RECONSIDÉRER LA PRÉVENTION PRIMAIRE DU VIH

PROCHAINES ÉTAPES DE LA RÉPONSE MONDIALE

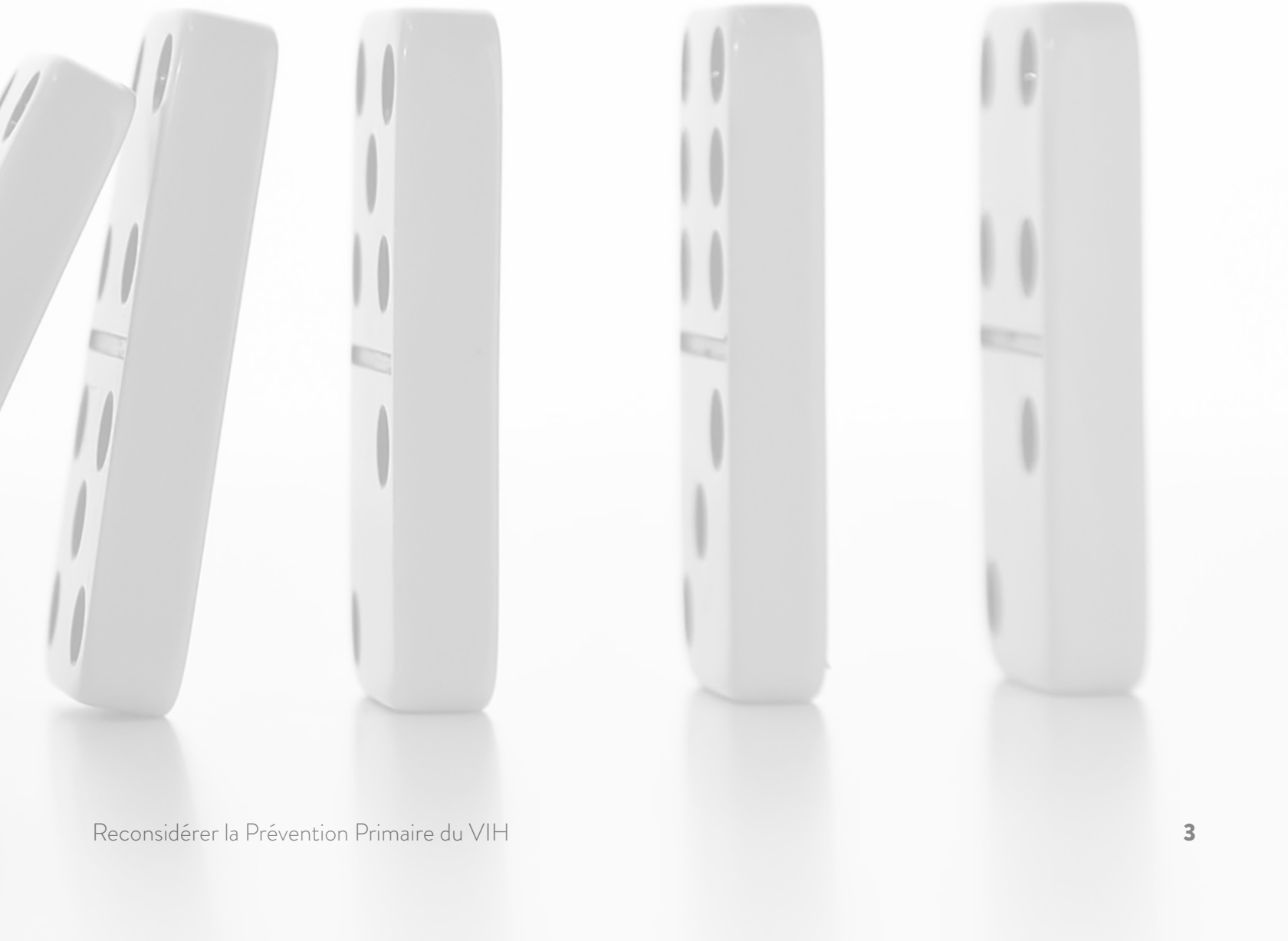
Septembre 2017

Copyright © 2017 The Global Forum on MSM & HIV
www.msmgf.org

Le présent document peut être reproduit et redistribué, en tout ou en partie, sans modification et sans autorisation écrite préalable, uniquement à des fins administratives à but non lucratif ou à des fins de formation, pour autant que toutes les copies contiennent la mention suivante : Le présent document est reproduit et distribué avec l'autorisation du Forum mondial sur les HSH et le VIH. Aucune autre utilisation n'est autorisée sans l'autorisation expresse écrite préalable de l'organisation précitée. Pour obtenir une autorisation, veuillez envoyer un courrier électronique à contact@msmgf.org

« Where it All Began » de mckinney75402 (www.flickr.com/photos/30791749@N07), image utilisée sous licence CC-BY. Original modifié.

RECONSIDÉRER LA PRÉVENTION PRIMAIRE DU VIH:
PROCHAINES ÉTAPES DE LA RÉPONSE MONDIALE



Préparé et Révisé par:

Global Action for Trans Equality (GATE)
IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV
The Global Advocacy Platform to Fast-track the HIV and Human Rights Responses with Gay and Bisexual Men (The Platform)
The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF)
The Global Network of People Living with HIV (GNP+)
The Global Network of Sex Work Projects (NSWP)
The International Community of Women Living with HIV (ICW)
The International Network of People Who Use Drugs (INPUD)

Auteur Principal: George Ayala, Executive Director, MSMGF

Coauteurs: Judy Chang, Executive Director, INPUD
Rebecca Matheson, Executive Director, ICW
Laurel Sprague, Executive Director, GNP+
Ruth Morgan Thomas, Global Coordinator, NSWP

Conception et mise en pages: Greg Tartaglione, Senior Communications Officer, MSMGF

Merci à Stefan Baral, Don Baxter, Adam Bourne, Gus Cairns, Darryl O'Donnell, Pato Hebert, Stephen Leonelli, Mohan Sundararaj et Nadia Rafif pour leurs superbes contributions. Merci également à Dave Traynor et au personnel du secrétariat du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui nous ont soutenus et ont répondu à toutes nos questions.

TABLE DES MATIÈRES

Contexte 6

Prévention Primaire : Révision des Définitions 7

Prévention Primaire :Un Réseau de Stratégies 9

Mettre la Communauté au Centre pour Amplifier les Résultats 10

Financement pour Permettre la Prévention Primaire 11

Parlons de Sexe et de Consommation de Drogue 13

Les Dangers d'un Discours Symbolique sur les Jeune 13

Le Genre, en Tant Qu'une Problématique de Population Clé 14

Aller de l'Avant :Principes de pratique essentiels 15

Appel à l'Action 16

Références 18

À Propos des Organisations Partenaires 19

CONTEXTE

La répartition inégale des risques et des charges liés au VIH au sein des populations est un fait avéré, bien que peu reconnu publiquement.[1] Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et les femmes transgenres courent respectivement 24, 24, 13,5 et 49 fois plus de risques de contracter le VIH que les autres adultes en âge de procréer (15 ans et plus). Au niveau mondial, les nouvelles infections au sein de ces populations clés représentent 45 % de toutes les nouvelles infections par le VIH.[2] Il est fort probable que ce chiffre soit sous-estimé, au vu de l'intense stigmatisation associée à la divulgation et au rapportage des risques de contraction du VIH chez les homosexuels, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres.[3] De plus, les épidémies de VIH dans la plupart des pays à faibles et moyens revenus (90 sur 120) sont concentrées au sein des populations clés. Dans les pays présentant des épidémies plus largement généralisées, les risques ne sont tout de même pas distribués équitablement et les populations clés supportent également un fardeau de maladie nettement disproportionné.

Des éléments déterminants spécifiques (biologiques, sociaux et structurels) en corrélation convergent pour créer une plus grande probabilité d'infection par le VIH au sein des populations clés. Par exemple, les populations clés sont rendues vulnérables au VIH par des lois discriminatoires et des politiques motivées par des considérations politiciennes, qui créent des facteurs de stress exacerbant le risque d'acquisition du VIH et amplifiant le problème que la maladie représente. En outre, l'absence de lois et politiques protectrices, et l'incapacité des gouvernements à faire respecter les droits permettent également la persistance d'une stigmatisation et d'une discrimination non contrôlées dans l'environnement des soins de santé et des services sociaux. Ces barrières aux soins de santé entraînent des infections sexuellement transmissibles non traitées et donc des risques accrus d'infection par le VIH et de transmission de ce dernier.[4]

> *“ Examinés d'un point de vue plus holistique, les éléments déterminants de la baisse de l'incidence du VIH s'avèrent plus probablement multifactoriels, comprenant différentes stratégies de prévention ingénieusement combinées, adaptées et fournies par les communautés les plus touchées par le VIH.*

Propulsée par l'introduction d'antirétroviraux puissants pouvant sauver des vies, la réponse mondiale au VIH de plus en plus biomédicalisée nous met au défi de repenser soigneusement la prévention. Bien qu'il s'agisse d'une évolution bienvenue dans le cadre de la réponse mondiale au VIH, l'accès aux interventions médicales est freiné par le coût des médicaments, des soins de santé, du dépistage et du suivi, ainsi que par les politiques de financement.[5] De plus, les hommes homosexuels et bisexuels, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres ne sont pas prioritaires pour recevoir un traitement antirétroviral ou ne se voient proposer qu'un nombre limité de places dans les programmes de traitement, car ces groupes ne sont pas considérés comme méritants.[6] La prise de décisions moraliste quant aux personnes devant avoir accès au traitement est répandue (p. ex., l'exigence d'une abstinence absolue de consommation de drogue comme condition d'accès aux services).

Les financements externes pour lutter contre le VIH dans les pays à faibles et moyens revenus sont réaffectés et diminuent.[7] C'est actuellement le monde entier qui a besoin de faire plus avec moins de moyens. Motivé par le besoin de réduire les coûts, le secteur de la lutte contre le VIH revoit actuellement la viabilité et la nécessité de la prévention, tandis que les discussions actuelles au niveau mondial sont centrées sur l'utilisation exclusive de médicaments antirétroviraux. Et alors qu'il existe des exemples importants de programmes fructueux de réduction de l'incidence du VIH soutenus par des interventions biomédicales, le succès de ces programmes se constate largement dans des pays à hauts revenus ou au sein des populations générales, où l'accès aux médicaments est relativement meilleur grâce aux efforts de mobilisation communautaires fortement soutenus. Par exemple, l'introduction de la prophylaxie préexposition (PrEP) ciblée commence à prendre de la vitesse, entraînant certains résultats spectaculaires, en tout cas pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle soulève toutefois certaines préoccupations en matière d'acceptabilité, d'accessibilité et de coût. Par ailleurs, des questions se posent quant à la durabilité de programmes de PrEP complets au-delà des initiatives de démonstration dans l'hémisphère sud. Les redirections de financement se font souvent aux dépens du soutien aux programmes conduits par la communauté, néanmoins critiques pour le succès des programmes de PrEP.

Alors que l'accès aux antirétroviraux utilisés dans un cadre prophylactique ou en guise de traitement contre le VIH constitue un droit de l'homme qu'il est nécessaire d'instaurer d'urgence, la prévention primaire devrait être conceptualisée plus largement que la couverture étendue des antirétroviraux. ***Examinés d'un point de vue plus holistique, les éléments déterminants de la baisse de l'incidence du VIH s'avèrent plus probablement multifactoriels, comprenant différentes stratégies de prévention ingénieusement combinées, adaptées et fournies par les communautés les plus touchées par le VIH.*** De récents rapports faisant état de réductions spectaculaires des nouvelles infections par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Nouvelle-Galles-du-Sud et en Australie corroborent ces éléments.[8] En Nouvelle-Galles-du-Sud, les homosexuels se sont mobilisés pour éduquer leur communauté, insister sur un étroit partenariat avec les prestataires de soins de santé, les cliniques et le gouvernement local, et exiger que les services soient sûrs, conduits par la communauté et exempts de tout préjugé.

La forme sociale de l'épidémie du VIH, dans son ensemble, exige de reconsidérer et de relancer les activités de prévention primaire. Une approche de prévention primaire contre le VIH repensée et modernisée :

1. Sera conduite par la communauté ;
2. S'attaquera aux facteurs « en amont » ; et
3. Documentera correctement les approches combinées choisies et conduites par les communautés pour lesquelles des efforts de prévention sont prévus.

Enfin, une nouvelle ère doit débuter dans la prévention du VIH, qui allie l'efficacité des interventions biomédicales à l'utilité d'intégrer à ces outils un contrôle et une appropriation par la communauté.

PRÉVENTION PRIMAIRE : RÉVISION DES DÉFINITIONS

La prévention primaire doit être vue comme ***un réseau de stratégies conduites par la communauté alliant tactique et nécessité*** par opposition à des interventions individuelles imposées. Les stratégies de prévention primaire dans le secteur de la lutte contre le VIH sont (ou devraient être) différentes d'un point de vue qualitatif par rapport aux pratiques dominantes en matière de santé publique, qui tendent à favoriser exclusivement le dépistage et les modalités de traitement biomédicaux. Au vu des tendances actuelles dans le domaine de la lutte contre le VIH, il est important de mettre en avant une approche plus équilibrée tout en expliquant ce qu'est la prévention primaire. La prévention primaire :

1. Vise proactivement à développer des forces adaptatives, des ressources d'aide et la santé humaine – se focaliser sur la maladie ou sur la correction de manques ou vulnérabilités supposés ne suffit pas ;
2. S'occupe des populations et communautés dans leur ensemble et ne fournit pas nécessairement des services au cas par cas ;
3. Utilise les principaux outils d'éducation (y compris la gamme d'options de prévention disponible) et les changements au niveau social/structurel (y compris les changements au niveau des lois, des politiques et des pratiques), et pas uniquement les médicaments, bien que la lutte contre le VIH nécessite des antirétroviraux et l'utilisation stratégique des outils de diagnostic ;
4. Part du principe que nous ne pouvons répondre aux problèmes efficacement avant et pendant leur survenue éventuelle que si les personnes disposent des ressources dont elles ont besoin pour se développer (y compris la gamme croissante d'options offertes aux personnes pour gérer leur santé).

La prévention primaire affirme également que des conditions sociales stressantes ont une incidence négative importante sur la santé en perturbant et en compromettant les relations sociales de manière générale. Elle reconnaît les effets dévastateurs de l'aliénation, de la dépression, de l'anxiété et de la colère associés à des facteurs en amont tels que la pauvreté, l'oppression institutionnalisée et la discrimination.[9] Les facteurs en amont sont dès lors des facteurs légitimes et nécessaires qu'il faut gérer dans une perspective de prévention.

PRÉVENTION PRIMAIRE : RÉVISION DES DÉFINITIONS

La prévention primaire du VIH à l'époque actuelle doit englober des activités adressées aux populations présentant des risques élevés. Ces efforts de prévention doivent être conçus de sorte à promouvoir la santé sexuelle comme stratégie visant à éviter les nouvelles infections par le VIH. D'importantes stratégies de prévention primaire ont évolué dans différents secteurs de la santé. Nous soulignons ici quatre dimensions principales, parfois omises dans la chasse aux solutions magiques de prévention de l'acquisition et de la transmission du VIH:

1. L'éducation volontaire conduite par les pairs dans le but d'informer factuellement, afin que les individus soient équipés au mieux pour sélectionner les options de prévention qui leur conviennent ;
2. L'organisation/la mobilisation de la communauté et le changement des systèmes en place, afin de s'attaquer aux inégalités en termes de ressources ou à l'interdiction des droits civiques, civils et de famille, causées par des pratiques institutionnelles et juridiques préjudiciables ;
3. Les possibilités de soutien social et d'appartenance sociale, car des relations véritables, empathiques, de confiance, attentionnées et sûres ont le pouvoir de renforcer et de soutenir la résilience ;
4. La promotion de la compétence, qui commence en se fondant sur les forces des individus et de leurs communautés plutôt qu'en restant fixé sur la maladie ou en inventant des manques. Il est important de s'inspirer des forces, car outre la puissance de l'appartenance, les individus ont besoin d'occasions fréquentes d'apporter des contributions significatives à leur bien-être général et à celui de leurs communautés.

En 1985, le psychologue George W. Albee a mis au point une formule pour l'incidence des problèmes de santé mentale au sein de la société.[10] Le Dr Albee a décrit l'incidence comme la combinaison de facteurs organiques et d'éléments stressants modérés par des aptitudes de gestion, l'estime de soi et le soutien social. Sa conceptualisation de l'incidence est essentielle pour relever les défis contemporains dans le cadre de la prévention primaire du VIH. Nous avons adapté la formule du Dr Albee pour souligner la

$$\textbf{INCIDENCE DU HIV} = \frac{\textbf{VULNÉRABILITÉ BIOLOGIQUE} + \textbf{MARGINALISATION SOCIALE/STRUCTURELLE}}{\textbf{RESSOURCES (INDIVIDUELLES, FINANCIÈRES ET COMMUNAUTAIRES)} + \textbf{AIDE SOCIALE}}$$

Cette équation montre clairement que plus le numérateur est grand et le dénominateur petit, plus l'incidence du VIH est grande. À l'inverse, un numérateur plus petit et un dénominateur plus grand résulteront en une plus faible incidence du VIH. La vulnérabilité biologique dans cette équation reconnaît les aspects médicaux de la maladie du VIH, y compris les trajets d'acquisition et de transmission. Les ressources font référence aux connaissances, aux options plus larges en matière de santé, au financement, et au pouvoir d'action et d'engagement au niveau désiré. La formule d'incidence du Dr Albee aide à souligner les multiples points d'entrée nécessaires à la prévention primaire du VIH. Elle souligne également le besoin de stratégies multiples fonctionnant en tandem.

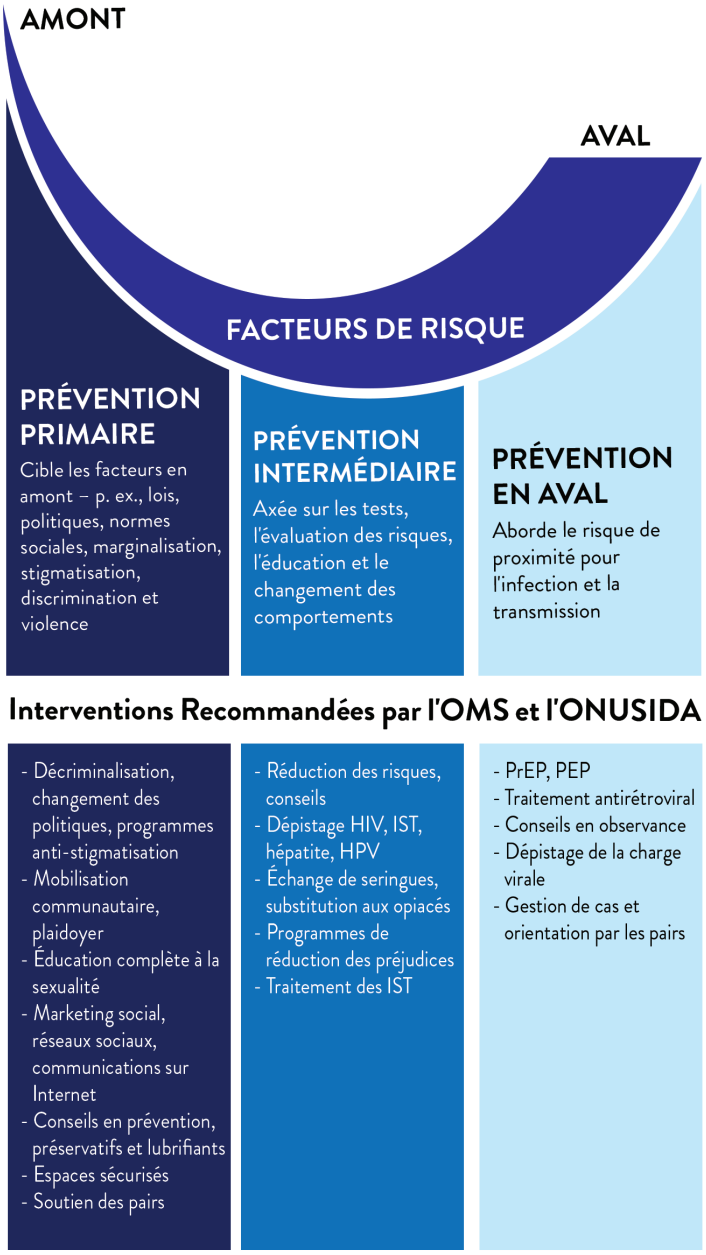
Dans le secteur de la lutte contre le VIH, nous avons entendu pendant des années « Nous ne parviendrons jamais à éradiquer le sida ». Cela s'explique par le fait que le traitement individuel n'aura aucun effet sur l'incidence au niveau de la population, en particulier parce que le traitement n'est pas accessible équitablement et à cause de la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation et la violence. Le traitement est une composante nécessaire de la prévention, mais il ne suffit pas en lui-même. De la même manière, la disponibilité et l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants sont nécessaires, mais pas suffisantes comme outil indépendant pour prévenir toutes les nouvelles infections par le VIH. Si le traitement est préventif, il dépend néanmoins d'autres interventions, dont l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants, qui influent sur l'incidence au niveau de la population. Une modélisation réalisée au Royaume-Uni a montré que même malgré une importante couverture du traitement, il y aurait eu significativement plus d'infections par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au cours de la période entre 2006 et 2010 si ces derniers n'avaient pas utilisé de préservatifs.[11] Seule la prévention primaire peut réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH, en particulier lors de la mise en œuvre stratégique d'approches multifacettes (comme sous-entendu par la formule d'incidence) Malheureusement, le secteur a éprouvé de grandes difficultés à dépasser la recherche effrénée des prochains objectifs ambitieux, à force de slogans, pour la couverture du VIH transmis par la consommation de drogues. Le VIH relève d'un problème social très complexe, car il constitue un défi biomédical ardu. Il n'existe pas de remèdes simples ou rapides, ni de solutions magiques. Nous pouvons néanmoins réduire l'incidence du VIH avec les outils dont nous disposons actuellement, si ceux-ci sont stratégiquement combinés et mis à disposition des communautés auxquelles ils s'adressent.

PRÉVENTION PRIMAIRE : UN RÉSEAU DE STRATÉGIES

Depuis 2007, l'ONUSIDA recommande des approches combinées ou multifacettes pour la prévention du VIH chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres, tout en s'occupant plus largement de leurs droits de l'homme (voir Illustration 1). Les recommandations de l'ONUSIDA en faveur d'un ensemble standard minimal de services de prévention pour les gouvernements qui planifient et élaborent des programmes de prévention du VIH commencent par l'évaluation de l'importance des droits de l'homme et de la suppression des barrières légales entravant l'accès aux services liés au VIH. Il s'agit notamment de la suppression des lois qui criminalisent les comportements non hétérosexuels, de la non-conformité de genre et de l'identité non cisgenre, du travail du sexe et de la consommation de drogue. Les conseils de l'ONUSIDA en matière de prévention du VIH recommandent également : de donner les moyens aux communautés de populations clés de participer équitablement à la vie sociale et politique (y compris la représentation plus que symbolique dans les processus nationaux de planification et de mise en œuvre pour la lutte contre le VIH) ; de mettre à disposition des lieux physiques et/ou virtuels sûrs pour les membres de communautés marginalisées devant leur permettre d'obtenir des informations et des références en matière de soins et de soutien ; et de favoriser l'accès à une assistance médicale et juridique des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogue, des travailleurs du sexe et des personnes transgenres confrontés à la coercition et/ou la violence sexuelle.[12, 13, 14, 15]

Dans ses Lignes directrices unifiées pour les États des populations clés de 2016, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) aborde l'importance de promulguer des « facilitateurs critiques », comprenant la révision des lois et politiques dommageables, la mise en œuvre et le respect des lois antidiscrimination, ainsi que la décriminalisation des comportements homosexuels. Ces stratégies s'ajoutent à la PEP, la PrEP, aux programmes relatifs aux aiguilles et seringues, à la thérapie de substitution aux opiacés, aux services de santé mentale, aux conseils en matière de réduction des risques, au dépistage et au traitement des IST, du VIH, de l'hépatite et du HPV, ainsi que de la promotion, à l'échelle, de préservatifs de qualité et de lubrifiants à base d'eau. Ces stratégies ont été réaffirmées plusieurs fois au cours de la dernière décennie, notamment en 2009, en 2011, en 2014 et en 2016.[3]

ILLUSTRATION 1 :
Réseau de stratégies de prévention du VIH



L'adoption universelle des stratégies de prévention approuvées par l'ONU et l'OMS reste un défi sérieux. Par exemple, la déclaration de politique de 2011 comprenait un objectif visant à réduire de moitié la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables avant 2015, mais les résultats sont loin d'être à la hauteur. Malgré le rôle absolument central des programmes relatifs aux aiguilles et seringues, ainsi que de la thérapie de substitution aux opiacés dans les stratégies de prévention primaire pour les consommateurs de drogue, ces services sont trop peu nombreux et vulnérables aux courants politiques avançant régulièrement des réponses fondées sur des preuves et des droits tant à l'utilisation de substances qu'au VIH. De plus, la couverture de ces services reste substantiellement inférieure aux niveaux minimaux nécessaires pour répondre de manière suffisante au VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Au niveau mondial, il est estimé que seuls 8 % des personnes nécessitant une réduction des préjudices y ont effectivement accès16. Il a été démontré que des pays mettant en œuvre des programmes relatifs aux aiguilles et seringues correctement soutenus avaient pu prévenir des épidémies de VIH chez les consommateurs de drogues injectables, mais du fait d'attitudes moralisatrices et de l'opportunisme politique, des économies et des fermetures de services de réduction des préjudices surviennent à un moment où la nécessité d'un élargissement s'avère critique.[17]

Contrairement à l'application d'une approche de réseau de stratégies, la majorité des pays d'Asie ont adopté le traitement antirétroviral comme stratégie de prévention générale contre le VIH. Bien que les efforts d'élargissement de la couverture du traitement soient les bienvenus, l'épidémie du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres ne fléchit pas. De nouvelles données relatives à l'efficacité d'une approche de dépistage et de traitement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans la région renforcent les doutes quant au caractère approprié d'une approche d'intervention unique, identique pour tous, en vue de réduire l'incidence du VIH au sein des populations clés. Les chercheurs ayant participé à la nouvelle étude ont démontré que le potentiel de prévention du traitement antirétroviral était réduit à néant par le trajet et le rythme de la transmission du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, principalement à la suite de l'infection aiguë au VIH. Ils écrivent : « Avant que le traitement antirétroviral ait un effet préventif, la majorité des nouvelles infections au VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes se seront déjà produites. »[18]

Avec une estimation de 1,9 million de nouvelles infections au VIH par an, dont une importante partie au sein des populations clés,[1,2] nous avons urgemment besoin d'un réseau de stratégies de prévention primaire déployées de manière différenciée et stratégique. La prévention primaire du VIH peut être renforcée en tenant compte des dynamiques d'acquisition et de transmission propres aux populations clés. Les communautés peuvent et devraient jouer un rôle clé dans la compréhension et le pilotage de ces dynamiques.

METTRE LA COMMUNAUTÉ AU CENTRE POUR AMPLIFIER LES RÉSULTATS

Il est vital que les militants de la communauté VIH s'engagent activement pour veiller à l'optimisation des programmes de prévention primaire. Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres, y compris les personnes vivant avec le VIH, devraient diriger les efforts en matière de recherches, de programmes et de politiques de lutte contre le VIH au sein de leurs communautés. De plus, les militants communautaires ne devraient pas être subordonnés à des politiques gouvernementales répressives ni à des agendas politiques qui s'écartent des orientations fondées sur des preuves et des droits. Par ailleurs, les chercheurs, les fonctionnaires de la santé publique et les décideurs politiques ne devraient pas non plus fuir leur responsabilité consistant à s'assurer du consentement véritable des communautés les plus touchées par le VIH. La redynamisation de la prévention du VIH contraint les décideurs politiques et les donateurs à veiller au contrôle communautaire de tous les outils. À défaut, cela mènera à des programmes et des services réduits ou inefficaces. Les recherches n'ont montré aucun avantage en matière de santé publique lié à l'adoption d'approches descendantes des programmes et politiques visant à lutter contre les IST ou le VIH (p. ex., le dépistage obligatoire du VIH ou des IST, les messages de prévention négativement interprétés comme des impératifs).[19, 4]

Les stratégies de santé publique sont plus fructueuses quand : a) elles sont conçues et mises en œuvre collégialement par des membres de la communauté à laquelle elles s'adressent ; et b) les individus et communautés sont motivés et disposent de la liberté et des ressources nécessaires pour adopter les comportements favorisant la santé qu'ils ont contribué à développer. Les services liés au VIH et les autres services relatifs à la santé sexuelle fournis avec ou conduits par des membres de la communauté auxquels les services s'adressent sont plus susceptibles de produire de meilleurs résultats en matière de santé, car ils permettent un engagement plus fréquent et plus précoce dans le service, ainsi qu'une meilleure rétention20. De plus, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogue et les personnes transgenres sont les mieux placés pour aider les membres de leur propre communauté, car : 1) ils partagent leurs expériences de stigmatisation, de discrimination et/ou de violence ; 2) ils disposent de connaissances au sujet des réseaux de soutien des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des travailleurs du sexe, des consommateurs de drogue et des personnes transgenres, qui peuvent éclairer sensiblement la mise en œuvre de la sensibilisation et des services, et ils y ont accès ; 3) ils seront plus facilement à l'aise pour discuter de sujets sensibles relatifs à l'appartenance à des groupes marginalisés par la société (et bien souvent criminalisés) ; et par conséquent 4) ils peuvent établir plus facilement des liens de confiance avec les bénéficiaires du service et gagner leur confiance. En tant que telle, la réponse mondiale au VIH devrait réorienter ses services d'une position pour la communauté à une orientation par la communauté. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogue et les personnes transgenres, y compris les personnes qui vivent avec le VIH, devraient être vivement encouragés à participer à tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre, de la gestion, de l'évaluation, de la mobilisation des ressources et de la gouvernance des programmes de lutte contre le VIH. Le principe GIPA (participation accrue des personnes vivant avec le VIH) est l'expression la plus précoce de l'importance de l'implication communautaire. Son importance est aussi centrale dans la réponse mondiale actuelle au VIH qu'elle ne l'était à l'époque de sa première formalisation en 1994.[21]

FINANCEMENT POUR PERMETTRE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

La prévention reste sérieusement affaiblie par le niveau de financement bas, nettement en décalage avec le nombre de nouvelles infections estimées au niveau mondial. Le sous-financement exacerbe la faible couverture de la prévention primaire pour les groupes exposés à des risques disproportionnés d'acquisition du VIH, notamment les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres. Une récente étude portant sur les budgets alloués à de nouvelles subventions signées et approuvées pour la période d'allocation 2014-2016, menée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), confirme le sous-investissement dans les programmes de lutte contre le VIH ciblant les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres (voir Tableau 1). Sur les 5,9 milliards de dollars approuvés dans le cadre de nouvelles subventions pour la période d'allocation 2014-2016, 724 millions de dollars (12 %) étaient spécifiquement consacrés à des programmes ciblant toutes les populations clés (4,16 % pour les travailleurs du sexe, 3,5 % pour les consommateurs de drogues injectables et 4,4 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres, malheureusement rassemblés en un seul groupe[a]). Les programmes financés comprenaient les coûts de services de dépistage du VIH, ainsi que des dépenses associées à la recherche, à la formation et à la gestion. L'étude a révélé que près de 14 % des 724 millions de dollars avaient soutenu des interventions comportementales, environ 13 % les programmes de promotion du préservatif et du lubrifiant, 7 % des programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues, 4 % la thérapie de substitution aux opiacés et 0,39 % la PrEP. Moins de 10 % du financement affecté aux populations clés sont utilisés pour soutenir des interventions ciblant des facteurs en amont tels que l'organisation et la mobilisation communautaires, la promotion d'une législation de soutien, la sensibilisation à l'égard de la stigmatisation et de la discrimination, ou l'atténuation de la violence.[22] En d'autres termes, le financement de la prévention primaire au sein des populations clés correspond à une part d'une part d'une part d'un gâteau plus grand.

[a] Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les femmes transgenres constituent deux groupes distincts exposés à des risques plus élevés d'infection par le VIH. En tant que tels, la prévention, les soins, le traitement et les besoins en termes de soutien qui leur sont destinés sont différents et devraient être traités ainsi. Il conviendrait de mettre un terme à la pratique hautement problématique consistant à combiner ces groupes et à regrouper leurs besoins, car elle aboutit à des programmes faibles, inappropriés et préjudiciables.

TABLEAU 1 : Investissement du Fonds Mondial dans des Programmes de Lutte Contre le VIH pour les Populations Clés au Cours de la Période 2014-2016

FINANCEMENT TOTAL DU FONDS MONDIAL 2014 - 2016	POPULATIONS CLÉS COMBINÉES	HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES ET PERSONNES TRANSGENRES	CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES	TRAVAILLEURS DU SEXE
(USD) 5,968,658,499 $	724,373,701 $	264,573,281 $	211,322,903 $	248,477,517 $
SUBVENTIONS NATIONALES	12.14%	4.44%	3.54%	4.16%

Pour comprendre l'ensemble du problème en termes d'investissement dans des programmes adressés aux populations clés, il faut comprendre la manière dont la contribution du Fonds mondial s'inscrit dans le cadre du financement global de la lutte contre le VIH. Considérons ce qui suit :

1. L'investissement total estimé nécessaire pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de VIH d'ici 2020 doit augmenter de 26,2 milliards de dollars d'ici 2020 – puisque l'investissement total provenant de toutes les sources en 2016 s'élevait à 19,1 milliards de dollars ;
2. Selon l'ONUSIDA, 25 % de l'investissement total devraient être alloués à la prévention ;[2]
3. La contribution du Fonds mondial à la réponse mondiale totale au VIH est estimée à 10 % ;
4. En tant que principal donateur international pour la prévention fondée sur des preuves, le programme américain PEPFAR contribue bilatéralement à concurrence de 20 % supplémentaires du total (outre sa contribution au Fonds mondial), dont 20 à 23 % sont alloués à la prévention (si l'on exclut les dépenses pour la prévention de l'infection des bébés par le VIH et le dépistage du VIH, la part de prévention s'élève à 13 à 16 %, dont 4 % pour les services ciblant les populations clés) ;[1]
5. D'autres contributions bilatérales combinées ajoutent moins de 10 % à l'investissement total estimé en matière de VIH ;
6. Environ 63 % de l'investissement total en matière de VIH proviennent actuellement de sources nationales.[7]

Alors que la récente étude du Fonds mondial au sujet de ses propres budgets montre une amélioration progressive de l'investissement dans les programmes adressés aux populations clés, son investissement est minime en comparaison avec le financement global et les fonds réellement nécessaires. Et bien que l'investissement national augmente modestement et constitue désormais la principale source de financement pour la réponse au VIH au niveau mondial, le financement national prend rarement en considération les besoins de prévention en matière de VIH des populations clés. En réalité, la réticence des gouvernements à financer des programmes fondés sur des preuves et des droits pour les populations clés pose de sérieuses questions pour les donateurs internationaux quant à leur rôle d'acteur du financement en dernier ressort.

Les organisations communautaires conduites par des populations clés sont les mieux positionnées pour toucher et soutenir leurs propres communautés, mais ces organisations continuent de disposer de ressources inadéquates. De nombreuses organisations reposent sur le travail de volontaires et rencontrent des difficultés à retenir leur personnel. Un financement inconstant et un soutien inadéquat des principaux frais nuisent à la stabilité des organisations conduites par la communauté. Les exigences complexes pour l'obtention de subventions et les réglementations de conformité ultérieures peuvent se révéler écrasantes, dissuadant ainsi bon nombre d'organisations communautaires innovantes et efficaces de demander un financement. De plus, les subventions octroyées aux organisations communautaires peuvent avoir des effets limités, sauf s'ils s'accompagnent, dès le départ, de plans de renforcement des capacités et de viabilité personnalisés et déterminés par la communauté. Les goulets d'étranglement dans les bureaucraties des donateurs peuvent également entraîner un retard de versement du financement pour les organisations communautaires, entraînant l'arrêt et le redémarrage des programmes. Ces problématiques sont complexes pour les organisations communautaires actives dans des environnements hostiles sur le plan légal ou politique, ce qui limite leurs possibilités de renforcer les capacités organisationnelles et de mettre au point des mécanismes de responsabilisation des donateurs. En raison de leurs capacités sous-développées, de nombreux donateurs sont réticents à investir dans des organisations plus petites. Cela a forcé de nombreuses organisations communautaires conduites par des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogue, des travailleurs du sexe ou des personnes transgenres à opérer en marge ou dans l'ombre d'organisations non gouvernementales internationales ou parapubliques beaucoup plus grandes, bien établies et disposant de meilleures ressources, dont bon nombre finissent par faire office de gardiens des ressources. Ces facteurs limitent le véritable engagement communautaire et alimentent un cycle auto-entretenu de sous-financement pour les réponses conduites par la communauté.[23]

Autre facteur aggravant : les organisations communautaires fournissant des services en matière de VIH aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux travailleurs du sexe, aux consommateurs de drogue et aux personnes transgenres sont souvent la cible de vandalisme, de harcèlement et de descentes policières. Dans pareilles conditions, il est beaucoup moins probable que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogue et les personnes transgenres recherchent les services dont ils pourraient avoir besoin. Pour élargir la prévention primaire du VIH, les organisations communautaires conduites par et servant les populations clés devraient être correctement soutenues par un financement à moyen ou long terme, et une aide au renforcement de leurs capacités (p. ex., une redistribution des tâches, des formations, un soutien technique fourni par des pairs, une assistance d'urgence et un échange d'informations). De plus, nous devons soutenir les organisations conduites par la communauté pour qu'elles travaillent en partenariat avec des prestataires de soins locaux et les autorités policières, afin de s'attaquer aux obstacles structurels que constituent la misogynie, l'homophobie, la transphobie, la cypridophobie, la phobie des consommateurs de drogue, la stigmatisation du VIH, la discrimination, le chantage, l'extorsion et la violence. Enfin, les organisations communautaires doivent être soutenues pour rassembler, comprendre et appliquer des données plus efficacement et systématiquement dans leur travail quotidien. Cet aspect est important pour assurer la réflexivité et la correction de la trajectoire, permettant ainsi une mise en œuvre plus efficace des stratégies de prévention du VIH et la capacité à réagir rapidement dans des environnements changeants et souvent hostiles.

PARLONS DE SEXE ET DE CONSOMMATION DE DROGUE

Les militants dans le monde entier restent troublés par le penchant des responsables politiques à sous-estimer le problème du VIH. Le discours politique représente souvent erronément l'épidémiologie du VIH, en rendant commodément invisibles les homosexuels, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres. Le contrôle national (dans le jargon international du développement) pour désigner les « populations clés » n'a pas changé, ne change pas et ne changera pas la manière dont les personnes contractent le VIH. En d'autres termes, la persistance de caractérisations révisionnistes du VIH n'a jamais changé et ne changera jamais la biologie de son acquisition. À l'exception de l'acquisition du VIH par les bébés qui survient au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement, le VIH se transmet avant tout via les rapports sexuels et par le sang dans le cadre de l'échange de matériel d'injection.

Il est impossible d'imaginer une réponse de prévention primaire efficace au VIH sans reconnaître, traiter et aborder ouvertement le sexe et la consommation de drogue. Pourtant, les gouvernements et les responsables habituels de la mise en œuvre des programmes continuent de concocter des stratégies et interventions nationales qui considèrent le sexe comme pathologique et problématique, sans s'attaquer directement à la manière dont le VIH est acquis et transmis en premier lieu. En réalité, les stratégies nationales de lutte contre le sida destinées à cibler sans discrimination la « population générale » fournissent au gouvernement une raison confortable de ne jamais aborder le sexe. Parler ouvertement du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle et de la consommation de drogue exige que nous reconnaissions et impliquions des homosexuels, des consommateurs de drogue, des travailleurs du sexe et des personnes transgenres. La seule chose que les gouvernements et responsables de la mise en œuvre du programme général sont encore moins disposés à faire que d'aborder le sexe et la consommation de drogue, c'est d'endosser la responsabilité des besoins exprimés par les homosexuels, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres. Pour donner une chance à la prévention primaire, il faut mettre un terme au silence, au déni, à la négativité et au moralisme entourant le sexe et la consommation de drogue.

LES DANGERS D'UN DISCOURS SYMBOLIQUE SUR LES JEUNES

Les trajets d'acquisition et de transmission pour les jeunes et les adultes sont identiques – le VIH se transmet par voie sexuelle et par l'utilisation de matériel d'injection non stérile. Et comme chez les adultes, le risque pour les jeunes de contracter le VIH est exacerbé par une multitude de facteurs sociaux et structurels, tels que le sexisme, l'homophobie, la transphobie, la cypridophobie, la phobie des consommateurs de drogue et la criminalisation. Parmi ces facteurs, citons également le consentement, l'émancipation, l'autonomie et les lois relatives au respect de la vie privée, uniques aux jeunes.

La prévention primaire du VIH requiert dès lors une attention spécifique à l'égard des jeunes. La pratique de la prévention du VIH est dynamique et constante. Elle exige une mise à niveau et des manœuvres répétées permanentes pour répondre aux besoins spécifiques de ses publics cibles, et notamment à leurs besoins en matière de développement. La prévention primaire du VIH pour les jeunes en âge scolaire devrait être différente, sur le plan de la qualité, des efforts de prévention qui s'adressent aux adultes d'âge moyen. La prévention primaire du VIH chez les jeunes doit constamment se renouveler, car il y aura toujours une nouvelle cohorte en quête de connaissances et d'informations destinées à renforcer ses forces et ses aptitudes. Cela doit inclure une mise en œuvre large d'une éducation à la sexualité complète et adaptée à l'âge24.

Le discours au sujet des jeunes et du VIH est souvent flou quant à ces faits et ignore la vulnérabilité disproportionnée au VIH des jeunes homosexuels, des jeunes consommateurs de drogue, des jeunes travailleurs du sexe et des jeunes transgenres. Les donateurs et les décideurs politiques abordent souvent trop rapidement les risques d'acquisition et de transmission du VIH au sein des populations clés de jeunes, en faveur d'un discours générique et aseptisé sur la jeunesse. Ils parlent aussi régulièrement des jeunes de manière symbolique dans le cadre de la réponse au VIH, sans avoir jamais consulté ni impliqué des organisations conduites par des jeunes. Les jeunes, y compris les jeunes homosexuels, les jeunes consommateurs de drogue, les jeunes travailleurs du sexe et les jeunes transgenres, devraient être directement impliqués dans la planification des programmes de prévention du VIH. De plus, nous devons rester proactifs en dénonçant ces pratiques qui rendent invisibles les populations clés de jeunes.

LE GENRE, EN TANT QU'UNE PROBLÉMATIQUE DE POPULATION CLÉ

Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres sont les cibles régulières d'actes de violence fondée sur le genre. La stigmatisation, la discrimination, la violence et la criminalisation à l'encontre des personnes LGTB, des consommateurs de drogue et des travailleurs du sexe découlent de croyances stéréotypées fortement ancrées et d'attentes à l'égard des rôles sociaux hiérarchiques que peuvent endosser les hommes et les femmes, dans lesquels les hommes sont considérés supérieurs aux femmes. Ces croyances sont sous-jacentes aux inégalités entre les genres, renforcées par les institutions sociales et culturelles, et entérinées par les politiques publiques et les lois. De plus, les inégalités entre les genres constituent le principal moteur de l'homophobie, de la transphobie, de la cypridophobie et de la phobie des consommateurs de drogue. La violence à l'encontre des homosexuels, par exemple, est liée à la misogynie sociétale. L'égalité entre les genres est dès lors au centre de l'agenda en matière de prévention primaire, en particulier pour les populations clés. Cette position contraste fortement avec les réponses générales au VIH et au développement international, qui considèrent étroitement l'égalité entre les genres comme principalement focalisée sur les besoins et les droits des femmes et des filles hétérosexuelles cisgenres. La vulnérabilité au VIH est accrue par le sexisme, dont les circonstances doivent être exposées au grand jour. Des notions dominantes étroites relatives à l'égalité entre les genres manquent parfois d'une certaine spécificité quant aux circonstances augmentant le risque pour les femmes et les filles cisgenres, et tendent à ignorer les femmes et les filles à la fois transgenres et cisgenres qui consomment de la drogue, sont des travailleuses du sexe ou sont lesbiennes.

Les besoins liés au VIH et les droits des femmes et des filles cisgenres méritent une attention distincte et ciblée, tout comme ceux des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogue, des travailleurs du sexe et des personnes transgenres. Les efforts pour désigner les femmes et les filles comme des populations clés passent à côté de cet élément et desservent aussi bien les femmes cisgenres que les groupes de populations clés dont font partie des femmes et des filles.

ALLER DE L'AVANT : PRINCIPES DE PRATIQUE ESSENTIELS

Les principes de pratique ont longtemps été délibérés, publiés et prônés par les prestataires de services liés au sida et les militants (p. ex., le principe GIPA, les principes de Yogyakarta)25, 26. Ils sont toutefois souvent négligés dans les discussions de politique, car la santé publique se focalise sur des preuves ou la science pour justifier les interventions et stratégies de programme liées au VIH. La réponse mondiale au VIH requiert des preuves, équilibrées par des principes. Voici quelques principes de pratique importants pouvant servir de lignes directrices larges lors de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de prévention primaire pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres :

- L'impératif de réduction des nouvelles infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, ne doit pas affecter les libertés personnelles ;
- Tous les individus, y compris les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres ont droit à l'autodétermination ;
- Tous les individus, y compris les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres méritent le même niveau de soutien, de santé, d'accès aux services et de droits politiques que n'importe qui d'autre ;
- Tous les individus, y compris les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres ont droit au respect de leur vie privée, ainsi qu'à une vie sexuelle gratifiante et satisfaisante ;
- Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres devraient être activement et pertinemment impliqués dans toutes les étapes et à tous les niveaux de la recherche, ainsi que de l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes et politiques – des processus participatifs devraient être suivis du début à la fin ;
- La prévention primaire du VIH ne devrait pas être orientée sur les risques ou les manques – au contraire, des efforts de prévention fructueux en matière de VIH devraient exploiter et s'inspirer des forces, des ressources, des compétences, des contacts sociaux, des capacités et de la résilience déjà présents chez les individus et au sein des communautés ;
- Le plaisir, le genre, la satisfaction, l'intimité, l'amour et le désir sont des concepts clés dans le cadre d'une compréhension complète du sexe et de la sexualité chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres, de même que la consommation de drogue chez les consommateurs de drogue, et donc dans la formulation de recherches, de programmes et de réponses politiques plus pertinents ; et
- Les chercheurs, les acteurs de la prévention, les professionnels de la santé et les décideurs politiques devraient prendre en considération des facteurs structurels, situationnels et contextuels pour comprendre les risques inhérents à l'acquisition et la transmission du VIH, et mettre au point des interventions en matière de santé sexuelle adaptées aux besoins spécifiques des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogue, des travailleurs du sexe et des personnes transgenres.

Une adoption plus large de ces principes fournira une base commune pour le développement et la promotion permanents de la prévention primaire du VIH chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les travailleurs du sexe et les personnes transgenres.

APPEL À L'ACTION

Le monde a besoin d'une nouvelle phase dans l'évolution de la réponse au VIH – une phase qui redynamise la prévention en combinant parfaitement l'efficacité stratégique des interventions en amont, au milieu et en aval à l'efficacité puissante de l'action communautaire.

La prévention conduite par la communauté doit disposer des ressources adéquates. Les responsables politiques et les donateurs, y compris les gouvernements, doivent oublier leurs réticences et aborder ouvertement et positivement le sexe et la consommation de drogue dans leur discours en matière de santé publique et leur réponse au VIH. Le développement international et les secteurs liés au VIH doivent adopter une compréhension des genres plus nuancée. Et nous devons collectivement adopter l'idée que même les meilleurs outils de prévention, y compris les antirétroviraux, ne fonctionneront pas sans l'accord des communautés les plus touchées par le VIH.

En effet, les développements les plus passionnants de ces dernières années se sont produits lorsque les communautés ont pris le contrôle du discours et de la distribution des nouveaux outils et technologies pour les appliquer selon les manières et dans les combinaisons de leur choix. Le présent document est fourni dans cet esprit – l'esprit d'appropriation communautaire et de puissance du partenariat.

Nous appelons dès lors les militants, les prestataires de soins, les chercheurs, les fonctionnaires de la santé publique et les donateurs à :

- Arrêter de chercher des solutions magiques au VIH et mettre fin aux discours-slogans au sujet de la couverture du VIH transmis par la consommation de drogues. Investissons plutôt dans des approches soigneusement combinées et sur mesure ;
- Faire évoluer la prévention primaire de manière à associer parfaitement les interventions biomédicales, comportementales, communautaires et structurelles, car ces interventions perdent leur efficacité sans les autres ;
- Combiner et adapter sur mesure les approches de prévention en tenant compte des dynamiques d'acquisition et de transmission propres aux populations clés – les approches générales laissent certaines personnes de côté ;
- Imprégner la prévention primaire, les soins et le traitement du VIH de la puissance de l'appropriation communautaire et abandonner les approches descendantes ;
- Remédier aux inégalités de financement en investissant de manière plus significative, stratégique et différenciée dans des programmes fondés sur des preuves et des droits, et conduits par la communauté;
- Adopter les principes de pratique fondés sur les droits de l'homme et soutenus par la communauté, à commencer par le principe GIPA.

Envie de souscrire à cet appel à l'action ?
Surfez sur www.msmgf.org/reconsidering-primary-prevention

RÉFÉRENCES

1. Prevention Gap Report. Genève, Suisse : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), ONUSIDA ; 2016.
2. Communiqué de presse. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ; 2016. Consulté sur http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keypops.

Voir également Get On the Fast-track: The Life-cycle Approach to HIV – Finding Solutions for Everyone at Every Stage of Life. Genève, Suisse : ONUSIDA ; 2016.

3. Lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé (OMS) ; 2016.
4. Rapport de la Commission sur le VIH et le droit. New York, New York : Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ; 2012.
5. Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions, 18e édition. Genève, Suisse : Médecins Sans Frontières (MSF) ; 2016.
6. Punitive laws, key population size estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an ecological study of 154 countries. Davis SLM, Goedel WC, Emerson J, Guben BS ; Journal of the International AIDS Society ; 2017 ; 20:21386. DOI.10.7448/ IAS.20.1.21386.
7. Donor Government Funding for HIV in Low- and Middle-Income Countries in 2016. Washington D.C. : Kates J, Wexler A, Lief E, ONUSIDA ; The Henry J. Kaiser Family Foundation ; 2017.
8. Record low new cases of HIV in New South Wales. ACON ; communiqué de presse du 23 août 2017. Consulté sur http://www.acon.org.au/about-acon/latest-news/.
9. Rapport au Président. Washington, DC : U.S. Government Printing Office : Commission du Président américain sur la santé mentale ; 1977.
10. Primary Prevention's Evolution ; dans GW Albee et TP Gullotta (éds.) Primary Prevention Works. Thousand Oaks, Californie : Albee GW, Gullotta TP ; Sage Publishing, Inc. ; 1997.
11. Increased HIV incidence in men who have sex with men despite high levels of ART-induced viral suppression: Analysis of an extensively documented epidemic. Phillips AN, Cambiano V, Nakagawa F, Brown AE, et al. ; PLOS One ; 2013. Consulté sur https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055312.
12. Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. Genève, Suisse : OMS, UNFPA, ONUSIDA, Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP), Banque mondiale, PNUD ; 2013.
13. Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. New York, New York : Fonds des Nations Unies pour la population ; UNFPA, Forum mondial sur les HSH et le VIH (MSMGF), PNUD, ONUSIDA, OMS, USAID (Agence américaine pour le développement international)/PEPFAR, la Fondation Bill et Melinda Gates ; 2015.
14. Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/IST auprès des personnes transgenres : orientations pratiques tirées d'interventions collaboratives. New York, New York : PNUD, IRGT : un réseau mondial de femmes transgenres contre le VIH, UNFPA, USCF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, OMS, ONUSIDA, USAID. PNUD ; 2016.
15. Mettre en œuvre des Programmes complets de VIH/HCV auprès des consommateurs de drogues injectables : orientations pratiques tirées d'interventions collaboratives. Vienne, Autriche : ONUDC, le Réseau international des usagers de drogues (INPUD), ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OMS, USAID ; 2017.
16. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, et. al. The Lancet ; 2010; 375(9719): 1014-1028. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2.
17. The Global State of Harm Reduction 2016. Londres, Royaume-Uni : Harm Reduction International. Consulté sur https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf.
18. Challenges and emerging opportunities for the HIV prevention, treatment, and care cascade in men who have sex with men in Asia Pacific. Van Griensven F, Guadamuz TE, Willem de Lind van Wijngaarden J, Phanuphak N, Solomon SS, Lo YR ; Journal of Sexually Transmitted Infections ; 2017 ; 93:356-362.
19. AIDS in Historical Perspective: Lessons from the history of sexually transmitted diseases. Brandt AM ; American Journal of Public Health ; 1988 ; 78(4): 367-371.
20. Investing in Communities Achieves Results: Findings from and Evaluation of Community Responses to HIV and AIDS. Washington D.C. : Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale ; Rodriguez-Garcia R, Bonnel R, Wilson D, N'Jie N ; Directions in Development ; 2013.
21. Une participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA). Consulté sur http://data.unaids.org/pub/report/2007/jc1299-policybrief-gipa_fr.pdf.
22. Analyse non publiée menée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; communications personnelles ; 2017.
23. Rapport des représentants d'ONG : Une fin improbable : mettre un terme au VIH d'ici à 2030 sans financement durable de la réponse prise en charge par la communauté. Comité de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ; ONUSIDA/Comité de coordination du Programme ; 2016 ; 39/16.23.
24. Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of your people throughout the world. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Journal of Adolescent Health ; 2007 ; 40: 206-217.
25. De la théorie à la pratique - Une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/sida (le concept GIPA). Genève, Suisse : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ; 1999.
26. Principes de Jogjakarta : Principes sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre. 2007. Consulté sur http://www.yogyakartaprinciples.org/.

À PROPOS DES ORGANISATIONS PARTENAIRES

La mission de la GATE consiste à mener des travaux à l'échelle internationale sur l'identité sexuelle, l'expression sexuelle et les problématiques physiques en défendant les droits de l'homme, en mettant à disposition des connaissances critiques et en soutenant l'organisation des politiques dans le monde entier. La GATE rêve d'un monde sans violation des droits de l'homme fondées sur l'identité sexuelle, l'expression sexuelle et la diversité physique, et transformé par l'inclusion critique des individus historiquement marginalisés. La GATE œuvre au développement de mouvements politiques puissants, spécialisés et disposant des ressources adéquates, capables de participer avec pertinence aux processus mondiaux et de transformer le paysage de la justice socioéconomique.

Le GNP+ travaille à l'amélioration de la qualité de vie de tous les individus vivant avec le VIH. Le GNP+ défend et soutient un accès juste et équitable au traitement, aux soins et aux services de soutien pour les personnes vivant avec le VIH partout dans le monde. En tant qu'organisation fondée sur les droits, l'émancipation et l'autodétermination constituent les principes fondamentaux du GNP+. Le GNP+ rêve d'un monde où les personnes vivant avec le VIH profiteraient d'une meilleure qualité de vie grâce à un mouvement social puissant et mondialement uni de personnes vivant avec le VIH.

L'ICW se consacre au renforcement des réseaux de femmes vivant avec le VIH, en militant pour des améliorations au niveau de la disponibilité et l'accessibilité des soins et des services de traitement pour les femmes séropositives et en communiquant des informations via le réseau ICW en faveur de la réalisation des objectifs de l'ICW en matière de plaidoyer et de réseau. L'ICW est le seul réseau international qui vise à partager les expériences, les opinions et les contributions des 19 millions de femmes séropositives dans le monde.

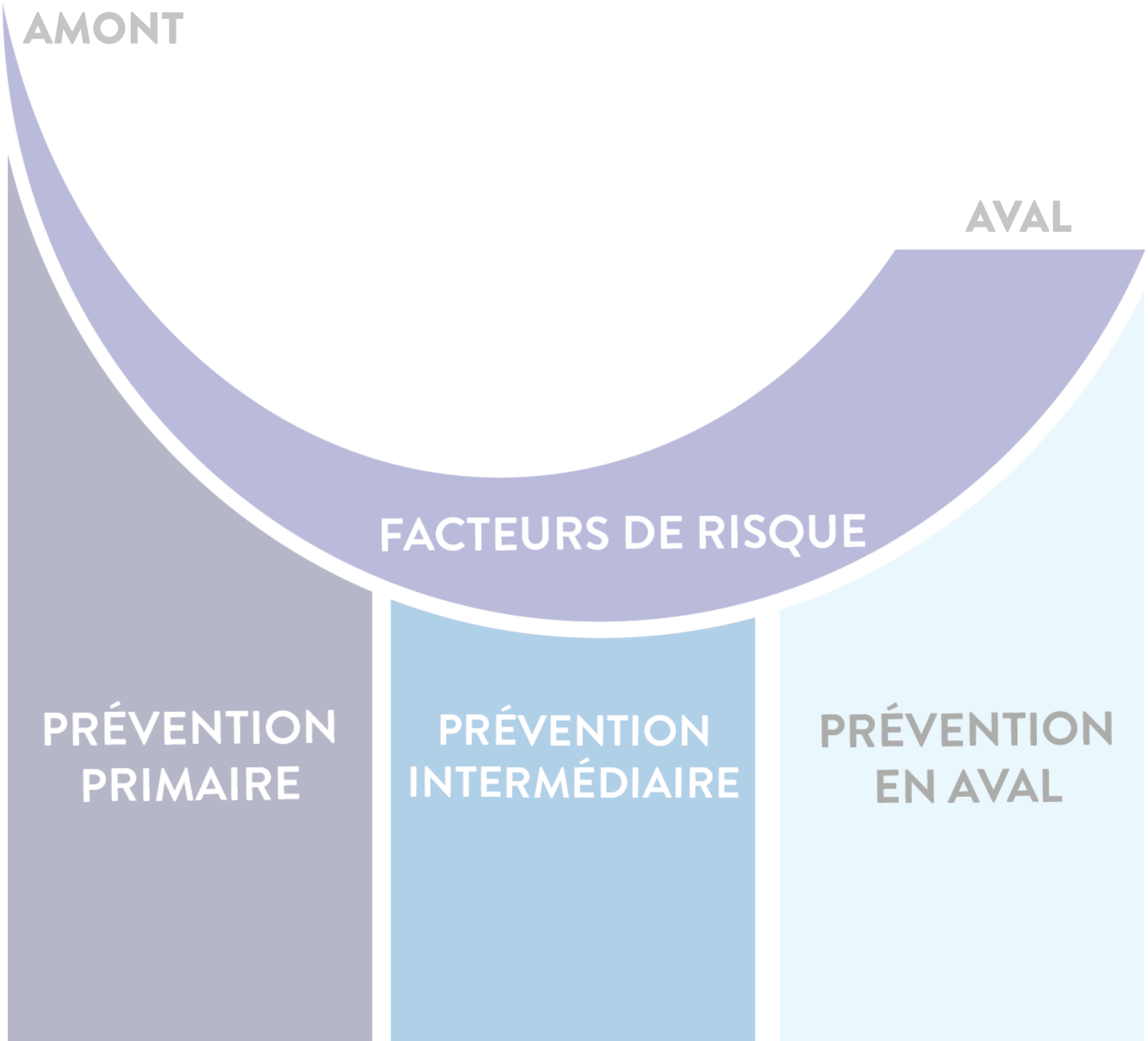
L'INPUD est une organisation mondiale de pairs qui vise à promouvoir la santé et à défendre les droits des consommateurs de drogue. L'INPUD expose et combat la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation des consommateurs de drogue, et leurs effets sur la santé et les droits de la communauté des consommateurs de drogue. Pour y parvenir, l'INPUD suit des processus d'autonomisation et de plaidoyer au niveau international, tout en soutenant ces mêmes principes au niveau communautaire, national et régional. L'INPUD est un mouvement de consommateurs de drogue qui soutient la Déclaration de Vancouver, laquelle expose leurs exigences en soulignant que leurs droits de l'homme doivent être respectés, et leur santé et leur bien-être abordés en priorité.

L'IRGT travaille avec des organisations, des communautés et des militants trans du monde entier pour promouvoir un cadre des droits de l'homme dans la réponse apportée à la santé des femmes trans ; assurer que les réponses en matière de santé publique coïncident avec les besoins des femmes trans exposées au risque de ou vivant avec le VIH ; assurer un accès équitable aux ressources et leur répartition équitable ; encourager un agenda de recherche multidisciplinaire conduit par les trans et spécifique aux trans ; souligner l'intersectionnalité des problématiques des femmes trans avec ceux d'autres groupes ; autonomiser les femmes et les organisations trans et renforcer leurs capacités ; et héberger la pré-conférence trans lors de la Conférence internationale sur le sida qui se déroule tous les deux ans.

Le MSMGF a été fondé en 2006 lors de la Conférence internationale sur le sida de Toronto par un groupe d'activistes concernés par la charge disproportionnée de la maladie du VIH supportée par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le monde. Le MSMGF est un réseau en pleine expansion de militants et experts de la santé sexuelle, des droits de l'homme, de la recherche et de la politique, qui travaillent dans le but d'assurer une réponse efficace au VIH parmi les hommes homosexuels et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Le MSMGF surveille les politiques de santé publique et les tendances de financement, renforce la capacité de promotion locale par le biais d'initiatives de programmes et soutient plus de 120 organisations communautaires dans 62 pays en première ligne de la réponse au VIH.

Le NSWP a pour mission de faire respecter la voix des travailleurs/ses du sexe au niveau mondial et de connecter les réseaux régionaux promouvant les droits des travailleurs du sexe femmes, hommes et transgenres. Le NSWP est une organisation composée de membres, qui sont des organisations et réseaux locaux, nationaux ou régionaux conduits par des travailleurs/ses du sexe dans cinq régions : l'Afrique, l'Asie et le Pacifique, Europe, l'Amérique latine, l'Amérique du Nord et les Caraïbes. Le travail du NSWP repose sur trois valeurs clés : 1) l'acceptation du travail du sexe comme un travail ; 2) l'opposition à toute forme de criminalisation et autre oppression légale du travail du sexe (y compris les travailleurs/ses du sexe, les clients, les tierces parties, les familles, les partenaires et les amis) ; et 3) le soutien à l'auto-organisation et l'autodétermination des travailleurs/ses du sexe.

La Plate-forme mondiale vise à atteindre les objectifs de l'ONUSIDA à l'horizon 2020 et 2030 en conseillant les agences de l'ONU, le Fonds mondial,le programme américain PEPFAR, les donateurs bilatéraux et les acteurs internationaux du financement de la réponse mondiale au VIH. Convoquée par le MSMGF et l'ONUSIDA, la Plate-forme mondiale joue un rôle actif dans l'élévation des problématiques de santé sexuelle et des droits de l'homme des homosexuels et des hommes bisexuels dans le contexte de la réponse mondiale au VIH, en


AMONT
AVAL
FACTEURS DE RISQUE
PRÉVENTION PRIMAIRE
PRÉVENTION INTERMÉDIAIRE
PRÉVENTION EN AVAL