

Revue documentaire sur VIH/Sida et Pauvreté au Burkina Fasso

La tendance actuelle de la prévalence VIH est en baisse sinon en stagnation dans le monde entier et en Afrique subsaharienne en particulier selon le dernier rapport ONUSIDA 2005 (0,1% contre 0,1% en 2003). Il en est de même de l'infection qui régresse dans certains pays (Cambodge, Thaïlande...) chez certaines catégories sociales, preuve que les efforts les programmes de prévention n'ont pas été vains.

Cependant, si l'espoir est permis pour une survie de l'humanité, force est de constater malheureusement que dans l'action sociale l'infection à VIH constitue toujours un dilemme des pauvres qui peinent à survivre pour pouvoir se prendre en charge face à une maladie qui semble être l'apanage de personnes aisées. De plus le regard social sur le malade, s'il s'est amélioré, ne manque jamais de le stigmatiser si ce n'est pas la surinfection qui guète les infections.

De ce fait, peut-on aujourd'hui soutenir justement que le VIH est une question de PAUVRETE ?

Comment sont vues les PVVIH ?

Comment se fait la lutte contre l'infection et la surinfection ?

La présente revue documentaire vise à faire l'état des lieux, sans être exhaustive, sur :

I. VIH ET PAUVRETE.

➤ VIH/SIDA ET PAUVRETE AU BURKINA FASSO, PNUD 2001.

Cette étude soulignait la faiblesse de d'études antérieures dans lesquelles sont croisées des variables épidémiologiques et socioéconomiques afin d'analyser les corrélations entre les deux phénomènes. De même, les contraintes éthiques n'ont pas permis aux tests sérologiques déjà effectués de constituer une base de données exhaustive permettant d'établir la carte d'identité socioéconomique des séropositifs à cause de leurs caractères anonymes et volontaires.

Néanmoins, l'étude part du constat que le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres du monde avec un taux majeure et stable de pauvres : **44,5% en 1994 et 45,3% en 1998**, a une population vivant avec un PIB par habitant très bas, un taux brut de scolarisation de 41% en 1998-99, un taux de morbidité et mortalité infantile et maternelle les plus élevés.

Ainsi l'étude s'est demandée si le VIH/SIDA et la pauvreté sont liés et dans quels sens. Si un pauvre avait plus ou moins de chance qu'un riche d'être affecté par le VIH/SIDA.

Pour l'étude **« sans aucun doute, l'épidémie entraîne de graves conséquences au niveau social et économique pour les PVVIH et leurs familles, pour les différents secteurs économiques et sociaux, et pour le développement du pays en général : les ménages pauvres sont affectés par la réduction des revenus de la PVVIH lorsqu'elle est atteinte ; par la hausse considérable des dépenses médicales de la PVVIH et, malheureusement, par les dépenses funéraires lors du décès de la PVVIH, ceci en dépit de la solidarité communautaire et une certaine capacité de résistance de ces ménages. »**

Elle soutient par ailleurs que **« le VIH touche un nombre plus élevé de pauvres que de riches, compte tenu tout simplement de la taille démographique de chacune de ces catégories socioéconomiques »**. Et, **« si, au départ, le VIH/SIDA a semblé toucher relativement plus d'hommes aisés suite à un comportement sexuel à risques, particulièrement auprès des prostituées, aujourd'hui le VIH/SIDA infecte autant les riches que les pauvres. »** Mais, **« la pauvreté est un facteur de causalité de la prostitution et de la migration, deux phénomènes fortement liés à l'expansion du VIH/SIDA en Afrique. »**

En conclusion l'étude a montré qu'il y a un lien entre VIH/SIDA et pauvreté et que lutter contre la pauvreté, c'est renforcer la lutte contre le VIH/SIDA. Seulement ; cette lutte devra s'insérer dans un cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA (CSLVS) et dans le cadre macroéconomique du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) élaboré depuis 1999 et qui comporte quatre axes principaux :

- accélérer la croissance et la fonder sur l'équité ;
- garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base ;
- élargir les opportunités en matière d'emploi et d'activités génératrices de revenus pour les pauvres ;
- promouvoir la bonne gouvernance.

➤ **Principales études pertinentes pour une analyse des liens entre VIH/SIDA et pauvreté selon l'étude op. cit.**

- Banza BAYALA et Gabriel SANGLI : Etude multisites et sur les jeunes de Bobo – Dioulasso, Burkina Faso 2000.

Cette étude est l'une des rares études qui a traité du statut sérologique des enquêtés en rapport avec leur situation socioéconomique. Elle est donc à la fois sociodémographique et biomédicale.

Cette étude a révélé que :

- les sujets enquêtés, les jeunes ont connu une sexualité précoce ;
- ils ont eu pour la plupart des rapports sexuels avec une multiplicité de partenaires ;
- ils ont eu des rapport sexuels peu ou non protégés, bien qu' ils aient déjà entendu parler des IST et du SIDA ;
- le taux de prévalence et de l'ordre 5,25% pour l'ensemble de la population enquêtée ;
- le niveau d'infection est plus élevé chez les adulte (les femmes sont les plus infectées) ;
- le taux de prévalence est plus élevé chez les consommateurs d'alcool ;
- la circoncision semble réduire les risques d'infection au VIH alors que l'excision en accroît les risques.

- Lisa MANHART , Nana OUOBA et Yacouba YARO. Etude sur la santé reproductive chez les adolescents dans le Sahel. Résultats des « focus groups ». le cas du Burkina Faso. Juin 1994.

Cette étude et à classer dans la catégories des études CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) sur les IST, VIH/SIDA. Sa seule innovation est d'avoir pris en compte l'étude des obstacles à la fréquentation des centres de santé. En effet, elle a révélé que, bien que disposant de suffisamment d'informations sur les IST et le VIH/SIDA et sachant qu'il existe des centres appropriés pour les recevoir et les traiter, les populations n'y vont pas. Elles estiment que lesdites structures n'ont pas été mises en place pour elles, arguant que la mauvaise qualité de l'accueil en constitue un élément majeur d'éloignement. Outre cet aspect, elles estiment que les IST sont des « maladies de la honte » et ce sentiment de gêne et de culpabilité les empêche de se confier à une personne inconnue.

- Gisèle KABORE, Représentations du SIDA et comportement sexuel du jeune Burbinabè. Novembre 1995.

Selon l'auteur, la connaissance seule du SIDA ne suffit pas à modifier les comportements individuels. Son investigation a, en effet, permis de savoir que le simple fait de connaître le SIDA (ode de transmission, manifestations / signes cliniques, comportements à risques) et d'en avoir une représentation réaliste ne suffisent pas à modifier les comportements des jeunes. Ce phénomène de discordance entre les comportements individuels d'avec les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de santé est très bien connu en psychologie ou en sociologie de la santé. Pour les jeunes en question, l'auteur estime qu'il faut aussi prendre en compte les facteurs psychosociaux tels la tradition, la religion, l'origine socioprofessionnelle ou socioéconomique pour expliquer leurs comportements sexuels face au SIDA. L'auteur finit en proposant deux stratégies pour un changement effectif des jeunes face au SIDA :

- la première devra encourager les jeunes à éviter les comportements à risque. Ce travail devra surtout se faire pendant l'adolescence, c'est-à-dire au moment où les êtres humains prennent conscience de leur sexualité et qu'il est plus facile de renforcer les attitudes positives ;
- la seconde consiste à axer les programmes de sensibilisation sur les jeunes non – scolarisés parce que qu'ils constituent le groupe – cible privilégié pour atteindre la majorité des jeunes.

- Luc – Joël GREGOIRE, Guy AUREGAN, Henk Van Renterghem, Epidémie du VIH/SIDA : diagnostics et réponses opérationnelles.2000.

Cette étude constate que le Burkina Faso est un pays très vulnérable à l'épidémie du fait de l'extrême pauvreté de sa population :

- 45,3% de la population vit sous le seuil de pauvreté (environ 74000F CFA /an) ;
- 80% de la population est analphabète ;
- les migrations internes et externes sont importantes ;
- l'engorgement des services hospitaliers (50% des lits sont occupés par des malades du SIDA) ;
- les tranches d'âges les plus touchées sont 25 – 49 ans et les jeunes filles de 13 à 25 ans (chez elles l'infection est cinq à huit fois supérieure à celle des garçons de la même tranche d'âge.)

Le rapport conclut que l'épidémie prend des proportions inquiétantes au Burkina mais que le pays, grâce aux actions déjà initiées, pourra faire face à la maladie.

- Jean – François SOME et Athanase F.X.K.ZAGARE. Etude sur l'organisation du dépistage anonyme et volontaire dans la ville de Ouagadougou. 12/12/2001.

Cette étude mettait en relation le coût élevé u test de dépistage et le désir croissant des populations à connaître leur statut sérologique. L'étude recommandait aux partenaires au développement d'accompagner la capacité organisationnelle des associations par un appui technique et leur confier les activités de dépistages pour répondre aux besoins des populations. Ils ont proposé la mise en place d'un programme de promotion du dépistage au profit des groupes vulnérables.

N.B. on constate aujourd'hui que nombre de ces préoccupations sont prises en compte dans les programmes et projets.

- Pierre HUYGENS et al. Les jeunes face à l'épidémie de VIH/SIDA à Bobo – Dioulasso : analyse du contexte de vulnérabilité et des possibilités de réponses. Avril 2000.

Pour cette étude, les jeunes et femmes sont les plus touchés par l'épidémie du VIH/SIDA et cette vulnérabilité serait due aux changements majeurs liés à l'urbanisation :

- la situation de domination que vivent les cadets et les femmes leur donne peu de chance de décider des comportements à adopter pour se protéger du VIH/SIDA ;
- la précarité économique que vivent les jeunes (ils n'ont pas les moyens d'entretenir une femme) et les femmes (elles ne disposent ni des moyens, ni du pouvoir de réfuter l'acte sexuel) les expose à avoir davantage des partenaires sexuels multiples et ainsi, aux risques d'infection par le VIH/SIDA.

L'étude recommande alors :

- de renforcer la protection civile des femmes et des cadets , souvent trop vulnérables, dépendants ;
 - de mettre en place un système de diffusion de l'information sur l'épidémie et sa prévention qui tienne compte de la variété des modes de vie des jeunes c'est – à – dire à partir des associations endogènes « les grins » où se réunissent les jeunes ;
 - de mettre en place un service de proximité accueillant, discret, qui pourrait collaborer avec les associations de jeunes pour les accompagner dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- La lutte contre le VIH – SIDA. Rapport sur le développement humain.PNUD.2001.Burkina Faso.

Ce rapport dans son chapitre IV insiste sur le lien entre le VIH – SIDA et la pauvreté. L'analyse de l'impact du SIDA sur la pauvreté engagée par le CNLS avec l'appui du PNUD et du Danemark, montre que l'épidémie du VIH/SIDA aggrave la pauvreté parmi les ménages qui sont déjà pauvres. Elle provoque également une

situation de pauvreté dans les ménages qui ont connu un décès prématuré d'un des membres de la famille. Les facteurs principaux qui contribuent d'une manière ou d'autre à renforcer la pauvreté au niveau micro -, économique c'est-à-dire individuel ou familial sont :

- diminution des revenus des ménages (diminution des revenus agricoles ou perte de salaire etc.) ;
- l'augmentation des dépenses de santé et d'obsèques ;
- diminution de la productivité de la main d'œuvre ;
- l'épuisement des économies familiales ;
- la dislocation du ménage à la suite de la perte d'un ou des deux parents ;
- l'augmentation du nombre d'orphelins et d'enfants de la rue ;
- la déstructuration de la solidarité communautaire.

Le rapport souligne par ailleurs que la pauvreté est un facteur de vulnérabilité au VIH/SIDA. La pauvreté rend, en effet, les pauvres vulnérables à l'infection à VIH, à la morbidité et à la mortalité. La probabilité d'être exposé l'infection à VIH est élevée en raisons suivantes :

- le mauvais état de santé des personnes ;
- l'analphabétisme ;
- la malnutrition;
- la prévalence des IST non traitées ;
- l'inaccessibilité aux messages de prévention.

- Lutte contre le SIDA. Meilleures pratiques. L'expérience sénégalaise. ONUSIDA – Juin 2001

Cette étude avait pour objectif d'identifier, les meilleures pratiques au Sénégal, dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA afin de mettre en relief des points forts sur lesquels on peut s'appuyer pour les adapter à de nouvelles situations ou pour élaborer d'autres réponses, que les faiblesses à surmonter.

En conclusion, l'étude révèle que la prévalence du VIH au Sénégal est faible et stable bien qu'il existe des facteurs macro-économiques qui, dans d'autres pays, ont favorisé le développement de l'épidémie (pauvreté, analphabétisme, migration, déséquilibre dans les rapports de genre).

L'étude soutient donc qu'à côté de ces facteurs favorables à la propagation du VIH, on relève d'autres notamment sur le plan de l'organisation sociale et des politiques de santé) qui auront sûrement contribué la maîtrise de l'épidémie comme :

- la politique de réglementation du travail du sexe et une prise en charge des IST chez les travailleurs du sexe avant l'avènement du VIH/SIDA ;
- la politique de sécurité transfusionnelle (contrôle du risque immunologique et infectieux) initié depuis 1970 ;
- l'intégration de la prise en charge des IST dans les activités de planning familial en place dès le début des années 80 ;
- la réforme du système de santé pour favoriser l'accès aux soins et la participation des populations la gestion du système de santé ;
- l'existence d'un réseau dense et actif de mouvements associatifs de jeunes et de femmes ainsi que d'un maillage religieux susceptible de soutenir la mobilisation sociale.

Mais pour l'étude, il faut ajouter à cela la réponse mise en œuvre pour contrer l'épidémie, qui fonde sa spécificité sur la rapidité, son approche pluridisciplinaire, multisectorielle et holistique.

De cette étude, l'on retiendra que la pauvreté n'est pas un handicap insurmontable face au VIH/SIDA n'est pas non plus une fatalité pour les pauvres car à travers une bonne approche on arrive à la maîtriser. P. 109.

II. PVVIH ET STIGMATISATION / DISCRIMINATION.

Il n'est pas aisé de vivre sa séropositivité et il l'est encore moins de la vivre parmi et avec les autres.

Comment les PVVIV vivent-elles leur statut de séropositif ?

Comment la société les appréhende-t-elles ?

- Rapport d'une consultation internationale sur le Sida et les droits de l'homme Genève, 26 – 28 juillet 1989

Ce rapport pose le problème de la stigmatisation comme une atteinte aux droits de l'homme aux premières heures des cas de Sida. En effet « **à la fin des années 80 – première décennie qui ait connu le Sida – le monde devait faire face à trois épidémies connues : l'infection par le virus d'immuno déficience humaine (VIH), le syndrome d'immuno déficience acquise (SIDA) et la réaction sociale, culturelle et politique au VIH et au SIDA. Cette troisième épidémie menace de plus en plus de l'emporter en gravité sur les épidémies de VIH et de SIDA. Les mythes concernant le VIH et le SIDA persistent, comportant généralement la peur du contact accidentel. Selon des enquêtes réalisées dans le monde entier, de 10 à 30% de gens croient toujours que le VIH peut être communiqué par une poignée de main et qu'il est dangereux de circuler en autobus ou de partager un lieu de travail avec une personne infectée. (...) Les droits et la dignité des personnes infectées par le VIH continuent d'être battus en brèche dans les domaines du travail, de l'éducation, du logement et des déplacements, et ce même dans les pays qui, jusqu'ici ont fermement résisté à ce type de discrimination** » P 1.

Le rapport constate que le VIH/SIDA porte atteinte aux droits de l'homme il fait des recommandations à l'OMS et aux commissions des droits de l'homme d'étudier les mesures qui pourraient être prises pour protéger les droits de l'homme des personnes à risque ou atteintes par le VIH/SIDA.

Plus d'une décennie après, qu'en est-il des droits humains face au VIH/SIDA ? La discrimination, la stigmatisation, l'auto stigmatisation ont-ils régressé ?

- Campagne mondiale contre le Sida 2002 – 2003 cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA. ONUSIDA juin 2002.

Ce document rappelle que la campagne mondiale contre le SIDA 2002-2003 s'est axée sur la stigmatisation, la discrimination et les droits de la personne humaine. En effet, la stigmatisation¹ et la discrimination associées au VIH/SIDA entraînent de nombreux effets comme la dépression, la perte de l'estime de soi et le désespoir. Elles sapent aussi les efforts de prévention car les individus développent la peur de faire leur test de dépistage, par crainte des réactions des autres. Elles poussent ceux qui sont exposés au risque d'infection et certains qui sont infectés à continuer à pratiquer

¹ Elle est décrite comme une caractéristique qui « discrédite significativement » un individu aux yeux des autres.

une sexualité sans protection parce qu'ils pensent qu'en changeant de comportement ils susciteraient des doutes sur leur statut sérologique. Elles font, enfin, que les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont considérées à tort comme une sorte de « problème » plutôt que comme une composante de la solution à contenir et à gérer l'épidémie.

Pour Peter Piot² : « **la stigmatisation liée au VIH/SIDA est provoquée par un mélange détonnant de honte et de peur-honte parce que la sexualité ou la toxicomanie qui transmettent le VIH sont voilées de tabous et de jugements moraux et peur car le SIDA est relativement nouveau et considéré comme mortel. Répondre au SIDA par la condamnation ou par les insultes à l'égard des personnes vivant avec le SIDA ne fait que repousser l'épidémie dans la clandestinité en créant les conditions idéales à la propagation du VIH. La seule manière de gagner des points contre l'épidémie consiste à remplacer la honte par la solidarité et la peur par l'espoir** ». P. 7.

Le rapport souligne par ailleurs que le vrai combat contre le SIDA en Afrique se joue dans les familles et les villages de ce continent, où l'autorité des pouvoirs publics ne s'étend que rarement. Car cette forme de discrimination est intensément personnelle et prend de nombreuses formes : des enfants qui rejettent d'autres enfants dans la cour de récréation, ou une belle-famille qui rejette la veuve d'un fils décédé de la maladie.

C'est pourquoi, le rapport conclut que si l'on veut encourager des actions efficaces contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/SIDA, il faut travailler simultanément sur plusieurs fronts : la communication et l'éducation pour encourager une meilleure compréhension ; des actions et des interventions pour créer un contexte politique plus équitable ; et des actions en justice, s'il y a lieu, pour demander des comptes aux pouvoirs publics, aux employeurs, aux institutions et aux individus.

Cependant, l'objectif fondamental, c'est de tendre vers une action qui encouragera des modèles plus égalitaires et progressistes en matière de sexospécificité et qui contribuera à guider notre manière de vivre et d'interagir les uns avec les autres.

- Le point sur l'épidémie du SIDA. ONUSIDA décembre 2002

² Déclaration lors de la session plénière de la conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance, Durban, Afrique du Sud, 4 septembre 2001.

Ce rapport montre que de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA figurent parmi les plus grands et les plus déplorables obstacles à une action efficace contre l'épidémie de SIDA » p. 20.

La stigmatisation et la discrimination visent et blessent ceux qui ont le moins de chance de jouir de leurs droits humains : les plus pauvres, les moins instruits et les plus marginalisés. En fait, la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de la personne constituent un cercle vicieux, elles se créent, se renforcent et se perpétuent mutuellement.

« La stigmatisation et la discrimination accroissent la vulnérabilité des individus et, en les isolant et les privant de traitement, de prise en charge et de soutien, elles aggravent l'impact de l'infection ».

C'est pourquoi la campagne mondiale contre le SIDA 2002 – 2003 visait à stimuler les efforts déployés dans le monde pour abattre les barrières de la stigmatisation de la discrimination, sous le slogan « vivez et laissez vivre »...

Cette campagne 2002 – 2003 :

- encourageait les leaders, à tous les niveaux et dans tous les milieux, à mettre en question la discrimination liée au VIH, à mener des actions publiques et à agir contre les nombreuses autres formes de discrimination auxquelles les individus sont confrontés par rapport au VIH/SIDA ;
- intégrait les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la riposte à l'épidémie ;
- créait un environnement juridique positif pour lutter contre la discrimination ;
- donnait aux individus les moyens de mettre en question la discrimination et d'obtenir réparation par l'intermédiaire des institutions nationales ;
- faisait en sorte que les services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien soient accessibles à tous.

III. LUTTE CONTRE L'INFECTION ET LA SURINFECTION AU VIH : L'EXPÉRIENCE DE LA PRISE EN CHARGE.

L'expérience de la prise en charge de l'infection à VIH et du SIDA est différente d'un pays à un autre tant l'accent est mis sur le domaine préventif ou curatif, clinique ou psychologique, social et affectif.

- Vivre au mieux avec le VIH/SIDA. FAO, juillet 2004

Est un manuel initié par la FAO sur les soins et le soutien nutritionnel à l'usage des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Ce manuel met un accent particulier sur l'importance d'une alimentation saine et équilibrée pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les besoins alimentaires particuliers des personnes vivant avec le VIH/SIDA, la manière de face aux complications du VIH/SIDA et la prise en charge de ces personnes et propose une somme d'expérience de traitement et de remèdes à base de plantes d'autres communautés.

En somme, ce manuel est un véritable répertoire en ce qui concerne la prise en charge nutritionnelle des PVVIH.

- Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA dans la région africaine – Cadre et mise en œuvre – OMS – 2001

Ce document présente la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA après que les gouvernements africains aient déclaré l'épidémie du VIH/SIDA, catastrophe nationale et reconnu qu'il était urgent d'accélérer la riposte. En effet, l'analyse situationnelle montrait que l'Afrique subsaharienne :

- demeurait la région la plus touchée par l'épidémie en fin 1999 avec 23,3 millions (70%) de personnes atteintes sur 33,6 millions d'adultes et d'enfants infectés par le VIH ou atteints du SIDA dans le monde (chiffre qui n'est toujours pas en baisse en 2005) alors que sa population ne représentait que 10% de celle mondiale ;
- avait toujours une faiblesse dans le processus de prise en charge des PVVIH/SIDA ;

- connaissait un accès difficile aux soins et aux médicaments (ARV) contrairement aux pays du Nord ;
- était à la traîne par rapport au traitement par la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse, de même que par rapport à l'accès au dépistage volontaire qui constitue une mesure de prévention efficace.

C'est pourquoi la stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA a été adoptée à la quarante sixième session du Comité Régional dans le cadre de la résolution AFR/RC46/R2 avec les orientations suivantes :

- a) plaidoyer et création de réseaux concernant le VIH/SIDA et les IST tant dans le secteur de la santé que dans ceux n'en relevant pas ;
- b) gestion du programme, en mettant l'accent sur l'intégration, la décentralisation et la coordination ;
- c) surveillance épidémiologique au VIH/SIDA et des IST ;
- d) services de soins et de soutien psychologique ;
- e) prévention et traitement des IST ;
- f) sécurité transfusionnelle ;
- g) promotion de la santé des jeunes, des femmes, des travailleurs et d'autres groupes vulnérables, en collaboration avec d'autres secteurs ;
- h) recherches opérationnelles.

En somme, ce document est un cadre stratégique qui oriente l'action des gouvernants à l'échelle nationale pour la prévention des IST/VIH/SIDA.

- Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : choix et utilisation de la Névirapine. OMS – 2001

Ce document met en exergue l'efficacité de la Névirapine dans la prévention du VIH/SIDA en particulier dans la prévention de la transmission mère à l'enfant.

C'est en 1994 que l'on a observé la réduction remarquable du taux d'infections pédiatriques à VIH dans les pays industrialisés mais le coût et la complexité de ces schémas thérapeutiques en ont restreint l'usage en milieu défavorisé.

Mais depuis 1998, il existe un schéma plus court, basé sur l'administration de Zidovudine seule à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse, dont on a montré qu'il réduit le risque de transmission du VIH à 6 mois de 50% en l'absence d'allaitement maternel et de 37% en cas d'allaitement maternel.

D'autres essais cliniques ont montré que les schémas antirétroviraux de courte durée basés sur une association Zidovudine plus Lamivudine ont sur la Névirapine seule pouvaient également réduire sensiblement le risque de transmission du VIH.

Ceci est une autre forme de prise en charge des PVVIH/SIDA et du même coup il facilite le respect de leur droit, leur désir de procréer.

- Prévenir l'infection par le VIH, promouvoir la santé en matière de reproduction : la réaction du FNUAP en 2002

Dans ce rapport 2002, on constate aisément que la lutte contre l'infection à VIH passe par la prévention – laquelle prévention doit être soutenue par des engagements des pays, une réaction des régions et une action mondiale. Pour ce qui est de la stratégie de prévention, Kofi Annan, Secrétaire Général de l'organisation des Nations Unies pense que « **l'expérience collective du VIH/SIDA s'est développée au point où il est désormais possible d'affirmer avec certitude que sur les plans technique, politique e financier un coup d'arrêt au VIH/SIDA et une réduction spectaculaire de sa diffusion et de son impact sont désormais réalisables** » P. 1 . Cela bien sûr à travers une stratégie.

C'est également l'avis de Thoraya A. Obaid, directrice exécutive du FNUAP lorsqu'elle affirme que : « **c'est par la prévention que nous pouvons avoir le plus grand impact – en aidant les jeunes à éviter l'infection et en veillant à ce que les femmes sénégalaises le demeurent, surtout quand elles sont atteintes** » P. 2

Si la prévention est utile, il faut ajouter à cela un engagement des pays. Et le Révérend Benjamin Walter Mpho Moruakyomo de l'Eglise africaine méthodiste – épiscopaliennne du Botswana pense qu' « **il nous faut déclarer la guerre à cette**

pandémie. Il n'est rien qui représente une menace grave à nos vies que le VIH/SIDA. Il a fait des ravages dans notre population. Je ne connais aucune famille qui ait été épargnée ». De ce fait, le FNUAP est actif dans plus de 140 pays sur leur demande, appuyant les gouvernements à mettre au point des stratégies et politiques de la population

Si l'Afrique, en particulier l'Afrique subsaharienne est actuellement la région au monde la plus touchée par le VIH/SIDA et « ... **l'épidémie mondiale du VIH/SIDA, par son ampleur et son impact destructeur, constitue une urgence mondiale et l'un des défis les plus formidables lancés à la vie et à la dignité humaine, aussi bien qu'à la jouissance effective des droits de la personne, elle sape le développement économique et social dans le monde entier et atteint la société à tous les niveaux – nation, communauté, famille et individu** »³.

C'est pourquoi, le rapport conclut en érigeant la prévention comme la pierre angulaire de la lutte contre le VIH/SIDA en ces termes : « **sur la lancée des tendances actuelles, le Sida tuera 68 millions de personnes dans les 45 pays les plus gravement touchés au cours des 20 prochaines années. Mais cela n'est pas inéluctable. Nous savons que la prévention donne des résultats. La réaction mondiale au Sida est sur le point d'entrer dans une ère nouvelle, où la qualité des animateurs et le degré d'engagement sont enfin associés aux ressources nécessaires pour poursuivre le travail. L'investissement dans la prévention du VIH/SIDA sera payé mille fois par le nombre de vies sauvées et de communautés dont la cohésion sera préservée** ». P. 28. Peter Piot, Directeur exécutif d'ONUSIDA.

- Prévenir l'infection par le VIH, promouvoir la santé en matière de reproduction : Action de l'UNFPA, 2003.

En 2003 l'UNFPA est passé de sa réaction de 2002 en action toujours en action toujours pour une prévention plus grande vu qu'en 2002, 5 millions de personnes ont été infectées dans le monde – soit environ 14 000 chaque jour.

C'est pourquoi l'UNFPA estime que pour arrêter les nouvelles infections, il faut mener des actions auxquelles elle prête appui. En effet :

- sur les 42 millions de personnes sont atteintes du VIH/SIDA, dont 90% ne savent pas qu'elles sont porteuses du virus ;

³ Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA, 2001.

- sur les 5 millions de nouveaux cas d'infection enregistrés en 2002, plus de 95% sont situés dans les pays en développement et presque la moitié des nouveaux adultes infectés sont des femmes ;
- les jeunes de 15 à 24 ans sont majoritairement touchés par l'épidémie ;
- en Afrique australe une crise alimentaire aggrave l'infection à VIH.

Pour toutes ces raisons, le rapport conclut que : **« la pandémie n'a pas encore atteint son plein développement (et) l'UNFPA, avec des partenariats coordonnés, affronte la tâche redoutable de fournir aux pays l'appui nécessaire à long terme. Les pays ont besoin d'une assistance plus nourrie pour obtenir accès aux ressources adéquates et pour appliquer des politiques et programmes efficaces afin de prévenir de nouvelles infections et, en fin de compte, d'arrêter et faire reculer l'épidémie »**. P. 29. Thoraya Obaid, Directrice exécutive de l'UNFPA.

- Tous unis pour le changement. Les hommes et la prévention du Sida – FNUAP 2001

Ce rapport développe une approche genre dans la prévention du SIDA en soutenant qu'il faut mettre un accent particulier sur les hommes pour diverses raisons.

Car :

- en faisant intervenir les hommes dans la prévention de l'infection à VIH on utilise le moyen le plus sûr de modifier le cours de l'épidémie. Les hommes, en effet, sont impliqués dans presque tous les cas de transmission du virus, et presque toujours, ont le pouvoir de se protéger et de protéger leur partenaire ;
- les comportements dangereux accroissent les risques, pour les hommes, de contracter le VIH et de les transmettre ;
- la participation des hommes est nécessaire pour permettre aux femmes de se protéger elles-mêmes de l'infection à VIH ;
- le changement passe d'abord par une modification de la façon dont les garçons sont élevés ;

- encourager l'utilisation des préservatifs est l'un des meilleurs moyens d'intervention. Les besoins des hommes en santé de la sexualité et de la reproduction sont importants, et on n'y a guère prêté attention jusqu'à présent ;
- les hommes et les femmes gagnent à une communication ouverte, qui peut les aider à devenir des partenaires égaux, soucieux de sécurité ;
- les hommes ont beaucoup à offrir en qualité de pères, de maris, de frères, de fils et d'amis et doivent assumer un rôle plus grand dans les soins apportés aux membres de leur famille qui ont le SIDA ;

En conclusion, le rapport fait des hommes, les véritables partenaires du changement. En effet pour ONUSIDA, Men Make a difference car « en tant qu'hommes politiques, en tant que travailleurs, en tant que pères, fils, frères, amis, les hommes ont beaucoup à donner ».

- Le SIDA – Parlons-en. Guide de développement des messages sur les IST/VIH/SIDA. Première édition 2001. SFPS – Bureau régional.

Ce guide met l'accent sur la communication pour le changement de comportement à l'endroit de onze (11) groupes cibles que sont : les jeunes, les routiers, les migrants, les militaires, les PVVIH/SIDA, les journalistes, les leaders politiques, les leaders religieux, le personnel de santé, les communautés, les femmes à partenaires multiples (FPM).

Il part d'abord des problèmes prioritaires à chaque groupe pour proposer des activités IEC afin de susciter les comportements recherchés.

Par exemple, le guide pense que les problèmes prioritaires chez les jeunes sont :

- le changement de partenaires sexuels trop fréquent ;
- la non utilisation systématique et correcte du préservatif ;
- l'insuffisance d'encadrement ;
- l'insuffisance de discussions parents/enfants sur l'éducation sexuelle ;
- l'insuffisance de soutien des jeunes aux PVVIH et aux personnes affectées.

Il propose donc des activités pour que les jeunes puissent opérer des choix éclairés en matière de sexualité et adopter une attitude de tolérance et de soutien vis à vis des PVVIH et des personnes affectées.

Pour les PVVIH, leur problème c'est :

- l'insuffisance d'information sur le VIH/SIDA ;
- la méconnaissance des avantages de la prise en charge ;
- la méconnaissance du potentiel de la PVVIH dans la lutte contre le SIDA.

Le guide propose des activités afin que la PVVIH cherche auprès des personnels de santé et des personnes ressources les connaissances disponibles sur les IST/VIH/SIDA pour avoir tous les atouts et faire face à sa situation et adopter une hygiène de vie et une alimentation qui lui donnent la meilleure chance possible de vivre longtemps avec le virus.

Il insiste également sur la nécessité de la PVVIH à se faire prendre en charge médicalement afin de prévenir et de traiter les infections opportunistes qui l'attaquent. Le guide exhorte la PVVIH, au lieu de s'isoler, à s'engager dans la lutte contre le VIH/SIDA pour combattre rejet et stigmatisation à son endroit et envers les autres personnes atteintes par le virus.

Il en fait de même pour les femmes à partenaires multiples qui ont des problèmes :

- de non-perception du risque lié à la pratique du métier ;
- de non-utilisation correcte et régulière du préservatif avec le partenaire régulier ;
- d'acceptation de rapports sexuels non protégés pour les raisons économiques ;
- d'incapacité à négocier le port du préservatif ;
- de non-utilisation des services de santé ;
- de peur de connaître leur statut sérologique.

Le guide conseille ces femmes, qui ont des partenaires multiples, de négocier impérativement l'utilisation systématique des préservatifs par leurs clients mais aussi par son partenaire régulier ou le proxénète pour lequel elle travaille.

En somme, en dépit de l'amélioration récente de l'accès aux traitements antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie de SIDA a fait 3,1 millions de décès en 2005 dont plus d'un demi – million (575000) d'enfants. Le nombre total de personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a atteint son plus haut niveau : 40,3 millions vivent aujourd'hui avec le VIH et 5 millions de personnes ont contracté une infection par le virus en 2005.

Cependant, tout indique que le VIH cède du terrain en présence d'interventions déterminées et concertées comme c'est le cas en Ouganda, Thaïlande, Cambodge, Espagne, Brésil, Kenya, Zimbabwe pour ne citer que ceux – là.

Face à ce double constant (désespérant et espérant) que faut – il faire ?

Le rapport ONUSIDA, qui reprend les préoccupations de plus d'une centaine de pays du monde, pense qu'il faut coordonner des approches radicalement différentes afin d'espérer réduire les écarts entre ne multitudes d'interventions et une épidémie en aggravation constante. Ceci, en intensifiant la prévention et en accélérant les efforts de traitement de prévention simultanément. En effet, les études ont montré que c'est lorsque les actions de prévention sont intensives, complètes et à long terme qu'elles sont le plus efficaces. Par exemple, « les programmes intensifs de prévention dans la région de Mbeya en Tanzanie ont apporté une augmentation de l'utilisation du préservatif et du traitement des infections sexuellement transmissibles entre 1994 – 2000. Ces changements se sont accompagnés d'une baisse de la prévalence du VIH chez les femmes de 15 à 24 ans de 21% à 15% pendant la même période. » P.7

Le rapport pointe à nouveau du doigt la stigmatisation et la discrimination comme des facteurs d'affaiblissement de l'efficacité des actions destinées à maîtriser l'épidémie mondiale et suscitent simultanément le climat idéal à la poursuite de sa propagation. Il invite donc à mettre l'accent sur les groupe marginalisés (les individus rejetés, en marge de la société et qui sont particulièrement exposés au risque : les travailleuses du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les détenus et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) et les campagnes d'information concernant les infections sexuellement transmissibles et la propagation du VIH.

On peut dire alors que :

- la question du rapport VIH/SIDA et pauvreté a jusque là été abordée sous l'angle macroéconomique et mériterait qu'on s'y intéresse à une échelle plus réduite afin de voir comment aider les pauvres à éviter ou prendre en charge leur séropositivité ;
- il y a très peu d'études au plan national qui approche de façon singulière la question du statut, du respect des droits des PVVIH, c'est – à – de leur stigmatisation ou auto - stigmatisation, de leur discrimination.

- On trouve des expériences de prise en charge de l'infection à VIH mais pas de rapport sur la prise en charge des groupe vulnérables au plan national (TS, adolescents scolarisés ou non, E.O.V.du SIDA) pour la simple raison que les projets d'intervention ciblées sur ces groupes, respectivement gérés par population Council, la FDC/BF sont à leur terme et en évaluation finale. Néanmoins, l'expérience existe et mérite d'être renforcée.