cell/mm³ et souffrait de plusieurs IO. Elle a bénéficié de la thérapie antirétrovirale financée par le Ministère de la santé dans le cadre du site de l'ACER et les agents de soins de santé ont soutenu Jane dans une approche holistique qui comprenait :

- des visites de soins à domicile ;
- l'aide au transport pour les rendez-vous au centre de santé ;
- une aide nutritionnelle ;
- un conseil psychosocial, notamment un groupe de soutien de la thérapie antirétrovirale ;
- des ateliers portant sur le changement de comportement.

Le dernier taux de CD4 de Jane est de 550 cells/mm³ ; elle est heureuse, elle se porte bien et soutient d'autres personnes vivant avec le VIH au centre de thérapie antirétrovirale de l'Université de Zambie.

Source : Ruth Mukonde. Communication personnelle suite à la consultation technique.

Andrew Doupe, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a observé que bien que l'OMS n'ait pas, actuellement, une politique spécifique sur la thérapie antirétrovirale pour la prévention, des membres du personnel ont publié un modèle mathématique théorique en novembre 2008 dans *The Lancet* qui étudiait l'impact potentiel du dépistage volontaire universel du VIH immédiatement suivi par une thérapie antirétrovirale, indépendamment du stade clinique du taux de CD4. Le modèle présumait que le traitement, combiné aux méthodes de prévention actuelles, réduirait fortement la transmission et concluait que ceci pourrait réduire le nombre de nouvelles infections à VIH de l'ordre de 95 % d'ici dix ans, dans une épidémie hétérosexuelle généralisée de la gravité rencontrée en Afrique australe et pourrait entraîner une réduction des coûts

à moyen terme²³. L'OMS invite maintenant à la discussion et à la recherche sur les implications d'une politique du « traitement comme prévention », consciente de ce que les questions d'éthique et de droits humains doivent éclairer le débat et prête à écouter les voix des personnes vivant avec le VIH.

Kane Race, de l'Université de Sydney, a relevé certains des atouts et écueils potentiels d'une telle approche si elle devait se transformer en politique. Un avantage potentiel serait que de nombreuses personnes vivant avec le VIH – à la fois celles qui ne sont pas encore diagnostiquées et celles qui connaissent leur statut séropositif – auraient accès au traitement, ce qui permettrait de sauver des millions de vies. Néanmoins, le concept de dépistage volontaire « universel » du VIH, qui ne peut pas être réalisé sans des changements majeurs dans la politique et les conditions sociales, représente un écueil majeur. En outre, l'intensification du dépistage et du traitement nécessiterait une intensification substantielle et soutenue des infrastructures et des ressources. Une telle approche s'appuierait également sur une observance de la thérapie antirétrovirale pendant toute la vie, ce qui pourrait ne pas être supportable pour les individus ou pour les systèmes de santé des pays.

Les participants étaient partagés entre se réjouir d'une politique de « traitement comme prévention » – en raison des implications potentielles pour l'accès universel au dépistage, à la prévention, au traitement, aux soins et soutien – et être attentif aux possibilités d'abus des droits humains. Certains se sont inquiétés de ce que le concept du droit de choisir l'*opportunité* et le *moment* pour commencer un traitement pourrait être oublié avec l'excitation et l'impatience d'étendre l'accès aux personnes qui n'ont actuellement pas accès à la thérapie antirétrovirale. « D'un point de vue des droits humains, le « traitement comme prévention » est la tempête parfaite », a déclaré un participant, qui a relevé que pendant toute la durée de l'épidémie du VIH, le financement et l'appui politique ont ciblé des résultats facilement mesurables comme le dépistage et le traitement et non la protection sociale, juridique et économique. Les participants ont exprimé leur préoccupation que ceci ne se répète tout au long du processus de recherche, de dépistage, d'essai et de mise en œuvre du « traitement comme prévention » à moins que les personnes vivant avec le VIH n'exigent des politiques qui protègent leurs droits humains.

²³ Granich RM, Gilks CF, Dye C, et al. *Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model*. *Lancet* 373 (9657): 48 - 57, 2009.

La consultation technique a identifié un certain nombre de priorités et de défis qui nécessitent une attention plus poussée. Il s'agit, au plan individuel, des points suivants :

- Plus de recherche et d'actions programmatiques sur les éléments environnementaux et les conditions sociales qui renforcent l'accès volontaire au dépistage, au traitement et aux soins.
- La reconnaissance de ce que certaines personnes vivant avec le VIH pratiquent déjà le « traitement comme prévention » pour un ensemble de raisons, notamment le désir de relations sexuelles et/ou de procréation.
- Une meilleure compréhension des expériences des personnes vivant avec le VIH (y compris celles vivant dans des relations sérodiscordantes) concernant :
 - les stratégies de prévention qui sont déjà utilisées et comment l'introduction du « traitement comme prévention » pourrait avoir un impact sur ces stratégies ;
 - les résultats qui sont recherchés lorsque l'on suit un traitement du VIH et comment ces résultats sont reliés à des choix sexuels et reproductifs plus larges ;
 - les barrières à la prise du traitement du VIH ;
 - l'accessibilité des traitements de première intention et de deuxième intention ; et
 - les craintes et les questions relatives à la prise du traitement du VIH pour des mesures de prévention.
- Des messages plus clairs sur les risques et les avantages de l'utilisation du « traitement comme prévention ».
- Une meilleure compréhension de la manière dont la « Santé Positive, Dignité et Prévention » a un impact sur les personnes séronégatives qui pourraient devenir séropositives suite à des essais cliniques pour de nouvelles technologies de prévention.

Les priorités et les défis pour le « traitement comme prévention » en tant qu'approche au niveau de la population impliquent de comprendre :

- comment un « traitement comme prévention » réalisable et acceptable pourrait être une force galvanisante pour la réalisation de l'accès universel ;
- quelles sont les ressources qui pourraient être requises pour la mise en œuvre de cette approche et quel serait le rôle de la société civile et des réseaux de personnes vivant avec le VIH ;
- quel serait l'effet sur les personnes vivant avec le VIH de la formulation du « traitement comme prévention » sur des questions comme l'autonomie, l'observance et la confidentialité ;
- que faut-il faire pour éviter que les stratégies de la santé publique consistant à « identifier et contenir » n'éclipsent les concepts d'« éducation, protection et autonomisation de la communauté » ;

- comment le « traitement comme prévention » pourrait être utilisé de manière coercitive contre les populations clés ; et
- ce que pourrait être l'effet sur les individus et la santé publique du traitement précoce et pour toute la vie, en termes de toxicité des médicaments et de pharmacorésistance.

Intégration de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien

L'OMS estime que moins d'une personne sur cinq qui risquent de contracter le VIH, a accès, au plan mondial, aux services de prévention de base du VIH, que plus de 80% des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenus faibles et moyens ne savent pas qu'elles sont infectées et que moins d'une personne sur trois personnes vivant avec le VIH, cliniquement éligibles au traitement du VIH, a accès à la thérapie antirétrovirale²⁴.

Des appels à l'accès universel ont stimulé les ripostes au VIH à travers le monde, focalisé les ripostes nationales des pays et galvanisé la société civile, les personnes vivant avec le VIH et les communautés affectées, les gouvernements et les organisations internationales pour travailler ensemble vers une approche plus coordonnée.

La consultation technique a discuté de la façon dont la « Santé Positive, Dignité et Prévention » pourrait être intégrée non seulement dans les programmes actuels de prévention, de traitement, de soins et soutien du VIH, mais aussi dans l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et soutien du VIH d'ici 2010.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » et accès universel

Selon une présentation faite par Kevin O'Reilly de l'OMS, nombre des valeurs, des principes et des composantes de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » vont de pair avec la réalisation des objectifs de l'accès universel, notamment :

- *Cela permettrait de focaliser l'attention du secteur de la santé sur une population mal desservie.* Il a reconnu que malgré des « encouragements » le secteur de la santé ne s'est pas engagé de manière significative auprès de la société civile, des organisations non gouvernementales (ONG) et des organisations à base communautaire (OBC) qui assurent déjà des services qui aident les personnes vivant avec le VIH à bien vivre.
- *Cela peut encourager un dépistage plus précoce, permettre de réaliser un accès plus important des personnes vivant avec le VIH aux services de soutien et donner aux personnes vivant avec le VIH une raison de rester en contact avec leur centre de santé*

²⁴ OMS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Rapport d'état d'avancement, juin 2008. Disponible sur : www.who.int/hiv/pub/2008progressreport/en/index.html

entre le moment du dépistage positif et le moment de l'éligibilité à la thérapie antirétrovirale. Il y a beaucoup de personnes vivant avec le VIH pour qui le traitement n'est pas indiqué à l'heure actuelle, mais pour qui l'on peut faire beaucoup, a-t-il dit. « Nous savons que les gens font leur test trop tard et accèdent aux services trop tard. Nous savons que beaucoup de personnes font le test, ont un résultat puis disparaissent jusqu'à ce qu'elles soient malades. Nous devons combler le vide entre le moment de la réception d'un résultat positif et le début d'un traitement ».

En discutant des directives de l'OMS récemment publiées, les participants ont relevé un certain nombre de difficultés tant en termes de leur mise en œuvre que des liens avec d'importantes composantes de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » :

- Il y a actuellement un manque de mise en œuvre cohérente – alors que certains pays comme la Zambie les ont adoptées, d'autres ne l'ont pas fait.
- Il n'y a pas de financement spécifique affecté à aucune des interventions recommandées.
- Il n'existe pas de plan de suivi et évaluation à l'heure actuelle.
- La nature de ces directives qui s'appuyaient sur des preuves a beaucoup limité les orientations concernant la réduction du risque de transmission de VIH en l'absence des préservatifs.
- Aucune orientation n'a été incluse sur la manière de réduire l'impact des lois pénales récemment introduites sur l'exposition et la transmission du VIH dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne.
- Les agendas moraux et politiques demeurent souvent une barrière à la mise en œuvre des interventions basées sur des preuves.

Les participants ont convenu, à l'unanimité, que les liens entre « Santé Positive, Dignité et Prévention » et l'accès universel sont essentiels. Un certain nombre de priorités et de défis associés à l'intégration des valeurs et des principes de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans les différents éléments de politique et programmatiques de la prévention, du traitement, des soins et soutien du VIH ont été relevés, à savoir :

- Combattre la stigmatisation et la discrimination dans les milieux de soins de santé ;
- Atténuer l'impact d'un environnement juridique et politique non favorable ;
- Intégrer des méthodes avérées de réduction des risques dans les programmes et de soins et soutien ;
- Créer des liens plus forts et accroître la collaboration entre le secteur de la santé et les organisations de la société civile qui assurent déjà des services de prévention, de traitement et de soins ;

- Fournir les ressources requises pour la formation des agents de soins de santé sur les valeurs, les principes et les éléments programmatiques de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » et pour la mise en œuvre de ces éléments au sein des services de santé ;
- Répondre aux besoins des individus séropositifs mais mesurer l'impact du succès de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » sur la santé des populations.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » et prévention du VIH

Au cours d'une session parallèle sur le positionnement de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans les efforts élargis de prévention du VIH, les participants ont identifié un certain nombre de domaines prioritaires à prendre en compte, notamment :

- Engager les personnes vivant avec le VIH dans tous les aspects de la prévention, notamment la conception, la programmation, la mise en œuvre, la recherche, le suivi et évaluation ;
- Élargir les programmes de prévention au-delà de la focalisation sur les personnes « non infectées » et/ou les personnes « non testées » et créer des messages plus judicieux pour les personnes qui sont séronégatives, séropositives ou ignorantes de leur statut ;
- Mettre l'accent sur les couples sérodiscordants et les populations clés ;
- Incorporer et comprendre les rapports entre les capacités d'un individu et les effets de l'environnement élargi ;
- Développer des programmes de renforcement des capacités afin de traiter les questions de confiance et d'assurance ;
- Fournir des informations basées sur des preuves, claires, actualisées, afin de permettre à l'individu de faire des choix ;
- Incorporer tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, notamment les sentiments et les désirs dans les interventions comportementales, en reconnaissant les complexités qui entourent le moment de la transmission/contraction du VIH.

La consultation technique a entendu parler d'interventions de prévention visant les personnes vivant avec le VIH qui ont mis en lumière des succès ainsi qu'un certain nombre de priorités et de défis. Angelina Namiba, du African HIV Policy Network (AHPN) du Royaume-Uni, a examiné ces questions dans le cadre des populations migrantes africaines vivant avec et affectées par le VIH au Royaume-Uni. Les migrants africains rencontrent de multiples difficultés, notamment autour des questions socioéconomiques et juridiques dont la menace d'expulsion et de poursuites pour la transmission du VIH.

Treize interventions essentielles recommandées par l'OMS pour les personnes vivant avec le VIH

L'OMS a récemment publié des directives présentant un ensemble de treize interventions efficaces basées sur des preuves ciblant les personnes vivant avec le VIH dans des milieux à ressources limitées, à tous les stades de la maladie du VIH, qui sont « simples, relativement peu coûteuses et peuvent améliorer la qualité de la vie, prévenir une transmission continue du VIH et – pour certaines interventions – retarder la progression de la maladie du VIH et prévenir la mortalité ».

- Conseil et soutien psychosocial ;
- Divulgateur, information du partenaire et dépistage et conseil ;
- Prophylaxie co-trimoxazole ;
- Conseil, dépistage et prévention de la tuberculose ;
- Prévention des infections fongiques ;
- Prévention des infections sexuellement transmissibles et autres infections du système reproductif ;
- Prévention du paludisme ;
- Prévention de certaines maladies pouvant être prévenues par la vaccination (hépatite B, infection pneumococcique, grippe et fièvre jaune) ;
- Nutrition ;
- Planification familiale ;
- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Programme d'aiguilles-seringues et thérapie de substitution aux opiacées ;
- Eau, assainissement et hygiène.

Source : OMS. *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. Genève, 2008.

En partenariat avec une grande variété de parties prenantes, l'AHPN a développé un certain nombre de campagnes de promotion de la santé qui intégraient des messages qui traitaient du dépistage du VIH ainsi que de l'accès aux services et mettaient l'accent sur la responsabilité partagée de la transmission du VIH plutôt que de mettre l'accent principalement sur les personnes séronégatives ou non testées.

Alan Brotherton, de International HIV/AIDS Alliance, a partagé les expériences d'Alliance – en particulier, les défis présentés par la mise en relation des besoins des personnes

vivant avec le VIH avec les efforts plus larges de prévention du VIH. Utilisant un exemple de « vie réelle » de la Thaïlande, il a observé que les besoins et les messages de prévention individuels sont plus efficaces lorsqu'ils sont contextualisés dans des questions intériorisées et extériorisées comme l'acceptation de soi ou le rejet par la communauté.

En examinant de manière spécifique les messages de prévention du VIH visant les personnes vivant avec le VIH, il a souligné que les questions de statut sérologique en ajoutent davantage à la complexité des questions interpersonnelles. Par exemple, devrait-il toujours y avoir divulgation avec un(e) nouveau/nouvelle partenaire et, si oui, pourquoi, quand et comment ? Quels messages de prévention sont appropriés si les deux partenaires sont séropositifs ? Est-il correct de se focaliser sur l'utilisation continue des préservatifs, si l'on se base sur les données limitées concernant le risque de réinfection et les inquiétudes sur la résistance acquise par rapport à la thérapie antirétrovirale ?

Les participants ont convenu que des consultations techniques devraient être organisées afin de discuter davantage de ces questions et ils ont observé que des défis importants restaient à relever si l'on voulait établir des liens efficaces entre la « Santé Positive, Dignité et Prévention » et les efforts de prévention plus larges du VIH et que ceux-ci nécessitent une attention plus approfondie et urgente. Les défis sont les suivants :

- Créer une compréhension commune de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » chez toutes les parties prenantes, notamment les décideurs, les financiers et les donateurs ;
- Se mettre d'accord sur le concept changeant de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans le cadre d'une accessibilité et d'une efficacité accrues des ARV ;
- Dépasser les constructions cliniques des personnes vivant avec le VIH perçues comme des « patients » plutôt que des êtres sexuels ;
- Plaider pour de meilleures lois (ou pas de lois) autour de la poursuite pénale pour cause de non-divulgation du VIH, exposition au VIH et sa transmission involontaire tout en équilibrant le besoin de justice pour les survivants de rapports sexuels sans consentement ;
- Comprendre comment approcher les personnes séropositives qui refusent d'utiliser le préservatif et/ou ont des partenaires multiples parallèles et comment « prouver » ou adopter la fidélité ;
- Assigner et convenir de messages de responsabilité plutôt que de blâme : les personnes diagnostiquées séropositives sont-elles plus responsables de la prévention de la transmission du VIH que les personnes séronégatives de la prévention de la contraction du VIH ?

INERELA+ : Le Modèle de prévention SAVE

Dr Stephen Watiti, de International Network of Religious Leaders Living with or Personally Affected by HIV/AIDS (INERELA+), a présenté l'approche « SAVE » au VIH développée en réaction aux faiblesses de la méthode existante « ABC ». Il s'agit d'un modèle de prévention holistique qui cadre avec le paradigme plus large de la « Santé Positive, Dignité et Prévention ».

- Des pratiques à moindre risque, notamment l'utilisation correcte et constante du préservatif ; la fidélité à votre/vos partenaire(s) sexuel(le)s ; des transfusions, des aiguilles et des gants sécurisés ; et le Paquet de soins de base pour les personnes vivant avec le VIH, notamment l'eau propre et l'hygiène, le septrin, dormir sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide et une bonne nutrition.
- Des médicaments disponibles, notamment la thérapie antirétrovirale, des médicaments contre la tuberculose, le septrin, des antifongiques, des anti-paludéens, des antibiotiques et autres médicaments essentiels ; ainsi que de la nourriture pour un régime équilibré.
- Le conseil et dépistage volontaires.
- Autonomisation. Savoir, c'est pouvoir. Les personnes qui sont dotées de connaissances peuvent alors prendre des décisions éclairées concernant leur vie et la manière de protéger, elles-mêmes et les autres.

Source : Stephen Watiti. *The S.A.V.E. Strategy*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 27 avril 2009.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » et traitement, soins et soutien

Au cours d'une session parallèle sur le positionnement de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans le cadre du traitement des soins et soutien, les participants ont identifié un certain nombre de domaines prioritaires à prendre en compte dans les milieux cliniques, notamment :

- Veiller à la pérennité des programmes de thérapie antirétrovirale. « Dans de nombreux sites, lorsque le financement s'arrête, le programme prend fin », a déclaré un participant.
- Améliorer le suivi du traitement et des soins. L'un des participants a relevé une étude du Programme des Nations Unies pour le développement (UNDP) qui a révélé que

« Santé Positive, Dignité et Prévention » dans la pratique : Tanzanie

Makoti Edwin, Coordinateur de projet à YCI-T, a partagé son expérience dans le cadre de sa participation régulière à des émissions téléphoniques à la radio prodiguant, sur un mode personnel et accessible, des informations et une éducation sur le VIH/SIDA et les droits de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Il a reconnu que partager des informations personnelles dans un forum public n'est pas toujours facile et que discuter de questions complexes comme la « prévention positive » est difficile, mais il a dit qu'il était important « d'aider les autres, en particulier les jeunes, à connaître les faits sur [le VIH] et prendre des mesures pour se protéger contre les infections et comment prendre soin de soi-même lorsque l'on est une personne vivant avec le VIH ». Il a recommandé que les réseaux de personnes vivant avec le VIH travaillent avec les médias pour délivrer des messages de plaidoyer et que la société civile, le secteur public et les donateurs et les agences des Nations Unies affectent des ressources pour promouvoir la formation médiatique des personnes vivant avec le VIH afin de leur permettre de répondre à une couverture médiatique négative et inexacte, pour communiquer des messages de promotion de la santé positive et veiller à ce que les voix des personnes vivant avec le VIH, notamment les jeunes, fassent partie de leurs messages de communication sur la « Santé Positive, Dignité et Prévention ».

Source : Makoti Edwin. *Communicating Messages on Positive Prevention*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 28 avril 2009.

40 % des personnes vivant avec le VIH bénéficiant de thérapie antirétrovirale en Afrique subsaharienne sont perdus de vue après deux années.

- Etablir un lien entre les activités communautaires et le secteur de soins de santé et autres secteurs et clarifier les rôles des ONG et des OBC et des secteurs public et de la santé. Accroître la connaissance de l'impact des IST et des co-infections parmi les personnes vivant avec le VIH.

La consultation technique a entendu parler des expériences d'un certain nombre d'interventions diverses visant les personnes vivant avec le VIH, dans des milieux cliniques, qui ont mis en lumière des succès ainsi qu'un certain nombre de

priorités et de défis. Thomas Cai de AIDS Care China – une ONG qui fournit près de 30 % de la thérapie antirétrovirale totale aux personnes vivant avec le VIH en Chine – a relevé l'un des principaux défis de l'intégration de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans les soins cliniques aux personnes vivant avec le VIH : « Les donateurs ne veulent s'intéresser qu'à [la prévention de la transmission comme] l'utilisation du préservatif et non à la consommation de drogues, mais savoir comment on y arrive ne les intéresse pas. », dit-il.

AIDS Care China a réussi à réaliser beaucoup plus que la prévention de la transmission grâce à un programme éducatif assuré dans un centre de service communautaire voisin du centre de VIH. Les deux sites coordonnent leur travail en partageant les informations relatives aux patients par voie informatique. Deux pairs conseillers à plein temps – l'un séropositif, l'autre séronégatif – installés au sein du centre de services communautaires, offrent des informations et des interventions adaptées aux individus. Le Programme de « Santé Positive, Dignité et Prévention » de AIDS Care repose sur quatre composantes de base :

- L'auto-éducation : en chinois, les mots utilisés pour le VIH et le SIDA sont similaires et l'élément d'éducation le plus fondamental consiste à expliquer que le SIDA peut être évité grâce à un traitement et à des soins.
- La compréhension du traitement : apprendre à connaître la thérapie antirétrovirale et établir qu'avec le traitement, vient une espérance de vie optimisée.
- Estime de soi : « apprendre à vous aimer vous emmène dans un voyage vers le vivre positivement ». En conséquence, ceci aura un impact positif sur la santé d'une personne et celle de ses partenaires et de sa famille.
- Prévention de la maladie : adopter des approches de prévention – notamment la prévention de la transmission continue ainsi que la prévention des IST, de la tuberculose, de la pharmacorésistance et de l'hépatite B et C – peut vous assurer une meilleure qualité de vie.

Des exemples novateurs de la manière dont des interventions à base communautaire de « Santé Positive, Dignité et Prévention » assurées en collaboration avec des milieux cliniques de traitement, de soins et soutien – et associant l'initiative communautaire et l'initiative privée – peuvent améliorer les résultats de santé des personnes vivant avec le VIH, de leurs partenaires et leurs communautés, ont été fournis par Gail Goodridge de FHI.

En 2006, un groupe de soutien de personnes vivant avec le VIH dans le cadre du programme « Roads to a Healthy Future » à Busia, une collectivité agricole dans l'Ouest du Kenya, a reconnu que beaucoup d'entre elles avaient du mal à respecter

l'observance de la thérapie antirétrovirale à cause d'un fort taux d'alcoolisme social qui constituait une norme dans la communauté. Ils ont mis en place un groupe de conseil non confessionnel inspiré des alcooliques anonymes, qui était associé au site de traitement local de la thérapie antirétrovirale et dont le personnel était constitué de bénévoles de la communauté. La consultation technique a appris que le programme a eu beaucoup de succès et est passé d'un groupe comptant 15 membres en 2007 à plus de 100 groupes comptant plus de 1500 membres en 2009. Les résultats positifs incluent une plus

« Santé Positive, Dignité et Prévention » dans la pratique : Kenya

Milker Simba, de *mothers2mothers* (m2m), a expliqué comment ce programme d'éducation par les pairs travaille à prévenir la transmission de la mère à l'enfant (PTME), à garder les femmes séropositives et leurs nourrissons vivants et en bonne santé en accroissant leur accès aux soins médicaux qui préservent la santé et permettre aux mères de vivre positivement avec le VIH en leur en donnant les moyens. m2m utilise l'éducation, l'autonomisation et le soutien comme outil de PTME et combat la stigmatisation au sein des familles et des communautés grâce à une éducation et un soutien individuels et en groupe, notamment l'observance de la thérapie antirétrovirale. Le service fournit des liens prioritaires à la prise en charge, notamment le dépistage des partenaires et des familles, le taux de CD4 pour toutes les femmes enceintes, les services de planification familiale ainsi que la prévention et le traitement des IST. L'on compte parmi les résultats positifs : une amélioration de la divulgation qui amène plus de partenaires à faire le dépistage et une meilleure observance de la thérapie antirétrovirale, une demande plus grande pour les tests de taux de CD4 et de charge virale qui entraînent un meilleur accès aux soins du VIH et une réduction de la stigmatisation et le sentiment du vivre positivement avec des clients qui assument la responsabilité de leurs santés, de leurs relations et de leurs vies. Une forte rétention au niveau du programme est due à l'utilisation des pairs éducateurs (« mères encadreuses ») et un suivi actif des clients grâce à des messages textes/sms, des appels téléphoniques et des visites à domicile ciblées.

Source : Milker Simba. *Perspectives from mothers2mothers*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 27 avril, 2009.

grande disposition à parler des normes d'alcoolisme excessif et à les combattre, ce qui a entraîné une baisse de la consommation d'alcool au niveau des individus et des membres de leurs familles, permettant ainsi une meilleure observance de la thérapie antirétrovirale. En outre, le programme a attiré des membres de la communauté qui n'avaient pas fait le test et a pu assurer le dépistage du VIH à cette population qui était difficile d'accès.

Un deuxième programme à Busia fournit des revenus à des prestataires bénévoles de soins de santé à domicile parmi lesquels l'on compte un grand nombre de jeunes femmes vivant avec le VIH (75 % des diagnostics en Afrique subsaharienne touchent les femmes âgées de 15 à 24 ans). A partir d'une prospection du marché détaillée, FHI a identifié un marché important et croissant pour les champignons en Afrique de l'Est. En collaboration avec une entreprise du secteur privé, LifeWorks, ils ont mis en place une entreprise de production de champignons qui offrira des opportunités d'emploi à plus de 200 prestataires bénévoles de soins de santé à domicile vivant avec le VIH. En participant au travail de la production, ils/elles récolteront des bénéfices économiques qui leur permettront de continuer à faire leur travail de bénévole.

Les participants ont convenu qu'il existe d'importants défis à relever si l'on veut établir des liens efficaces entre la « Santé Positive, Dignité et Prévention » et le traitement, les soins et soutien du VIH et que ceux-ci nécessitent une attention plus approfondie – et urgente. Les défis sont les suivants :

- Veiller à ce que les agents de soins de santé respectent et comprennent les besoins de santé holistique des personnes vivant avec le VIH ;
- Intégrer les méthodes avérées de réduction des préjudices dans les programmes de traitement, de soins et soutien en identifiant la meilleure façon de répondre aux besoins des individus ;
- Atténuer l'impact d'un environnement juridique et politique non favorable (c'est-à-dire sur les personnes dont le comportement ou le statut est criminalisé et les lois pénales de transmission du VIH) ;
- Mesurer l'impact du succès de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » sur la santé des populations.

Leçons clés de The International HIV/AIDS Alliance sur l'intégration des personnes vivant avec le VIH dans la prévention

Une approche holistique, qui place les personnes vivant avec le VIH au centre et traite de leur réalité, est essentielle. Cela demande du temps, de la confiance et un engagement et des discussions honnêtes.

« Prouver » l'efficacité est très difficile et la confusion est facile – mais nous ne devrions pas troquer l'accès contre l'habileté méthodologique.

Les freins à la mise en œuvre, la précipitation et une mauvaise coordination peuvent, tous, ralentir les choses. L'inclusivité et la diversité sont essentiels et ont parfois besoin d'être équilibrés différemment dans la prévention par rapport au traitement et aux soins.

Source : Alan Brotherton. *Positive Prevention – the Alliance Experience*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 27 avril 2009.

Le Processus ADA de l'Afrique de l'Ouest

Sylvere Bukiki, de HIV Collaborative Fund, a partagé ses expériences de « santé positive, de dignité et de prévention » au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire en Afrique de l'Ouest. Là, ils utilisent le processus ADA (du nom de la première organisation de PVVIH créée à partir de cette approche), qui fonctionne sur trois niveaux :

- Niveau individuel : renforcement de l'estime de soi, de l'acceptation, des connaissances et des compétences qui amènent les personnes vivant avec le VIH à connaître la validation, l'indépendance et l'autonomisation et, de bénéficiaire passif, à devenir un partenaire actif.
- Niveau organisationnel : assurer le renforcement des capacités et l'encadrement.
- Niveau environnemental : combattre la stigmatisation à travers des missions d'ambassadeurs de l'espoir, le plaidoyer et les médias.

Source : Sylvere Bukiki. *Placing 'positive prevention' within treatment, support and care*. Présentation faite lors de la consultation technique, le 27 avril 2009.

« Santé Positive, Dignité et Prévention » : valeurs et principes

Tout au long de la réunion, un groupe de travail restreint a développé et affiné un ensemble de valeurs et de principes pour la « Santé Positive, Dignité et Prévention » en vue d'orienter les efforts nationaux, régionaux et internationaux de différentes parties prenantes. Plusieurs avant-projets ont été présentés aux sessions plénières au cours des deux jours de la réunion. Ces avant-projets ont été débattus dans le détail et encore affinés.

- **Les personnes vivant avec le VIH doivent être des leaders dans la conception, la programmation, la mise en œuvre, la recherche, le suivi et l'évaluation de tous les programmes et politiques qui nous affectent.** Si l'on doit correctement prendre en charge les besoins de santé et de prévention des personnes séropositives, les personnes qui savent qu'elles vivent avec le VIH doivent être engagées de manière significative dans tous les aspects de la « Santé Positive, Dignité et Prévention ».
- **Une approche des droits humains est la base de la « Santé Positive, Dignité et Prévention ».** Les programmes et les politiques de « Santé Positive, Dignité et Prévention » doivent reconnaître la dignité inhérente et les droits égaux et inaliénables des personnes vivant avec le VIH.
- **La prévention de la transmission du VIH est une responsabilité partagée par tous les individus, indépendamment du statut sérologique.** La « Santé Positive, Dignité et Prévention » concerne la prise de responsabilité des personnes vivant avec le VIH pour leur propre santé et leur propre bien-être et non pas le fait de rendre les personnes vivant avec le VIH uniquement responsables de la santé des autres.
- **Les droits de santé sexuelle et reproductive doivent être reconnus et exercés par chacun, indépendamment du statut sérologique.** La « Santé Positive, Dignité et Prévention » implique l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH pour leur permettre de faire des choix concernant

l'opportunité et la manière d'être sexuellement actif et épanoui et l'opportunité et la manière de concevoir une famille et d'en profiter.

Pour atteindre ces objectifs, la « Santé Positive, Dignité et Prévention » :

- **nécessite un cadre légal et politique favorable et protecteur, libre de toute stigmatisation et discrimination ;**
- **doit promouvoir la santé et le bien-être holistique, notamment à travers l'accès équitable aux services de dépistage, de traitement, de soins et soutien volontaires du VIH ;**
- **doit améliorer et maintenir la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, contribuant, en retour, à la santé et au bien-être de leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés ;**
- **doit inclure la prise en charge des vulnérabilités psychosociales, économiques, éducatives et socioculturelles, le genre et la sexualité, en particulier ;**
- **doit répondre aux besoins des populations clés²⁵, respecter les contextes et environnements spécifiques et à la diversité des personnes vivant avec le VIH et s'y adapter.**

²⁵ Les populations indigènes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les migrants, les consommateurs de drogues, les prisonniers, les réfugiés, les minorités sexuelles (notamment les populations intersexes et transgenres), les professionnel(le)s du sexe, les femmes et les jeunes.

Recommandations de base

Les participants ont développé des recommandations de base sur les partenariats, les réponses programmatiques et les réponses de plaidoyer pour les réseaux des PVVIH, la société civile, le secteur public, les agences donatrices ainsi que les agences multilatérales et les agences des Nations Unies.

Les réseaux des personnes vivant avec le VIH

- Elaborer un agenda à travers un processus consultatif pour la « Santé Positive, Dignité et Prévention » ;
- Identifier les partenaires clés qui soutiennent le travail de plaidoyer et élaborent des plans de plaidoyer aux niveaux régional et local ;
- Rassembler les preuves de bonnes pratiques en matière de « Santé Positive, Dignité et Prévention » et identifier les indicateurs clés pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes ainsi que l'élaboration des politiques.

La société civile

- Assurer l'inclusion de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans les cadres stratégiques, les ressources, les plans, les politiques et les systèmes de suivi et d'évaluation au niveau national ;
- Adapter et intégrer la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans les programmes, les services et les plans organisationnels existants ;
- Assurer le plaidoyer en vue de financer la prestation de services et ressources supplémentaires pour la « Santé Positive, Dignité et Prévention ».

Le secteur public

- Créer et entreprendre des programmes multisectoriels en « Santé Positive, Dignité et Prévention » en assurant une large participation des parties prenantes, notamment les personnes vivant avec le VIH ;
- Veiller à ce qu'il existe un plan national qui s'engage à assurer le financement et la programmation de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans l'ensemble du secteur public ;

- Veiller à une juste distribution des financements pour les programmes de « Santé Positive, Dignité et Prévention » d'une manière transparente, notamment à travers le suivi et l'évaluation.

Les agences donatrices

- Développer et financer des programmes multisectoriels en « Santé Positive, Dignité et Prévention », en mettant l'accent sur la promotion de la santé et la responsabilité partagée de la prévention du VIH ;
- Collaborer avec les réseaux des personnes vivant avec le VIH, la société civile et le secteur public afin d'assurer l'inclusion de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans la planification nationale, régionale et locale ;
- Créer des directives de bonnes pratiques à travers le suivi et l'évaluation en vue d'aider à recueillir davantage de preuves pour les programmes de « Santé Positive, Dignité et Prévention ».

Les agences multilatérales et les agences des Nations Unies

- Poursuivre la consultation sur la définition, les principes et les composantes de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » afin de produire et d'adopter des orientations en termes de politique et de programmation ;
- Veiller à ce que la « Santé Positive, Dignité et Prévention » soit incorporée dans les plans stratégiques nationaux et aussi recommander son inclusion dans les prochains cycles des projets du Fond Mondial ;
- Veiller à l'inclusion de la « Santé Positive, Dignité et Prévention » dans les indicateurs de l'UNGASS, notamment la surveillance des droits humains afin de garantir sa mise en œuvre.

Etapes suivantes

Cette consultation technique a fait bouger le débat sur la prévention du VIH en rapport avec les personnes vivant avec le VIH. La réunion a reconnu, en particulier, le rôle vital des personnes vivant avec le VIH dans la définition et l'élaboration de politiques et de programmes pour réaliser la «Santé Positive, Dignité et Prévention».

GNP+ et l'ONUSIDA poursuivront le plaidoyer pour une compréhension globale de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» dans les politiques et les programmes.

Avec l'appui des participants et de leurs organisations, GNP+ et l'ONUSIDA feront progresser le travail à travers des réunions régionales. Ces réunions offriront l'occasion de :

- Promouvoir une compréhension régionale de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» ;
- Recueillir des exemples basés sur des preuves et des études de cas en vue d'éclairer l'élaboration des politiques et programmes visant à réaliser la «Santé Positive, Dignité et Prévention» ;
- Contribuer à la capacité du travail sur le terrain à tirer des leçons des développements locaux et nationaux qui ont démontré des liens efficaces dans des domaines comme le traitement du VIH, les droits de santé sexuelle et reproductive et les droits humains.

Les réunions régionales continueront à engager les personnes vivant avec le VIH, la société civile, les agences de développement internationales, les gouvernements et les coparrainants des Nations Unies dans un dialogue sur la «Santé Positive, Dignité et Prévention» en vue d'identifier les priorités régionales et de renforcer le plaidoyer et l'action programmatique au plan mondial.



Annexe 1 : Programme de la consultation

Lundi 27 avril 2009

HEURE	ACTIVITÉ
-------	----------

8.30 – 9.00	Café et enregistrement
-------------	------------------------

DÉMARRAGE

OBJECTIFS	Se rencontrer les uns les autres, convenir des objectifs et du programme de la réunion et établir une compréhension commune de notre point de départ et de la direction que nous comptons prendre.
-----------	--

9.00 – 9.30	Accueil et présentations Kevin Moody, GNP+ Rodrigo Pascal, ONUSIDA Michael Bartos, ONUSIDA
-------------	---

9.30 – 9.45	Présentation des participants
-------------	-------------------------------

9.45 – 10.00	Objectifs de la consultation technique, examen du programme et du déroulement de la réunion
--------------	---

10.00 – 10.30	Activité de groupe – Elaborer une chronologie de la prévention positive Beri Hull, ICW
---------------	---

10.30 – 11.00	Pause-café
---------------	------------

DISCUSSION SUR LE MANQUE DE CONSENSUS AUTOUR DE L'EXPRESSION ET DU CONCEPT « PRÉVENTION POSITIVE »

OBJECTIFS	Passer en revue les discussions des PVIH afin de dater, établir les points communs dans notre compréhension de la « prévention positive » et commencer à identifier les principes directeurs des programmes de « prévention positive ».
-----------	---

11.00 – 11.15	La « prévention positive » par et pour les personnes vivant avec le VIH Philippa Lawson, Futures Group International
---------------	---

11.15 – 11.30	Questions et discussions
---------------	--------------------------

11.30 – 12.30	Activité de groupe – Déconstruire la « prévention positive » et définir une expression commune Christoforos Mallouris, GNP+ Michael Bartos, ONUSIDA
---------------	---

12.30 – 13.30	Déjeuner
---------------	----------

POSITIONNEMENT DE LA « PRÉVENTION POSITIVE » DANS LE CADRE DE L'ACCÈS UNIVERSEL

OBJECTIFS	Développer une compréhension commune de la situation des efforts de prévention positive dans le cadre des objectifs élargis d'accès universel et identifier les priorités, les défis et les facteurs de succès dans la mise en œuvre des programmes de prévention positive auprès des populations clés dans ce contexte.
-----------	--

13.30 – 13.45	«Prévention positive» dans le cadre de l'accès universel (prévention, traitement, soins et soutien du VIH) Kevin O'Reilly, OMS
---------------	---

13.45 – 14.00	Questions et discussions
---------------	--------------------------

14.00 – 14.30	<p>SESSION PARALLÈLE</p> <p>Placer la prévention positive dans le cadre plus large de la prévention du VIH</p> <p>Facilitateur : Tita Isaac, RAP+AC Rapporteur : Laetitia Rispel, Université de Witwatersrand</p> <p>Perspectives : INERELA+ – Dr. Stephen Watiti African HIV Policy Network – Angelina Namiba International HIV/AIDS Alliance – Alan Brotherton UNESCO – document à distribuer</p>	<p>SESSION PARALLÈLE</p> <p>Placer la prévention positive dans le cadre du traitement des soins et soutien</p> <p>Facilitateur : Alejandra Trossero, IPPF Rapporteur : Robert Baldwin, APN+</p> <p>Perspectives : AIDS Care China – Thomas Cai m2m – Milker Simba ITPC – Sylvere Bukiki FHI – Gail Goodridge</p>
14.30 – 15.00	Travail de groupe	Travail de groupe
14.45 – 15.30	Compte-rendu du travail de groupe et de discussion	
15.30 – 16.00	Pause-café	
<p>ETABLIR UN LIEN ENTRE LA PRÉVENTION POSITIVE ET LES DROITS ET LA LOI, NOTAMMENT LA CRIMINALISATION DE LA TRANSMISSION ET DE LA NON-DIVULGATION DU VIH</p>		
OBJECTIFS	Etablir comment les environnements juridiques influent sur les efforts de prévention positive, en particulier avec les populations clés et identifier les stratégies et recommandations permettant de faire face aux environnements juridiques négatifs par la formulation de politiques, le lobbying, les campagnes et la distribution d'informations.	
16.00 – 16.15	Introduction – Examiner les liens entre la prévention positive, l'environnement juridique et les programmes en vue d'améliorer le cadre juridique. Susan Timberlake, ONUSIDA	
16.15 – 16.30	<p>SESSION PARALLÈLE</p> <p>«Criminalisation du statut»</p> <p>Facilitateur : Andrew Doupe, OMS Rapporteur : Anastasia Kamlyk, PNUD</p> <p>Criminalisation des comportements sexuels et impact sur la prévention positive Elisha Kor, PT Foundation Kuala Lumpur Aborder les liens entre DSSR et la prévention du VIH dans des cadres empreints d'inégalité entre les sexes Lynn Collins, UNFPA</p>	<p>SESSION PARALLÈLE</p> <p>«Criminalisation de la transmission du VIH»</p> <p>Facilitateur : Beri Hull, ICW Rapporteur: Julian Hussey, GSK Positive Action</p> <p>Criminalisation de l'exposition et de la transmission du VIH et impact sur la prévention positive Skip Rosenthal, GNP+NA Travailler avec différents cadres juridiques Susan Timberlake, ONUSIDA</p>
16.30 – 17.00	Travail de groupe	Travail de groupe
17.00 – 17.30	Compte-rendu du travail de groupe et des discussions	
17.30 – 17.45	Etablissement des principes clés et des recommandations et clôture	

Mardi 28 avril 2009

HEURE	ACTIVITÉ
-------	----------

9.00 – 9.30	Examen des principaux points
-------------	------------------------------

LE TRAITEMENT COMME PRÉVENTION

OBJECTIFS	Comprendre les implications des discussions récentes sur le traitement comme prévention tant au niveau individuel qu'au niveau des populations et élaborer des recommandations en vue d'une recherche d'une action future.
-----------	--

9.30 – 10.15	Perspectives : GNP+ – Kevin Moody Campagne d'action pour le traitement – Portia Ngcaba OMS – Andrew Doupe Université de Sydney – Kane Race
--------------	--

10.15 – 11.00	Questions et discussions
---------------	--------------------------

11.00 – 11.30	Pause café
---------------	------------

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES ET DE LEÇONS APPRISSES DES RÉSEAUX DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

11.30 – 12.00	Perspectives : Conception et mise en œuvre de programmes de prévention positive Sudin Sherchan – Népal Communication de messages sur la prévention positive Makoti Edwin – Tanzanie Partenariats stratégiques sur la prévention positive – Groupe de référence de l'ONUSIDA sur la prévention du VIH Anuar Luna – Mexique Conduite d'un agenda politique David Hoe – Canada Plaidoyer autour de services de prévention du VIH pour les personnes vivant avec le VIH Document de Paula Samuels, Jamaïque
---------------	---

12.00 – 12.30	Questions et discussions
---------------	--------------------------

IDENTIFIER UN NOUVEAU NOM OPERATIONNEL

OBJECTIFS	Etudier une alternative exploitable à la prévention positive
-----------	--

12.30 – 14.00	Discussions plénières
---------------	-----------------------

14.00 – 15.00	Déjeuner
---------------	----------

CONSOLIDATION DES RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES AUX DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES ET AUX DIFFÉRENTS DOMAINES DE QUESTIONS

OBJECTIFS Affiner les recommandations par le groupe de parties prenantes et à travers les domaines de questions ; identifier et convenir d'une façon de porter les discussions aux niveaux régional et national et auprès des différentes populations clés.

15.00 – 16.00 Travail de groupe – Elaborer les recommandations par les parties prenantes : les réseaux de personnes vivant avec le VIH, la société civile, le secteur public, les agences donatrices, les agences multilatérales et les agences des Nations Unies

3 recommandations pour chacune des questions suivantes :

- appropriation
- communications et plaidoyer
- mise en œuvre nationale
- mobilisation des ressources

Pour chaque question, se poser les questions suivantes :

- Que doit-on faire ?
- Qui devrait diriger ?
- Avec quels partenaires ?
- Processus ?

16.00 – 16.30 Compte-rendu du travail de groupe et discussions

AMELIORATION DES VALEURS, DES PRINCIPES ET DES COMPOSANTES

OBJECTIFS Passer en revue les valeurs, les principes et les composantes identifiés tout au long de la consultation technique et la manière d'entreprendre des programmes de prévention positive et établir des points d'accord, des points de désaccord et les points nécessitant des débats plus poussés.

16.30 – 17.00 Discussions plénières

NEXT STEPS

17.00 – 17.30 Kevin Moody, GNP+
Susan Timberlake, ONUSIDA

17.30 Clôture

Annexe 2 : Liste des participants

Participants à la consultation

Ugochukwu Amanyeiwe

Conseiller technique principal
HIV/AIDS Community Care & Prevention
with Positives
USAID
Washington, Etats-Unis
uamanyeiwe@usaid.gov

Robert Baldwin

Conseiller
Asia Pacific Network of PLHIV (APN+)
Bangkok, Thaïlande
tunable@aol.com

Souheila Ben Said

Chargé des PVVIH,
ATL MST SIDA (L'Association Tunisienne
de Lutte contre les Maladies Sexuellement
Transmissibles le SIDA)
Tunis, Tunisie
soubensaid@yahoo.fr

Sylvère Biziyaremye Bukiki

Coordinateur général
HIV Collaborative Fund West Africa
Abidjan, Côte d'Ivoire
biziyaremyes@yahoo.fr

Alan Brotherton

Conseiller de politique principal
International HIV/AIDS Alliance
Londres, Royaume-Uni
abrotherton@aidsalliance.org

Thomas Cai

Fondateur
AIDS Care
Guangzhou, Chine
aidscarecn@gmail.com

Lynn Collins

Conseiller technique VIH/SIDA et santé
UNFPA
New York, Etats-Unis
collins@unfpa.org

Christopher Dorsett

Président
Caribbean Regional Network of PLHIV
(CRN+)
Mahaut, Dominique
umpiredorsett22@hotmail.com

Andrew Doupe

Chargé des partenariats
Appui technique et opérationnel,
Département du VIH/SIDA
Organisation mondiale de la santé
Genève, Suisse
doupea@who.int

Makoti Edwin

Youth Coordinator/Coordinateur des
jeunes
Youth Challenge International
Morogoro, Tanzanie
edwin_makoti@yahoo.com

Gail Goodridge

Regional Outreach Addressing HIV/AIDS
Development Strategies (ROADS)
Family Health International
Nairobi, Kenya
ggoodridge@fhi.org

David Hoe

Poz Prevention Working Group of the
Ontario Gay Men's Sexual Health Alliance
Ottawa, Canada
davidhoe@magma.ca

Beri Hull

Chargé du plaidoyer mondial
International Community of Women with
HIV/AIDS (ICW)
Toronto, Canada
beri@icw.org

Julian Hussey

GSK Positive Action
Londres, Royaume-Uni
julian.hussey@btinternet.com

Tita Isaac

Réseau africain des personnes séroposi-
tives – Afrique Centrale (RAP+AC)
Douala, Cameroun
tisaac5000@yahoo.com

Olivier Jablonski

Association AIDES
Paris, France
ojablonski@aides.org

Anastasia Kamlyk

Conseiller régional pour la mobilisation
communautaire et le programme régional de
VIH/SIDA UN Cares pour l'Europe et le CEI
PUND
Moscou, Fédération de Russie
anastasia.kamlyk@undp.org

Cassiem Khan

Directeur
Islamic Relief
Johannesburg, Afrique du Sud
cassiem@islamic-relief.co.za

Elisha Kor

Positive Living Program/Programme vivre
positivement
PT Foundation
Kuala Lumpur, Malaisie
elisha_kor@yahoo.com

Philippa Lawson

Senior HIV/AIDS Advisor/Conseiller prin-
cipal VIH/SIDA
Futures Group International
Washington, Etats-Unis
plawson@futuresgroup.com

Anuar Luna

Réseau mexicain des PVVIH et point focal
national pour RedLa+
Mexico, Mexique
anuar_luna@hotmail.com

Bhatupe Mhango

Coordinateur
UNplus
Genève, Suisse
mhangob@unaids.org

Ruth Mukonde

Mobilisateur de traitement pour le VIH/SIDA
Lusaka, Zambie
ruth@allianceZambia.org.zm

Angelina Namiba

Directeur de programme – National Afri-
can HIV Prevention Programme (NAHIP)
African HIV Policy Network
Londres, Royaume-Uni
angelina.namiba@ahpn.org

Portia Ngcaba

Coordinateur provincial, Eastern Cape
Treatment Action Campaign
Cape Town, Afrique du Sud
portia@tac.org.za

Kevin O'Reilly

Chercheur
Prévention dans le secteur de la santé,
Département du VIH/SIDA
Organisation mondiale de la Santé
Genève, Suisse
oreillyk@who.int

Neena Philip

Chercheur en sciences comportementales
Global AIDS Program,
Centers for Disease Control and
Prevention
Atlanta, Etats-Unis
hry1@cdc.gov

Kane Race

Dept of Gender and Cultural Studies
Université de Sydney
Sydney, Australie
krace@usyd.edu.au

Donny Reyes

Trésorier
Groupe des droits des lesbiennes, gays,
bisexuels et transgenres (LGBT)
Comayagua, Honduras
donnyreyes@hotmail.com

Laetitia Rispel

Centre for Health Policy, School of Public
Health
University of the Witwatersrand
Johannesburg, Afrique du Sud
laetitia.rispel@wits.ac.za

Pierre Robert

UNICEF
New York, Etats-Unis
probert@unicef.org

Skip Rosenthal

Membre du Conseil d'administration
GNP+ NA
El Paso, Etats-Unis
skiprosenthal@internationalaids.org

Sudin Sherchan

Coordinateur national
National Association of People Living with
HIV/AIDS in Népal (NAP+N)
Kathmandu, Népal
napn@napn.org.np

Martha Shindi

Chargée du dialogue avec les jeunes femmes
International Community of Women with
HIV/AIDS (ICW)
Windhoek, Namibie
Namibia@icw.org

Milker Simba

Directeur de programme
mothers2mothers
Kenya
msimba@cmmb.org

Sotheariddh Sorn

Khmer HIV/AIDS NGO Alliance
Phnom Penh, Cambodge
SSotheariddh@khana.org.kh

Alejandra Trossero

Chargé principal du VIH
Linking SRH & HIV,
International Planned Parenthood Federa-
tion (IPPF)
Londres, Royaume-Uni
atrossero@ippf.org

Rita Wahab

Soins infirmiers développement commu-
nautaire (SIDC)
Beirut, Liban
ritou@hotmail.com

Stephen Watiti

INERELA+
Kampala, Ouganda
stephen.watiti@mildmay.or.ug

Oleksii Zavadskyi

Consultant du projet « Improving the qua-
lity of life of HIV-positive MSM in Ukraine »
All-Ukrainian Network PLWH
Kiev, Ukraine
o.zavadskyi@network.org.ua

Organisateurs de la consultation**Michael Bartos**

Chef d'équipe
Prevention, Care and Support (PCU)
ONUSIDA
Genève, Suisse
bartosm@unaids.org

Hana Ben Fadhl

Assistante ONUSIDA
Tunis, Tunisie
BenFadlH@unaids.org

Georgina Caswell

Chargé de programme
GNP+
Amsterdam, Les Pays-Bas
gcaswell@gnpplus.net

Chris Mallouris

Directeur de programmes
GNP+
Amsterdam, Les Pays-Bas
cmallouris@gnpplus.net

Kevin Moody

Coordinateur international / CEO
GNP+
Amsterdam, Les Pays-Bas
kmoody@gnpplus.net

Rodrigo Pascal

Conseiller en partenariats
Civil Society Partnerships Unit
ONUSIDA
Genève, Suisse
pascalr@unaids.org

Marcelle Rin

Assistant à Civil Society Partnerships Unit
ONUSIDA
Genève, Suisse
rinm@unaids.org

Susan Timberlake

Conseillère principale pour le droit et
les droits de l'homme
ONUSIDA
Genève, Suisse
timberlakes@unaids.org

Facilitateur

Wouter van der Schaaf
Amsterdam, les Pays-Bas
woutervds@kpnmail.nl

Rapporteur**Edwin J Bernard**

Brighton, Royaume-Uni
edwin@edwinjbernard.com

Annexe 3 : Observations des participants

En tout, vingt-six participants ont fait des observations détaillées après la réunion, dont les grandes lignes sont résumées ci-après.

Quatre questions ont été posées aux participants :

- Quelle a été votre impression générale de la consultation technique ?
- Qu'avez-vous trouvé le plus utile pour vous-même et votre organisation lors de la consultation technique ?
- Comment pourrions-nous améliorer ce genre de réunion à l'avenir ?
- Nous aimerions organiser des consultations régionales pour faire avancer les discussions. Sur quels domaines du contenu aimeriez-vous que l'on mette l'accent ou que l'on insiste au niveau régional ?

Impressions générales

Sans exception, les participants ont tous fait des observations générales très positives sur l'organisation, la facilitation, le programme et les résultats de la consultation technique. Les participants ont décrit la réunion comme étant «très pertinente», «courageuse et productive» et ayant «un très bon processus de développement du consensus». Un des participants a résumé une bonne partie des réactions concernant les observations générales en déclarant que la réunion «a été très utile pour [lui] et [lui] a permis de partager de bonnes pratiques et des leçons apprises».

De nombreux commentaires ont insisté sur la diversité des participants, notamment le grand nombre de personnes vivant avec le VIH, qui représentaient une grande variété de cultures et d'horizons, avec un bon équilibre des genres et des sexualités. Les participants ont aussi apprécié la large gamme d'expériences apportées à la réunion et ont noté que la réunion comprenait des personnes qualifiées en formulation de politiques ainsi que des néophytes en matière de politique, mais avec une expérience pratique de base. Un participant a observé que «la représentation était diverse et qu'il était bon d'avoir des acteurs de différents domaines et différents niveaux». Un autre participant a relevé que la facilitation ciblée et habile a permis à chacune des voix de se faire entendre : «c'était une très bonne réunion qui a engagé des participants de toutes les régions du monde et les pensées et les perspectives de chacun ont été respectées».

Néanmoins, la durée de la réunion a fait l'objet de plusieurs commentaires. Certains ont observé que puisque le programme était très chargé, la réunion aurait pu durer plus longtemps ; de nombreux participants ont suggéré un «jour supplémentaire». Un autre a noté que la réunion «avait

essayé d'en faire trop en trop peu de temps» et, en particulier, que les sessions parallèles sur la criminalisation «étaient trop importantes pour qu'on puisse les traiter en si peu de temps». Plusieurs participants ont également eu le sentiment que la réunion n'avait pas assez discuté de la prévention de la transmission et un des participants a pensé que les discussions «n'étaient pas assez proches du moment où le VIH passe d'une personne à une autre». Les participants ont émis d'autres critiques constructives en répondant à la question 3.

Le plus utile

La variété des réponses à cette question a clairement démontré que la réunion avait apporté quelque chose à chacun. Il a été fait référence à presque chaque aspect de la consultation technique dans cette partie des réactions. De nombreux participants ont souligné le fait que la réunion avait remis en question et désorienté leurs attentes concernant la signification de la «prévention positive» et ses traits programmatiques, et qu'ils avaient maintenant une impression de «clarté» par rapport à «la voie à suivre» grâce au «consensus autour du nom de l'approche : «Santé Positive, Dignité et Prévention»

De nombreux participants ont déclaré qu'ils avaient beaucoup appris par rapport au contenu et aux aspects programmatiques de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» d'autres régions ainsi que leurs défis et leurs préoccupations. Les participants originaires tant des milieux riches en ressources que des milieux limités en ressources ont apprécié les similitudes et les différences dans les priorités en matière de «Santé Positive, Dignité et Prévention» et l'un d'eux a observé «qu'il est vital que nous soyons en relation avec les autres sur cette question pour un apprentissage mutuel».

Pour certains, c'était les valeurs et les principes de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» qui ressortaient le plus; pour d'autres, c'était les recommandations de base sur les partenariats, les réponses programmatiques et les réponses de plaidoyer pour les réseaux de personnes vivant avec le VIH, la société civile, le secteur public, les agences donatrices, les agences multilatérales et les agences des Nations Unies. D'autres ont été frappés par l'importance du leadership mondial des personnes vivant avec le VIH dans la conception programmatique de la «Santé Positive, Dignité et Prévention» et «pas seulement des réseaux pays comme cela a été le cas par le passé». Ceci a été résumé par un participant qui a bien accueilli «l'opportunité des discussions ouvertes sur la manière d'engager les communautés de personnes vivant avec le VIH dans la formulation du type de services offerts à la base, en mettant la pression sur le secteur de la santé pour faire en sorte que les choses se fassent. Je me sens plein d'espoir et

sans cette consultation, je ne sais pas quand les choses pourraient avancer ni même si elles pourraient avancer».

Amélioration des réunions à venir

Les participants ont fait des critiques constructives variées, en insistant sur la manière dont les réunions à l'avenir pourraient être encore améliorées. La consultation technique s'est déroulée en anglais et plusieurs participants pour qui l'anglais n'était pas leur première – ni même leur seconde – langue ont suggéré que les réunions à venir prennent en compte la question de la langue.

Bien que la logistique de la réunion ait été appréciée dans l'ensemble, certains participants ont été frustrés par la brièveté de la période d'introduction à la réunion. Ceci a également frustré quelques participants potentiels qui n'ont pas pu faire un voyage aussi lointain dans des délais relativement brefs. Il a également été suggéré que les participants venus de différents continents et qui sont, soit arrivés tard la veille de la réunion et/soit qui souffraient du décalage horaire pendant la réunion, soient mieux pris en charge à l'avenir.

Un grand nombre de participants auraient aimé voir la réunion durer plus longtemps mais ils ont suggéré que le nombre de présentations soit revu à la baisse afin de permettre un travail de groupe plus important et plus de temps de discussion, en général, si les réunions à venir devaient durer deux jours également. Un participant a suggéré : «Laissez tomber les présentations, passez plus de temps à discuter de «ce qui est important et des raisons pour lesquelles c'est important»».

Enfin, bien que les participants aient, en général, apprécié la grande variété de parties prenantes à la réunion, il a été suggéré que les participants issus de contextes similaires en termes d'accès aux ressources auraient pu mieux travailler ensemble lors des sessions en petits groupes plutôt que de mélanger les participants des milieux riches en ressources et ceux pauvres en ressources. Ceci, selon un participant, «apporterait un contexte plus profond et des recommandations plus ciblées au document qui va suivre». Un autre participant d'Afrique subsaharienne a dit les choses de manière plus directe : «A un certain moment, j'ai eu l'impression de participer à une réunion où les gens discutaient pour savoir comment aller sur Mars, alors que nous, en Afrique, nous n'avons même pas commencé à marcher !».

Suggestions pour les réunions au niveau régional

Une grande variété de suggestions ont été reçues, dans lesquelles de nombreux participants ont mis l'accent sur des questions particulièrement pertinentes pour leurs régions, leurs milieux ou leurs groupes de parties prenantes. «Je pense que nous devons réfléchir aux questions ou aux priorités les plus urgentes pour les différentes régions», a indiqué l'un des participants. Un autre a souligné le «besoin de prendre en compte la dynamique intracommunautaire entre les personnes séropositives et les personnes séronégatives – pour toutes les communautés et particulièrement celles qui sont marginalisées». Un autre a suggéré que ce qu'il faudrait maintenant, c'est un «dialogue régional sur la manière de mieux intégrer les activités de «Santé Positive, Dignité et Prévention» à base communautaire dans les services qui existent dans les centres de santé en vue d'assurer des programmes durables».

L'on s'attend à ce que les réunions de niveau régional diffèrent sensiblement selon le cadre. «En Afrique, nous devons d'abord donner la priorité à l'accès universel à la thérapie antirétrovirale puis, à mesure que la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH s'améliore, nous mettrons l'accent sur la «Santé Positive, Dignité et Prévention». Un autre participant d'Afrique subsaharienne a suggéré de mettre l'accent sur la manière dont la «Santé Positive, Dignité et Prévention» peut aider les gens vivant avec le VIH à passer d'un statut de bénévoles sous-estimés dans le système de soins de santé à un travail leur permettant de gagner leur vie.

De nombreux participants ont mis l'accent sur la discussion des valeurs, des principes et des composantes identifiés au cours de cette réunion, et sur la question suivante : «Qu'est-ce qui est important pour vous et qu'est-ce qui ne l'est pas ?» D'autres ont suggéré de discuter de la création de directives régionales et de s'intéresser à la mobilisation des ressources et aux plans de plaidoyer pour la «Santé Positive, Dignité et Prévention». Plusieurs participants ont suggéré qu'il était nécessaire de poursuivre les discussions autour des questions de criminalisation du statut et de la non-divulgateion, de l'exposition et de la transmission, en mettant l'accent sur les droits humains : «Je voudrais suggérer que l'on mette l'accent ou que l'on insiste sur la dignité».

Enfin, et de façon tout aussi importante, plusieurs participants ont souligné le besoin de continuer à mettre l'accent sur les principes GIPA et MIPA dans les discussions de «Santé Positive, Dignité et Prévention».

Annexe 4 : Documentation supplémentaire

Toutes les présentations de la consultation technique sont disponibles pour téléchargement sur le site Web de GNP+.

www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,257/Itemid,53/

Anderson T. *Expanding the Boundaries of Positive Prevention Programmes*. National Association of People with AIDS, Presented at Broadening the HIV Prevention Landscape: 4th Annual CAPS Conference San Francisco 2004. hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=cfcaps2004-01

Betteridge G., Thaczuk D. *Poz Prevention: Knowledge and Practice Guidance for providing Sexual Health Services to Gay Men living with HIV in Ontario*. Toronto, Toronto People With AIDS Foundation, 2008. www.pwatoronto.org/pdfs/Poz%20Service%20Manual.pdf

Brighton, International HIV/AIDS Alliance, 2007. www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Positive_prevention.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic – United States*, 2003. *MMWR* 52: 329-332, 2003.

Centers for Disease Control and Prevention. *HIV Prevention for People Living with HIV: an Intervention Toolkit for HIV Care and Treatment Settings*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.

Centers for Disease Control and Prevention. *Incorporating HIV Prevention into the Medical Care of Persons living with HIV*. *MMWR* 52 (RR-12): 1-24, 2003. www.cdc.gov/mmwr/Preview/mmwrhtml/rr5212a1.htm

EngenderHealth, GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, Young Positives. *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living with HIV: A Guidance Package*. 2009. www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,334/Itemid,53/ (in English) www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,336/Itemid,53/ (en français)

Global HIV Prevention Working Group. *HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access*. Gates Foundation et Kaiser Family Foundation, 2004. www.kff.org/hiv/aids/upload/HIV-Prevention-in-the-Era-of-Expanded-Treatment-Access.pdf

International HIV/AIDS Alliance. *Positive Prevention: HIV Prevention with People living with HIV – A guide for NGOs and Service Providers*. 2007.

Living 2008 Partnership. *Draft Discussion Paper: Positive Prevention by and for People Living with HIV*. Amsterdam, GNP+, juillet 2008. www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,cat_view/gid,260/Itemid,116/

Living 2008 Partnership. *Living 2008 Summit Theme: Positive Prevention*. www.living2008.org/images/stories/positive%20prevention%20en.pdf

Living 2008 Partnership. *Living 2008: The Positive Leadership Summit Report*. Amsterdam, GNP+, avril 2009. www.gnpplus.net/content/view/1507/34/

Moody K. *Positive Prevention: Opportunity or Threat*. HealthDev, 2007. eforums.healthdev.org/read/messages?id=18479

OMS. *Essential Prevention and Care Interventions for Adults and Adolescents living with HIV in Resource-limited Settings*. Genève, OMS, 2008. www.who.int/hiv/pub/prev_care/OMS_EPP_AFF_en.pdf

OMS, ONUSIDA, UNICEF. *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector*. Genève et New York : Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et UNICEF, 2008. www.who.int/hiv/mediacentre/2008progressreport/en/index.html

ONUSIDA. *HIV prevention focused on people living with HIV (p 118) in 2008 Report on the Global AIDS Epidemic*. Genève, ONUSIDA, août 2008. www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp

ONUSIDA. *Intensifying HIV Prevention. UNAIDS Policy Position Paper*. Genève, ONUSIDA, août 2005. data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf

ONUSIDA. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. Genève, ONUSIDA, 2007. data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf

Poz Prevention Definition, Values and Principles. Elaboré par le Groupe de travail sur la prévention de Poz Prevention et approuvé par le Conseil consultatif principal de The Ontario Gay Men's HIV Prevention Strategy, 25 janvier 2008. www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/aids/reports/poz_prevention_definition_values_principles_j.pdf



GNP+
GLOBAL
NETWORK
OF PEOPLE
LIVING
WITH HIV

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

HCF
UNICEF
PAM
UNFPA

ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE