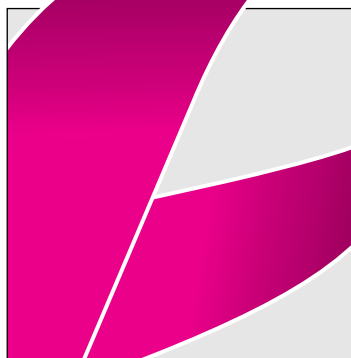


Prévention du VIH – Méthodes novatrices

Sélection d'Etudes de cas



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
OUTILS FONDAMENTAUX

ONUSIDA/01.02F (version française, avril 2001)
ISBN 92-9173-030-0

Version originale anglaise, UNAIDS/00.35E, octobre 2000 :
Innovative Approaches to HIV Prevention - Selected Case Studies
Traduction - ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres.

Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Prévention du VIH – Méthodes novatrices

Sélection d'Études de cas



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Genève, Suisse
2001

REMERCIEMENTS

Cette étude a été préparée pour l'ONUSIDA par Peter Aggleton, Elaine Chase, Kim Rivers et Paul Tyrer, de l'Unité de Recherche Thomas Coram à l'Institut d'Éducation de l'Université de Londres.

Les auteurs souhaitent remercier les organisations et les particuliers – trop nombreux pour être nommément désignés – qui ont généreusement donné leur temps, leurs informations et leurs conseils pendant l'élaboration de cette analyse. Nous voudrions tout particulièrement remercier les responsables de l'ONUSIDA, les équipes interpays, et les responsables des programmes dans les pays pour avoir signalé l'existence des projets décrits dans le présent rapport, ainsi que les organisateurs et coordinateurs de ces activités pour avoir fourni des descriptions des travaux entrepris. Bien qu'aucun effort n'ait été épargné pour vérifier la justesse de toutes les déclarations et descriptions, les erreurs ou inexactitudes qui auraient pu se glisser dans ce rapport relèvent uniquement de la responsabilité des auteurs.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
METHODOLOGIE	5
QUELLES SONT LES METHODES QUI REUSSISSENT ?	5
QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES JEUNES ?	11
QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES FEMMES ET CHEZ LES HOMMES ?	20
QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ?	25
QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES ?	32
QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE ET LEURS CLIENTS ?	38
ANNEXE. RESUME DES RESULTATS DES ETUDES DE CAS	43
BIBLIOGRAPHIE	49

Prévention du VIH – Méthodes novatrices

INTRODUCTION

A la fin de 1999, environ 34,3 millions d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH/SIDA dans le monde, et le nombre de décès approchait de 18,8 millions. L'Afrique subsaharienne demeure le centre de l'épidémie de VIH/SIDA qui touche 25 millions d'hommes, de femmes et d'enfants. En Asie, environ 7 millions de personnes sont infectées, et leur nombre s'accroît dans les pays comme l'Inde et la Chine. Certaines parties de l'Europe centrale et orientale constatent également une augmentation alarmante des taux d'infection à VIH (ONUSIDA, 2000).

Au cours des deux dernières décennies, on a beaucoup appris en matière de prévention du VIH. Ces nouvelles connaissances sont tirées d'études d'évaluation conduites avec soin, d'examen de programmes, de la documentation sur les bonnes pratiques existantes (ONUSIDA, 1999), de méta-analyses et d'évaluations (par exemple, celle de Gibney, DiClemente & Vermund, 1999), ainsi que des observations faites par ceux qui sont sur le terrain, les organisations non gouvernementales (ONG) et les médecins travaillant dans le domaine de la promotion de la santé.

Toutes ces sources d'information se sont avérées de précieux instruments pour indiquer les interventions les plus pertinentes et les plus prometteuses. Comme ces sources fournissent des informations de nature différente – indiquant par exemple les changements intervenus dans les taux de prévalence et d'incidence de l'infection ; les modifications observées dans les comportements ; l'accroissement de l'utilisation des services ou de la vente des préservatifs ; ou bien les progrès réalisés en ce qui concerne les connaissances, les croyances, les attitudes ou les compétences liées au VIH – elles ont contribué à nous faire mieux comprendre ce qui «marche» en matière de prévention du VIH.

Les cinq critères suivants sont particulièrement précieux lors de l'évaluation des programmes de prévention du VIH :

- 1) Pertinence
 - telle qu'elle est perçue par les groupes cibles
 - culturelle et contextuelle
- 2) Efficacité
 - bonne coordination de la planification et de la mise en œuvre
 - portée
- 3) Impact
 - impact sur les taux signalés de MST et de VIH
 - impact sur les connaissances, les croyances et les attitudes relatives au VIH
 - impact sur la sexualité à moindre risque et sur les utilisations moins dangereuses de la drogue
- 4) Pérennité
 - possibilité d'extension à d'autres contextes
 - rapport coût/efficacité
- 5) Validité éthique

Toutefois, il est important de noter que la réussite d'une intervention, quelle qu'elle soit, dépend dans une large mesure de la pertinence de ce qui a été fait. Comme chaque intervention a lieu dans un contexte spécifique, il faut tenir compte de l'environnement local tout autant que du stade atteint par l'épidémie lors de la planification, de l'élaboration et de l'exécution des programmes de prévention du VIH. Il est

aussi essentiel de se souvenir que les interventions à des *niveaux multiples* sont presque toujours nécessaires afin d'encourager la population à adopter et à continuer à utiliser des pratiques visant à des rapports sexuels protégés ou à une consommation de drogue à moindre risque, ainsi que pour créer des conditions qui soient propices à une diminution des risques d'infection par le VIH.

METHODOLOGIE

Plusieurs interventions novatrices et prometteuses dans le domaine de la prévention du VIH/SIDA ont pu être identifiées grâce à la consultation de divers experts au niveau international, régional ou local, ainsi qu'à l'examen de la littérature publiée sur le sujet. Un projet parallèle, soutenu par l'ONUSIDA et basé au Centre Est-Ouest de Hawaï, a récemment archivé les études de prévention du VIH. L'objectif du présent rapport est de compléter ce travail ainsi que d'autres analyses semblables.

Les informations ont été recueillies auprès de certaines personnes occupant un poste clé au siège des institutions internationales et des fondations caritatives et, si nécessaire, elles ont fait l'objet d'un suivi au niveau régional. D'autres informations proviennent de certains fonctionnaires de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants, se trouvant soit au Siège, soit au niveau régional ou local. Un formulaire a été envoyé dans les règles pour avertir les intéressés de la nature des travaux projetés et pour les inviter à apporter leur collaboration. Ensuite, des exemplaires de ce formulaire ont été envoyés par courriel, télécopie ou courrier à certaines personnes remplissant le rôle de points de contact pour un ou plusieurs pays. Ce formulaire demandait de signaler les programmes, projets et activités locaux susceptibles d'être inclus dans la présente analyse.

Plus tard, des contacts ont été établis avec des projets particuliers, par l'intermédiaire de leur responsable ou coordinateur, et une série de rubriques a permis de décrire la substance des travaux entrepris, parmi lesquelles on trouvait notamment :

- l'emplacement du projet, les coordonnées du point de contact et de l'organisme responsable du financement ;
- une description générale du travail envisagé dans le projet ;
- une déclaration concernant les activités du projet et les résultats obtenus jusqu'alors ;
- des informations concernant l'évaluation et les résultats du projet ;
- une description des aspects novateurs du travail ;
- une description des contraintes et des obstacles ayant eu des répercussions sur les activités locales, et sur la réussite des interventions.

Les activités entreprises dans le cadre de ce travail ne devraient pas être considérées comme exhaustives. L'objectif consiste plutôt à identifier les études et investigations essentielles qui ont été réalisées à propos des interventions concernant la prévention du VIH, bien au-delà de la diffusion de l'information. Le présent travail fournit donc un ensemble d'exemples d'interventions visant à prévenir l'infection par le VIH, et souligne certaines questions vitales sur lesquelles il faut se pencher lors de la conception, de l'exécution et de l'évaluation des programmes concernant le VIH.

QUELLES SONT LES METHODES QUI REUSSISSENT?

Les deux dernières décennies nous ont appris beaucoup de choses quant à l'efficacité des interventions dans le domaine de la prévention du VIH. Lorsque les premiers cas de SIDA ont été signalés au début des années 1980, certains individus et certains groupes ont mis en garde les populations contre cette nouvelle

maladie dangereuse, et indiqué les mesures à prendre pour se protéger. Même avant que le VIH ne soit isolé, des recommandations concernant les rapports sexuels protégés et la consommation de drogues à moindre risque avaient été formulées sur la base des données épidémiologiques rassemblées sur les schémas de transmission. Toutefois, informer les intéressés sur la manière de se protéger de l'infection s'est avéré insuffisant : il faut aussi faire en sorte qu'ils se trouvent dans un environnement qui les rende moins sensibles et moins vulnérables, tout en leur permettant de modifier leur comportement grâce aux informations fournies.

Niveau national

Sur le plan national, il a été démontré que la réussite du programme dépend d'un engagement politique à tous les niveaux. Les interventions polyvalentes, qui visent à faire participer tout un ensemble de partenaires au sein d'une action coordonnée, ont été suivies de bien meilleurs résultats que celles qui ont été menées isolément (ONUSIDA, 1998a, 1998b, 1998c, 1999). De plus, la coordination des efforts déployés dans les domaines économique, politique et social pour pouvoir réduire la vulnérabilité sociétale doit avoir lieu en même temps que les programmes et les interventions organisés aux niveaux de l'individu et de la collectivité (ONUSIDA, 1998d).

L'expérience acquise dans le monde entier montre que pour assurer l'efficacité des efforts déployés par les pays pour la prévention du VIH, il faut notamment :

- *entreprendre des activités pour améliorer la prise de conscience du grand public*, en vue de fournir des informations et lutter contre les réactions négatives de l'ensemble de la population ;
- *agir de manière persuasive et précise* pour répondre aux besoins des groupes et des communautés particulièrement vulnérables, en s'efforçant progressivement de toucher de plus en plus d'individus ;
- *créer des partenariats plurisectoriels et à niveaux multiples* pour exécuter les programmes et fournir des services dans des contextes très variés ;
- *faire participer la collectivité* à la mise au point des programmes et des interventions, et utiliser la volonté des groupes et des individus disposés à contribuer aux efforts nationaux de prévention du VIH ;
- *accroître l'intégration entre la prévention et les soins* afin de réduire les coûts et faire diminuer les cas de discrimination et d'ostracisme ;
- *agir en vue de créer une résistance de toute la société* à la transmission du VIH et de réduire la vulnérabilité systématique de certains individus, groupes et sections de la société.

(Piot et Aggleton, 1998)

Niveau de la collectivité

A l'issue d'un examen récent des projets et activités à assise communautaire qui ont donné de bons résultats (ONUSIDA, 1999), d'autres principes ont été identifiés qui définissent les facteurs dont il faut tenir compte pour assurer l'efficacité des activités de prévention à assise communautaire, notamment :

- *faire participer activement la collectivité* aux activités d'éducation et d'appui, en mobilisant les organisations, groupes et structures existants ;
- *créer un climat de partenariat* et de confiance, grâce à la communication, à la création de réseaux et à la collaboration ;

- *intégrer les personnes vivant avec le VIH/SIDA* à tous les stades du processus, de manière à renforcer leur visibilité et tirer parti de leurs compétences et expériences ;
- faire en sorte que *la collectivité accepte* le fait que l'infection à VIH et le SIDA posent des problèmes qui concernent tout le monde.

Au-delà même de ces principes, les stratégies à assise communautaire doivent s'assurer que les ressources sont orientées vers le renforcement des capacités afin de garantir leur pérennité.

Niveau du programme/projet

Au niveau du programme/projet, les facteurs suivants détermineront le succès des opérations entreprises :

- fournir, en employant des moyens culturellement appropriés, des *informations* sur la manière dont le VIH peut être ou ne pas être transmis ;
- intégrer des *activités* qui encouragent les gens (à la fois comme individu et comme membre de la collectivité) à évaluer les risques auxquels ils sont confrontés personnellement ;
- fournir une *formation* pour l'acquisition de compétences en matière de communication et (lorsque c'est possible) de capacités pour négocier les rapports sexuels ;
- améliorer l'*accès* aux ressources comme les préservatifs et des services de santé appropriés et abordables, notamment ceux qui permettent de détecter et de traiter très tôt les maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- *faire participer* les groupes cibles à toutes les étapes de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation ;
- *surveiller* le déroulement des programmes/projets à toutes les étapes de l'élaboration et de l'exécution.

Niveau du groupe

Les stratégies de prévention doivent être adaptées aux besoins des groupes cibles.

S'il s'agit de **jeunes**, par exemple, il importe de :

- tenir compte de la *diversité* des jeunes et de leurs besoins ;
- encourager la *participation des jeunes* à la conception et à l'exécution du projet ;
- travailler dans un climat *d'ouverture d'esprit* qui reconnaisse et respecte les réalités auxquelles les jeunes doivent faire face ;
- s'intéresser à la *santé sexuelle des jeunes hommes* ainsi qu'aux questions de santé sexuelle des *jeunes femmes* ;
- examiner les aspects *positifs* de la santé sexuelle ;
- encourager une meilleure connaissance des *droits relatifs à la sexualité et à la reproduction* ;
- donner l'occasion d'aborder les questions concernant *la sexospécificité*, le statut social et la sexualité ;
- entreprendre avec les *jeunes hommes* un travail de réflexion sur leur rôle vis-à-vis de leur santé sexuelle et de celle de leurs partenaires ;
- encourager une meilleure compréhension des *questions structurelles* qui ont un effet sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes, notamment le fait qu'il faudrait améliorer les droits et la protection des jeunes ;

- améliorer l'accès à l'*éducation* de base, ainsi qu'à une éducation sexuelle et en matière de VIH dispensée au moment opportun ;
- organiser l'accès à des *services de dépistage et de conseil volontaires*, ainsi que l'orientation appropriée des personnes ;
- augmenter l'accès à des *services de santé à l'écoute des besoins des jeunes*.

S'il s'agit de **femmes**, il importe de :

- utiliser une *approche polyvalente* pour aborder les besoins économiques et d'autre nature susceptibles de prendre plus d'importance que le VIH/SIDA dans la vie quotidienne des femmes vivant dans des conditions de pauvreté dans les pays en développement ;
- s'intéresser à l'*amélioration de la communication entre les partenaires sexuels* compte tenu du fait que les femmes rencontrent des difficultés à parler des questions sexuelles avec les hommes et à négocier avec eux à ce propos ;
- mieux faire comprendre qu'il importe de *faire participer les hommes* aux travaux portant sur la prévention du VIH chez l'homme, la femme et l'enfant ;
- trouver un moyen de répondre à la nécessité *d'améliorer les services sanitaires* pour les femmes ;
- reconnaître l'importance d'une *méthode de travail qui prenne en compte la sexospécificité* lors de la prévention du VIH, et qui comporte des discussions sur les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes ;
- fournir un *accès à des services de conseil et de dépistage volontaires*, de même que l'orientation vers les services appropriés ;
- reconnaître que les femmes *peuvent se soutenir* les unes les autres grâce à des discussions franches et à la constitution de réseaux.

S'il s'agit de **consommateurs de drogues injectables**, il importe de :

- se concentrer sur la *stratégie du moindre mal* aussi bien que sur la *réadaptation* ;
- *plaider pour* la protection des droits des consommateurs de drogues injectables ;
- adopter une *méthode polyvalente*, notamment l'échange des aiguilles et des seringues et l'administration de médicaments, ainsi que la désintoxication, le traitement substitutif, les soins relatifs au VIH/SIDA et les interventions des réseaux sociaux ;
- fournir des *centres d'accueil*, des services mobiles et de proximité ;
- travailler à l'amélioration de la *santé sexuelle* et des pratiques sexuelles des consommateurs de drogues injectables ;
- entamer les activités de prévention du VIH lorsque la *séroprévalence est encore faible* ;
- instaurer un climat de *confiance* entre les consommateurs de drogues injectables et les professionnels de la santé grâce aux activités de proximité ;
- offrir des facilités d'accès au *matériel d'injection stérile* et aux préservatifs ;
- fournir un *accès à des services de conseil et de dépistage volontaires*, de même que l'orientation vers les services appropriés ;
- renforcer le niveau des *connaissances* en matière d'infection à VIH et de modes de transmission chez les consommateurs de drogues injectables.

S'il s'agit **d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes**, il importe de :

- reconnaître les *sujets de préoccupation plus généraux des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) dans les pays en développement*, notamment le harcèlement, la pauvreté et les responsabilités vis-à-vis des autres membres de la famille ;

- admettre qu'il est essentiel de *sensibiliser le public* aux questions concernant les HSH, afin de lutter contre les préjugés et la discrimination, et de faire respecter les droits de la personne ;
- fournir une *formation aux professionnels* qui travaillent avec les HSH, notamment les professionnels de la santé, les professeurs et les surveillants de prison ;
- *lutter contre l'homophobie*, en particulier celle qui ne s'exprime pas ouvertement ;
- aider les HSH à constituer des *réseaux d'appui* ;
- fournir un *accès à des services de conseil et de dépistage volontaires*, de même que l'orientation vers les services appropriés ;
- reconnaître la *diversité* des HSH dans les pays développés et en développement.

S'il s'agit de **professionnel(le)s du sexe**, il est important de :

- reconnaître que les professionnel(le)s du sexe ont des *préoccupations et des priorités plus générales*, qui comportent des aspects sociaux, juridiques et économiques, ainsi que des responsabilités vis-à-vis de leur famille et leurs enfants ;
- lutter contre les *préjugés* et la réprobation sociale auxquels doivent faire face les professionnel(le)s du sexe ;
- reconnaître l'importance d'aider les professionnel(le)s du sexe à *avoir prise sur leur propre vie* ;
- améliorer et rendre plus accessibles les *services de santé*, plus particulièrement pour le diagnostic et le traitement des MST ;
- rechercher la collaboration et *l'appui des personnes clés* de l'industrie du sexe, notamment des propriétaires de maisons de passe ou de bars, ainsi que des employeurs des clients potentiels des professionnel(le)s du sexe ;
- donner une légitimité au rôle *des professionnel(le)s du sexe en tant qu'éducateurs/trices*, ce qui leur permet de gagner le respect de leurs pairs ;
- reconnaître qu'il est important de fournir aux professionnel(le)s du sexe des incitations financières pour effectuer un *travail éducatif pour leurs pairs* ;
- travailler, lorsque c'est possible, avec des hommes ainsi que des femmes en se *concentrant sur le client*, et dans certains cas, sur les *petits amis*. C'est important en raison des relations de pouvoir qui prévalent à la fois entre hommes et femmes, et entre clients et professionnel(le)s du sexe.

SOURCES DES INFORMATIONS

Bien évidemment, il existe plusieurs moyens d'acquérir des connaissances sur les méthodes de prévention du VIH et leurs résultats. Ils reposent tous en partie sur l'observation et la collecte de données, mais peuvent différer par la rigueur avec laquelle les données et les éléments d'information sont recueillis, et interprétés. Les observations faites relativement au hasard, qui sont à l'origine d'intuitions et de réactions impulsives, diffèrent de par leur nature des méthodes plus systématiques employées dans les études reposant sur des observations et des évaluations effectuées à partir d'objectifs définis. A leur tour, ces dernières peuvent aussi être différentes des stratégies souvent utilisées dans les évaluations comparatives des expériences conduites de manière plus officielle.

Il faut absolument se souvenir des points forts et des limites des différentes méthodes (et des différentes sortes d'informations) lorsqu'on aura à donner une opinion sur ce qui produit des résultats positifs, et ce qui pourrait s'avérer une stratégie prometteuse pour la prévention du VIH. Aucune stratégie ne peut, à elle seule, apporter de réponse à toutes les questions que nous pouvons nous poser sur ce qu'il convient de faire et sur ce qui produit des résultats. Prises toutes ensemble, les diverses sortes d'informations, et les diverses méthodes, peuvent nous aider à identifier les stratégies les plus utiles à adopter dans certaines circonstances définies et à l'encontre de certains groupes particuliers.

On trouvera dans les pages qui suivent des études de cas typiques des interventions menées pour la prévention du VIH/SIDA dans les groupes très vulnérables mentionnés ci-dessus, et la description des interventions de prévention du VIH encourageantes car susceptibles d'apporter une réponse à leurs besoins spécifiques.

QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES JEUNES ?

Environ la moitié de tous ceux qui contractent le VIH sont contaminés avant l'âge de 25 ans. Il est par conséquent essentiel de trouver les moyens d'aider les jeunes à protéger leur santé sexuelle. Toutefois, une grande incertitude règne quant à la stratégie à adopter en matière de prévention du VIH et du SIDA chez les jeunes. On continue toujours à se demander si, par exemple, «trop» insister sur l'éducation sexuelle n'encourage pas les jeunes à avoir une vie sexuelle trop précoce. C'est pourquoi nombre de programmes d'éducation sexuelle insistent uniquement sur l'abstinence. Plusieurs études ont montré toutefois que des programmes d'éducation sexuelle bien conçus, associant des messages portant à la fois sur les rapports sexuels protégés et sur l'abstinence, sont susceptibles de retarder le début des rapports sexuels, ainsi que d'accroître les comportements préventifs chez les jeunes déjà sexuellement actifs (Grunseit, 1997). Lorsqu'ils peuvent avoir accès aux connaissances, aux compétences et aux moyens appropriés, les jeunes font preuve d'une remarquable propension à adopter un comportement à moindre risque.

Les expériences des jeunes varient selon le contexte social et culturel, le sexe, le statut socio-économique et la sexualité. Pour être couronnés de succès, les programmes de prévention du VIH doivent abandonner les images stéréotypées de la jeunesse, tenir pleinement compte de sa diversité et admettre qu'elle a besoin d'une information exacte. Toutefois, il est important de savoir que les jeunes, en particulier les filles des pays en développement, ne sont pas toujours libres de choisir quel sera leur comportement sexuel. Ils sont par exemple susceptibles d'être contraints d'accepter, parfois par la force, des relations sexuelles, et peuvent être obligés de se prostituer ou de subir des rapports sexuels pour pouvoir survivre économiquement, ou encore obtenir la protection des adultes. Dans les pays en développement, les jeunes ont souvent besoin de manière immédiate d'être logés, nourris et vêtus, ce qui est beaucoup plus essentiel que la menace d'une maladie qui ne pourrait, éventuellement, entraîner leur mort que bien des années plus tard (Swart-Kruger & Richter, 1997).

Il importe que les programmes tiennent compte de ces contraintes, obstacles et enjeux structurels qui sont déterminants pour la survie quotidienne des jeunes. De plus, il faut qu'un dialogue s'établisse avec les décideurs pour faire en sorte que les droits des jeunes soient respectés, et que les actions entreprises par les gouvernements et les institutions internationales apportent une réponse aux besoins spécifiques des jeunes se trouvant dans des situations particulièrement vulnérables. Il importe également de se souvenir que les jeunes, même s'ils peuvent se trouver particulièrement exposés au risque d'infection à VIH, constituent néanmoins une chance d'arrêter l'épidémie, puisque leurs habitudes, notamment sexuelles, ne sont pas encore fortement ancrées dans leurs comportements.

ETUDE DE CAS No 1 - JEUNES

Cadre: Université

Pays: Kenya

Intervention: Education par les pairs

Institution/organisation parrainante: Family Planning Private Sector (ONG)

L'ONG **kenyane** *Family Planning Private Sector* (FPPS) a lancé un projet d'éducation par les pairs dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive en collaboration avec le personnel et les étudiants de neuf institutions d'enseignement supérieur. Les représentants des étudiants et les doyens de toutes les institutions ont été rassemblés afin d'élaborer l'ébauche d'un programme pédagogique. A la suite de cela, les dirigeants des groupes étudiants ont créé des «Clubs de sensibilisation au SIDA» qui sont devenus les principaux organes de coordination des activités. Les éducateurs choisis parmi les pairs ont organisé diverses activités, notamment la distribution de préservatifs et la publication de bulletins d'information. L'évaluation qualitative menée en mars-avril 1997 dans cinq institutions par l'ONG FPPS et par *Family Health International* en collaboration avec un consultant extérieur a révélé qu'environ 19 000 étudiants avaient été contactés par ce programme, et que le projet avait notablement amélioré l'accès des étudiants aux services ainsi qu'à l'information. L'un des aspects les plus novateurs de ce travail a été la manière dont l'équipe responsable du projet a obtenu l'appui de l'administration des collèges. En outre, la réussite de cette initiative tient en grande partie au fait que les jeunes eux-mêmes ont pris part à tous les aspects de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet.

ETUDE DE CAS No 2 - JEUNES

Cadre:	Communauté : jeunes non scolarisés
Pays:	Pérou
Intervention:	Sensibilisation, diffusion de l'information et responsabilisation des jeunes
Institution/organisation parrainante:	Institut d'études démographiques de l'Université Cayetano Heredia

De 1995 à 1997, l'Institut d'études démographiques de l'Université Cayetano Heredia (**Pérou**) a conçu, mis en œuvre et évalué un programme à assise communautaire concernant les jeunes et la santé sexuelle et reproductive dans deux communautés du pays. Le personnel du programme a tout d'abord cherché à mobiliser les ressources communautaires nécessaires à l'amélioration de la qualité et de la diffusion de l'information sur les questions visées. Ensuite, il a cherché à encourager des modèles plus démocratiques pour la promotion de la santé sexuelle dans le respect des droits des jeunes. Il avait aussi pour objectif de responsabiliser les jeunes en précisant et recherchant des solutions à leurs propres problèmes en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR). De plus, le projet visait à motiver les municipalités locales, les secteurs de l'éducation et de la santé, les groupes de jeunes et les organisations à assise communautaire pour qu'ils augmentent les ressources affectées aux services de SSR pour les jeunes.

La phase préparatoire a consisté en une recherche d'information sur les points de vue et les besoins des jeunes des communautés visées. Une enquête a été réalisée sur un échantillon représentatif de 800 jeunes, avec des discussions de groupes et des entretiens avec des membres éminents de la communauté, et une rapide évaluation des services de santé dans la zone en question. Un comité consultatif composé de représentants des organisations gouvernementales, non gouvernementales, communautaires et de jeunesse a été créé. Ensuite, des programmes de formation ont été élaborés et mis en œuvre avec des professionnels de la santé, des professeurs et des jeunes chargés de l'organisation de groupes d'étudiants et de jeunesse. En outre, un répertoire des services de références pour la santé des jeunes a été créé. Le principal aboutissement du programme a été la conception et la réalisation d'une campagne pour l'amélioration de la santé sexuelle des jeunes.

Les évaluations qualitatives et quantitatives ont comporté notamment la collecte des données au moyen des fichiers d'activité, des entretiens individuels et en groupes avec des membres importants de la communauté, des enquêtes et des observations réalisées après les ateliers de SSR afin d'évaluer leur impact éducatif. De plus, des informations ont été recueillies sur le fonctionnement du réseau des services de santé et du système d'orientation. Les jeunes ont donné une évaluation positive des ateliers éducatifs car ils les ont trouvés interactifs, intéressants et orientés principalement sur leurs propres problèmes et perspectives. Les jeunes se sont sincèrement engagés dans la stratégie du programme, comme le démontre l'ampleur de leur participation volontaire en tant qu'organisateur pour leurs pairs. L'ampleur de cette participation et de l'appui démontré pour le projet de la part de personnalités clés provenant des divers réseaux intéressés a augmenté notablement. L'évaluation a conclu que la stratégie du projet pouvait avoir une forte influence sur la SSR des jeunes, et de grandes chances d'être adoptée au sein de la communauté.

ETUDE DE CAS No 3 - JEUNES

Cadre:	Médias
Pays:	République dominicaine
Intervention:	Campagne de communication au moyen de la radio, de la presse et de la télévision
Institution/organisation parrainante:	Programme national de prévention du VIH/SIDA de la République dominicaine en collaboration avec 20 organisations gouvernementales et ONG

Entre 1994 et 1997, une campagne de prévention a été menée à l'intention des jeunes par les médias en collaboration avec le Programme national de prévention du VIH/SIDA de la **République dominicaine** et 20 organisations gouvernementales et non gouvernementales. Avant la campagne des médias, des travaux de recherche approfondis avaient été réalisés, notamment une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques (CACP), afin d'établir le profil des jeunes gens auxquels devait s'adresser cette intervention. Les messages appropriés sur le VIH/SIDA ont été mis au point et diffusés par la radio, la télévision et la presse écrite selon trois phases. La première a été conçue pour accroître la sensibilisation. La deuxième a tenté d'assurer l'homogénéité des messages provenant de diverses sources, et a également produit un manuel pour les enseignants et ceux qui s'occupent des jeunes. Le travail pendant la troisième phase a consisté en une meilleure sensibilisation des jeunes sur la manière de se protéger de l'infection à VIH et à leur donner des informations sur la façon dont ils peuvent avoir accès aux services et aux activités de soutien.

Une évaluation réalisée en 1996, comportant des discussions de groupes avec les jeunes, a révélé que les messages ont été considérés comme bien ciblés, créatifs et imaginatifs. Les jeunes ont signalé que ces messages avaient encouragé les échanges et les avaient aidés à réfléchir à leur comportement. Toutefois, les jeunes ont aussi déclaré qu'il fallait faire encore plus pour encourager une meilleure communication entre les parents et les enfants. L'ensemble de la méthode a été appliquée maintenant à nouveau au Guatemala, et d'autres pays de la région examinent en ce moment comment adapter cette méthode pour pouvoir l'utiliser eux-mêmes.

ETUDE DE CAS No 4 - JEUNES

Cadre: Communauté : jeunes victimes d'exploitation sexuelle

Pays: Népal

Intervention: Camps ou abris

Institution/organisation parrainante: Projet «Maiti»

Au **Népal**, le projet «Maiti» a visé des jeunes qui sont victimes d'exploitation et de violences sexuelles, notamment des jeunes femmes qui courent le risque d'être vendues en Inde pour être prostituées. Ce projet a entrepris diverses activités, centrées sur l'établissement de camps dans les zones à haut risque. Chaque camp fonctionne comme un abri pour une trentaine de jeunes filles qui ont été arrachées aux trafiquants, ou qui courent le risque d'être vendues. Ces camps offrent des possibilités d'éducation et de formation professionnelle, ainsi que des services de conseil et d'appui. Ce projet se déroule en étroite collaboration avec les collègues, les groupes de pression locaux, les chefs de villages, le personnel médical, les avocats et la police. L'évaluation suggère que le projet «Maiti» empêche que chaque année environ 180 jeunes filles soient vendues à des maisons de passe en Inde. En outre, 105 personnes ont été emprisonnées à la suite des efforts déployés par le projet pour dénoncer les trafiquants d'enfants. Pendant la seule année 1997, 60 jeunes filles ont été rapatriées d'Inde et 75% d'entre elles ont pu ensuite retrouver leur famille. Ce projet est tout à fait remarquable par la méthode intégrée utilisée pour répondre aux besoins de ces jeunes, et par la manière dont il prend en compte les circonstances sociales et économiques complexes des jeunes en situation de vulnérabilité.

ETUDE DE CAS No 5 - JEUNES

Cadre: Communauté

Pays: Haïti

Intervention: Services de santé et formation des jeunes, des familles et des enseignants

Institution/organisation parrainante: Fondation pour la Santé reproductive et l'Education familiale (FOSREF)

En **Haïti**, la Fondation pour la Santé reproductive et l'Education familiale (FOSREF) s'est efforcée de fournir directement des services de santé reproductive à l'intention des jeunes. Deux centres médicaux importants spécifiquement conçus pour les jeunes ont été créés. Le projet a aussi fourni un appui technique au personnel responsable d'autres sites cliniques afin de lui permettre de mieux répondre aux besoins des jeunes. En même temps, certaines activités du projet ont porté sur la formation des enseignants et des parents afin d'élargir le réseau d'appui auquel les jeunes peuvent faire appel. Le personnel du projet a aussi fait pression pour obtenir l'appui du pays en vue de la création de services de santé reproductive capables de répondre correctement aux besoins des jeunes. La participation des jeunes a été encouragée à toutes les étapes de l'élaboration, de la gestion et de la mise en œuvre du projet. De plus, un important programme d'éducation par les pairs a été créé avec des jeunes qui ont adopté les rôles de formateurs et de «promoteurs» de la santé.

En 1997, le personnel de la FOSREF a effectué une évaluation avec l'aide d'un consultant extérieur. A ce moment-là, plus de 125 000 jeunes avaient participé au projet. Plus de 4 000 avaient reçu une formation concernant la vie de famille et la santé reproductive, dont 300 se sont spécialisés dans la prévention des MST et du VIH. Deux cents écoles situées dans la zone géographique du projet ont été régulièrement visitées par des éducateurs pour les pairs. La formation de ces éducateurs a été menée à bien par 18 animateurs de jeunes spécialisés et leurs assistants. Plus de 15 000 jeunes se sont régulièrement rendus dans ces centres médicaux pour la jeunesse où ils ont pu recevoir toute une gamme de services comprenant notamment des conseils pour la contraception, la prévention des MST et du SIDA, des conseils spécialisés sur le VIH/SIDA, les soins prénatals et les services d'appui. Outre cette évaluation officielle, deux études ont été menées par les jeunes eux-mêmes pour apprécier si les services étaient utiles et acceptables du point de vue du groupe cible.

ETUDE DE CAS No 6 - JEUNES

Cadre: Ménages de la communauté

Pays: Egypte

Intervention: Assistance téléphonique

Institution/organisation parrainante: Ministère de la santé et bailleurs de fonds privés

Un service d'assistance téléphonique et de conseil pour le SIDA a pris la suite d'un service de conseils téléphoniques créé à titre d'essai au début des années 1990 en **Egypte**. Il s'agissait d'une tentative pour fournir à la population un moyen de discuter des questions liées au sexe et à la sexualité dans un contexte où les tabous culturels interdisent leur discussion en public. Bien que la publicité faite à ce sujet ait été réduite, les gens se sont mis à appeler, et il a été possible de voir que ce service était vraiment nécessaire. En septembre 1996, après avoir obtenu du personnel et des locaux du Ministère de la santé, et un financement de la Fondation Ford, la ligne d'assistance téléphonique a été ouverte. Des conseillers ont été nommés par le Ministère et ont suivi une période intensive de formation pendant quatre semaines. Les objectifs du projet sont de fournir au public, et notamment aux jeunes, une information exacte sur le VIH/SIDA, ainsi que des services de conseil au sujet du VIH/SIDA respectant l'anonymat.

Une équipe de conseillers qualifiés répond aux appels, et il est possible de choisir de parler à une femme ou à un homme. La ligne d'assistance téléphonique est inscrite sur les tableaux d'affichage, dans les trains, les métros et les autobus, ainsi que dans les journaux de langue arabe. Les appels font l'objet d'une supervision pour garantir la qualité des informations et des services fournis. L'évaluation a pris la forme d'une surveillance des services et de la collecte de données démographiques de base sur les personnes qui utilisent le service. Il est possible de déterminer, en posant des questions, le niveau d'études de chaque personne, comment elle a eu connaissance de la ligne d'assistance téléphonique, si elle est mariée ou non et la provenance de l'appel. Le nombre des appels est suivi et des statistiques sont enregistrées tous les jours sur le nombre d'appelants, la répartition des sexes et le genre de questions posées. Entre septembre 1996 et mai 1998, 18 628 appels ont été reçus, soit une moyenne d'environ 1 000 par mois. Plus de la moitié des appels provenaient de personnes âgées de 13 à 25 ans, et 70% n'étaient pas mariées. La plupart des appelants avaient un niveau d'études secondaire ou universitaire, et moins de 20% étaient des femmes. Bien que ce projet ait à l'origine visé la grande agglomération du Caire, des appels proviennent aussi des régions rurales, et d'autres pays où sont lus les journaux arabophones.

Le nombre d'appels pour cette ligne a dépassé toutes les espérances. L'anonymat de la ligne semble avoir créé un lien vital vers des services d'information et de conseil qui ne seraient pas disponibles autrement. Grâce à cette assistance téléphonique, les gens peuvent parler de questions comme la sexualité, l'utilisation du préservatif, les rapports sexuels avant le mariage et l'homosexualité, qui sont rarement abordés en public. Au moment où se déroulait ce projet, c'était la seule ligne d'assistance téléphonique sur le VIH/SIDA organisée par un service gouvernemental au Moyen-Orient.

ETUDE DE CAS No 7 - JEUNES

Cadre: Ecoles

Pays: Viet Nam

Intervention: Prévention du VIH/SIDA et des MST au moyen de l'acquisition de compétences

Institution/organisation parrainante: UNICEF et Ministère de l'éducation et de la formation du Viet Nam (MOET)

Au **Viet Nam**, un projet de prévention concernant le VIH/SIDA et les MST reposant sur l'acquisition de compétences a été entamé dans le cadre du projet de prévention du VIH/SIDA lancé en 1997 par le Ministère de l'éducation et de la formation du Viet Nam avec l'aide de l'UNICEF. Le principal objectif de ce projet était d'inciter les écoles à donner aux jeunes les informations et les compétences nécessaires pour encourager un comportement sain et pour apprendre à éviter les situations risquées, notamment pour ce qui est du VIH/SIDA. Le projet s'est concentré principalement sur les connaissances, les attitudes, les valeurs et les comportements des jeunes. On anticipait également que ce projet aurait accessoirement un impact semblable sur le personnel enseignant.

Le projet a formé des professeurs pour qu'ils enseignent comment acquérir des compétences en matière de santé en vue de prévenir le VIH/SIDA et les MST, et les a aidés à utiliser une nouvelle approche du sujet en classe. Des cours sur l'acquisition des compétences requises s'agissant du VIH, du SIDA et des MST ont été élaborés pour les niveaux de 1 à 12 et intégrés dans le programme d'études existant. Les manuels des nouveaux enseignants et les devoirs des écoliers ont été mis au point par ceux qui étaient qualifiés. Au cours de la première année de réalisation, un total de 300 enseignants et 15 000 écoliers ont étudié les compétences psychosociales et la prévention du VIH/SIDA. En outre, 5 000 jeunes ont étudié ces compétences psychosociales et d'autres matières avec 140 formateurs de la Croix-Rouge vietnamienne financés par l'UNICEF.

ETUDE DE CAS No 8 - JEUNES

Cadre: Ecoles

Pays: Ouganda

Intervention: Education pour la santé à l'école

Institution/organisation parrainante: Commission ougandaise du SIDA
Fondation africaine pour la médecine et la recherche
Administration du district de Soroti

Dans le district de Soroti (**Ouganda**), un programme d'éducation pour la santé scolaire dans les écoles primaires en vue de la prévention du SIDA a insisté sur l'amélioration de l'accès à l'information et aux autres ressources nécessaires aux décisions concernant un comportement sexuel sain ; sur l'amélioration des interactions entre pairs pour ce qui concerne l'information et la prise de décision dans les questions relatives au VIH/SIDA, à la sexualité et à la santé, et sur l'amélioration des résultats du système d'éducation pour la santé à l'école. Un échantillon transversal d'écoliers, âgés en moyenne de 14 ans, accomplissant leur dernière année d'école primaire, a été examiné avant et après deux ans d'interventions. Le pourcentage d'écoliers déclarant être sexuellement actifs a baissé de 42,9% (123 sur 287) à 11,1% (31 sur 280) dans le groupe d'intervention, alors qu'aucun changement notable n'était observé dans le groupe témoin. Les changements sont restés significatifs lorsqu'on a procédé à des distinctions entre sexes, ou entre les régions rurales et urbaines. Les écoliers du groupe d'intervention avaient tendance à parler à leurs pairs ou aux enseignants plus souvent de questions sexuelles. Pendant toute la période de l'étude, ces écoliers avaient davantage tendance à donner comme raisons pour s'abstenir de rapports sexuels celles qui découlaient d'un modèle rationnel de prise de décision, plutôt que d'un modèle faisant intervenir l'idée de punition. Un programme d'éducation sanitaire à l'école primaire qui souligne les méthodes d'interaction sociale peut réussir à augmenter l'abstinence sexuelle chez les adolescents d'âge scolaire en Ouganda. Ce programme n'exige pas d'importantes ressources financières et peut être mis en œuvre avec le personnel existant dans la plupart des districts de la région.

QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES FEMMES ET CHEZ LES HOMMES ?

On estime qu'environ 55% des adultes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes, l'écart entre les sexes étant le plus fort autour de l'âge de 25 ans (MAP, 2000). Non seulement il a été démontré que la physiologie des femmes les rendait plus sensibles à l'infection à VIH (*International Center for Research on Women*, 1999), mais on a constaté qu'elles avaient aussi une vulnérabilité sociale plus prononcée (Goodridge & Lamptey, 1999). Les femmes ont également moins facilement accès à l'éducation et aux ressources économiques. Elles détiennent un pouvoir inférieur à celui des hommes dans les relations sociales et sexuelles (Mane, Gupta & Weiss, 1994). Comme les stéréotypes et les différences entre les rôles dévolus à chaque sexe sont fortement enracinés, les femmes n'ont souvent guère la voix au chapitre lorsqu'il s'agit de décider quand et comment les rapports sexuels doivent avoir lieu, et si un préservatif est utilisé (Davies, Dominy & Peters *et al*, 1996). Qui plus est, les femmes risquent plus souvent que les hommes d'être violées ou contraintes à avoir des rapports sexuels, et sont parfois forcées de vendre leurs charmes ou de subir des rapports sexuels en échange de leur survie économique. En plus de l'augmentation du risque de contracter une infection à VIH, c'est sur les femmes aussi que repose la plus grande partie du fardeau social de l'épidémie (Goodridge & Lamptey, 1999) lorsqu'il s'agit de soigner les membres de la famille atteints du SIDA (Crawford, Lawless & Kippax, 1997). Les femmes atteintes d'une infection à VIH sont aussi l'objet de réprobation et de stigmatisation sociales plus souvent que les hommes se trouvant dans la même situation.

Les auteurs Gallois, Statham & Smith (1992) estiment que les femmes ne constituent pas à proprement parler un «groupe à risque» pour l'infection à VIH, car habituellement elles ne se contaminent pas entre elles, mais sont elles-mêmes contaminées lors de rapports sexuels avec les hommes. Les travaux de recherche entrepris dans plusieurs contextes différents montrent que les attitudes des femmes vis-à-vis de la sexualité et du comportement sexuel varient considérablement de celles des hommes. Les femmes font état d'une préférence pour les relations sexuelles fondées sur la fidélité mutuelle, les possibilités d'intimité et de communication franche (Long & Ankras, 1996). Elles ont moins de partenaires sexuels que les hommes, et les femmes qui déclarent n'avoir qu'un partenaire pour toute la durée de leur vie sont beaucoup plus nombreuses que les hommes (Giffin, 1998). Lors que les femmes expriment le désir d'avoir des rapports protégés, les hommes s'y opposent souvent. Il n'est peut-être pas surprenant par conséquent que le principal risque de VIH pour les femmes provienne de leur partenaire sexuel régulier ou de leur mari (Goodridge & Lamptey, 1999). Les idéologies machistes dominantes préconisent d'autre part la démonstration des prouesses sexuelles, et encouragent les hommes à avoir de multiples partenaires (Rivers & Aggleton, 1999).

Nombre de programmes de prévention du VIH existants ne parviennent pas à prendre suffisamment en compte la vulnérabilité sociale des femmes, ni le déséquilibre des relations de pouvoir qui empêche souvent les femmes d'avoir une influence sur les décisions prises au cours des relations sexuelles. Les éléments essentiels de beaucoup de programmes – diminution du nombre des partenaires, usage du préservatif et traitement des MST – ne correspondent pas nécessairement à ce qui conviendrait aux femmes, qui n'ont pas de multiples partenaires, n'ont pas toujours la possibilité de choisir d'utiliser un préservatif et dont les MST peuvent être asymptomatiques (Goodridge & Lamptey, 1999). D'ailleurs, établir une communication verbale franche et honnête constitue l'un des aspects les plus délicats des relations hétérosexuelles (Rivers *et al*, 1998).

Il est désormais de plus en plus souvent admis que les idéologies les plus répandues sur la masculinité et la féminité facilitent la transmission du VIH. On s'accorde aussi pour reconnaître que le fait d'encourager une conception plus égalitaire des rôles respectifs des hommes et des femmes constitue le fondement de la prévention de l'infection. Il est par conséquent indispensable non seulement de trouver un moyen de changer les stéréotypes concernant le rôle respectif de l'homme et de la femme, mais aussi de remédier à certaines inégalités structurelles entre hommes et femmes, s'agissant notamment de la répartition inégale des ressources économiques et de l'accès différencié à l'éducation et aux prestations de soins de santé. Toutefois, cette responsabilisation des femmes ne pourra pas se faire par les femmes elles-mêmes ; elle devra, pour être réalisée harmonieusement, se faire avec l'appui des hommes (Gupta, Weiss & Mane, 1996).

POPULATION GENERALE - ETUDE DE CAS No 1

Cadre: Communauté : marchandes ambulantes

Pays: Namibie

Intervention: Education pour la prévention

Institution/organisation parrainante: *Okatumbatumba Hawkers Association* (organisation à assise communautaire)

L'association intitulée *Okatumbatumba Hawkers Association* a été créée en 1989 en **Namibie** pour apporter une aide aux marchands ambulants. A l'origine, des cours d'alphabétisation et d'anglais ont été organisés en même temps que la formation dispensée pour accroître l'efficacité des négociations avec les établissements commerciaux, car c'est ce qui avait été demandé par les membres de l'association. Plus récemment, le travail effectué porte aussi sur la question du VIH/SIDA, les marchands ambulants ayant eux-mêmes exprimé leur préoccupation à ce sujet. En octobre 1994, un programme de formation a été élaboré et un groupe de 16 marchandes ambulantes ont reçu une formation sur les questions fondamentales de prévention du VIH. L'objectif général du programme était de faire mieux comprendre ce qu'est le VIH/SIDA et de répandre l'usage du préservatif dans la communauté de Windhoek et des régions voisines. Une technique visuelle interactive racontant une histoire a été le principal outil utilisé et a permis aux personnes de participer au programme indépendamment de leur niveau d'études.

Les activités de prévention ont été entreprises dans les *cuca* (débits officiels de boissons non alcoolisées), les marchés, les églises, les commerces locaux et les institutions gouvernementales. Des préservatifs et des brochures d'information ont été distribués à partir de ces lieux, et les propriétaires sont devenues des agentes non officielles d'information et de soutien au sein de leur communauté. Les marchandes formées de Windhoek se sont ensuite rendues dans d'autres régions où elles ont formé des collègues pour que l'éducation en matière de prévention du VIH à l'échelon local soit faite dans les langues locales. Un programme de formation des formateurs a ensuite été lancé dans 7 régions administratives sur les 13 que compte la Namibie. Ce programme a permis à l'Association des marchands ambulants de répondre aux préoccupations des marchands se trouvant dans d'autres régions et d'élargir son programme de formation commerciale, d'achats en vrac et de crédit mutuel et d'épargne de manière à faire face aux demandes des marchands contactés grâce à la campagne de sensibilisation au SIDA.

On estime que 11 000 personnes ont participé aux séances d'éducation. Des visites de suivi ont démontré qu'il existait une demande énorme de la part des communautés locales pour une éducation complémentaire. De plus, les responsables religieux ont réagi très positivement à cette initiative et déclaré qu'ils souhaitaient accroître leur rôle de manière à apporter un soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Une évaluation a mis en évidence une amélioration des connaissances s'agissant du VIH et une prise de conscience plus forte de la nécessité de changer les comportements sexuels. Les groupes rencontrés pendant l'évaluation ont décrit comment ils avaient communiqué l'information qu'ils avaient reçue à leurs enfants et à leur famille. L'efficacité de l'interaction face-à-face a été mentionnée à de nombreuses reprises. Une évaluation extérieure ultérieure du travail a été réalisée par la direction régionale du Ministère de la santé, au moyen d'observations sur l'intervention effectuées sur le terrain. Les participants ont fait état d'un niveau d'efficacité très élevé pour ce qui est de la communication des faits exacts, de la crédibilité et de l'acceptation par les membres de la communauté.

L'innovation la plus importante du projet a été de s'appuyer sur les contacts sociaux et interactifs étendus que les marchandes ont chaque jour avec leurs clients. La réussite du projet en tant qu'initiative à assise communautaire est remarquable, et elle illustre très clairement le fait que des programmes simplement conçus peuvent réussir lorsque les stratégies appropriées font usage de filières acceptables et reconnues.

POPULATION GENERALE - ETUDE DE CAS No 2

Cadre:	Associations de planification familiale
Pays:	Jamaïque, Honduras, Brésil
Intervention:	Intégration de l'éducation pour la prévention et de la prestation des services de santé
Institution/organisation parrainante:	Fédération internationale pour la Planification familiale – Région de l'hémisphère occidental (FIPF/RHO)

En 1992, la Fédération internationale pour la Planification familiale/Région de l'hémisphère occidental (FIPF/RHO) a élaboré un projet pilote pour intégrer la prévention du VIH/SIDA dans les programmes et services des associations de planification familiale (APF) de la **Jamaïque**, du **Honduras** et du **Brésil**. Il en est résulté un déplacement de l'accent mis sur la prestation de services de contraception vers une méthode plus holistique qui encourage la santé sexuelle autant que la santé reproductive. Toutefois, le but du programme n'était pas simplement d'«ajouter» le VIH/SIDA en tant qu'élément supplémentaire, mais plutôt d'améliorer la qualité de l'ensemble des services en modifiant la manière dont ils sont fournis, et en réalisant ces changements par des interactions entre les clients et les prestataires des services.

Tout d'abord, des entretiens ont eu lieu avec les membres du personnel et les clients, et des observations ont été ensuite présentées aux séances de conseil. Ainsi, le personnel a-t-il été informé des éléments fondamentaux concernant le VIH/SIDA et la santé sexuelle, et il a reçu une formation pour développer ses compétences en matière de conseil, de communication, sur les questions relatives à la sexospécificité et le pouvoir, ainsi que celles qui sont nécessaires pour former les clients à des attitudes de négociation plus efficaces avec leurs partenaires sexuels. Une formation spécifique visant certains professionnels a été également fournie – par exemple, la gestion des MST pour les médecins, et l'acquisition des compétences nécessaires pour le personnel chargé de l'animation des groupes. Chaque association de planification familiale a ensuite adopté des mesures et des pratiques visant à conforter les changements nécessaires dans la prestation des services.

L'évaluation a montré que le travail effectué avec les clients ne consistait plus à les aider pour ce qui concerne la contraception, mais s'étendait désormais aux entretiens plus détaillés sur les comportements à risque, les relations sexuelles, et à la répartition du pouvoir au sein des relations. Les prestataires de services ont modifié la manière dont ils abordaient les méthodes de planification familiale et examinaient désormais ces questions dans le contexte du VIH/SIDA. Alors qu'avant l'intervention, le personnel des trois associations de planification familiale avait manifesté une résistance vis-à-vis des préservatifs, il a pu ensuite non seulement parler du rôle de ces préservatifs dans la prévention de la maladie, mais a été en mesure de mettre au point des moyens novateurs pour insister sur le fait que ces préservatifs étaient susceptibles d'accroître le plaisir sexuel, et s'est employé à détruire les préjugés associés à leur usage.

De plus, alors qu'auparavant l'attention était concentrée sur les mécanismes biologiques de la prévention de la grossesse, le personnel pouvait alors examiner toute une gamme de questions sexuelles considérées précédemment comme des sujets tabous. En réponse à cette nouvelle approche, les clients se sont mis à discuter avec le personnel des APF de sujets auparavant très délicats, comme l'homosexualité, les rapports anaux et bucco-génitaux, les relations sexuelles en dehors du mariage, l'impuissance, l'éjaculation précoce, les violences sexuelles et domestiques.

POPULATION GENERALE - ETUDE DE CAS No 3

Cadre: Communauté

Pays: Zambie

Intervention: Services de conseil et d'appui

Institution/organisation parrainante: *Society for Women and AIDS in Zambia* (ONG)

Créée en 1989 en **Zambie**, la *Society for Women and AIDS in Zambia* (SWAAZ) (Association pour les femmes zambiennes face au SIDA) représente une tentative pour répondre aux problèmes multiples d'une société où l'on enregistre des taux élevés de prévalence et d'incidence du VIH/SIDA. Le but général de cette initiative a été de renforcer les capacités des femmes, des familles et des communautés pour faire face au VIH/SIDA en Zambie. A Lusaka, la SWAAZ est célèbre pour avoir créé au sein des communautés de personnes percevant de faibles revenus quatre foyers d'appui familial qui fournissent une large gamme de services à l'intention des femmes, des jeunes, des orphelins, des veuves et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les activités varient selon le foyer, mais comprennent des programmes préscolaires et d'alimentation pour les orphelins, des clubs pour les femmes et les jeunes, de petits projets générateurs de revenus, comme la boulangerie, le tricot, la couture, le jardinage et la menuiserie, ainsi que des programmes de prévention du VIH à assise communautaire.

Une évaluation a été effectuée vers la fin de 1997 pour voir quel avait été l'impact de ces activités à Lusaka. L'équipe chargée de cette évaluation s'est rendue dans quatre foyers d'appui familial dans les townships de Bauleni, Chawama, Mtendere et Mandevu. A Bauleni, les services préscolaires et le programme d'alimentation des orphelins ont eu un impact très positif, puisque ces services s'adressaient à des enfants qui n'auraient pas pu en bénéficier autrement. D'autres activités, notamment les projets générateurs de revenus, n'ont pas encore démarré. A Chawama, les services préscolaires ont donné la possibilité à des orphelins de recevoir une éducation préscolaire. Une équipe de prévention communautaire a utilisé les services de conseil comme méthode de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA dans la communauté environnante. Toutefois, l'analyse a montré que le Foyer d'appui familial de Chawama ne pouvait pas survivre économiquement, car il dépendait totalement de financements extérieurs. A Mtendere, le projet préscolaire a été un franc succès et capable de subvenir à ses propres besoins. De plus, un club de théâtre de jeunes a réussi non seulement à faire un travail de prévention du VIH, mais aussi à lancer une campagne contre la pauvreté et à mieux faire comprendre les questions relatives à la santé mentale. Ce club est financièrement autonome et contribue au financement d'autres activités réalisées dans les foyers d'appui. A Mandevu, le projet préscolaire a été l'activité la plus réussie et la plus viable du point de vue économique.

L'Association SWAAZ est respectée pour la nature polyvalente et originale de ses interventions, qui portent sur tout un ensemble de besoins économiques et sociaux ressentis dans les communautés touchées par le VIH/SIDA. En des temps difficiles, la SWAAZ n'aurait pas été en mesure de continuer son œuvre sans la collaboration étroite avec d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales.

POPULATION GENERALE - ETUDE DE CAS No 4

Cadre:	Diverses organisations
Pays:	Ouganda
Intervention:	Education et formation participatives
Institution/organisation parrainante:	ActionAID

Le projet intitulé «*Stepping Stones*» (Etapas) a été conçu pour encourager l'éducation et la formation participatives dans le monde entier. Les matériels ont été conçus à l'origine pour être utilisés en Afrique subsaharienne, mais ont depuis été adaptés et utilisés dans de nombreuses autres parties du monde. Tout en portant principalement sur les besoins et la vulnérabilité particulière des femmes, les ateliers de ce projet reposent aussi sur la participation des hommes. Le but est d'aider les femmes et les hommes à explorer leurs besoins, à analyser leurs problèmes de santé sexuelle, ainsi qu'à envisager et à pratiquer différents types de comportements dans leurs relations. L'approche est hautement participative, ayant recours à des méthodes n'exigeant pas de savoir lire et écrire. Les séances d'atelier sont décrites en détail dans un manuel, de même que les recommandations pour la formation. Les séances guident les participants en vue de créer un climat de confiance dans le groupe, d'explorer les questions relatives au VIH et à la sexualité à moindre risque, d'analyser les types de comportements, d'améliorer les techniques de communication, et de trouver les moyens qui permettent de changer. On utilise pour cela les jeux de rôle, le théâtre et le dessin, ainsi que d'autres méthodes interactives.

En 1997, le projet a achevé une enquête sur les personnes qui avaient reçu une formation, avec des résultats positifs. En 1998, un examen plus approfondi a été effectué avec quatre organisations et deux communautés en **Ouganda** où l'approche des «*Stepping Stones*» avait été appliquée. La conception des instruments d'évaluation pour cet exercice a été confiée à une équipe composée de représentants d'ONG internationales et locales, de services de santé et d'éducation, et des membres des villages de Kabanga et Nibirumba, où s'était déroulé le programme. Des réunions participatives, faisant usage de techniques d'évaluation rapide, ont eu lieu avec les représentants des communautés qui avaient reçu une formation à cette méthodologie ainsi qu'avec ceux qui n'en avaient reçu aucune.

Les méthodes d'apprentissage participatif recommandées par le projet ont été fortement appréciées, tout comme l'excellente qualité de l'animation et la pertinence du contenu des séances. Dans le groupe ayant bénéficié de cette approche, l'utilisation des préservatifs était plus fréquente, les partenaires sexuels moins nombreux, les relations avec les partenaires, les enfants et les amis meilleures, et les rapports sexuels non désirés refusés plus facilement. De plus, le projet a eu des répercussions positives sur d'autres aspects de la vie des participants, et aurait selon eux réduit la fréquence de l'alcoolisme, encouragé le partage de l'argent au sein du foyer ainsi que des attitudes plus positives face aux soins à donner aux malades. Les résultats de cet examen ont été utilisés pour adapter le projet «*Stepping Stones*» et ont été partagés dans le monde avec ceux qui s'intéressent aux modèles participatifs du suivi et de l'évaluation.

L'impact positif ressenti après l'utilisation effective de cette approche va bien au-delà de la diminution de la vulnérabilité à l'infection à VIH et de l'amélioration de certains autres aspects de la vie des femmes. Le programme remet en cause l'idée que les relations entre les sexes au sein du foyer n'ont pas de rapport avec les questions plus vastes du développement, et met bien en évidence les répercussions des problèmes personnels sur la qualité de vie de chacun.

QU'EST CE QUI REUSSIT CHEZ LES CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES ?

On estime qu'environ 6 à 10 millions de personnes dans le monde consomment des drogues injectables. Des taux élevés d'infection à VIH chez ces personnes ont été observés dans des pays aussi différents que le Brésil, la Thaïlande, l'Inde et le Myanmar (Abdul-Quader *et al*, 1999). Dans de nombreuses parties du monde en développement, consommer des drogues injectables est devenu le comportement à risque le plus couramment associé à l'infection à VIH (Abdul-Quader *et al*, 1999), laquelle peut se propager ainsi très rapidement. Par exemple, entre 1985 et 1987, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables (CDI) à Bangkok était de 1%. Toutefois, à la fin de 1988, elle avait atteint le taux d'environ 40% (Stimson, 1994).

Les consommateurs de drogues injectables risquent de contracter une infection à VIH principalement de deux manières : tout d'abord, parce qu'ils utilisent les mêmes seringues et autre matériel d'injection ; ensuite, comme toute autre personne sexuellement active, parce qu'ils ont des rapports sexuels non protégés avec des partenaires séropositifs. Lors de l'élaboration des programmes sur le VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables, il faut contester la validité d'un certain nombre d'idées, notamment et non des moindres, celle des préjugés bien ancrés vis-à-vis des toxicomanes. De même, dans de nombreux pays, l'utilisation de drogues est sanctionnée et réprouvée par la société, voire illégale (Stimson, 1995). Il n'est donc pas surprenant que la consommation de drogues en général, et celle de drogues injectables en particulier, soit un comportement souvent occulté. Les consommateurs de drogues injectables sont souvent marginalisés, et de ce fait ils peuvent rencontrer des difficultés pour avoir accès aux services et aux ressources susceptibles de les aider à protéger leur santé. Certaines restrictions légales peuvent constituer des obstacles à la prévention du VIH, parce qu'elles interdisent, par exemple, la fourniture libre de matériel d'injection stérile (Abdul-Quader *et al*, 1999).

Les données recueillies en Europe, en Amérique du Nord et en Australie suggèrent que les consommateurs de drogues injectables peuvent modifier considérablement leur comportement de manière à réduire le risque d'infection à VIH (Stimson, 1995). Les faits sont là pour prouver que, dans les pays développés, la participation aux programmes de prévention conduit aussi à une diminution du comportement à risque chez le consommateur de drogues injectables. Toutefois, dans les pays en développement, les possibilités d'accès pour les consommateurs de drogues injectables à l'information, à l'éducation et aux services appropriés existants varient considérablement (Abdul-Quader *et al*, 1999).

CDI – Etude de cas No 1

Cadre: Emplacement des services de santé et d'éducation existants

Pays: Inde

Intervention: Conseil et distribution de préservatifs et d'eau de Javel

Institution/organisation parrainante: SAHAI Trust (ONG)

Les services de proximité pour les consommateurs de drogues injectables ont été créés en 1993 à Vepery et Royapuram (**Inde**) par le Trust SAHAI, organisation non gouvernementale participant à la prévention et au traitement de la toxicomanie. Une évaluation approfondie a été menée en 1994 sur le comportement à risque vis-à-vis du VIH des consommateurs de drogues et a décelé une augmentation du nombre de ceux qui se droguaient par injection d'opiacés ainsi que d'opioïdes de synthèse comme la buprénorphine. Les travaux de recherche semblent indiquer que l'utilisation commune des seringues et des aiguilles, comme de tout autre matériel d'injection, était très répandue, ainsi que les pratiques sexuelles à haut risque. Les résultats de cette évaluation ont fourni les éléments de base nécessaires à l'élaboration du projet extra-institutionnel. Une équipe composée d'anciens consommateurs de drogues et de travailleurs sociaux professionnels a été chargée de fournir une information, des services de conseil et d'appui, ainsi que de distribuer des préservatifs et de l'eau de Javel aux consommateurs de drogues injectables qui n'avaient pas accès aux services existants ni aux établissements traditionnels d'éducation en matière de santé.

L'évaluation a consisté en une collecte de données de référence concernant 125 consommateurs de drogues injectables, et un contrôle portant sur 161 toxicomanes 18 mois après le début de l'intervention de proximité. Ces résultats ont été comparés avec un groupe témoin de 87 toxicomanes provenant de zones sans services de proximité. La comparaison au moment du contrôle a montré que les participants des zones ayant bénéficié des services de proximité avaient adopté des comportements plus protecteurs et visant à diminuer les risques. Près de 47% des participants ont signalé qu'ils utilisaient moins les mêmes aiguilles et seringues, alors que ce pourcentage s'élevait à seulement 35,5% dans les zones témoins. Dans les zones de services de proximité, près de 30% des toxicomanes nettoyaient toujours les seringues, contre seulement 10,3% dans le groupe témoin. Aucune différence significative des comportements sexuels n'a été signalée entre les deux groupes selon les dires des intéressés.

CDI – Etude de cas No 2

Cadre:	Communauté
Pays:	Inde
Intervention:	Services de proximité et d'accueil, avec traitement substitutif
Institution/organisation parrainante:	SHARAN (ONG)

SHARAN a entrepris un travail extra-institutionnel avec les consommateurs de drogues injectables dans les quartiers pauvres de New Delhi (**Inde**). Ce projet a commencé à fonctionner en 1993 en tant que programme pilote de traitement substitutif, et devant les bons résultats obtenus, il a été financé en 1995 pour le lancement d'un programme élargi de distribution de comprimés de buprénorphine. Un centre d'accueil avait été créé dans un bidonville (Nizamuddin) pour la population de toxicomanes des quartiers les plus pauvres de Delhi. Le projet avait pour objectif à long terme de faire diminuer considérablement les taux de consommation d'héroïne et d'autres drogues injectables à New Delhi. Pour y parvenir, il facilitait l'accès des consommateurs de drogues injectables aux services de santé et de réduction des risques, tout en offrant en même temps à ces communautés des informations sur la consommation des drogues et le VIH/SIDA.

La création d'un centre d'accueil fournissant des soins médicaux et un traitement substitutif a été accompagnée de services de proximité et de désintoxication au sein de la communauté. Grâce à un programme spécial de formation du personnel, le centre a été en mesure de mieux répondre aux besoins des consommateurs de drogues injectables. Le projet a également donné naissance à des actions ponctuelles et à des travaux de recherche, et organisé la production et la diffusion de matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC).

Des enquêtes de référence initiales ont été réalisées pour recueillir les informations nécessaires à l'élaboration du projet. Certains matériaux originaux destinés aux campagnes de sensibilisation ont été mis au point, par exemple des affiches ou des pièces de théâtre jouées dans les rues. Une formation spécialisée a été fournie aux membres du personnel pour développer leurs compétences dans le domaine du conseil, et augmenter les connaissances techniques sur la consommation de drogues et le VIH/SIDA. Avec la création du centre d'accueil ont été introduits le traitement substitutif utilisant la buprénorphine sublinguale, le traitement médical y compris l'orientation vers d'autres services, les soins spécialisés pour la prise en charge de la tuberculose, des MST et du VIH/SIDA. De plus, le centre fournit gratuitement aiguilles, seringues et préservatifs.

Les activités de proximité conduites par des équipes d'éducateurs pour les pairs comprennent des sessions éducatives sur la consommation de drogues et les relations sexuelles à moindre risque, l'orientation vers d'autres services appropriés, le traitement des MST, de la tuberculose et des abcès. Le projet comporte également la création de camps de désintoxication et la désintoxication à domicile (y compris la formation donnée aux membres de la famille et de la communauté). Ces activités sont consolidées par des visites de suivi à domicile chez les familles touchées, comportant informations et conseils.

Une évaluation extérieure du programme a été effectuée à mi-parcours en août 1996 par deux chercheurs expérimentés de l'unité du Conseil indien de la Recherche médicale chargée du VIH/SIDA et de l'abus des substances. En outre, à la fin de la première année, une évaluation des réactions des clients a été faite par une agence privée. Des évaluations internes sont également réalisées pour apprécier la qualité de vie des clients (tous les mois) ainsi que le fonctionnement du programme (tous les ans). L'évaluation exté-

rieure à mi-parcours a constaté deux résultats majeurs. Tout d'abord, le programme s'est avéré hautement proche de l'utilisateur et de ce fait le nombre de clients ayant recours aux services a augmenté rapidement. Ensuite, cette évaluation a conclu que pour ce qui est de l'essai du traitement substitutif à la buprénorphine, le programme avait parfaitement réussi à prouver son innocuité.

Ce projet, qui a duré trois ans, a permis d'entrer en contact avec 1 611 clients, dont 356 ont utilisé les services régulièrement (à l'origine, le centre était conçu pour être utilisé par 300 personnes seulement). Cent cinquante consommateurs de drogues injectables ont complètement arrêté de s'injecter la drogue, et 58% ont considérablement diminué leur consommation d'héroïne. On a enregistré d'une part une nette diminution du nombre des clients se présentant avec des abcès liés aux injections, des phlegmons, des sinusites et des thrombophlébites, et d'autre part une meilleure connaissance du VIH/SIDA. Pendant sa phase initiale, le projet a donc permis d'avoir une action positive considérable sur la réduction du taux de consommation d'héroïne et des autres drogues injectables dans ces quartiers de New Delhi.

CDI – Etude de cas No 3

Cadre: Centres d'accueil communautaires

Pays: Ukraine

Intervention: Information et fourniture de préservatifs ou d'aiguilles

Institution/organisation parrainante: Vera, Nadezhda, Lubov (organisation à assise communautaire)

Face au nombre croissant de consommateurs de drogues injectables en **Ukraine**, un projet a été entamé en décembre 1996. Deux centres d'accueil fixes et un service de proximité mobile ont été créés au début pour fournir des services gratuits et anonymes aux consommateurs de drogues injectables. Des équipes de trois ou quatre bénévoles ont assuré ces services, chaque équipe ayant un bénévole de formation médicale et un consommateur de drogues injectables. Ces services comportaient notamment la fourniture d'aiguilles et de seringues propres, la distribution de préservatifs, l'information et le conseil en matière de VIH, ainsi que la production et la distribution de brochures. Ils ont été maintenant étendus de manière à s'adresser aussi aux jeunes professionnel(le)s du sexe. Bien que l'impulsion initiale ait été donnée par la Division méridionale du Centre ukrainien de Lutte contre le SIDA, en mai 1997 l'organisation communautaire Vera, Nadezhda, Lubov a repris la responsabilité de l'exécution du projet.

Les feuilles de présence des centres ainsi que les entrées journalières portées sur les registres du projet fournissent un important matériel à évaluer. Pendant les quatre premiers mois d'existence du centre (jusqu'en avril 1997), 4 889 visites ont été faites par 1 216 consommateurs de drogues injectables. On estime que les contacts avec le service de proximité ont dépassé le nombre total de contacts clients des deux centres d'accueil. Au cours du premier semestre de 1997, 114 000 seringues et 36 000 préservatifs ont été distribués. Entre juillet et le milieu du mois d'octobre 1997, environ 3 000 consommateurs de drogues injectables ont déclaré avoir eu des contacts avec le service.

Les études avant et après l'intervention fournissent des données importantes pour l'évaluation. La première analyse (réalisée en août 1996) a porté sur 511 consommateurs de drogues injectables et a mis en évidence un taux élevé de comportements à risque chez les personnes interrogées (dont 58% étaient âgées de moins de 25 ans). Seulement 43% des toxicomanes ont déclaré utiliser leurs propres aiguilles pour l'injection, et l'utilisation déclarée du préservatif n'allait pas au-delà de 16%. En avril 1997, un nouvel échantillon de 200 consommateurs de drogues injectables, recrutés dans les centres d'accueil et au centre de proximité, ont présenté des taux bien plus faibles d'injection et de comportements sexuels à risque.

Ce projet est resté communautaire et, en dépit de difficultés externes importantes, il est parvenu à maintenir un service continu. Il est mis en œuvre exclusivement par des bénévoles qui ont d'autres occupations pour gagner leur vie. La participation étroite des consommateurs de drogues injectables à la conception et à l'exécution du programme assure un degré élevé d'acceptabilité. Les activités du projet ont eu des répercussions positives sur la diminution du nombre des comportements à risque. Toutefois, les conditions politiques et organisationnelles ont posé de gros problèmes qui, associés à un manque de ressources de première importance, notamment de seringues et de brochures éducatives, ainsi qu'à la nécessité de recourir à des bénévoles, ont considérablement limité la portée de l'action entreprise, de même que la pénurie grave de ressources financières.

CDI – Etude de cas No 4

Cadre: Prisons et communauté

Pays: Mexique

Intervention: Réduction des risques et réadaptation

Institution/organisation parrainante: *Compañeros A.C.* (ONG) avec l'aide de l'Organisation panaméricaine de la Santé et du Programme national mexicain de Lutte contre le SIDA

Depuis 1987, l'organisation non gouvernementale *Compañeros A.C.* située dans le nord du **Mexique** a mis au point et évalué des stratégies de prévention destinées aux consommateurs de drogues injectables. En 1994, avec un financement de l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'appui du Programme national mexicain de Lutte contre le SIDA, une stratégie a été élaborée pour l'introduction de mesures de réduction des risques fondées sur le modèle de Prochaska concernant les «étapes du changement». Ce modèle souligne les étapes par lesquelles doit passer le consommateur de drogues avant de cesser d'utiliser la substance. Ce projet encourage la désintoxication et la réadaptation en même temps que la réduction des risques. Le but de l'ensemble de ce travail est de provoquer des changements de comportement, à commencer par l'abandon de l'utilisation des drogues injectables, pour arriver progressivement à modifier le comportement, de manière à minimiser les effets nocifs chez ceux qui consomment toujours des drogues injectables. Les anciens consommateurs de drogues injectables participent à ce travail de proximité. Ceux qui sont considérés comme arrivés à l'étape «d'action» (stade auquel ils manifestent la ferme intention d'adopter une stratégie du moindre mal ou d'arrêter de se droguer) sont identifiés par les travailleurs sur le terrain et se voient offrir une gamme d'options d'intervention.

Le travail sur le terrain est réalisé dans les prisons ainsi que dans l'ensemble de la communauté, et les consommateurs de drogues injectables entrent fréquemment en contact avec les responsables du projet. Des brochures d'information sont produites et distribuées par le personnel sur le terrain. Les services de réadaptation fournis par le projet comprennent des traitements complémentaires, comme l'acupuncture ou la phytothérapie. Des services d'information et d'appui sont fournis aux familles et aux partenaires des consommateurs de drogues injectables.

Les dossiers détaillant le type et l'ampleur des services fournis aux consommateurs de drogues injectables, ainsi que des analyses de suivi effectuées six mois après l'inscription au programme, fournissent l'essentiel des données d'évaluation. De plus, des données de référence ont été recueillies au moment de l'inscription. Elles comprennent des informations démographiques et des données sur les études et le milieu social, ainsi que sur l'âge auquel a commencé la consommation de drogues. A la mi-1997, les «Compañeros» avaient fourni les services suivants s'agissant de la réduction des risques : services communautaires de proximité pour 1 380 consommateurs de drogues injectables ; distribution de 55 373 trousseaux pour la réduction des risques (contenant des préservatifs, de l'eau de Javel et des brochures d'information) et 239 sessions de renforcement des capacités réalisées avec les réseaux sociaux de consommateurs de drogues injectables, ainsi que 2 872 sessions de renforcement des capacités individuelles. Entre 1992 et septembre 1997, 928 héroïnomanes se sont inscrits au programme de réadaptation.

Depuis qu'en 1995 il a été décidé de s'occuper en particulier des jeunes de moins de 20 ans, le pourcentage des jeunes ayant recours aux services visant à minimiser les risques a augmenté, passant de 20% à 32% de l'ensemble de ce groupe. Six mois après la fin du traitement de réadaptation, on a observé une diminution de 25% de l'utilisation déclarée de marijuana, d'héroïne et de mélange cocaïne-héroïne. Parmi ceux qui ont continué à consommer des drogues, on a constaté une évolution vers l'utilisation de drogues non injectables. L'énorme travail sur le terrain et au niveau de la proximité réalisé par le projet, de même que l'insistance sur une évaluation et un appui individuels, permet d'offrir une approche d'intervention personnalisée. Pouvoir détecter le moment où les consommateurs de drogues injectables sont tout à fait prêts à modifier leur comportement permet aux interventions d'être beaucoup mieux ciblées.

CDI – Etude de cas No 5

Cadre: Communauté

Pays: Bélarus

Intervention: Services extra-institutionnels et échange des aiguilles

Institution/organisation parrainante: *Parents for the Future of their Children* – (ONG) avec l'appui de l'OMS et de l'ONUSIDA

Au **Bélarus**, un projet a été lancé au milieu de 1996 avec un financement provenant de l'OMS et de l'ONUSIDA. Il résultait d'une initiative prise par un groupe de résidents de Svetlogorsk préoccupés par le nombre de cas de consommation de drogues injectables au sein de leur communauté, et par les risques d'infection à VIH que représentaient les comportements sexuels ou d'injection de drogues à haut risque. Ce groupe est ensuite devenu une ONG intitulée «*Parents for the Future of their Children* (Les parents pour l'avenir de leurs enfants)». Les autorités municipales de Svetlogorsk et le Centre de prévention du SIDA de la République ont également participé à cette initiative.

Un service d'échange des aiguilles est offert en deux endroits particuliers. Les désinfectants, les préservatifs et les brochures concernant le comportement à moindre risque et la prévention du VIH/SIDA sont également disponibles. Des informations destinées aux familles des consommateurs de drogues injectables sont produites et distribuées. Les bénévoles fournissent des services éducatifs de proximité aux groupes «difficiles à atteindre». D'anciens consommateurs de drogues injectables nettoient bénévolement la zone qui entoure les points d'échange de seringues. Depuis octobre 1997, un avocat professionnel a offert des consultations juridiques gratuites aux consommateurs de drogues. Le diagnostic et le traitement des MST sont effectués en respectant l'anonymat des intéressés dans des centres de gynécologie par des médecins spécialement formés et sensibles aux besoins des consommateurs de drogues injectables. Trente éducateurs pour les pairs ont également été formés et un projet d'éducation par les pairs a été mis en route.

Le suivi journalier des services, ainsi que des études de comportement et une évaluation finale du projet effectuées en avril 1998, constituent l'élément essentiel des évaluations réalisées jusqu'à présent. Pour la première fois dans le pays, on a introduit un système de surveillance sentinelle en utilisant le sang qui restait dans les seringues. Les points d'échange de seringues fournissent régulièrement chaque mois des services à environ 300 à 700 consommateurs de drogues injectables. L'évaluation finale, menée par une commission d'experts nationaux, régionaux et internationaux, et une seconde étude du comportement ont détecté une modification régulière des comportements dans le sens de pratiques moins risquées chez les consommateurs de drogues injectables ayant été en contact avec le projet. La première étude comportementale a montré que 92% des personnes interrogées se trouvaient dans une situation à risque très élevé d'infection à VIH. La seconde étude comportementale a indiqué que ce pourcentage était descendu à 43%. Le nombre de représentants du groupe cible qui n'utilisaient pas de préservatif a lui aussi baissé de 71% avant l'intervention à 30% ensuite.

La qualité et la portée du travail d'information et d'éducation ont été évaluées de manière positive. Le fait que ce projet ait été initialement conduit au niveau communautaire lui a donné un élan considérable, et il a été très bien accepté. Mettre l'accent sur une participation étroite des consommateurs de drogues injectables à toute une gamme d'activités a rendu ce projet facilement accessible aux membres du groupe ciblé. Ce projet a eu d'autre part comme conséquence d'encourager les autorités locales et la population de la ville à adopter des attitudes positives vis-à-vis des interventions préventives. Il est prévu de répéter cette expérience réussie dans d'autres régions du pays.

QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES HOMMES QUI ONT DES RAP- PORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES ?

Dans nombre de pays développés, les hommes gay et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont été les premiers touchés par le VIH, et continuent à être les principales victimes de l'épidémie. Dans les pays en développement, la situation est très différente : la vaste majorité des cas signalés y est due à la transmission hétérosexuelle du VIH. Toutefois, on ne sait pas vraiment si cela représente fidèlement la situation réelle. Dans nombre de pays en développement, les rapports sexuels entre hommes sont fortement réprochés, et parfois même interdits par la loi. Cela conduit les gouvernements, les dirigeants politiques et le grand public à croire que la transmission homosexuelle n'existe pas, alors qu'en fait elle est simplement dissimulée (National Research Council, 1996).

Avec le temps est apparue une volonté nouvelle de «lever le voile» sur des comportements qui ont été jusqu'à présent réprochés et occultés. Par exemple en Afrique subsaharienne, où virtuellement aucun cas de transmission homosexuelle n'avait initialement été signalé, il existe maintenant toute une littérature qui reconnaît de plus en plus que les contacts sexuels entre personnes d'un même sexe sont beaucoup plus courants qu'on ne l'avait pensé auparavant (voir l'analyse de Aggleton, Khan & Parker, 1999). Il est dorénavant évident que dans une variété de pays, dans le monde développé comme dans le monde en développement, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont plus vulnérables à l'infection à VIH en raison de la nature clandestine de leurs relations, et de la marginalisation et de la discrimination dont ils sont l'objet (McKenna, 1996 ; Aggleton, Kahn & Parker, 1999). L'enjeu dorénavant est de développer le nombre limité de programmes novateurs destinés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et d'aborder les facteurs structurels qui encouragent cette discrimination et cette réprobation sociale.

HSH – Etude de cas No 1

Cadre:	Communauté
Pays:	Chili
Intervention:	Campagne d'information, d'éducation et de communication, et formation des professionnels de la santé
Institution/organisation parrainante:	Centre Lambda (organisation à assise communautaire)

Un projet lancé en 1995 par le Centre Lambda, association gay de Santiago (**Chili**) en collaboration avec d'autres organisations non gouvernementales (ONG) et certaines universités a cherché à trouver une solution au taux élevé d'incidence de l'infection à VIH parmi les hommes homosexuels actifs, qui alors représentaient 82% de tous les cas d'infection à VIH transmise sexuellement. Le comportement homosexuel demeure un délit au Chili, et le climat politique, jusqu'à la démocratisation en 1990, était tel que tout travail avec les homosexuels rencontrait de nombreuses difficultés. Néanmoins, une série d'ateliers avec des hommes reconnus comme gay a cherché à encourager des discussions franches et à favoriser la création de réseaux sociaux, ainsi qu'à donner aux professionnels de la santé notamment une formation concernant les questions de sexualité et de discrimination. Des affiches ont été produites et distribuées ainsi que des préservatifs et des informations sur les services disponibles. Le travail a été placé dans le contexte de la défense des droits de la personne et d'autres questions d'ordre juridique ayant des répercussions sur la vie des hommes gay. Une stratégie a aussi été mise au point pour la création d'un réseau d'individus favorables et d'institutions de soutien, notamment au sein du système de santé publique.

Sur une période de cinq ans, le contenu des ateliers a été adapté et modifié, puis testé avec d'autres cultures ou tranches d'âge dans des lieux géographiques divers. Des efforts ont été déployés pour rehausser le profil des communautés gay au moyen de leur participation à des activités publiques comme les Journées mondiales SIDA, les marches «Gay Pride» et les défilés aux flambeaux. Mieux sensibiliser le système de santé publique est la stratégie employée pour faire en sorte que les programmes de soins et de soutien conviennent mieux et soient plus facilement accessibles aux HSH. Il s'agissait notamment de donner une formation aux professionnels de la santé sur des questions comme la sexualité et l'homosexualité. Les autres activités ont porté sur la distribution des préservatifs, la production de brochures d'information et l'orientation vers les services disponibles et de haute qualité pour le dépistage et le conseil volontaires concernant le VIH. De plus, il a été aussi nécessaire d'aborder la défense des droits de la personne et d'autres questions juridiques plus générales ayant une importance pour les hommes gay.

Les évaluations portant sur le déroulement des opérations ont été effectuées à chaque session d'ateliers au moyen d'un questionnaire libre. Les résultats de cette évaluation ont mis en évidence que les hommes gay ressentaient le besoin d'instances sociales où ils puissent communiquer ouvertement sur les questions qui les touchent, et obtenir un soutien pour les aider lorsqu'ils rencontrent des difficultés. Les données de l'évaluation ont également été recueillies pour apprécier l'ampleur et la portée du travail. Entre 1995 et 1997, 172 activités ont été entreprises avec 1 576 participants provenant de sept villes chiliennes. Les fondations sont maintenant prêtes pour l'élaboration d'une approche plus systématique de la prévention du VIH pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, susceptible d'être complétée et élargie à l'avenir. Ce projet est particulièrement novateur étant donné le climat politique actuel, avec les organisations gay en tête des groupes de pression pour obtenir des changements dans les services de soins de santé, ainsi qu'aux niveaux du droit, des droits de la personne et des attitudes vis-à-vis de l'homosexualité.

HSH– Etude de cas No 2

Cadre: Communauté

Pays: Jamaïque

Intervention: Activités concernant le conseil, l'information et les services extra-institutionnels

Institution/organisation parrainante: *Jamaica AIDS Support* (ONG)

Un projet a été conçu et exécuté par l'organisation non gouvernementale «*Jamaica AIDS Support*» (JAS), groupe d'appui et d'information composé de bénévoles destiné aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH). La discrimination très répandue à l'encontre des HSH a fait obstacle à l'exécution du travail de prévention du VIH en **Jamaïque**, et lorsque les hommes séropositifs tombaient malades, ils ne bénéficiaient pour eux et leur famille que d'un soutien très limité. Le but particulier de ce projet de proximité et de réduction des risques était d'augmenter la capacité de cette ONG, la JAS, à soutenir une stratégie de réduction des risques chez les HSH dans trois zones géographiques éloignées les unes des autres. Composée de 80 bénévoles, la JAS s'est réunie toutes les semaines et a organisé des événements extra-institutionnels d'information tout en fournissant un soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les conseils dispensés par les pairs avaient pour but d'encourager une meilleure estime de soi, d'adopter une attitude positive vis-à-vis de la santé sexuelle, et de modifier durablement le comportement. Ces conseillers ont fourni une information aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et à leur famille, notamment un soutien 24 heures sur 24 pour les familles des personnes atteintes du SIDA. Des réunions régulières de soutien ont exploré des questions comme les rapports sexuels protégés, les relations homosexuelles, la prostitution, l'éducation, l'homophobie et le renforcement des liens de la communauté homosexuelle. Des services de conseil et d'appui à long terme pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA comportaient en particulier l'activité de conseil par téléphone, et, ce qui est important, la fourniture de soins à domicile et en institution dans l'hospice «Life» créé par la JAS avec l'appui financier de ses membres fondateurs, AIDSCAP. Les manifestations hebdomadaires spéciales consistaient en soirées, qui comportaient des sketches satiriques et des cabines d'information sur le thème des rapports sexuels protégés. Les préservatifs étaient distribués gratuitement avec des brochures éducatives. Des ateliers ont eu lieu avec des artistes travestis pour les aider à améliorer leurs capacités à transmettre les messages de prévention au moyen de leur art.

Jusqu'en août 1998, 106 réunions du groupe de soutien ont eu lieu dans tout le pays, et de nombreux autres sous-groupes se sont réunis pour examiner des questions de manière plus approfondie. Un réseau de conseils donnés par des pairs s'étend maintenant de Kingston vers deux autres villes, et quatre villes supplémentaires ont été choisies pour des activités de proximité. En tout, 149 groupes de soutien de personnes vivant avec le SIDA ont établi des contacts avec 737 personnes. Deux analyses «CACP» ont été réalisées en décembre 1995 et août 1996 en vue de faire des comparaisons. Quarante-vingt-cinq pour cent des personnes interrogées en 1996 déclaraient maintenant connaître les pratiques de prévention et apprécier les risques d'infection à VIH. Ont été également signalées par les intéressés une augmentation de 40% de l'utilisation des préservatifs et une réduction de 30% des comportements à haut risque. Ce projet est remarquable parce qu'il tente de fournir un large soutien aux HSH, y compris ceux qui sont séropositifs ou vivent avec le SIDA. La nature holistique des ateliers d'information sur la prévention et l'accent mis sur le conseil et l'appui apporté par les pairs ont été bien reçus par les HSH. L'extension de ces activités de Kingston à d'autres villes importantes démontre qu'il est possible de transposer ce style de travail. Le projet avait été lancé par une initiative d'entraide communautaire, ce qui le rend encore plus crédible parmi les membres du groupe cible.

HSH – Etude de cas No 3

Cadre: Prisons

Pays: Costa Rica

Intervention: Promotion du préservatif et services de conseil

Institution/organisation parrainante: ILPES (ONG) avec le soutien du Ministère de la justice du Costa Rica.

L'Instituto latino-americano de Prevención y Educación en Salud (ILPES) a mis en route un programme avec les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans les prisons du **Costa Rica**. En 1990, une étude menée parmi les détenus du centre de détention La Reforma, principal établissement pénitentiaire du pays, a révélé une forte proportion de personnes séropositives. Aucune politique générale précise n'a été élaborée concernant la prévention dans l'univers carcéral, bien qu'il soit admis que les détenus ont souvent une activité sexuelle. Auparavant, aucun programme de sensibilisation au VIH ne s'adressait directement à la population carcérale, et l'accès aux tests d'anticorps du VIH était limité.

En 1992, l'ILPES a commencé à mettre au point, en collaboration avec le Ministère de la justice, un Programme holistique de prévention du SIDA destiné aux détenus des établissements pénitentiaires du pays. L'objectif principal de ce travail est de faciliter les changements d'attitude vis-à-vis du VIH/SIDA chez les détenus, mais cette approche porte aussi sur les attitudes du personnel des prisons. Des ateliers de prévention du VIH ont été conçus pour explorer et souligner les multiples facteurs qui facilitent la prévention du VIH dans les prisons ou qui y font obstacle. Jusqu'à présent, ils ont porté sur la question du pouvoir ; le SIDA et les rapports protégés ; la gestion de la colère ; la sexualité ; le respect de soi ; l'alcoolisme et l'abus de substances ; et la santé holistique. Ces ateliers emploient une méthode participative au cours de laquelle tous les membres se trouvent sur un pied d'égalité par rapport aux autres, afin de concevoir entre eux un système de communication horizontale mis en œuvre au moyen d'instruments comme les jeux, les exercices, les jeux de rôle et la méditation. Ils ont été menés aussi par le personnel des prisons de manière à mieux faire comprendre les questions liées au VIH et au SIDA.

Réalisée en 1995, l'évaluation s'est concentrée sur les résultats des ateliers effectués avec les détenus. A cette date-là, 453 détenus avaient participé au programme, et presque tous les établissements pénitentiaires du pays y avaient pris part. Cent quatre-vingt-huit personnes inscrites au programme au cours des six premiers mois de 1995 ont été choisies pour faire partie de l'évaluation. Un questionnaire a été distribué à chacun d'entre eux avant et après l'expérience, et les variations entre les réponses ont été notées systématiquement. Le pourcentage de détenus prouvant qu'ils savaient ce qu'était le VIH ou le SIDA a augmenté de 69% avant l'intervention à 79% après l'intervention. En outre, la capacité pour les personnes interrogées de communiquer efficacement avec leurs partenaires sexuels aurait été renforcée par ces ateliers. Le pourcentage des personnes interrogées qui se sont senties capables de dire à leur partenaire ce qu'elles aimaient a augmenté pour passer de 56% à 66%, et on a observé une diminution de la proportion des personnes qui déclaraient qu'elles ne parlaient jamais avec leurs partenaires sexuels de leurs préférences, qui est tombée de 24% à 12%. Pour ce qui est de l'utilisation du préservatif et les attitudes le concernant, la proportion des personnes interrogées qui ne l'utilisent jamais est tombée de 51% à 36%, et celles qui ont trouvé que le préservatif était agréable à utiliser est passée de 8% à 19%. Les ateliers sur la santé holistique ont eu un effet significatif sur les détenus qui se sentaient mieux, et de ce fait on a pu observer une amélioration marquée du climat social dans les prisons. Il faut noter combien il est remarquable qu'un projet de cette nature ait été exécuté au sein des établissements pénitentiaires de l'Etat, en particulier grâce à une collaboration entre une ONG et le gouvernement.

HSH – Etude de cas No 4

Cadre: Communauté

Pays: Bangladesh

Intervention: Promotion du préservatif et services de conseil

Institution/organisation parrainante: *Bandhu Social Welfare Society* (ONG)

La *Bandhu Social Welfare Society* (Association de protection sociale de Bandhu) (**Bangladesh**) a commencé à Dhaka son travail à assise communautaire en octobre 1997. Les HSH sont au centre de la gestion de ce projet et des services fournis. Une étude ethnographique préliminaire, ainsi qu'une évaluation des risques et des besoins, a été menée pour élaborer un profil plus net des réseaux de relations sexuelles entre hommes. Le programme a ensuite été élaboré sur la base de ces résultats. Tout d'abord, le projet a cherché à mettre au point et à renforcer les réseaux informels et amicaux existant en dehors de l'environnement sexuel. Ces réseaux sont ensuite utilisés pour aborder des préoccupations sociales comme le harcèlement, les représailles de la part de la police et autres préoccupations personnelles ressenties par les hommes. Les activités extra-institutionnelles comprenaient une approche interactive pour recommander les préservatifs, encourager l'échange de vues et le partage des expériences ; le marketing social du préservatif ; l'orientation vers les services appropriés spécialistes des traitements des MST ; et la création de réseaux avec les organismes de santé sexuelle destinés aux femmes, de manière à faciliter l'orientation adéquate des partenaires féminines. En offrant la possibilité aux hommes d'explorer d'autres intérêts comme la danse, la mode, l'apprentissage de l'anglais et de la lecture et de l'écriture des langues vernaculaires, le projet vise à tenter de se faire mieux accepter et à encourager l'adhésion à plus long terme des membres du groupe cible.

Comme le projet est relativement nouveau, l'évaluation implique jusqu'à présent surtout un suivi de la manière dont les services sont fournis et utilisés. Entre octobre 1997 et janvier 1998, le projet Bandhu a reçu en tout 960 visites (12 réunions de groupe et 500 visites particulières). Plus de 4 500 préservatifs ont été distribués et 1 900 contacts établis dans des contextes publics liés au sexe. Dans l'ensemble, tout indique qu'un cadre permettant aux gens de se rencontrer, de créer des liens communautaires ou amicaux est plus efficace dans ce contexte qu'un modèle plus traditionnel d'éducation par les pairs.

Divers aspects du projet ont joué un rôle important dans sa réussite dès le départ. Il importe de noter que le projet est organisé par ceux qui en sont les bénéficiaires, ce qui le rend plus aisément acceptable et assure une base éthique à ses activités. Des projets semblables utilisant ce même modèle d'intervention ont maintenant été lancés à Lucknow et à New Delhi, ce qui prouve que ce projet peut être adapté à d'autres contextes régionaux. L'approche holistique adoptée, qui met l'accent sur la création de réseaux sociaux et de soutien étendus, offre un style d'intervention non clinique, et intègre les préoccupations plus vastes du groupe cible. Le travail de proximité, qui insiste sur la création de liens d'amitié plutôt que sur la distribution des préservatifs, est une approche qui est bien acceptée par le groupe cible. Le VIH/SIDA est toujours considéré comme d'importance relativement faible par rapport aux autres préoccupations prioritaires des HSH, notamment la famille, le mariage, l'emploi, le salaire et le harcèlement.

HSH – Etude de cas No 5

- Cadre:** Communauté
- Pays:** Afrique du Sud
- Intervention:** Ligne d'assistance téléphonique
- Institution/organisation parrainante:** Projet Triangle (ONG)

Ce projet, qui existe depuis ces 15 dernières années sous différentes formes et s'intitule maintenant «Triangle», s'efforce de répondre aux besoins d'éducation et de soutien des hommes gay de la ville du Cap (**Afrique du Sud**). L'hypothèse première du projet est que les hommes sont mieux préparés à se protéger eux-mêmes et leurs partenaires de l'infection à VIH s'ils ont une forte identité gay. C'est pourquoi le projet est réalisé non seulement avec des hommes gay, mais tente aussi d'aborder l'homophobie au sein de la collectivité, tout en créant des cadres sanitaires et scolaires plus sûrs et plus accessibles, ainsi que des services d'appui et de conseil.

Une analyse des besoins élémentaires pour les hommes gay a tout d'abord été réalisée. Les informations ont été imprimées et diffusées avec des préservatifs et des lubrifiants dans les bars et les clubs. Une information extra-institutionnelle sur les rapports sexuels protégés et l'émancipation a été donnée sous forme d'ateliers participatifs dans les bars, les clubs et autres lieux fréquentés par les gay. Des services de conseil ont été fournis par téléphone ou lors d'entretiens privés avec une équipe de bénévoles formés. Le projet donne une formation à des groupes extérieurs comme les professeurs ou les infirmières sur des questions liées à l'homosexualité. Plus récemment, cette formation a été dispensée à des organisations homologues ailleurs en Afrique australe (telles que *Gays and Lesbians of Zimbabwe* [GALZ]). L'accent est mis sur la formation des bénévoles pour permettre à l'organisation de mieux répondre aux besoins des hommes gay. Le projet termine actuellement des travaux de recherche sur les groupes de discussion pour l'examen de questions comme l'identité sexuelle, le respect de soi, et les comportements recherchant la santé par opposition aux comportements à risque.

Entre juin 1997 et juin 1998, 236 200 préservatifs ont été distribués dans des villes, townships et zones de drague, ainsi que 30 000 sachets de lubrifiant. Trente-sept mille brochures sur les rapports protégés, l'alcoolisme et la toxicomanie, les relations personnelles, la révélation de l'homosexualité, les MST et l'hépatite B ont été produites et distribuées. Une grande variété de personnes a suivi une formation sur les questions relatives aux rapports sexuels protégés et sur les attitudes vis-à-vis de l'homosexualité. Des évaluations réalisées après les cours donnés dans les ateliers ont indiqué une amélioration des connaissances et une transformation des attitudes. Les participants ont apprécié la méthode non didactique et non normative adoptée pendant les ateliers. Maintenant, l'équipe du projet met au point et applique des modèles d'évaluation plus systématiques. L'objectif du projet qui consistait à remettre en question les attitudes négatives vis-à-vis de la sexualité a entraîné des améliorations dans la prestation des services de santé et dans l'enseignement. En insistant sur une forte identité gay, le projet a accru les possibilités d'accès aux méthodes de prévention du VIH, à l'information et aux services d'appui pour les hommes gay d'Afrique du Sud. Toutefois, le financement gouvernemental a été diminué de 90% lorsque que la prévention du VIH dans la population hétérosexuelle a été désignée comme prioritaire.

QU'EST-CE QUI REUSSIT CHEZ LES PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE ET LEURS CLIENTS ?

Au début de l'épidémie, il a été reconnu que les professionnel(le)s du sexe constituaient un groupe clé qui devait participer au travail de prévention du VIH (Wellings & Field, 1996). Toutefois, il a été difficile de faire participer les professionnel(le)s du sexe à la prévention du VIH, étant donné que l'illégalité de la prostitution dans de nombreux pays signifie que les femmes ou les hommes qui échangent des rapports sexuels contre de l'argent ne sont pas toujours visibles ou accessibles. Ce genre de travail est également fortement réprouvé par nombre de sociétés, et dans les premiers rapports concernant le SIDA, les médias présentaient souvent les professionnel(le)s du sexe comme des «plaques tournantes de l'infection» plutôt que comme des individus susceptibles d'être particulièrement vulnérables et/ou devant jouer un rôle dans la prévention du VIH (Alexander, 1996).

Dans les pays en développement, la plupart des professionnel(le)s du sexe sont d'habitude pauvres, sans éducation formelle et relativement dépourvu(e)s de pouvoir (Ngugi, Branigan & Jackson, 1999). Souvent, les professionnel(le)s du sexe le sont devenu(e)s afin de survivre économiquement, et dans de nombreux cas, pour assurer la vie de leurs enfants ou d'autres membres de la famille. Dans beaucoup de pays en développement, les migrations rurales viennent grossir le nombre de professionnel(le)s du sexe et garantissent une clientèle toute prête dans les villes. Certains clients des professionnel(le)s du sexe sont des hommes qui ont laissé leur famille au pays pour aller chercher du travail dans les grandes villes (Aggleton & Rivers, 1999). Dans certains contextes culturels, les relations sexuelles avant le mariage ou extraconjugales impliquent habituellement l'échange d'argent ou de biens. Il est important de signaler que les programmes de prévention du VIH existants ont rarement porté sur les clients masculins des professionnel(le)s du sexe (Rivers & Aggleton, 1999).

Les professionnel(le)s du sexe se déplacent très souvent, rendant difficile la création d'organisations de citoyens ordinaires et la mise sur pied de programmes de prévention du VIH. De plus, alors que nombre de professionnel(le)s du sexe utilisent, ou souhaitent utiliser, des préservatifs, la nature généralement illícite et parfois même illégale de leur activité renforce la vulnérabilité. Dans les cas où le racolage des clients est illégal, posséder sur soi un grand nombre de préservatifs peut conduire à une arrestation et à des amendes. De même, la nature cachée de ce commerce peut accroître la vulnérabilité des professionnel(le)s du sexe au viol et à la coercition sexuelle (Alexander, 1996).

Lors de la planification et de la programmation de la prévention, il faut se souvenir que les professionnel(le)s du sexe, comme tout autre groupe, ne sont pas un ensemble homogène. Il y a des femmes et des hommes, ceux qui sont d'abord gay ou bisexuel(le)s, des jeunes, qui sont probablement relativement dépourvus de pouvoir et particulièrement vulnérables à l'exploitation, et des consommateurs de drogues injectables. Les lieux où se déroulent ces relations sexuelles sont très variés : maisons de passe, bars, rues, et rencontres arrangées par un intermédiaire.

PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE – Etude de cas No 1

Cadre: Communauté : professionnels du sexe (hommes)

Pays: Maroc

Intervention: Education par les pairs et services de proximité

Institution/organisation parrainante: Association de Lutte contre le SIDA (ONG)

L'Association de Lutte contre le SIDA (ALCS) a mis au point un projet principalement centré sur les professionnels du sexe travaillant dans la clandestinité à Casablanca et à Marrakech (**Maroc**). L'objectif principal était de faire diminuer les risques de MST et d'infection à VIH chez les professionnels du sexe, leurs clients et les partenaires de leurs clients. Il a cherché également à répondre aux besoins d'ordre plus général concernant les soins de l'appui des professionnels du sexe socialement marginalisés. Entre 1993 et 1994, les membres du groupe cible de Casablanca et Marrakech ont été observés et interrogés. En 1995, une analyse structurée portant sur les comportements a été réalisée sur la base d'un échantillon de 172 hommes afin de créer les données de référence en vue de l'intervention. Des professionnels du sexe ont été recrutés et formés pour effectuer des services de proximité pour leurs pairs. Ces travailleurs de proximité ont commencé par se faire régulièrement des contacts dans les lieux où se trouvaient les professionnels du sexe (environ trois fois par semaine en 1995 à Casablanca). Les services fournis comportaient des informations et des conseils dispensés par des pairs, des préservatifs, l'orientation vers les services de santé locaux pour les diagnostics et les traitements de MST, et des services de conseil et de dépistage pour le VIH. Un service d'accueil a été créé ainsi qu'une ligne d'assistance téléphonique et un groupe de discussion. Ce projet a commencé à établir des contacts dans d'autres villes où se trouvent des professionnels du sexe, comme Tanger et Agadir.

En collaboration avec l'OMS, une évaluation initiale de référence a été réalisée en 1995 en utilisant des questionnaires, des entretiens et un examen des données existantes. Les modifications du comportement ont été mesurées en établissant des comparaisons avec les données recueillies auparavant en 1993-1994. D'autres indicateurs ont fourni des données sur le nombre de contacts de proximité, le nombre et la catégorie d'orientations, celui des préservatifs distribués, etc. En ce qui concerne l'acceptabilité du projet et les stratégies employées, les personnes interrogées ont manifesté une attitude positive vis-à-vis du travail de proximité, et apprécié l'occasion qui leur était donnée de parler de questions liées au comportement sexuel, à la santé et au VIH/SIDA. Quatre-vingt-treize pour cent des personnes interrogées préféraient se procurer des préservatifs par l'intermédiaire des travailleurs de proximité plutôt qu'en s'adressant à des sources plus traditionnelles. On a observé une augmentation du nombre des hommes qui se sont adressés aux services de conseil et de dépistage volontaires. Dix-sept mille contacts individuels ont été effectués sur une période de 10 mois en 1995, ce qui a permis d'atteindre 530 personnes (84% de ceux qui travaillent comme professionnels du sexe). En un court laps de temps, les intéressés ont fait part d'une augmentation régulière de l'utilisation de préservatifs. Les travaux de recherche détaillés entrepris avant l'intervention, par des enquêteurs qui connaissaient bien le milieu du groupe cible, ont confirmé l'existence de situations de risque et de vulnérabilité vis-à-vis du VIH/SIDA. Ce projet est parvenu à créer un précédent à la fois dans le pays et dans le Maghreb en démontrant qu'il était possible d'entreprendre et de réussir un travail de prévention extra-institutionnelle pour des populations marginalisées et clandestines.

PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE – Etude de cas No 2

Cadre: Professionnelles du sexe (femmes)

Pays: Venezuela

Intervention: Education par les pairs

Institution/organisation parrainante: *Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia recíproca* (ONG)

Un projet mis en œuvre par l'*Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia recíproca* (AMBAR) (Association de femmes pour le bien-être et l'assistance mutuelle) de Caracas (**Venezuela**) visait l'amélioration de la qualité de la vie des professionnelles du sexe grâce à des stratégies qui protègent leur santé tout en garantissant leurs droits civils et de la personne. A l'origine, un groupe de 40 professionnelles du sexe a été recruté pour être formé à la promotion de la santé. Pour être choisies, les personnes devaient pouvoir être crédibles et avoir le respect de leurs égales. Après la formation, les femmes étaient en mesure de fournir une éducation en matière de droits de la personne, de respect de soi, de santé sexuelle et reproductive, de prévention des MST et du VIH, ainsi que sur l'utilisation efficace des préservatifs. Des affiches, des brochures et des bulletins ont été distribués dans les établissements et lieux publics fréquentés par les professionnelles du sexe. Un manuel et un ensemble de matériaux de formation audiovisuels ont également été produits pour être utilisés par ces personnes chargées de la promotion de la santé lorsqu'elles animaient des entretiens et des ateliers.

Le travail extra-institutionnel est effectué à la fois sur les lieux de travail et dans les services de santé pour les MST. Les gérants et propriétaires de clubs, hôtels et bars où les professionnelles du sexe exercent leurs activités ont participé au projet en apportant une aide pour le marketing social des préservatifs et la diffusion de l'information. Des réunions hebdomadaires ont eu lieu avec des promoteurs de la santé pour organiser le travail d'éducation par les pairs, ainsi que les séances de suivi et de soutien. Chaque mardi, des préservatifs gratuits sont distribués depuis le siège de l'AMBAR aux professionnelles du sexe qui participent aux activités de promotion. Des consultations juridiques et psychologiques ont été organisées en parallèle avec un programme visant à assurer que les plaintes pour violation des droits de la personne déposées par les professionnelles du sexe sont acheminées vers les organisations compétentes pour qu'il leur soit donné la suite requise.

En 1995, lorsque le projet a commencé, 13 000 professionnelles du sexe étaient inscrites auprès du Ministère de la santé et des services sociaux. Par la suite, on a établi un registre de 25 000 femmes utilisant les services de santé et d'appui. Aucun cas d'infection à VIH n'a été signalé chez les personnes en contact avec le projet depuis 1995. Chaque mardi, un grand nombre de professionnelles du sexe viennent au siège de l'AMBAR pour recevoir leurs préservatifs gratuits et participer à des activités éducatives. Le harcèlement de la police a diminué à la suite des plaintes déposées par l'AMBAR. Le marketing social des préservatifs a été une réussite, et les professionnelles du sexe ont pris le contrôle du marché, les propriétaires et gérants vendant les préservatifs dans leurs établissements à des prix abordables. Comme il a obtenu des résultats positifs dans le domaine des droits de la personne et de la santé, le projet est parvenu à se faire accepter, comme le prouve l'ampleur de la participation aux interventions. Il a atteint son but qui était d'améliorer la qualité de la vie des professionnelles du sexe, tout en faisant diminuer de manière significative le risque de séropositivité.

PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE – Etude de cas No 3

Cadre:	Communauté : professionnelles du sexe (femmes)
Pays:	Cameroun
Intervention:	Service de proximité par les pairs dans les zones urbaines
Institution/organisation parrainante:	AIDSCAP

Entre 1993 et 1996, AIDSCAP a financé un projet pour les professionnelles du sexe et leurs clients dans six zones urbaines du **Cameroun**. Des éducateurs qualifiés en équipe de deux ont tenu pour leurs pairs des séances d'information hebdomadaires dans des bars, des maisons de passe, des dispensaires anti-MST, des quartiers et d'autres lieux où il est courant de rencontrer des comportements à haut risque. De plus, des séances d'information ont eu lieu dans les prisons sur demande. Les professionnelles du sexe ont distribué des préservatifs gratuits à titre promotionnel, et en ont ensuite vendus à leurs pairs et aux clients pour répondre à la demande ainsi créée. Un groupe théâtral formé de professionnelles du sexe a donné des représentations interactives et humoristiques dans des lieux de proximité où se rencontrent les professionnelles du sexe et leurs clients. Entre 1993 et 1996, 200 éducateurs pour les pairs et coordinateurs ont, après avoir été formés, été chargés d'animer 5 000 séances éducatives dans des lieux de soins ou rattachés à des dispensaires. Environ 500 000 contacts ont été établis par l'intermédiaire de ces séances éducatives, y compris 52 ateliers qui ont eu lieu à la prison centrale de Yaoundé.

L'évaluation des résultats et de l'impact de ces activités a été réalisée au moyen d'analyses de référence et de suivi CACP qui ont recueilli des données tant quantitatives que qualitatives. Les données de références ont été recueillies auprès de 800 professionnelles du sexe, 800 clients et 200 personnes traitées pour des MST. Les données de contrôle ont été recueillies auprès de 818 professionnelles du sexe et 661 clients. Le pourcentage de personnes capables de citer au moins deux moyens de prévention du VIH est passé de 40,2% (professionnelles du sexe) et 49,8% (clients) au départ à respectivement 85,6% et 85,6% lors du contrôle. On a observé une baisse de 10 à 20 points de pourcentage dans la proportion des personnes ciblées signalant une MST dans les trois mois qui ont suivi immédiatement l'enquête de contrôle, ainsi qu'un accroissement de 10 points de pourcentage dans le nombre de personnes ayant accès au traitement correctement adapté à leur plus récente MST. Le pourcentage de professionnelles du sexe ayant déclaré avoir utilisé un préservatif s'est régulièrement accru de 28,3% en 1993 à 88% en 1996. Chez les clients, ce pourcentage a augmenté de 55,5% en 1990, à 81% en 1996. L'usage systématique du préservatif par les professionnelles du sexe lors de rapports avec des clients occasionnels est passé de 52% en 1994 à 75% en 1996.

Une évaluation complète du travail déjà effectué pendant la précédente phase a permis au projet de faire bon usage des points forts d'un programme en cours. De ce fait, les activités du projet ont été maintenues pendant une période de temps importante, et l'impact potentiel de l'intervention a été porté à son maximum. L'utilisation de pièces de théâtre en tant que principal moyen de communication pour la prévention du VIH a permis d'atteindre un grand nombre de personnes tout en les amusant, dans un cadre où les comportements à haut risque sont très fréquents. Les professionnelles du sexe ont démontré leur efficacité dans la commercialisation des préservatifs. En effet, la vente des préservatifs est devenue la principale source de revenu de certaines femmes qui sont maintenant des grossistes.

PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE – Etude de cas No 4

Cadre: Communauté

Pays: Papouasie-Nouvelle-Guinée

Intervention: Services de proximité

Institution/organisation parrainante: Institut de la Recherche médicale de
Papouasie-Nouvelle-Guinée

Les recherches entreprises à l'Institut de la recherche médicale de **Papouasie-Nouvelle-Guinée**, au début des années 1990 ont permis d'établir que les professionnelles du sexe et leurs clients, pour la plupart travaillant dans les transports, étaient particulièrement vulnérables à l'infection à VIH. En 1994, une évaluation de la situation ethnographique a été réalisée avec ce genre de travailleurs et les prostituées auxquelles ils ont affaire. Le travail de proximité a commencé déjà pendant le déroulement des enquêtes de référence initiales, alors même que les informateurs étaient en train d'apprendre ce qu'était le VIH/SIDA, recevaient des préservatifs et qu'on leur montrait comment les utiliser. Des modules de formation ont été élaborés et mis en route pour les professionnelles du sexe et chaque groupe de clients visé. Des ateliers de politique générale sur les lieux de travail ont été conduits dans les bureaux des transporteurs maritimes, de la police, des entreprises de sécurité et des transporteurs routiers afin d'obtenir leur adhésion. Les activités étaient conçues de manière à réduire la fréquence des séances d'identification de la police, ou des séances de viol collectif auxquelles les professionnelles du sexe en détention sont soumises. Le travail de proximité a été réalisé avec les chauffeurs routiers aux lieux de repos, et au moyen de sessions de formation sur les lieux de travail, et avec les marins et les dockers sur les quais et à bord des navires. Un dispensaire fournissant aux professionnelles du sexe des services confidentiels pour les MST a été créé à Port Moresby. A Lae, les professionnelles du sexe pouvaient recevoir des services de conseil et de dépistage volontaires sur le site du projet, avec ensuite, si nécessaire, une orientation vers des dispensaires locaux pour le traitement des MST. Les groupes d'acteurs et de musiciens faisant partie du projet ont aussi aidé à faire circuler les messages pour la prévention du VIH/SIDA. De plus, un centre d'accueil a offert des possibilités d'alphabétisation et de formation professionnelle organisées par l'Association de jeunes chrétiens (YMCA). Des services de conseil étaient également fournis par la création d'une ligne d'assistance téléphonique pour les professionnelles du sexe et les clients.

Dans les travaux de recherche formatrice et les activités de suivi, il est possible de trouver des indicateurs qui prouvent la réussite de ce projet. A Port Moresby, vers le milieu de 1998, 403 éducateurs pour les pairs avaient achevé leur formation. Il s'agissait de 75 professionnelles du sexe, 36 agents de police de sexe masculin, 16 agents de sexe féminin, 14 épouses d'agents de police, 20 agents de sécurité, 163 marins (provenant de 24 navires), 65 dockers et 14 personnes employées dans l'hôtellerie. A Lae, il y avait en mars 1997 125 éducateurs pour les pairs formés, parmi lesquels se trouvaient des professionnelles du sexe, des dockers, des marins et des chauffeurs routiers. Chez les professionnelles du sexe, l'augmentation rapide de l'utilisation du préservatif peut être constatée en comparant avec les données statistiques de référence enregistrées au début du projet. Les efforts déployés pour diminuer l'incidence des séances d'identification policières ont porté leurs fruits, comme le montre le nombre de ces séances selon les chiffres cités par les agents de police au cours de la semaine précédente passant de 10% avant l'intervention à 4,2% après l'intervention. En outre, les premières poursuites pénales contre des agents de police ont abouti, et la fréquence des cas de harcèlement sexuel signalés par les professionnelles du sexe a diminué. La demande de préservatifs a augmenté régulièrement et à Port Moresby, cinq dépôts de préservatifs ont été créés dans les docks. En 1996-1997, de 1,5 à 2 millions de préservatifs masculins et 5 000 préservatifs féminins ont été distribués.

Des travaux de recherche approfondis réalisés sur les contextes réels des risques courus par les groupes vulnérables ont permis d'orienter l'élaboration globale du projet. Le haut niveau de participation d'un grand nombre d'institutions variées est un phénomène unique qui a été réalisé grâce aux encouragements prodigués pour que ces dernières prennent part à chaque étape de l'élaboration du projet. La question du respect des droits de la personne chez les professionnelles du sexe a été de la plus grande importance.

**ANNEXE –
RESUME DES RESULTATS DES ETUDES DE CAS**

Qu'est-ce qui réussit chez les jeunes ?

44

	Cadre	Pays	Intervention	Cible	Organisation parrainante	Résultats/Observations
1.	Université	Kenya	Education par les pairs * «clubs de sensibilisation au SIDA» : distribution de préservatifs, publication de bulletins d'information	19 000 étudiants ciblés dans 9 institutions grâce à 251 éducateurs pour leurs pairs formés	Family Planning Private Sector (FPPS)	X : Efficacité de la participation conjointe des étudiants et de l'administration des collèges à l'élaboration et à l'exécution du programme d'études scolaire
2.	Communauté	Pérou	1) Sensibilisation 2) Formation pour responsabilisation de la jeunesse * information et éducation plus sensibilisation de la communauté pour des services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes	800+ jeunes	Institut d'études démographiques, Université Cayetano Heredia	X : Réussite de la campagne locale pour la santé sexuelle des jeunes
3.	Médias	République dominicaine	Intervention associant la radio, la télévision et la presse écrite	Nationale	Programme national de prévention du VIH/SIDA de la République dominicaine & 20 organisations gouvernementales et ONG	X : Les médias ayant des liens avec l'éducation concernant le VIH/SIDA dans d'autres cadres peuvent changer les normes et attitudes sociales, ce qui contribue à la prévention du VIH
4.	Communauté	Népal	«Camps» ou abris * espace sûr pour les filles faisant l'objet d'un trafic * formation scolaire/professionnelle, conseil et appui	Empêche 180 filles d'être vendues chaque année à des maisons de passe. Réunit les familles.	Projet Maiti	X : Un projet polyvalent portant sur le logement, l'alimentation, les soins de santé, la protection juridique et l'éducation concernant le VIH/SIDA peut améliorer la qualité de la vie pour les jeunes prostituées
5.	Communauté	Haïti	1) Sensibilisation de la jeunesse 2) Education par les pairs * fondation de deux grands centres médicaux et formations par les pairs, pour la famille et les enseignants de manière à élargir les services d'appui aux jeunes	125 000 jeunes 4 000 jeunes ont reçu une formation concernant la vie familiale et la santé reproductive	Fondation pour la Santé reproductive et l'Education familiale (FOSREF)	X : L'accès à des services de santé adaptés à la jeunesse est une partie importante de la prévention du VIH/SIDA X : La participation des jeunes à l'élaboration et à l'exécution du projet conduit à de bons résultats
6.	Ligne d'assistance téléphonique	Egypte	1) Conseil 2) Information	1 000 appels environ par mois	Ministère de la santé et financements privés	X : L'anonymat de la ligne d'assistance téléphonique pour le SIDA peut aider les gens à avoir accès à l'information et aux conseils concernant les sujets tabous que sont le sexe et la sexualité
7.	Ecoles	Viet Nam	Prévention des MST et du VIH/SIDA au moyen de l'acquisition de compétences * accent mis sur la modification des connaissances, des attitudes, des valeurs et des comportements * travail dans les écoles visant à l'acquisition des compétences psychosociales, nécessaires pour éviter les situations à risque	Cours sur l'acquisition des compétences dispensés par 300 enseignants des niveaux 1 à 12 pour 15 000 écoliers la première année 5 000 écoliers ont étudié avec les formateurs de la Croix-Rouge	Ministère de l'éducation et de la formation du Viet Nam, avec l'appui de l'UNICEF	X : Les approches portant sur les compétences psychosociales peuvent renforcer les connaissances, attitudes et comportements des étudiants, de manière à conduire à une diminution du risque X : Les programmes sur les compétences psychosociales peuvent avoir des effets bénéfiques sur les enseignants également
8.	Ecoles	Ouganda	1) Education par les pairs 2) Programme d'études : santé scolaire 3) Amélioration de l'accès à l'information	Etudiants dans le district de Soroti	Commission ougandaise du SIDA Fondation africaine pour la médecine et la recherche Administration du district de Soroti	X : L'intervention en trois parties a accru les cas signalés d'abstinence chez les étudiants ougandais X : Résultats attribuables à la nature interactive de l'intervention, et non pas simplement à la fourniture d'information X : Associer les éléments a aidé les étudiants à modifier leur comportement vis-à-vis d'un membre séropositif de la famille

Qu'est-ce qui réussit chez les femmes et chez les hommes ?

45

	Cadre	Pays	Intervention	Cible	Organisation parrainante	Résultats/Observations
1.	Communauté : marchandes ambulantes	Namibie	1) Education pour la prévention *technique interactive d'histoires contées par des moyens audiovisuels *distribution de préservatifs et d'informations 2) Education dispensée par les pairs *marchandes ambulantes formées à la prévention du VIH	Marchandes et leurs clients Formation de formateurs dans 7 des 13 régions administratives de Namibie 11 000 personnes ont participé à ces séances d'éducation	Okatumbatumba Hawkers Association (organisation à assise communautaire)	X : Meilleure connaissance du VIH et de la nécessité de changer les comportements sexuels X : L'évaluation a révélé que cette intervention avait été très efficace pour ce qui est de la communication des informations précises, de la crédibilité et de l'acceptation au sein de la communauté
2.	Associations de planification familiale	Jamaïque Honduras Brésil	Intégration de l'éducation en matière de prévention et de la prestation des services de santé *personnel formé aux questions relatives au VIH/SIDA et à la santé sexuelle, aux services de conseil, à la communication, aux questions relatives au pouvoir d'un sexe sur l'autre et à l'acquisition des compétences nécessaires pour aider les clients à négocier avec leurs partenaires sexuels	Clients et personnel des APF	Fédération internationale pour la Planification familiale	X : Les questions de la sexualité et du VIH/SIDA sont plus souvent abordées avec le personnel X : Le personnel est plus enclin à recommander l'utilisation de préservatifs comment moyen de prévention de la transmission du VIH
3.	Communauté (centres d'accueil pour les familles)	Zambie	Services d'appui et de conseil *création de 4 centres d'accueil pour les familles * club de théâtre dans une école secondaire * projet préscolaire * création de revenus	Mères, nourrissons, enfants d'âge préscolaire	Society for Women and AIDS in Zambia (SWAAZ)	X : Approche novatrice et polyvalente de la prévention du VIH/SIDA
4.	Diverses organisations	Ouganda	Education et formation participatives Projet «Stepping Stones» * centré sur les besoins et la vulnérabilité des femmes, mais s'adresse aussi aux hommes * travail en groupe, jeux de rôle, éducation participative	Organisations et communautés locales ougandaises	ActionAID	X : Les participants utilisaient plus souvent les préservatifs, avaient moins de partenaires sexuels, et pouvaient plus souvent refuser d'avoir des rapports sexuels sous la contrainte X : La diminution de l'incidence de l'alcoolisme a encouragé au sein du foyer le partage de l'argent et des soins pour les malades

Qu'est-ce qui réussit chez les consommateurs de drogues ?

46

	Cadre	Pays	Intervention	Cible	Organisation parrainante	Résultats/Observations
1.	Services existants de soins et d'éducation	Inde	1) Services de conseil 2) Distribution de préservatifs et d'eau de Javel * anciens consommateurs et travailleurs sociaux fournissant des services d'éducation, de conseil et d'appui	Consommateurs de drogues de Vepery et Royapuram	SAHAI Trust (ONG)	X : Après 18 mois, 47% des CDI du groupe d'intervention ont signalé qu'ils ne partageaient plus autant les aiguilles et les seringues (contre 35% des personnes du groupe témoin) X : Après 18 mois, 30% des CDI ont déclaré qu'ils nettoyaient toujours les seringues (contre 10% des témoins)
2.	Communauté	Inde	1) Education par les services de proximité 2) Cliniques de désintoxication 3) Traitement de substitution * prestation de services intégrés comprenant l'éducation en matière de prévention, la diminution des risques et l'orientation vers d'autres services * centre d'accueil	New Delhi. 1 611 clients (y compris 356 consommateurs réguliers) sur une période de trois ans	SHARAN (ONG)	X : En trois ans, il a été signalé que la consommation d'héroïne avait diminué de 58% et les injections de 30%
3.	Centres d'accueil communautaires	Ukraine	1) Services de proximité à assise communautaire 2) Fourniture de préservatifs et d'aiguilles * deux centres d'accueil et un centre de proximité mobile	4 889 visites de 1 216 personnes enregistrées au cours des quatre premiers mois 114 000 seringues et 36 000 préservatifs distribués au cours des six premiers mois	Vera, Nadezhda, Lubov (organisation à assise communautaire)	X : Après neuf mois, on signale une diminution du comportement à haut risque chez les clients X : Le manque de ressources et les contraintes subies au niveau de l'organisation ont limité l'efficacité du projet
4.	Prisons et ensemble de la communauté	Mexique	1) Réduction des risques et éducation 2) Réadaptation * éducation par les services de proximité * réduction des risques (préservatifs et eau de Javel) * réadaptation	Contact établi avec 1 380 consommateurs de drogues Distribution de 55 373 trousseaux permettant la réduction des risques	Compañeros A.C. (ONG), Organisation panaméricaine de la Santé, Programme national mexicain de Lutte contre le SIDA	X : Baisse de 25% de la consommation de marijuana, héroïne et mélange cocaïne-héroïne six mois après la réadaptation
5.	Communauté	Bélarus	1) Education par les services de proximité 2) Echange d'aiguilles * désinfectants, préservatifs et brochures sur les comportements sans risque et la prévention du VIH/SIDA * conseil juridique gratuit pour consommateurs de drogues * diagnostic anonyme et traitement contre les MST	Entre 300 et 700 personnes par mois se rendent aux points d'échange de seringues Risque moindre d'infection parmi les consommateurs de drogues	Parents for the Future of their Children (ONG), OMS et ONUSIDA	X : Modification régulière du comportement dans le sens d'une diminution des risques

Qu'est-ce qui réussit chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ?

47

	Cadre	Pays	Intervention	Cible	Organisation parrainante	Résultats/Observations
1.	Communauté	Chili	1) Campagne IEC 2) Formation des professionnels de la santé * une série d'ateliers destinés aux hommes gay pour encourager les discussions ouvertes et la création de réseaux de soutien * distribution d'affiches, de préservatifs et d'information * travail sur les droits juridiques et les droits de la personne pour les hommes gay	Entre 1995 et 1997, 1 576 personnes ont participé à 172 activités	Centre Lambda (ONG)	X : Amélioration du profil des communautés gay dans un contexte d'illégalité de l'homosexualité X : Meilleure sensibilisation aux droits de la personne
2.	Communauté	Jamaïque	1) Conseil 2) Education 3) Activités de proximité * pour encourager la diminution des risques chez les HSH 4) Services d'éducation et de conseil fournis par les pairs * services de conseil disponibles 24 heures sur 24 pour les HSH et leur famille	149 groupes d'appui ont permis d'atteindre 737 personnes jusqu'en août 1998	Jamaica Aids Support (ONG)	X : 85% des participants ont déclaré avoir une meilleure connaissance des pratiques de prévention et mieux comprendre les risques encourus X : 40% ont signalé une augmentation de l'usage du préservatif, et 30% une diminution des comportements à haut risque X : L'efficacité du programme a été attribuée à la nature holistique de l'intervention
3.	Prisons	Costa Rica	1) Ateliers holistiques 2) Services de conseil * encourager la modification du comportement chez les détenus et un changement d'attitude de la part du personnel pénitentiaire * les jeux, les exercices, les jeux de rôle et la méditation ont aidé les détenus à communiquer pendant les ateliers	En 1995, presque toutes les prisons costariciennes avaient participé au programme	ILPES (ONG) et Ministère de la justice	X : Meilleure connaissance de la prévention du VIH/SIDA, et capacité accrue de communiquer avec les partenaires sexuels X : Les intéressés déclarent utiliser plus souvent le préservatif et constater une amélioration marquée de l'atmosphère sociale dans la prison
4.	Communauté	Bangladesh	1) Promotion des préservatifs/activités de proximité 2) Services de conseil * renforcement des réseaux sociaux informels en dehors du contexte sexuel * approche interactive de l'éducation, de la santé	Octobre 1997-janvier 1998 : 960 visites de clients, distribution de 4 500 préservatifs, 1 900 contacts dans les lieux publics liés aux activités sexuelles	Bandhu Social Welfare Society (ONG)	X : L'importance d'une approche reposant sur les réseaux sociaux/amicaux a été nettement démontrée X : Les clients apprécient l'approche holistique non clinique
5.	Communauté	Afrique du Sud	1) Ligne d'assistance téléphonique 2) Services de proximité et distribution de préservatifs * organisés selon la théorie que le renforcement de l'identité gay et la lutte contre l'homophobie sont essentiels pour une prévention réussie du VIH	Juin 1997-juin 1998 : distribution de 236 200 préservatifs, de 30 000 sachets de lubrifiants et de 37 000 brochures	Projet Triangle (ONG)	X : Meilleure connaissance et modification accrue des attitudes vis-à-vis de l'homosexualité X : Amélioration de l'éducation et de la prestation des services de santé pour les hommes gay

Qu'est-ce qui réussit chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients ?

48

	Cadre	Pays	Intervention	Cible	Organisation parrainante	Résultats/Observations
1.	Communauté Professionnels du sexe (hommes)	Maroc	1) Education par les pairs 2) Activités de proximité * éducation par les pairs, services de conseil, distribution de préservatifs, orientation vers les services locaux de soins pour le diagnostic et le traitement des MST, services de conseil et dépistage du VIH	17 000 contacts individuels sur une période de 10 mois en 1995	Association de Lutte contre le SIDA (ALCS)	X : Ont signalé une utilisation régulière accrue du préservatif X : Utilisation plus fréquente des services de conseil et de dépistage
2.	Communauté Professionnelles du sexe (femmes)	Venezuela	Education par les pairs * améliorer la qualité de la vie et défendre les droits civils et de la personne chez les professionnelles du sexe * encourager le respect de soi, la santé sexuelle et reproductive, la prévention MST/VIH, l'utilisation de préservatifs	25 000 professionnelles du sexe à Caracas	Asociación de Mujeres por el Bienestar y Asistencia recíproca (ONG)	X : Amélioration de la qualité de la vie sexuelle des professionnelles du sexe X : Meilleure prise de conscience des droits civils et de la personne X : Moindre risque d'infection au VIH
3.	Communauté Professionnelles du sexe (femmes)	Cameroun	1) Services de proximité dans les zones urbaines 2) Education par les pairs * sessions de formation hebdomadaires dans les bars, maisons de passe, dispensaires anti-MST, quartiers * distribution de préservatifs * représentations théâtrales	Entre 1993 et 1996, formation de 200 éducateurs pour les pairs, 5 000 sessions d'information et environ 500 000 contacts	AIDSCAP	X : Meilleure connaissance de la prévention X : Utilisation plus fréquente du préservatif, diminution du nombre de viols collectifs X : Taux d'infection en régression
4.	Communauté – Professionnelles du sexe (femmes)	Papouasie-Nouvelle-Guinée	1) Travail de proximité 2) Ateliers sur la politique de santé 3) Services de conseil et de dépistage du VIH * éducation/distribution de préservatifs par les services de proximité * ateliers sur la politique générale en vue de faire diminuer le nombre des «séances d'identification» de la police et des viols collectifs	En 1996-1997, distribution de 1,5 à 2 millions de préservatifs masculins et 5000 préservatifs féminins Au milieu de 1998, 403 éducateurs pour les pairs avaient été formés	Institut de la Recherche médicale de Papouasie-Nouvelle-Guinée	X : Augmentation de la demande de préservatifs X : L'utilisation du préservatif aurait augmenté X : Diminution du nombre des séances d'identification de la police et des viols collectifs X : Diminution des cas de harcèlement sexuel

BIBLIOGRAPHIE

Abdul-Quader, A.S., Des Jarlais, D.C., Chatterjess, A., Hirky, A.E. & Friedman, S.R. (1999). Interventions for injecting drug users. In: Gibney L, DiClemente R.J. y Vermund S.H. (eds.), *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Aggleton, P., Khan, S. y Parker, R. (1999). Men who have sex with men. In: Gibney, L. DiClemente, R.J. & Vermund, S.H. (eds.), *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Aggleton, P. & Rivers, K. (1999). Interventions for adolescents. In: Gibney, L., DiClemente, R.J., & Vermund, S.H. (eds.), *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Alexander P. (1996). Making a living: Women who got out. In: Long L.D., Ankrah E.M. (eds.), *Women's Experiences with HIV/AIDS: An international perspective*. New York, Columbia University Press.

Crawford J., Lawless S., Kippax S. (1997). Positive women and heterosexuality: problems of disclosure of serostatus to sexual partners. In: Aggleton P., Davis P., Hart G. (eds.), *AIDS: Activism and Alliances*. Londres, Angleterre, Taylor & Francis.

Davis, A.G., Dominy, N.J., Peters A.D., *et al.* (1996). Gender differences in HIV risk behaviour of injecting drug users in Edinburgh. *AIDS Care*, 8(5):517-527.

Gallois C., Statham D., & Smith S. (1992). *Women and HIV/AIDS Education in Australia*. Canberra, Australie, Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services.

Gibney, L., DiClemente, R.J., & Vermund, S.H. (eds.). *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Giffin, K. (1998). Beyond Empowerment: Heterosexualities and the prevention of AIDS. *Social Science and Medicine*, 46(2): 151-16.

Goodridge, G.A.W. y Lamptey, P.R. (1999). HIV prevention in the general population. In: Gibney, L., DiClemente, R.J., & Vermund, S.H. (eds.). *Preventing HIV in Developing Countries: Biomedical and behavioural approaches*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Grunseit, A. (1997). *Influence de l'éducation en matière de VIH et de santé sexuelle sur le comportement sexuel des jeunes : un bilan actualisé*. Genève, ONUSIDA.

Gupta G.R., Weiss, E., & Mane, P. (1996). Talking about Sex: A prerequisite for AIDS prevention. In: Long, L.D., Ankrah, E.M. (eds.), *Women's Experiences with HIV/AIDS: An international perspective*, New York, Columbia University Press.

International Center for Research on Women (1999). *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the developing world*. Washington, DC, International Center for Research on Women.

Long, L.D., & Ankrah, E.M. (eds.), (1996) *Women's Experiences with HIV/AIDS: An international perspective*. New York, Columbia University Press.

Mane, P., Gupta., G.R., & Weiss, E. (1994). Effective Communication between Partners: AIDS and risk reduction for women. *AIDS*, 8(suppl. 1): S325-331.

MAP (2000). *The status and trends of the HIV/AIDS epidemics in the world*. Provisional Report, 5-7 juillet. Washington, International Programs Center, Population Division, US Census Bureau.

McKenna, N. (1996). *On the Margins: Men who have sex with men and HIV in the developing world*. Londres, Panos Institute.

National Research Council (1996). *Preventing and mitigating AIDS in sub-saharan Africa*. Washington, DC, National Academy Press.

Ngugi, E.N., Branigan, E. & Jackson, D.J. (1999). Interventions for commercial sex workers and their clients. In: Gibney, L., DiClemente, R.J., & Vermund, S.H. (eds.), *Preventing HIV in developing countries: Biomedical and behavioural approaches*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

ONUSIDA (1998a) *Evaluation des progrès en Ouganda – Prévalence du VIH et comportement sexuel : Avantage d'une double surveillance*. Genève, Etude de cas ONUSIDA.

ONUSIDA (1998b) *Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioural change – A synthesis of existing studies*, UNAIDS/98.2. Genève, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA.

ONUSIDA (1998c) *Partners in prevention: International case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS*, UNAIDS/98.29. Genève, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA.

ONUSIDA (1998d) *Elargir la riposte mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée*. Genève, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA.

ONUSIDA (1999) *Récapitulatif des Meilleures Pratiques*, 1^{ère} édition, ONUSIDA/99.28 F.

ONUSIDA (2000) *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, juin 2000. Genève, ONUSIDA.

Piot, P. & Aggleton, P. (1998). The Global Epidemic. *AIDS Care*, 10 (Suppl. 12): S200-208.

Rivers, K., Aggleton, P., Elizondo, J., Hernández, G., Herrera, G., Mane, P., Niang, C.I., Scott, S., & Setiadi, B. (1998). Gender relations, sexual communication and the female condom. *Critical public health*, 8(4): 273-290.

Rivers, K. & Aggleton, P. (1999). *Men and the HIV epidemic*. New York, UNDP.

Stimson, G.V. (1994). Reconstruction of subregional diffusion of HIV infection among injecting drug users in Southeast Asia: Implications for early intervention. *AIDS*, 8(11): 1630-1632.

Stimson, G.V. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: The policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine*, 41(5):699-716.

Swart-Kruger, J. & Richer, L.M. (1997). AIDS-related knowledge, attitudes and behaviour among South African street youth: Reflections on power, sexuality and the autonomous self. *Social Science and Medicine*, 45(6):957-966.

Wellings, K. & Field, B. (1996) *Stopping AIDS: AIDS/HIV public education and the mass media in Europe*. Harlow, Angleterre, Longman.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de sept organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines – médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

Au cours des deux dernières décennies, on a beaucoup appris sur la prévention du VIH. Ces nouvelles connaissances – tirées de diverses sources d'information, ainsi que des observations faites sur le terrain – ont contribué à nous faire mieux comprendre ce qui « marche » en matière de prévention. Ce document contient des descriptions d'interventions novatrices menées dans des groupes très vulnérables : les jeunes, les femmes, les consommateurs de drogues injectables, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, ainsi que dans la population générale.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

ONUSIDA – 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 – Suisse

Tél. (+41 22) 791 46 51 – Fax (+41 22) 791 41 87

Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

\$10.00