



Université Internationale de Langue Française
Au Service du développement Africain à Alexandrie d'Égypte

Departement : gestion des systèmes de santé et politiques alimentaires

Mémoire de Fin d'Études Professionnelles Approfondies

(Pour l'obtention du Diplôme d'Études Professionnelles Approfondies)

UN REGARD AFRICAIN SUR LES STRATEGIES DE
PRÉVENTION DE L'INFECTION VIH/SIDA EN EUROPE :
QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SÉNÉGAL ?

Présenté et soutenu le 24 Avril par **BA Mariame**

Sous la direction du professeur Jean Daniel Rainhorn

Membres du jury

Christian Mésange, président, Université Senghor

Jean Daniel Rainhorn, Institut Universitaire de Genève

Morsi el Soda, faculté d'agriculture, Alexandrie

IXème Promotion (2003-2005)

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à tous ceux qui dans le silence et l'affection, m'ont soutenu tout le long de ma scolarité. Il s'agit entre autres de :

Mon père Kassim Racine Ba qui m'a indiqué le chemin de l'école et enseigné dès l'enfance les valeurs de la : persévérance, l'honnêteté et le courage. 'Mariame, lève toujours la tête et dis toi que je serais toujours fier de toi,' me disait -il souvent. Je prie aujourd'hui pour le repos de son âme,

Mes mamans Khady Elizabeth Diatta et Sagar Ndaw qui ont toujours prié pour ma réussite,

Ma famille, qui a rempli mon cœur de joie et de tendresse

Mes neveu Fadel, Elhadj Dramé et Abdoul Mbaïké Pouye sama néné touti

Qu'eux tous trouvent ici l'expression de mon affection, ma reconnaissance et de ma gratitude pour tout le bien qu'ils m'ont fait.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation et l'aboutissement du présent Mémoire. Je vise en particuliers :

- *Les responsables de l'Université Senghor pour la qualité du cadre de travail que constitue ladite Université,*
- *Monsieur CHRISTIAN MESANGE, chef de département Directeur du Département Gestion des Systèmes de Santé, Politique Alimentaire pour sa gentillesse, ses conseils pratiques et autres encouragements toujours renouvelés pour que ce Mémoire aboutisse,*
- *Madame CAROLINE KURHAN GAULTIER, Directrice du Département Gestion du Patrimoine Culturel pour son soutien pendant ces deux années de formation*
- *Le professeur le Bras pour sa diligence à notre égard*
- *Tous les professeurs qui se sont tour à tour succédé dans notre département pour partager avec nous leurs compétences et leurs expériences,*
-

Toute ma reconnaissance va également à :

- *Madame GENEVIEVE PRETI et tout le personnel du Groupe Sida Genève pour m'avoir chaleureusement accueilli et mis à ma disposition tout ce dont j'avais besoin pour réussir mon stage. Recevez ici, mon affection et toute ma sympathie.*
- *Tous les membres de l'association PVA,*
- *Toutes les infirmières de l'hôpital Cantonal de Genève*
- *Monsieur JEAN DANIEL RAINHORN, pour son aide dans l'élaboration de ce travail.*
- *Monsieur SYLVAIN JERABEK et toute l'équipe de l'association Aides pour n'avoir ménagé aucun effort pour la réussite de mon stage*
- *Madame Catherine Tourette Turgis de l'association Comment Dire pour sa disponibilité,*
- *Mes compatriotes sénégalais MARINETTE, THIAM, BAYE DAME, KANE ET BABACAR,*
- *DOUDOU THIAM, pour son soutien pendant mon stage. Nos discussions m'ont permis de mieux cadrer mon sujet,*
- *MAMADOU NDIAYE pou son aide et ton soutien,*
- *HASSAN CISSE mon petit frère et toute la communauté nigérienne,*
- *IBOU NDIAYE, mon ami de toujours.*

A tous, je souhaite réussite dans la vie présente et future. Trouvez aussi en ce travail le fruit mûr de vos efforts.

*Partie la plus visible de l'iceberg, la communication sur le Sida
doit constituer un axe majeur de la politique de santé de l'Etat."*

France Lert

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES ILLUSTRATIONS	8
ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	9
RÉSUMÉ	10
ABSTRACT	11
INTRODUCTION GENERALE	12
INTRODUCTON.....	12
PROBLÉMATIQUE.....	13
HYPOTHESES DE TRAVAIL.....	15
METHODOLOGIE.....	16
Chapitre I	18
SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION VIH/SIDA	18
1.1. L'EPIDEMIE DANS LE MONDE.....	18
1.2. L'EPIDEMIE EN EUROPE DE L'OUEST.....	19
1.2.1. <i>L'épidémie en France</i>	20
1.2.2. <i>L'épidémie en Suisse</i>	21
1.3. L'EPIDEMIE EN AFRIQUE.....	22
1.3.1. <i>Situation du continent africain</i>	22
1.3.2. <i>L'épidémie au Sénégal</i>	23
Chapitre II	26
CONTEXTES SOCIOPOLITQUES	26
2.1. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE LA FRANCE.....	26
2.1.1. <i>Les grands axes de la politique étatique de prévention</i>	26
2.1.2. <i>L'intervention des associations dans la lutte contre l'infection VIH/SIDA</i>	29
2.2. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE LA SUISSE.....	29
2.2.1. <i>Les grands axes de la politique étatique de prévention</i>	30
2.2.2. <i>L'intervention des associations dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA</i>	32
2.3. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DU SENEGAL.....	32
2.3.1. <i>Les grands axes de la politique étatique de prévention</i>	32
2.3.2. <i>L'intervention des associations dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA</i>	34
2.4. PLACE DU DEPISTAGE DANS LA PREVENTION.....	35
2.5. TYPES D'EXEMPLES D'INTERVENTIONS.....	36
2.5.1. <i>Présentation des associations</i>	36
2.5.2. <i>Les acteurs</i>	37
2.5.3. <i>Les techniques de communication</i>	37

2.5.4. Les messages de prévention.....	38
2.5.4. Les actions de prévention.....	38
Chapitre III	41
ANALYSE CRITIQUE DES STRATEGIES DE PREVENTION	41
4.1 STRATEGIES DE COMMUNICATION ET SPECIFICITES SOCIOCULTURELLES DES MIGRANTS SUBSAHARIENS.....	41
4.1.1. Épidémie de l'infection VIH/SIDA	41
4.1.2. Le degré d'information des migrants sur l'infection VIH/SIDA	43
4.1.3. Les besoins des migrants sont-ils pris en compte dans les programmes de prévention ?.....	44
4.2. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET POPULATIONS SEROPOSITIVES.....	46
4.2.1. Les personnes vivant avec le VIH ont-elles un comportement de protection ?	47
4.2.2. Quelle perception de la prévention ?.....	47
4.2.3. Quid de la prévention auprès des PVVIH ?.....	48
4.3. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET TRITHERAPIE	48
4.3.1. Quel est le degré d'intérêt face au Sida ?	49
4.3.2. La peur du Sida mitigée	49
4.3.3. Les stratégies de communication ont-elles changé ?	50
4.4. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET COMPORTEMENTS SEXUELS	50
4.4.1. Du comportement sexuel.....	51
4.4.2. Du comportement de protection.....	51
4.5. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET INEGALITES SOCIALES.....	52
4.5.1. Infection VIH/Sida et précarité.....	52
4.5.2. Infection VIH/Sida et niveau d'éducation.....	52
Chapitre IV	55
DISCUSSIONS	55
4.1. LES RAISONS DU SUCCÈS DES STRATEGIES DE PRÉVENTION	55
4.1.1. Les caractéristiques communes des stratégies de prévention.....	55
4.1.2. La particularité du Sénégal.....	56
4.2. LES LIMITES DES STRATEGIES DE PREVENTION EN FRANCE ET EN SUISSE.....	57
4.2.1. D'une stratégie basée sur le préservatif.....	57
4.2.2. A l'acquisition d'une culture de la prévention	58
4.2.3. Nécessité de développer des stratégies de prévention en direction des PVVIH.....	59
4.2.4. Sida, migration et inégalité sociale.....	60
4.3. LES LIMITES DES STRATEGIES DE PREVENTION AU SENEGAL	67
Chapitre V	69
PROPOSITIONS	69
INTRODUCTION	69
5.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	70
5.2. PRESENTATION DU PROJET	72
5.2.1. Le volet 1 prévention primaire : Renforcement de la prévention auprès des filles migrantes.	72
5.2.2. Le volet prévention secondaire : Mise en place d'un programme d'information et d'accompagnement.....	73
5.3. BENEFICIAIRES DU PROJET	74
5.4. CADRE LOGIQUE	75
5.5. OBJECTIFS SPECIFIQUES, STRATEGIES ET ACTIVITES	76
5.5.1. Objectif spécifique1	76
5.5.2. Objectif spécifique 2 :	77
5.6. CALENDRIER D'EXECUTION DU VOLET 1	78
5.7. CALENDRIER DES ACTIVITES DU VOLET 2	80

CONCLUSION GENERALE	83
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	91
.....	92

LISTE DES ILLUSTRATIONS

CARTE 1 : ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH, ESTIMATIONS A FIN 2004-----	18
CARTE 2: CARTE DU SENEGAL -----	70
ENCADRE 1: LES GRANDS AXES DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA EN FRANCE-----	28
ENCADRE 2: LES GRANDS AXES DES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE L'INFECTION VIH/SIDA EN SUISSE-----	32
ENCADRE 3: LES PARTENAIRES GENEVOIS DE L'AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA -----	32
ENCADRE 4: LES GRANDE AXES DES PLANS STRATEGIQUES DE LUTTE CONTRE L'INFECTION VIH/SIDA AU SENEGAL -----	34
FIGURE 1 : CAS DE SIDA ET DECES DE SIDA ENTRE 1985 ET 2001 EN EUROPE DE L'OUEST-----	19
FIGURE 2 : INFECTIONS VIH/SIDA NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUEES EN EUROPE -----	20
FIGURE 3 : REPARTITION DES NOUVELLES INFECTIONS SELON LE SEXE ET LES MODES DE CONTAMINATION	20
FIGURE 4: ÉVOLUTION DES MODES DE CONTAMINATION DE L'INFECTION VIH/SIDA EN FRANCE-----	21
FIGURE 5: ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DE L'INFECTION A VIH/SIDA EN SUISSE-----	21
FIGURE 6: ÉVOLUTION DES MODES DE CONTAMINATIONS SEXUELLES DE L'INFECTION A VIH/SIDA EN SUISSE-----	22
FIGURE 7: REPARTITION DES NOUVELLES INFECTIONS SELON LE SEXE ET LES MODES DE CONTAMINATION	22
FIGURE 8: PREVALENCE DU VIH PARMI LES PROFESSIONNELLES DU SEXE AU SENEGAL, 1986-2002-----	24
FIGURE 9: PREVALENCES DE VIH AU SENEGAL -----	24
FIGURE 10: ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CAS DE SIDA CHEZ LES ÉTRANGERS EN FRANCE-----	42
FIGURE 11: NOMBRE DE TESTS POSITIFS PAR NATIONALITÉ OU PAR RÉGION EN SUISSE -----	42
FIGURE 12: REPARTITION DES NOUVELLES INFECTIONS SELON LE SEXE ET LE PAYS D'ORIGINE EN FRANCE	43
FIGURE 13: PEUR DU SIDA -----	50
ORGANIGRAMME 1: LES FONCTIONS DE LA CAMPAGNE STOP SIDA-----	30
TABLEAU 1: STATISTIQUES ET CARACTÉRISTIQUES DU VIH ET DU SIDA, A FIN 2002 ET 2004 EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE -----	23
TABLEAU 2: LES DIFFÉRENTS BÉNÉFICIAIRES DU PROJET -----	74
TABLEAU 3: LE CADRE LOGIQUE-----	75
TABLEAU 4: STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DE L'OBJECTIF SPÉCIFIQUE 1 -----	76
TABLEAU 5: STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DE L'OBJECTIF SPÉCIFIQUE 2 -----	77
TABLEAU 6: CALENDRIER DES ACTIVITÉS 1 -----	79
TABLEAU 7: CALENDRIER DES ACTIVITÉS 2 -----	81

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ABC	Abstinence, Fidélité et Préservatif
AFLS	Agence Française de Lutte contre le Sida
ARV	Anti-rétroviraux
ASS	Aide Suisse contre le Sida
ASFAG	Associations Femmes Africaines vivant avec le VIH
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
CFES	Comité Français d'Éducation pour la Santé
CNN	Préservatif, Seringue et Négociation
CNLS	Comité National de Lutte contre l'infection VIH/Sida
CILS	Comité Interne de Lutte contre l'infection VIH/Sida
CRIPS	Centre de Recherche et d'Information sur la Prévention du Sida
DGS	Direction Générale de la Santé
GSG	Groupe Sida Genève
UHG	Hôpital Cantonal de Genève
INVS	Institut Nationale de Veille Sanitaire
IUMP	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
L B V	Laboratoire Bactériologique et Immunologique
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme des Nations Unis pour le Sida
PVA	Personnes Vivant avec le VIH
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSSIS	Programme National de Surveillance Sentinelle de l'Infection du Sida
PMS	Paquet Minimum de Soins
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UACAV	Unité d'Accueil et de Conseil des personnes vivant avec le VIH
VIH	Virus de l'Immunodéficience Acquise

RÉSUMÉ

Au début des années 1980 apparut à San Francisco le point de départ d'une nouvelle maladie mortelle qu'on allait appeler plus tard Sida ou Syndrome d'Immunodéficience Acquise. En absence de tout traitement et pour lutter contre l'infection, les pays mirent en œuvre des stratégies de prévention qui se révélèrent efficaces. De ce fait, les taux de nouvelles contaminations baissèrent considérablement dans ces pays notamment ceux d'Europe occidentale pendant qu'on observait une propagation de la pandémie dans d'autres en particulier ceux d'Afrique subsaharienne. Mais depuis l'arrivée des traitements efficaces en 1996, on observe une reprise de l'épidémie en Europe qui fait penser à un relâchement des comportements de prévention. Par ailleurs, la vulnérabilité des femmes, la précarité et le faible niveau d'éducation, bref, les inégalités sociales constituent autant de limites aux messages de prévention.

Le regard que nous posons sur les stratégies de communication utilisées pour la prévention de l'infection VIH/SIDA en France et en Suisse va dans le sens d'une contribution à la lutte contre l'infection VIH/Sida au Sénégal. Nous retiendrons qu'une communication efficace nécessite une forte volonté politique, des moyens financiers conséquents et l'implication de tous les acteurs notamment de la société civile par l'intervention des associations. De plus, les stratégies de communications ciblant les groupes les plus vulnérables, faisant intervenir les pairs ou médiateurs et utilisant des interventions de proximité tels que les entretiens et les discussions en petits groupes semblent donner les meilleurs résultats.

Il semble donc possible d'opérer un transfert d'expérience sous réserve de la prise en compte du contexte sénégalais caractérisé par une insuffisance en ressources financières et un système de santé peu performant. Mais dans tous les cas, on peut déjà compter sur la volonté politique affichée depuis le début de l'épidémie par les autorités du pays, ce qui a permis de maintenir la prévalence de l'infection VIH/Sida à un taux faible de 1,5 %. C'est ainsi que nos propositions vont dans le sens de :

- Renforcer les stratégies de prévention en direction des prostituées clandestines.
- Mettre en place un programme d'information et de prévention des personnes vivant avec le VIH qui fréquentent un service de soin HIV positif.

Mots clés : *Stratégies de communication, Prévention, VIH/Sida, Personnes vivant avec le VIH*

ABSTRACT

In the early 1980's appeared in San Francisco a new fatal disease that was going to be known as AIDS. With the lack of any treatment against the disease, countries carried out prevention strategies that proved themselves efficient. Therefore, the contagion rate lowered considerably in those countries notably those of the west of Europe while it increased in other countries such as sub-Saharan African's. But since affective treatments appeared in 1996, we observe a presumption of the epidemic in Europe due to a relaxation in the prevention behaviours. Beside the vulnerability of the women, the job insecurity and the weak educational level and discrepancies constitute limits to the messages of prevention. The glance we put on the communication strategies used the prevention of the HIV/aids infection in France and Switzerland goes to the sense of a contribution to the fight against it in requires a strong political will, substantial financial means society through the intervention of associations. Furthermore, the communication strategies targeting the most vulnerable, bringing in the peers or the mediators intervening at the background and the discussions in small groups seem at the background and the discussion in small groups seem to give the best results. It thus seems possible to operate a transfer of experience considering the Senegalese context characterized by weakness and low performance health system. But in every case, we can already count on the political will shown since the beginning of the epidemic by the country authorities, which allowed maintaining prevalence of the HIV infection at a weak rate of 1.5 %. This with our propositions direct use to:

- Strengthening the prevention strategies in the direction of the clandestine prostitutes.
- Setting up an information and prevention program of piece of the persons affected by HIV which represent a care service for the HIV positive

Keywords: communications strategies, prevention, HIV/AIDS, Persons living with the HIV

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTON

39,4 millions de personnes contaminées dans le monde en 2004, plus de 20 millions de personnes décédées à travers le monde depuis le début de l'épidémie, dont 3 millions en 2004. Le Sida est la deuxième pandémie du 20^{ème} siècle après la grippe espagnole qui aura tué plus de 20 millions de personnes en 1918.

Le premier cas apparut en en 1981, dans la population homosexuelle de San Francisco puis l'épidémie touche les utilisateurs de drogue injectable. Les gens meurent très vite et il n'y a pas de traitement : Est ce un cancer ? Une infection ? C'est la panique. Avant la fin de l'année, on parlait déjà de pandémie car des cas apparaissent en Europe et en Afrique. A la fin de l'année, les américains décident d'appeler cette affection AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*), que les Français vont traduire par Sida (Syndrome d'Immunodéficience Acquise). Les premières études montrent que cette maladie jusque là inconnue, se transmet par voie sexuelle, sanguine et trans-placentaire. La communauté internationale comprend alors que personne n'est à l'abri puisqu'il n'existe aucun traitement.

L'infection VIH/SIDA est apparue en Europe dans un contexte particulier caractérisé par le triomphe de la médecine, la libération de la femme, la publicité sur le préservatif et l'existence de médias indépendants et puissants. Presque au même moment, elle apparaît en Afrique dans une posture socio économique complètement différente marquée par la pauvreté, des médias faibles et non indépendants, une population à majorité analphabète qui n'a pas souvent droit à l'information.

Faute de pouvoir guérir l'infection, il a fallu très tôt développer des stratégies de préventions qui puissent faire diminuer l'incidence. C'est ainsi que la prévention est devenue la pierre angulaire des stratégies de lutte. Les pays comme la France et la Suisse ont choisi la stratégie CNN (Préservatif, Seringue et Négociation) au détriment de la stratégie ABC (Abstinence, Fidélité et Préservatif). Ce choix repose sur le principe selon lequel il fallait à tout prix éviter de stigmatiser les personnes contaminées ou de trop alarmer l'opinion publique et en aucun cas, instituer un discours moralisateur sur les pratiques sexuelles. Basée sur la promotion du préservatif, la stratégie CNN tend à développer chez l'individu les comportements de protection sans interférer sur sa vie

sexuelle. Le principe repose sur le fait que l'individu est capable d'apprendre et qu'on peut l'amener à adopter un comportement préventif. Il s'agit donc à travers des actions d'information, de motiver, d'aider et d'encourager à l'acquisition et au maintien des comportements de prévention tout en développant la solidarité vers les personnes séropositives. Les États-Unis opposent la stratégie ABC qui repose sur la promotion de valeurs telles que la fidélité, l'abstinence et le préservatif dont le recours est perçu comme un échec du comportement préventif.

PROBLÉMATIQUE

La France et la Suisse ont remporté grâce à la prévention, une grande victoire dans la lutte contre l'infection VIH/Sida en réduisant l'incidence de l'infection et ainsi inverser la tendance de l'épidémie. Nous verrons les associations de santé communautaire en collaboration avec les pouvoirs publics informer régulièrement la population dans le sens d'une meilleure connaissance de l'infection et de l'utilisation du préservatif. Pendant quelques années cette prévention a bien fonctionné surtout avec la certitude d'une mort inévitable au bout du chemin dès l'annonce de la séropositivité. Néanmoins, les dernières données épidémiologiques sont plutôt préoccupantes. Elles font état depuis 2001 d'une augmentation du nombre de nouveaux cas. Cependant, cette augmentation de l'incidence de l'infection ne concerne ni les cas de transmission mère enfant qui est maîtrisée ni ceux liés à l'utilisation de drogues injectables qui est en diminution. Il semblerait que la contamination sexuelle soit seule en cause. C'est ainsi qu'une épidémie de syphilis au sein de la population homosexuelle semble être un bon indicateur du relâchement des comportements de prévention et un facteur d'accroissement des risques (ONUSIDA, 2003). Y aurait-il un risque de reprise de l'épidémie en Europe ?

Au delà de ce constat, une bibliographie constituée d'enquêtes de comportement, d'articles et de rapports me pousse à m'intéresser à l'incidence de l'infection au sein de la population hétérosexuelle. Lorsqu'on y regarde de près, on constate d'une part que cette population- *la moins touchée au début de l'infection* - représente aujourd'hui près de la moitié des cas de nouvelles contaminations. D'autre part, les ressortissants des pays d'Afrique subsaharienne représentent une proportion importante des cas de nouvelles contaminations. Il existerait un lien entre migrants subsahariens et infection VIH/Sida.

Je ne parlerais donc pas des cas liés à la transmission mère enfant ni ceux liés à l'utilisation de drogue injectable et encore moins à homosexuelle qui ne font pas parti de cette étude.

Mon choix par rapport à ce sujet se justifie par le fait qu'en Afrique, d'une part, la transmission hétérosexuelle représente le principal mode de contamination d'autre part, le continent concentre près de 60% des cas. L'infection VIH/Sida y est devenu la principale cause de mortalité et en touchant la population active âgée de 14 à 45 ans entraînent un véritable désastre économique. C'est un désespoir pour ces pays d'Afrique subsaharienne qui aspiraient au développement dont la majorité verra leurs progrès réduits à néant par l'infection VIH/Sida. De plus, l'accès au traitement est difficile car seul «7% des personnes qui ont besoin d'un traitement anti-rétrovirale y ont accès» (ONUSIDA, 2004). Malgré ce constat dramatique, quelques lueurs d'espoir apparaissent avec l'expérience du Sénégal, pays souvent cité en exemple par les organismes internationaux notamment l'ONUSIDA et l'OMS. Mais l'épidémie y est de type concentré avec une prévalence certes faible en population générale de l'ordre de 1,5 %, mais élevée au niveau de certains groupes comme les professionnelles du sexe (30%) (ONUSIDA/OMS, 2004). La lutte contre le Sida au Sénégal se heurte néanmoins à des obstacles majeurs tels l'insuffisance du niveau d'information et d'éducation, la prostitution clandestine, la résistance des couples au dépistage du VIH et la pauvreté.

Enseignante de carrière, professeur d'Économie Sociale et Familiale, ayant travaillé pendant plusieurs années dans la communication sociale de l'infection VIH/Sida, je m'intéresse particulièrement aux stratégies de communication utilisées dans la prévention de cette infection. Mon intention n'est pas de faire une étude comparative de la stratégie ABC et CNN, mais une analyse critique de la stratégie CNN. C'est ainsi que le cadre de l'étude porte sur de deux associations : Aides (France) et Groupe Sida Genève (Suisse) pionnières dans la prévention et la prise en charge de PVVIH. En effet, le mouvement associatif en Europe, sans se substituer à l'hôpital, est un maillon important dans la chaîne de la lutte contre le Sida. C'est la première fois qu'une maladie sort de la prérogative des hôpitaux, des médecins et de l'état. Les personnes contaminées prennent part à la lutte contre l'infection et revendiquent le droit d'exprimer leur opinion.

Le regard que je pose sur ces stratégies de communications utilisées dans la prévention en Europe, va dans le sens de faire une analyse critique des stratégies de prévention, déterminer les succès et les limites et faire des propositions pour le Sénégal.

Ayant bien entendu relevé les différents éléments qui ont fait le succès de ces stratégies de communication, je me demande pourquoi en dépit de leur efficacité relative, l'incidence de l'infection VIH/Sida augmente au sein de la population hétérosexuelle et plus particulièrement parmi les migrants subsahariens. Ma réflexion sur le sujet a pour but de rechercher parmi les stratégies de communication utilisées en France et en Suisse, celles qui pourraient être pertinentes dans mon pays. Je me propose, pour répondre à ces questions de travailler sur un certain nombre d'hypothèses.

HYPOTHESES DE TRAVAIL

Ma première hypothèse, est que les stratégies de communication utilisées dans la prévention de l'infection VIH/SIDA ne tiennent pas compte des spécificités socioculturelles de la sexualité. Cela expliquerait en particulier l'augmentation de l'incidence de l'infection au sein des populations migrantes subsahariennes. Il est possible que des facteurs socioculturels ou économiques non pris en compte dans les stratégies de communication fassent que ces populations n'aient pas accès aux messages de prévention ou ne soient pas assez sensibilisées.

La deuxième hypothèse est que les stratégies de communication ciblent essentiellement les personnes séronégatives. En effet les modèles de prévention utilisés jusqu'ici sont des « *modèles de prévention primaire visant à éviter d'être contaminé(e) par le VIH et pas des modèles de transmission de la prévention, excepté dans le cadre de la transmission mère enfant et des mesures de sécurité transfusionnelle. Ainsi lorsqu'on parle de prévention, l'accent est mis sur les moyens permettant à une personne (supposée séronégative) de se protéger de la contamination, rarement ce qui pourrait permettre à une personne séropositive de se protéger et de protéger l'autre (tout en se protégeant)* » (Gerhart et al, 2002). De telle sorte que les personnes séropositives ne se sentent pas suffisamment concernées par les messages de prévention.

La troisième hypothèse suppose que les stratégies de communication n'ont pas pris en compte la nouvelle donne qu'est la trithérapie. C'est ainsi que le Sida est devenu, avec l'apparition des traitements, une maladie chronique qui ne fait plus peur, entraînant un relâchement des comportements de protection. Alors que jusqu'en 1996, être séropositif était synonyme de mort et de deuil¹. Le Sida suscitait alors peur et

¹ Deuil de sa jeunesse et des projets d'avenir,

désarroi et la connaissance de la séropositivité entraînent un bouleversement dans la vie des personnes infectées. «*Le Sida est une maladie inexorable, qui donne le temps de mourir et qui donne à la mort le temps de vivre* » (Guibert, H. 1990)

La quatrième hypothèse est que les stratégies de communication n'ont pas pu maintenir dans le long terme les changements de comportements. Depuis plus de 20 ans de communication sur le Sida, les messages de prévention n'ont pas changé et tournent autour de l'utilisation du préservatif. Il existerait une lassitude des populations qui se manifesterait par un relâchement des comportements de prévention et l'abandon du préservatif.

Enfin, la dernière hypothèse tend à démontrer qu'il existe un gradient social lié à la transmission de l'infection à VIH/Sida. Ainsi, Le Sida semble toucher plus particulièrement les couches sociales les plus défavorisées et le niveau d'éducation semble être un déterminant majeur pour l'accès aux messages de prévention.

METHODOLOGIE

La méthode de travail utilisée dans ce mémoire a d'abord consisté à exploiter l'état des connaissances à travers une revue bibliographique. Nous avons effectué ensuite, un stage dans deux associations de lutte contre le Sida, à savoir l'association Aides (France) et l'association Groupe Sida Genève (Suisse) pour compléter la recherche de données.

Revue bibliographique

Cette étape fut permanente et a porté sur les stratégies et programmes de prévention de l'infection VIH/Sida ainsi que les thèmes qui englobent notre problématique. Nous avons consulté diverses sources telles que la littérature scientifique (revues et publications) et les informations disponibles sur Internet. La recherche des documents est obtenue par mots clés et par l'utilisation de noms d'auteurs à partir de moteurs de recherches tels que Google et MEDLINE. Cette recherche a débuté à l'Université Senghor et s'est poursuivie en France puis en Suisse dans le cadre du stage : Bibliothèques du Centre de Recherche et d'Information pour la Prévention du Sida (CRIPS), de l'ONUSIDA et de l'OMS. Nous y avons consulté les bases de données spécialisées portant sur la prévention de l'infection VIH/Sida.

Activités réalisées dans le cadre du stage

Dans le cadre du stage, nous avons utilisé plusieurs types de recueils de données dont l'observation simple et l'observation participative. C'est ainsi que nous avons assisté à des entretiens de *counseling* au centre de dépistage anonyme de l'Hôpital Cantonal de Genève. De même, que des activités de prévention et d'incitation au dépistage. Parallèlement, nous avons eu des entretiens avec des acteurs (professionnels et volontaires) de la lutte contre l'infection VIH/Sida et des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH)

Limites du travail

Nous n'avons pas rencontré pas rencontrer à Paris les associations de migrants subsahariens. Nous n'avons donc pas pu apprécier leur intervention dans le domaine de la prévention. De plus, au sein de l'association AIDES, les activités d'entretien et de *counseling* étant confidentielles, nous n'avons pas pu y assister.

Structure du document

L'étude suivante se subdivise en cinq chapitre : dans le premier chapitre nous allons présenter la situation épidémiologique de l'infection VIH/Sida dans le monde, en Europe et en Afrique avant d'aborder l'exemple la France, de la Suisse et du Sénégal. Le deuxième chapitre est consacré au contexte sociopolitique des trois pays cibles. Dans le chapitre 3, nous avons procédé à une analyse critique des stratégies à travers la vérification de nos hypothèses. Le chapitre quatre est consacré à la discussion. Enfin, nous faisons nos propositions dans le dernier chapitre.

Chapitre I

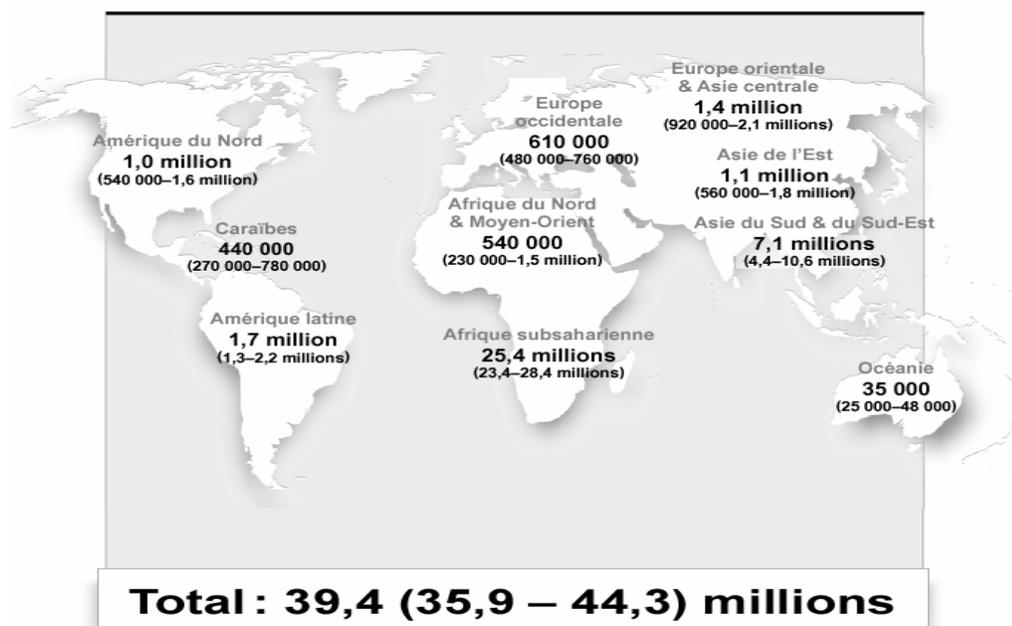
SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE L'INFECTION

VIH/SIDA

1.1. L'EPIDEMIE DANS LE MONDE

Depuis 1998, l'ONUSIDA et l'OMS font régulièrement la situation de l'infection dans le monde qui se révèle dramatique en 2004 (Voir carte ci dessous) : 24 millions de personnes dont 5 millions d'enfants auraient perdu la vie depuis le début de l'infection. Par ailleurs, le rapport met l'accent sur la forte augmentation, partout dans le monde du nombre de nouveaux cas² particulièrement au sein de la population féminine³ De plus, on note l'expansion de la pandémie dans les pays d'Europe de l'Est et en Asie Centrale (ONUSIDA/OMS, 2004).

ADULTES ET ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH ESTIMATIONS À FIN 2004



Sources: ONUSIDA/OMS, 2004

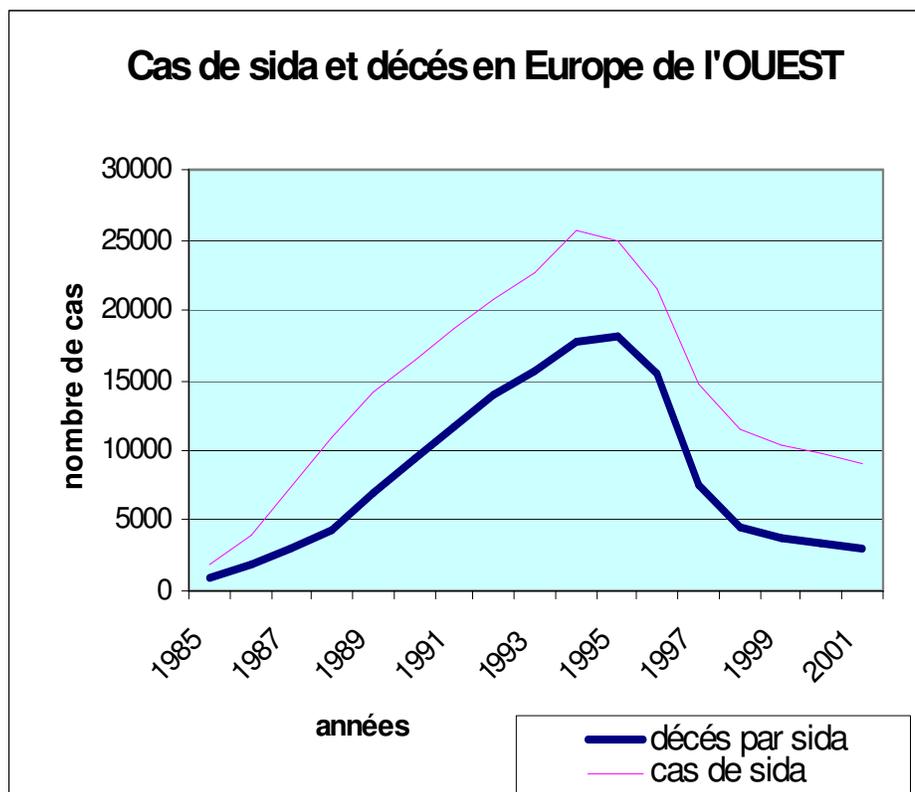
Carte 1 : Adultes et enfants vivant avec le VIH, estimations à fin 2004

² Voir annexe 1

³ Voir annexe2

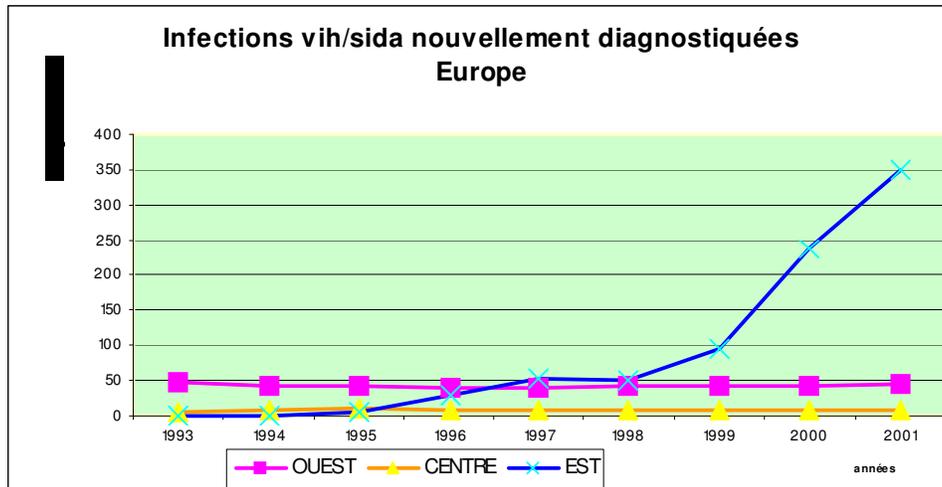
1.2. L'EPIDEMIE EN EUROPE DE L'OUEST

L'ONUSIDA a découpé l'Europe en trois grandes régions : l'Europe de l'Ouest, l'Europe Centrale et l'Europe Orientale. L'infection VIH/SIDA est apparue en Europe de l'Ouest dès le début des années 1980 (EuroHIV, 2003). Le nombre de nouvelles contaminations a régulièrement augmenté en particulier au sein du groupe des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les utilisateurs de drogue injectable jusqu'en 1996, date d'apparition des nouvelles thérapies. Ensuite, la tendance baissa (voir figure 1) tandis qu'elle s'intensifiait en Europe Centrale et Orientale pour y prendre aujourd'hui des proportions alarmantes (voir figure2). Mais l'accalmie ne dura pas longtemps en Europe de l'Ouest car à partir de 2001, on observe à nouveau une augmentation de l'incidence de l'infection VIH/SIDA.



Source : EuroVIH/INVS, 2002

Figure 1 : Cas de Sida et décès de Sida entre 1985 et 2001 en Europe de l'Ouest

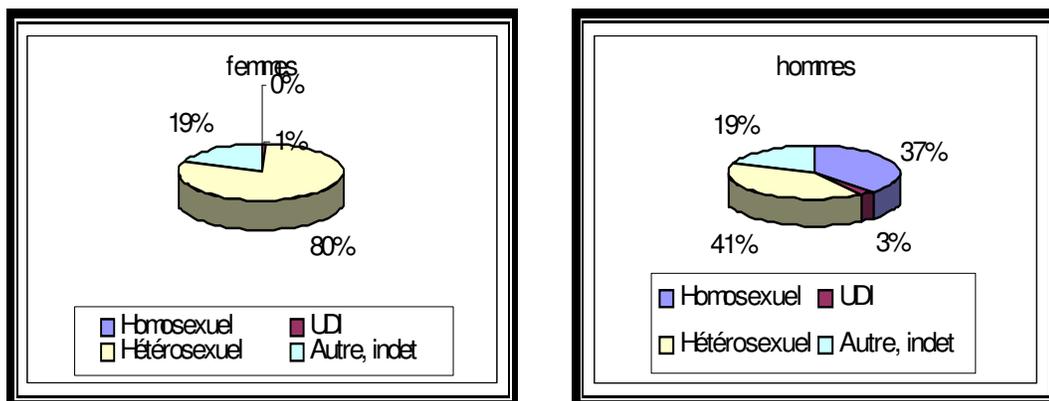


Source : EuroVIH/INVS, 2002

Figure 2 : Infections VIH/Sida nouvellement diagnostiquées en Europe

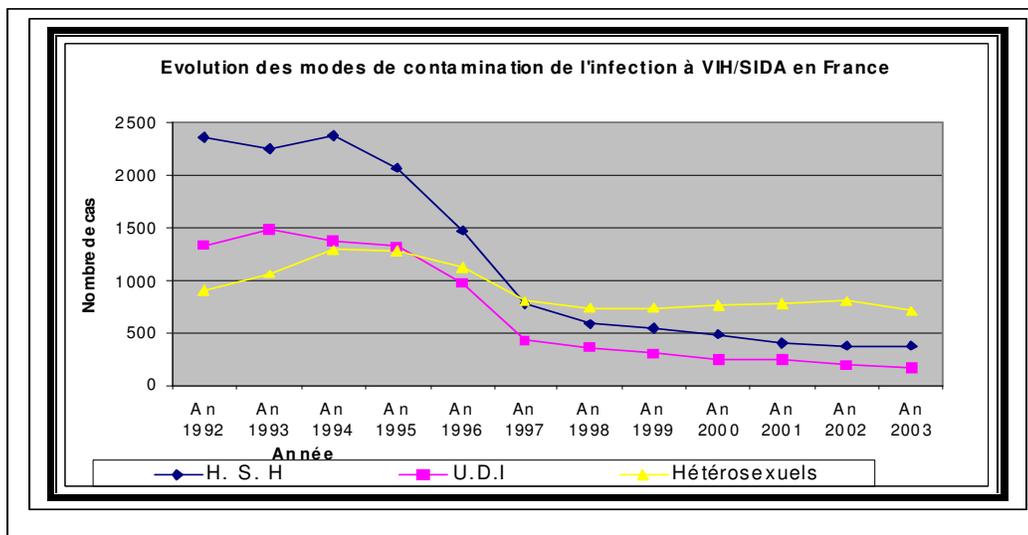
1.2.1. L'épidémie en France

On a observé en France, du début de l'épidémie jusqu'en 1994, une flambée continue du nombre de cas. Puis on notait une chute sensible, fortement accentuée en 1996. C'est ainsi que l'épidémie n'a pas pris l'ampleur redoutée. Mais à partir de 2002, le nombre de nouveaux cas ne diminue plus et les hétérosexuels (voir figure 3) constituent aujourd'hui la majorité des nouveaux cas de contamination (INVS, 2003). En 2004, l'INVS révèle près de 6000 nouvelles contaminations ; signe que l'épidémie reste toujours active. En plus, les femmes représentent une proportion importante parmi les cas de nouvelles contaminations (Voir figure 4).



Source : INVS, 2004

Figure 3 : Répartition des nouvelles infections selon le sexe et les modes de contamination



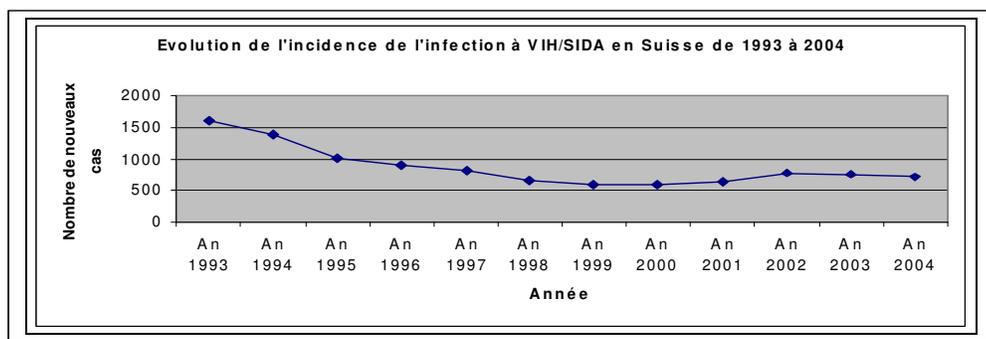
Source : INVS, 2003

Figure 4: Evolution des modes de contamination de l'infection VIH/Sida en France

1.2.2 L'épidémie en Suisse

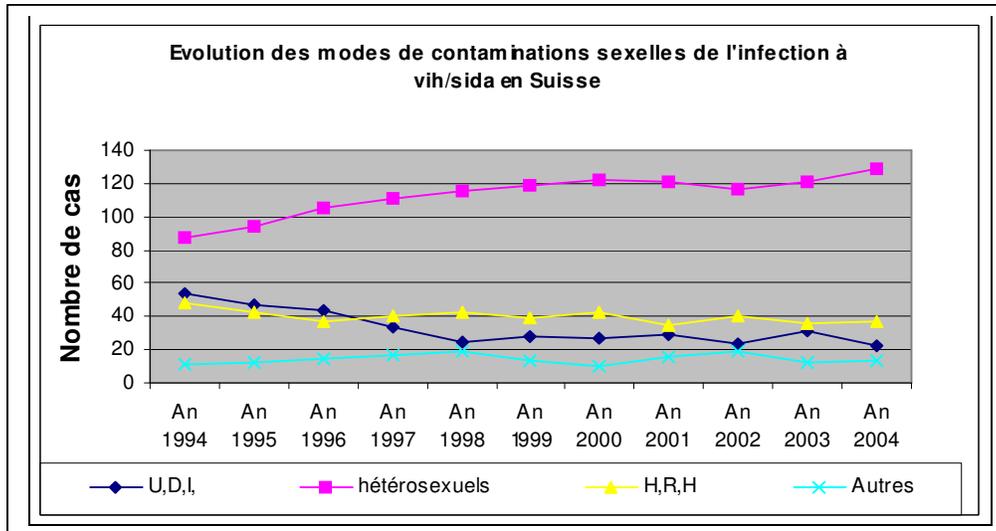
Le premier cas de Sida a été diagnostiqué en 1981 et en 1985, la Suisse avait le taux de Sida le plus élevé d'Europe (OFSP, 2003). Dans un premier temps, la contamination a rapidement augmenté jusqu'en 1991. Entre 1992 et 2000, on observe une diminution des cas de nouvelles contaminations. Seulement, à partir de 2002, comme partout ailleurs en Europe, on observe une augmentation des cas de nouvelles contaminations (Voir figure 5 ci-dessous).

En 2004, Le nombre de nouvelles contaminations est estimé entre 750 et 850 personnes (OFSP, 2005). Parmi ces cas de nouvelles contaminations, la transmission hétérosexuelle prédomine (Voir figure 6) et les femmes représentent une proportion importante (Voir figure 7).



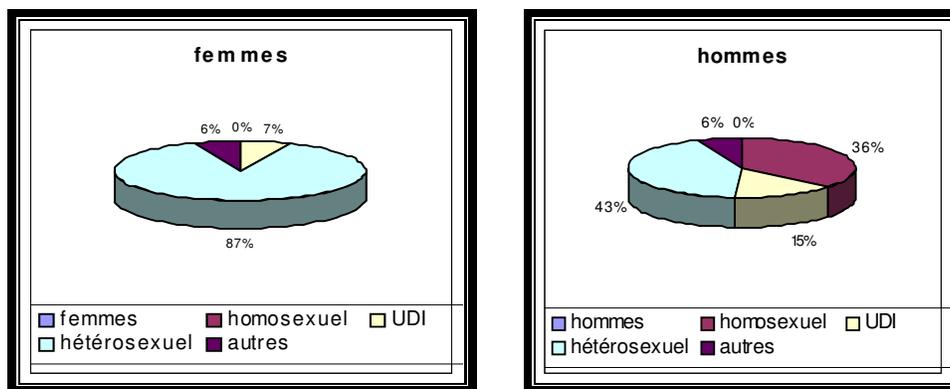
Source : OFSP, 2004

Figure 5: Évolution de l'incidence de l'infection à VIH/SIDA en Suisse



Sources : OFSP, 2004

Figure 6: Evolution des modes de contaminations sexuelles de l'infection VIH/Sida en Suisse



Source : OFSP 2004

Figure 7: Répartition des nouvelles infections selon le sexe et les modes de contamination

1.3. L'EPIDEMIE EN AFRIQUE

1.3.1. Situation du continent africain

L'Afrique subsaharienne compte un peu plus de 10% de la population mondiale mais abrite plus de 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH soit 25,4 millions de personnes (ONUSIDA/OMS, 2004). Comme partout dans le monde, l'épidémie continue de progresser mais sa prévalence chez les adultes qui semble relativement stable, masque le nombre à peu près égal des décès par rapport aux nouvelles contaminations (Voir tableau 1).

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nombre de femmes vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez l'adulte (%)	Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants
2004	25,4 millions [23,4–28,4 millions]	13,3 millions [12,4–14,9 millions]	3,1 millions [2,7–3,8 millions]	7,4 [6,9–8,3]	2,3 millions [2,1–2,6 millions]
2002	24,4 millions [22,5–27,3 millions]	12,8 millions [11,9–14,3 millions]	2,9 millions [2,6–3,6 millions]	7,5 [7,0–8,4]	2,1 millions [1,9–2,3 millions]

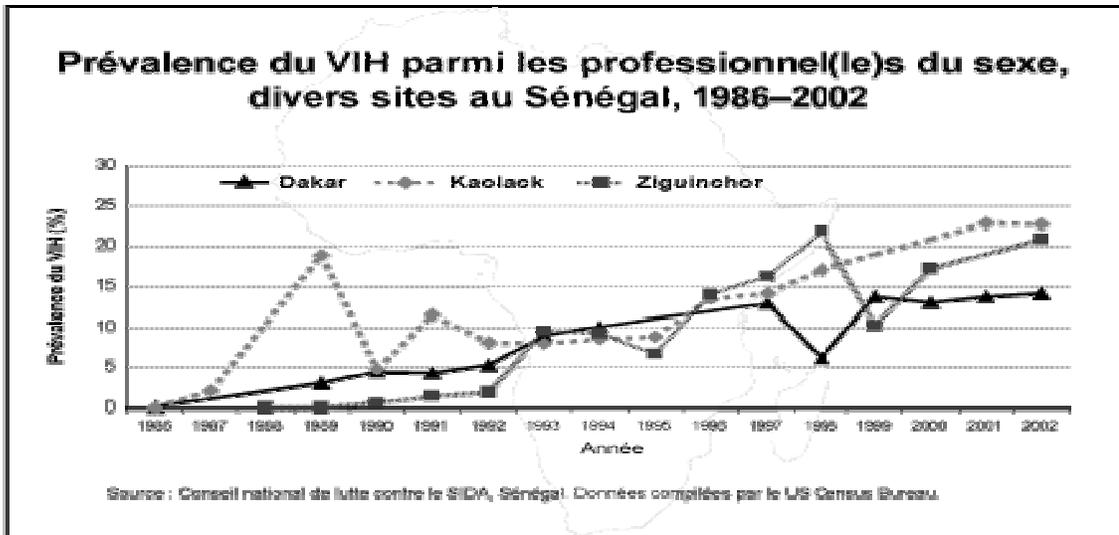
Sources ONUSIDA, OMS 2004

Tableau 1: Statistiques et caractéristiques du VIH et du Sida, à fin 2002 et 2004 en Afrique subsaharienne

La prévalence de l'infection VIH/Sida est inégalement répartie selon que l'on se situe dans un pays ou un autre. C'est ainsi qu'elle passe de 1% en Mauritanie à 40% au Botswana. En Afrique centrale elle est supérieure à 17% mais dépasse 35% au Botswana et en Swaziland alors qu'en Afrique centrale, elle évolue selon les pays entre 4% et 13%. Par contre, en Afrique de l'Ouest, la prévalence de l'infection VIH/Sida ne dépasse pas 10%. Elle est de 2% au Mali, un peu moins en Mauritanie, au Niger et au Sénégal. La situation est plus alarmante en Côte d'Ivoire où elle est de 10%. (ONUSIDA, 2004).

1.3.2. L'épidémie au Sénégal

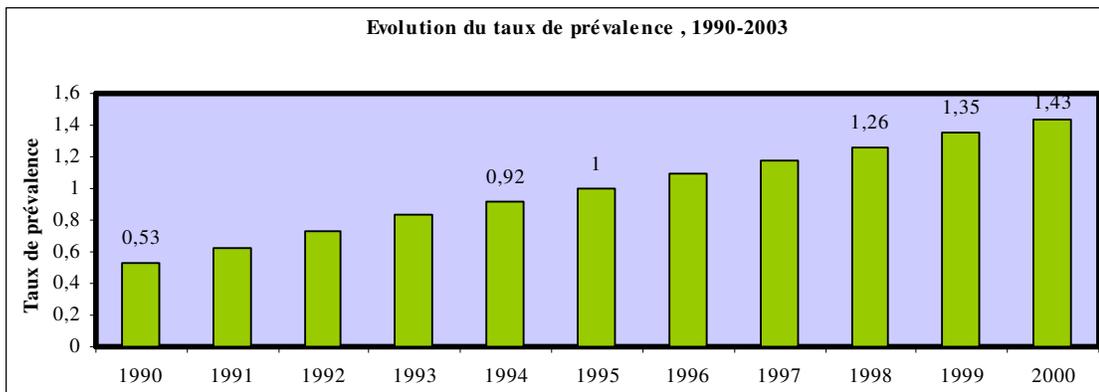
A l'heure actuelle, le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé entre 21.000 et 83.000 personnes (ONUSIDA, 2004) ce qui correspond à une prévalence de 1,5%. Cette prévalence faible au sein de la population générale est élevée dans les groupes à risques de l'ordre de 20 à 35% chez les professionnels du sexe (voir figure 8), et de 10% chez les tuberculeux (Le Dantec L B V, 2003). Longtemps considéré comme un succès dans la lutte contre le VIH, le Sénégal a vu d'une part le niveau d'infection croître progressivement parmi les professionnelles du sexe, ce qui en fait un pays à épidémie concentrée, d'autre part, l'incidence certes faible augmente de manière régulière. (Voir figure 9) de l'ordre de mille (1000) nouvelles contaminations par an.



Source : Conseil National contre le Sida, 2003

Figure 8: Prévalence du VIH parmi les professionnelles du sexe au Sénégal, 1986-2002

Mais « *c'est une hausse insignifiante et si le Sénégal maintient ses efforts en matière de prévention, notamment vis-à-vis des groupes à risque, il n'atteindra même pas le taux fatidique de trois pour cent (3%) en 2006, voire même en 2010* » (Mboup, 2005). Malgré tout ; il souligne la nécessité d'intensifier les efforts de prévention tant chez les professionnelles du sexe qu'au sein de leur clientèle (ONUSIDA/OMS, 2004).



Source : PNUD, Août 2001

Figure 9: Prévalences de VIH au Sénégal

Conclusion : La pandémie de l'infection VIH/Sida continue sa progression partout dans le monde, mais l'infection tend à se généraliser touchant les régions jusque-là plus ou moins épargnées. Mais la particularité de cette nouvelle épidémie de l'infection VIH/Sida est qu'elle touche de plus en plus les populations les plus défavorisées particulièrement les femmes.

Chapitre II

CONTEXTES SOCIOPOLITIQUES

Nous allons dans cette partie présenter pour chaque pays (France, Suisse et Sénégal) les grandes lignes des politiques de prévention et l'intervention des associations dans la prévention de l'infection VIH/Sida. Ensuite, nous présenterons deux exemples d'intervention à travers l'expérience de deux associations Aides (France) et Groupe Sida Genève (Suisse).

2.1. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE LA FRANCE

En France, suite au retard de mobilisation de la médecine et des pouvoirs publics face à l'infection VIH/Sida, les associations furent les premières à fournir une réponse à la lutte contre l'infection. Par la suite l'Etat a pris des dispositions pour mieux coordonner cette lutte.

2.1.1. Les grands axes de la politique étatique de prévention

La politique de lutte contre le Sida se caractérise par une série de ruptures institutionnelles en relation avec les différentes alternances politiques. Chaque alternance politique fut marquée par la commande d'un rapport sur le Sida (Rollet.C.2002) provoquant chaque fois une rupture dans la stratégie de prévention. C'est ainsi qu'on a connu tour à tour : Le rapport Rapin (Pinell; 2002), Le rapport Got (Got et al, 1989), le rapport Montagnier (Montagnier al, 1994). Trois phases vont ainsi marquer la lutte contre l'infection VIH/Sida :

a. La première phase

De l'apparition du premier cas en 1981 à 1987, les premières mesures sont prises de manière ponctuelle selon le traitement classique de toute maladie infectieuse. On n'observe pas une centralisation de la réponse à l'épidémie, ce qui fait que la communication publique sur le Sida a commencé assez tardivement alors que la France est l'un des premiers pays touchés en Europe. C'est ainsi que les premières stratégies vont dans le sens d'une prise de conscience par la population de la gravité de la maladie, de son caractère épidémique et de l'acceptation du préservatif. La première campagne

nationale de communication sur l'infection VIH/Sida eu lieu en 1987 avec l'autorisation de la publicité sur le préservatif comme moyen de prévention des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). *«L'approche utilisée à l'époque consistait à séparer nettement une communication sur le préservatif et une communication sur le Sida.»* (Lydie, 1999).

b. La deuxième phase

Elle s'étale de 1988 à 1994 et est basée sur une série d'innovations institutionnelles caractérisées par la création d'institutions comme l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) et l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS). Ces structures indépendantes vont élaborer avec les associations les différentes stratégies de prévention. C'est ainsi que seront menées plusieurs campagnes de communication dans le but de faire accepter le préservatif tout en le banalisant. Cette campagne fut appuyée par des séries de témoignages de PVVIH pour mettre en avant solidarité et tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

c. La troisième phase

Elle est caractérisée par la dissolution de l'AFLS et le retour du rôle central de l'Etat dans la gestion de l'épidémie. C'est ainsi que la Direction Générale de la Santé (DGS) va reprendre le pilotage de la politique de lutte contre le Sida en collaboration avec le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES). De plus, ils vont élaborer des campagnes de communication et assurer la diffusion des documents. La stratégie de communication adoptée va mettre l'accent sur la notion de *«Situations à risque»* en ciblant la prévention sur les moments clés des trajectoires sexuelles tels que les premiers rapports sexuels, les nouvelles relations, les partenaires multiples. En 1994, le Sida est déclaré *«Priorité de santé publique»* et la sensibilisation est à son apogée comme en atteste le succès enregistré par la Sidaction 1994.

A partir de 1997, un an après l'apparition des nouveaux traitements, les stratégies de communication mettent l'accent sur les aspects médicaux de l'infection et font la promotion sur l'incitation au dépistage, tout en rappelant que le risque de contamination existe toujours puisque les traitements ne guérissent pas du Sida.

En 2000, face à une éventuelle reprise de l'épidémie, les actions médiatiques vont dans le sens de rendre l'infection VIH/Sida plus visible. A cet effet, un nouveau mot d'ordre est lancé ; *« l'épidémie reprend, reprenons le préservatif »* (Troussier T, 2004) Mais en 2002, l'Institut National- de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) succède au CFES et les messages de prévention deviennent plus engagés. Par exemple,

la demande du test à son partenaire ressort très souvent dans le contenu des messages de prévention. En 2005, le Premier ministre a choisi la lutte contre le Sida comme grande cause nationale et l'incitation au dépistage est le premier thème de l'année avec le slogan « *Restez fidèles au préservatif* ». On peut dire qu'en France, les stratégies de prévention s'adaptent au contexte de l'épidémie de sorte que les messages de prévention révèlent les préoccupations du moment.

LES GRANDS AXES DES DIFFERENTS PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

► Le programme 1986-1993 :

Les objectifs principaux

- i. Favoriser une prise de conscience du Sida
- ii. Changer l'image dévalorisée du préservatif
- iii. Lutter contre le risque de discrimination

Les orientations stratégiques

- i. Diffusion rapide des connaissances sur l'infection
- ii. Développement d'attitudes favorables à la prévention
- iii. Adoption du préservatif dans des stratégies de protection individuelles

► Le programme 1994-2000 ;

Les objectifs principaux

- i. Réduire les risques de nouvelles contaminations ;
- ii. Définir et mettre en œuvre l'éducation à la santé et à la sexualité en milieu scolaire ;
- iii. Apporter des soins efficaces aux personnes séropositives

Les orientations stratégiques

- i. Développer une approche globale de la santé publique
- ii. Intégrer le combat contre le Sida dans la lutte contre les exclusions, et la précarité

► Le programme 2001-2003

Les objectifs principaux

- i. Accentuer et adapter la prévention parmi les homosexuels masculins
- ii. Mettre en œuvre un plan global et spécifique dans des départements d'outre mer
- iii. Améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces
- iv. Renforcer la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue

Les orientations stratégiques

- i. information, sensibilisation, de toutes les composantes de la population
- ii. responsabilisation de tous.

► Le programme 2005-2008

Les objectifs principaux

- i. Maintenir un haut niveau d'information et de prévention du VIH et des IST
- ii. Promouvoir la démarche de dépistage du VIH et des IST

Les orientations stratégiques

- i. Élaboration de campagnes de communication pour tous
- ii. La mise à disposition des moyens préventifs : préservatifs masculins et féminins, gels,

Encadré 1: Les grands axes différents programmes de lutte contre le Sida en France

2.1.2. L'intervention des associations dans la lutte contre l'infection VIH/SIDA

Les premières associations de lutte contre le Sida sont issues comme partout en Europe, de l'élite de la communauté homosexuelle qui prit dès le début l'initiative de la lutte. Par la suite, apparut un foisonnement d'associations ciblant les migrants, les étudiants, les enfants séropositifs, les jeunes, les femmes. Mais l'apparition d'Act Up-Paris va donner un aspect particulier à la lutte contre l'infection VIH/Sida. En se positionnant comme fer de lance du combat des homosexuels, cette association se caractérise par ses positions radicales et fermes en faveur de l'utilisation du préservatif.

Les associations ont travaillé ensemble, puis avec les chercheurs, et ont créé en 1994 une structure commune : Ensemble Contre le Sida (ECS), destinée à collecter et à redistribuer les dons privés collectés à l'occasion du Sidaction. Ces sommes sont entièrement consacrées à la recherche, à l'aide aux malades, à la prévention, et à l'information. Ce champ associatif diversifié est très éclaté car les rapports entre associations et même entre les associations et les pouvoirs publics sont très souvent conflictuels (Pinell, 2002). C'est ainsi qu'elles ont critiqué les premières campagnes de prévention. Des reproches furent faites à l'Etat de ne pas être assez explicite dans le contenu des messages de prévention, de ne pas cibler suffisamment les comportements à risques ni encourager la solidarité et le soutien envers les malades. Mais elles ont quand même collaboré avec les pouvoirs publics en participant à plusieurs campagnes de prévention. Seulement, à partir de 1994, elles sont mises à l'écart de la communication grand public par l'Etat mais continuent à être sollicitées et financées pour des actions de prévention vers le public cible. L'échec du Sidaction 1996, et l'arrivée des trithérapies sont deux événements majeurs qui ont fait perdre aux associations leur puissance économique, leur éclat et leur force de mobilisation (Paicheler, 1999).

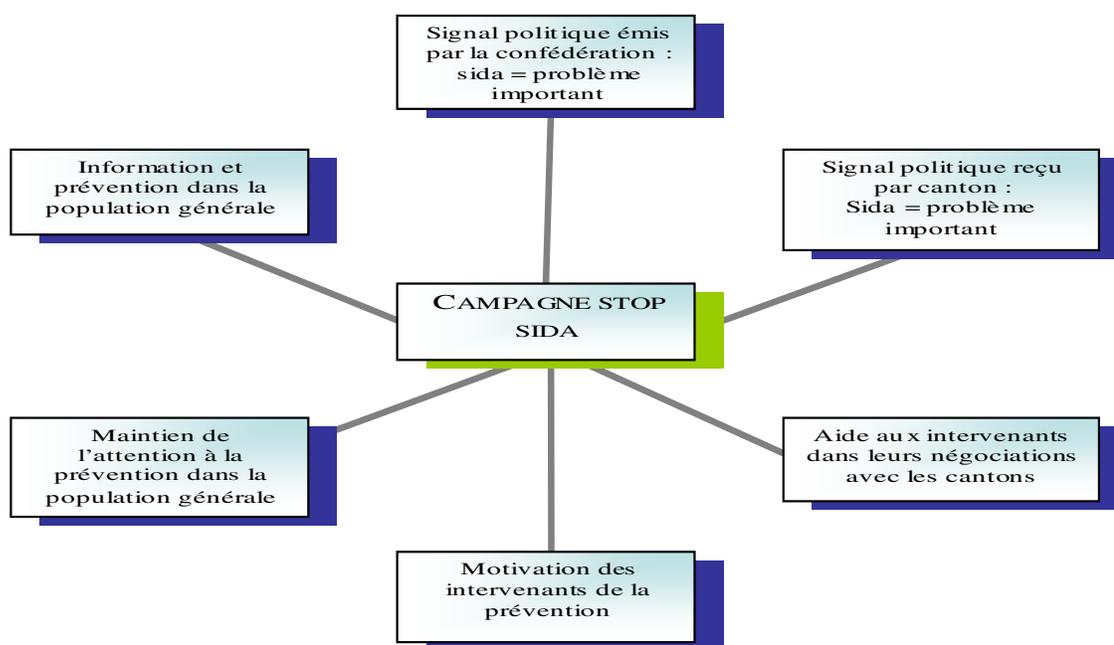
2.2. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DE LA SUISSE

L'organisation de la politique de lutte contre le Sida en Suisse s'est faite selon le principe de subsidiarité qui régit les rapports entre le gouvernement fédéral et les cantons. L'Etat fédéral joue le rôle central de leader dans la stratégie de lutte contre l'infection VIH/Sida. Il définit les programmes, organise les campagnes nationales, coordonne les activités de prévention et alloue des fonds spéciaux pour financer les activités des associations. Le principe consiste à ne pas porter de jugement sur les pratiques sexuelles et ne pas confondre les problèmes de santé publique aux valeurs morales (Pasquier, 2004)

2.2.1. Les grands axes de la politique étatique de prévention

La particularité de la Suisse est qu'elle connaît autant de systèmes de santé qu'elle a de cantons (soit 26), Mais la riposte contre l'épidémie s'est faite autour d'un vaste consensus car toute la population s'est sentie concernée, d'où le recours aux prescriptions de la Loi fédérale sur les épidémies (OFSP, 2003). C'est ainsi que dès l'apparition du premier cas, en 1981, les services de l'Etat ainsi que les Organisations Non Gouvernementales (ONG) se sont intensivement investies pour mettre en œuvre un programme de lutte contre l'infection. De ce fait, la lutte contre l'infection VIH/Sida en Suisse s'est faite autour d'un programme structuré en réponse à une demande claire de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Il fallait couvrir l'ensemble du pays, explorer des caractéristiques des groupes les plus exposés, apporter des réponses rapides et pertinentes pour ajuster les mesures nécessaires et divulguer les résultats obtenus de façon appropriée à tous les acteurs sociaux (OFSP, 1993).

Le premier programme national a été élaboré en 1987 par la gîe de communication à travers «*La campagne Stop Sida*». C'est une vaste campagne de prévention adressée à toute la population. Son but est de favoriser le changement de comportement au sein des différents groupes de la population à travers l'information et l'incitation à la protection Elle remplit plusieurs fonctions (Voir organigramme 1). (Dubois- Arber et al, 2002)



Organigramme 1: Les fonctions de la campagne stop Sida

Cette stratégie intègre la prévention de l'infection VIH/Sida dans le domaine plus global de la promotion de la santé, en prenant en compte aussi bien la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) que la lutte contre la discrimination et la stigmatisation. Par ailleurs, depuis 1986, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a confié à l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) de Lausanne, la tâche d'évaluer de façon continue la stratégie de prévention du VIH/Sida en Suisse.

Les premières campagnes de communication utilisaient des affiches et des spots télévisuels avec des pics de communication clairement visibles sur l'infection VIH/Sida. Mais, à partir de 2000-2001, l'intensité des messages a diminué considérablement car la stratégie de communication, en privilégiant une campagne continue, à plus basse intensité, va utiliser des annonces dans les journaux sans pic de visibilité. En 2002 les stratégies de communication font recours à des affiches, avec un logo STOP SIDA relativement discret mais sans message de prévention explicite ni signature OFSP (Dubois-Arber. F, 2003).

LES GRANDS AXES DES DIFFERENTS PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

Le programme 1987-1999 :

Les objectifs principaux

- i. Prévenir de nouvelles infections,
- ii. Atténuer les conséquences négatives de l'épidémie pour les personnes touchées,
- iii. Encourager la solidarité,

Les orientations stratégiques :

- i. Information et motivation de l'ensemble de la population,
- ii. Ciblage des groupes spécifiques en utilisant canaux et messages appropriés,

Le programme 1999-2003 :

Les objectifs principaux : 14 objectifs ciblant les domaines suivants ;

- i. La promotion de la santé,
- ii. La prévention,
- iii. La thérapie et le diagnostic,
- iv. Le conseil et le soutien,
- v. Le savoir et le transfert des compétences.

Programme 2004-2008 :

- i. Prévenir la propagation du VIH,
- ii. Thérapie et conseils en présence d'une infection de VIH et de maladie du Sida,
- iii. Solidarité à l'égard des personnes menacées d'infection, infectées ou malades.

Les orientations stratégiques :

- i. Poursuivre l'objectif de réduction de nouvelles contaminations,
- ii. Faciliter l'accès à un conseil, un suivi, une thérapie et des soins,
- iii. Faciliter l'égalité de droit des PVVIH avec les personnes non infectées.

Encadré 2: Les grands axes des différents programmes de lutte contre l'infection VIH/SIDA en Suisse

2.2.2. L'intervention des associations dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA

Une grande partie de la prévention du Sida auprès des populations est confiée à une association, l'Aide Suisse contre le Sida (ASS), association faîtière qui travaille en synergie avec les associations de lutte contre le Sida, défend leurs intérêts, assure la communication avec OFSP, coordonne leurs activités et veille à l'unité des campagnes nationales. En centralisant les différentes associations au sein d'une même institution interlocuteur de l'état, les associations parlent d'une seule voix et synchronisent leurs activités. C'est ainsi qu'à Genève, chaque association partenaire de l'ASS. va se spécialiser vers une cible bien précise (voir encadré 3).

LES PARTENAIRES GENEVOIS DE L'AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA		
i.	GRUPE SIDA GENEVE	Grand public
ii.	DIALOGAY	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
iii.	ASPASIE	Prostitués
iv.	ASFAG	Femmes migrantes subsahariennes
v.	PVA	Personnes vivants avec le VIH
vi.	MINISTERE SIDA	Personnes vivants avec le VIH

Encadré 3: les partenaires genevois de l'aide Suisse contre le Sida

2.3. CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE DU SENEGAL

La réaction de L'état du Sénégal face à l'infection fut précoce. Se manifestant par une réponse multisectorielle qui fit que le Sénégal fut cité plusieurs fois en exemple par les organismes internationaux notamment l'ONUSIDA et l'OMS.

2.3.1. Les grands axes de la politique étatique de prévention

Dès l'apparition du premier cas en en 1986, L'Etat a réagi par la création du Comité National Pluridisciplinaire de Prévention du VIH/Sida (CNPS). Ce comité prit la décision de ne pas faire de l'infection VIH/SIDA un problème purement médical en créant une équipe pluridisciplinaire et multisectorielle constituée de médecins, chercheurs, sociologues, la société civile, d'ONG..etc, pour réfléchir sur les différentes stratégies à adopter. C'est ainsi que fut créé le Comité National de Lutte (CNLS.) qui va coordonner la lutte contre l'infection VIH/Sida ainsi que l'élaboration du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS.) (ONUSIDA, 2001).(Voir encadré 4).

Les premières mesures prises vont dès 1987 dans le sens du renforcement de la sécurité transfusionnelle qui existait depuis 1970. Ensuite, fut créé le Programme National de Surveillance Sentinelle de l'Infection du VIH/Sida en 1989 pour assurer le suivi et l'évaluation de l'ampleur de l'infection. Ce système est renforcé en 2000 par la surveillance de seconde génération qui combine la surveillance biologique et la surveillance comportementale. De plus, des stratégies sont mis en place en matière de prévention sexuelle liée au changement de comportement : promotion du préservatif, contrôle de la prostitution, lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), D'autre part, des négociations furent entreprises dès 1998 avec les industries pharmaceutiques pour une réduction et une meilleure accessibilité des traitements anti-rétroviraux ainsi que la mise en place d'un programme pilote concernant la transmission mère enfant. (ONUSIDA ; 2001).

Dans le domaine de la communication, le PNLS a mis en œuvre une approche multisectorielle pour que toutes les composantes de la population puissent être sensibilisées et informées sur l'infection VIH/Sida. C'est ainsi que les questions relatives à l'infection VIH/SIDA s'intègrent dans tous les programmes de santé et de développement. Les stratégies vont cibler les femmes, les jeunes, le milieu professionnel, l'armée, les professionnelles du sexe, etc. Le Plan d'Action de la Femme (1997-2001) fait de la lutte contre l'infection VIH/Sida un de ses objectifs, et développe des activités d'Information d'Education et de Communications (IEC), de mobilisation sociale à travers tout le territoire au sein des mouvements de jeunes ou de groupements féminins. De même, l'école fut très tôt impliquée d'une part avec la création dès 1990, du Comité Interne de Lutte contre l'infection VIH/Sida au sein du Ministère de l'Education Nationale par la formation, la sensibilisation et la production de matériels didactiques de prévention et de d'apprentissage. D'autre part, dans les lycées et collèges et à l'université, des clubs d'éducation à la vie familiale (EVF) du Groupe pour l'étude et l'enseignement de la population (GEEP) et de l'association sénégalaise pour le bien-être familial (ASBEF) ont porté le message de la lutte contre le Sida. En direction de la jeunesse qui évolue en milieu extrascolaire, les centres ados du projet de promotion des jeunes (PPJ), les centres jeunes sur la santé de la reproduction de l' ASBEF et le mouvement scouts et éclaireurs du Sénégal, etc., ont multiplié les campagnes de sensibilisation et d'information. En outre, le Ministère du travail, en collaboration avec le Bureau International du Travail (BIT), va en 1998, créer un programme de prévention de l'infection VIH/Sida dans le milieu du travail. L'implication des médias s'est faite à

travers des émissions interactives sur la santé et sur l'infection VIH/Sida et des spots publicitaires sur le préservatif.

<p style="text-align: center;">LES PLANS STRATEGIQUES DE LUTTE CONTRE L'INFECTION VIH/SIDA</p> <p>Plan d'action (1987-1992) <i>Les objectifs principaux</i></p> <ol style="list-style-type: none">i. Asseoir un dispositif de surveillance épidémiologique,ii. promouvoir des recherches opérationnelles dans une perspective pluridisciplinaire <p><i>Les orientations stratégiques</i></p> <ol style="list-style-type: none">iii. Initiation de réponses rapides dans le domaine de la préventioniv. Intégration de la prise en charge des cas d'infection VIH/Sida dans le PMS <p>Plan d'action (1994-1996) <i>Les objectifs principaux</i></p> <ol style="list-style-type: none">i. Renforcer la préventionii. Réduire l'impact de l'infection VIH/SIDA sur la santé et le niveau socioéconomique <p><i>Les orientations stratégiques</i></p> <p style="text-align: center;">Accorder un intérêt aux facteurs socio-économiques</p> <p>Plan stratégique (1998-2001) <i>Les objectifs principaux</i></p> <ol style="list-style-type: none">i. Renforcer les efforts de prévention ;ii. Améliorer la prise en charge des personnes infectées par le VIH ;iii. Surveiller l'évolution de l'épidémie et évaluer l'impact des interventions ; <p><i>Les orientations stratégiques</i></p> <ol style="list-style-type: none">i. L'information, la mobilisation, et la protection des jeunes ;ii. Le renforcement des stratégies de monitoring et de micro- planification <p>Plan stratégique 2002-2006 de lutte contre le Sida <i>Objectifs Généraux :</i></p> <ol style="list-style-type: none">i. Maintenir la prévalence du VIH au dessous de 3%ii. Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIHiii. Réduire l'impact socio économique du VIH/SIDA <p><i>Les orientations stratégiques</i></p> <ol style="list-style-type: none">i. Promouvoir les comportements sexuels à moindre risqueii. Améliorer la prise en charge des infections sexuellement transmissiblesiii. Renforcer le contrôle sanitaire de la prostitutioniv. Promouvoir l'accès au dépistage volontaire
--

Encadré 4: Les grande axes des différents plans stratégiques de lutte contre l'infection VIH/Sida

2.3.2. L'intervention des associations dans la lutte contre l'infection à VIH/SIDA

Le CNLS a créé un réseau de partenariats avec un grand nombre d'associations, d'ONG ou organisations communautaires de base sur l'ensemble du territoire⁴. Cette collaboration est définie dans le cadre du programme VIH/Sida et prend la forme d'échanges d'expériences, de mise en commun d'objectifs, de conception, et de production de supports et de documents. Les domaines d'intervention concernent la prévention, la formation, le dépistage, la formation, l'accompagnement de personnes

⁴ Voir annexe

vivant avec le VIH, la distribution et la vente de préservatifs. A titre d'illustration, l'ONG ENDA a formé des leaders des associations sportives et des femmes, procédé à la formation des formateurs et mis sur pied une Unité d'Accueil et de Conseil des personnes vivant avec le VIH (UACAV).

Par ailleurs on note l'implication d'ONG à connotations religieuses telles Jamra et Info Sida Service dans la prévention et le soutien. Si la création d'associations de PVVIH s'est faite sous l'impulsion et l'initiative de l'ONG ENDA, du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS.) ou de structures médicales (hôpital FANN, hôpital Aristide le Dantec, hôpital régionale de Tambacounda), leur implication dans la lutte contre le VIH est encore insuffisante.

Toutes ces dispositions ont permis au Sénégal de maintenir la prévalence de l'infection VIH/Sida à un taux assez faible au niveau de la population général. Toutefois, des efforts restent à faire pour rompre le silence afin de vaincre les pesanteurs sociales qui ne facilitent pas la communication entre les personnes infectées et leur famille.

2.4. PLACE DU DEPISTAGE DANS LA PREVENTION

En général le dépistage est considéré comme un outil de prévention secondaire mais dans le cadre du Sida c'est aussi un outil de prévention primaire. Le dépistage du virus du Sida se fait par une simple prise de sang. Il détecte la présence du virus et permet à la personne d'avoir une connaissance précoce de son statut sérologique. Il peut se faire dans une Consultation de Dépistage ou dans un laboratoire d'analyses.

Si la politique de dépistage est basée en France et en Suisse sur une démarche volontaire et anonyme, de la personne qui veut connaître son statut sérologique, le dépistage est obligatoire en France pour ceux ayant fait leur service militaire en Outre Mer.

En France, le test de dépistage est proposé aux femmes enceintes, aux personnes utilisateurs des dogues injectables, aux prisonniers, aux patients ayant une infection sexuellement transmissible en cas d'une intervention chirurgicale et dans le cas de consultation pré-nuptial. En Suisse, le test ni gratuit, ni obligatoire et est proposé seulement aux femmes enceintes et aux personnes ayant une infection sexuellement transmissible.

2.5. TYPES D'EXEMPLES D'INTERVENTIONS

Nous allons à travers l'exemple de deux associations privées à but non lucratif spécialisées dans la prévention et la prise en charge des PVVIH, décrire deux exemples d'interventions. Il s'agit de l'association Aides (France) et l'association Groupe Sida Genève (Suisse).

2.5.1 Présentation des associations

a. *L'association Groupe Sida Genève*

L'association Groupe Sida Genève est née en 1987 sous l'impulsion de Aspasia⁵ et de Dialogai⁶. C'était l'époque des groupes à risques et l'idée était de mettre sur pied une association ouverte à toutes les personnes concernées par le VIH. Son principal objectif est de lutter contre l'infection VIH/Sida à travers des actions de prévention en direction du grand public, (sensibilisation, information, réduction des risques du VIH) (Voir encadré2). En plus de ces actions ; l'association fait un vaste travail de partenariat avec les autres associations de lutte contre le Sida ; partenaires Genevois de l'ASS

b. *L'association AIDES*

Créée en 1984 ; elle est l'une des premières associations françaises de lutte contre le Sida. L'idée de créer cette association est venue de Daniel Defert après la mort par le Sida de son compagnon Michel Foucault, sociologue de renom. Il s'agissait pour lui «*de faire un mouvement sur le Sida face à ce qu'il considère comme une faillite des médecins dans la manière de conduire la mort de son ami*» (Pinell P ; 2002). La devise de Aides est de «*Combattre toutes formes de discriminations pouvant toucher les personnes vivant avec le SIDA*». Les modes d'intervention s'inscrivent dans une démarche de proximité qui repose sur la réduction des risques à travers des actions de prévention auprès du public ciblé. Aides étant une association fédérale, notre étude cible essentiellement les activités de Aides Iles de France ; structure où s'est déroulé notre stage.

⁵ Aspasia est le nom d'une courtisane grecque compagne de Périclès, intellectuelle très brillante et enseignante. L'association qui porte son nom a été créée en 1982, par des prostituées et sympathisantes. C'est une des premières associations créées en Suisse et en Europe

⁶ DIALOGAY est la seule association suisse gay à s'occuper de la prévention du VIH et collabore avec l'aide suisse contre le sida (A.S.S).

2.5.2. Les acteurs

Plusieurs acteurs se partagent la vie dans l'association : les volontaires, les salariés les PVVIH et les médiateurs.

a. Les volontaires

Ils sont recrutés à la suite d'une formation et font un don bénévole d'une fraction de leur temps en développant des actions de proximité, notamment les visites à domicile, à l'hôpital ou en prison. Au sein de l'association Aides Iles de France, ils représentent le pouvoir décisionnel, montent et dirigent les actions, ce qui n'est pas le cas pour l'association Groupe Sida Genève ou ils sont plutôt des collaborateurs.

b. Les salariés

Ce sont des professionnels, dont la compétence technique est mise au service de l'association. Ils travaillent en collaboration avec les volontaires, appliquent et mettent en œuvre les décisions prises par ces derniers (cas de aides îles de France) ou par la direction de l'association (cas de GSG).

c. Les personnes séropositives :

Elles sollicitent l'association pour bénéficier de services sociaux de soutien et d'accompagnement ou des services juridiques. Les problèmes sociaux liés à la précarité, plus que ceux relatifs à la vie avec le VIH représentent actuellement la majorité de leurs motifs de sollicitations. Au sein de l'association Aides Iles de France, les personnes séropositives dénommées participants bénéficient d'un cadre de convivialité, de loisir et d'un restaurant.

d. Les médiateurs :

Ils sont des partenaires salariés de l'association GSG. Ils sont recrutés sur la base à la fois de leur appartenance à une communauté migrante et de leur compétence. Ils sont chargés de rendre plus accessible les messages de prévention aux communautés migrantes.

2.5.3 Les techniques de communication

La communication se fait à travers des entretiens individuelles ou collectifs. Ces entretiens sont confidentiels et se déroulent pendant les actions de prévention, ou dans les locaux de l'association. Ils ne concernent pas spécialement les questions de prévention mais toutes celles relatives au VIH. Les entretiens collectifs se font à travers les groupes ou espaces de paroles entre personnes séropositives qui fréquentent l'association. Les séances se déroulent dans les locaux de l'association et sont animées

par des volontaires ou les salariés. Les sujets abordés ont trait au vécu de la séropositivité et aux effets secondaires des traitements.

De plus en plus, le counseling est utilisé pour apporter un soutien aux PVVIH. C'est pour Tourette-Turgis (1996), est une forme de "*psychologie situationniste*", une technique de communication qui consiste à informer, aider, soutenir une personne en difficulté. A travers cette technique, le counselor tente d'aider la personne à comprendre et à résoudre ses problèmes.

Au sein de l'association AIDES, il existe un espace de counseling dans le circuit de soutien de la PVVIH. C'est un espace d'écoute et de parole à disposition de personnes qui rencontrent des difficultés d'ordre social psychologique ou thérapeutique.

2.5.4. Les messages de prévention

Éduquer, former, informer, sont les thèmes abordés par les message de prévention. Au delà même de l'information et de la sensibilisation sur la réalité du VIH, le contenu des messages fait appel à la solidarité envers les malades, et proposent de lutter face aux discriminations. Ces messages se retrouvent partout et croisent d'une manière ou d'une autre un moment de la vie des populations. Ils peuvent être visuels, sonores ou écrits. Ils sont présents sur le grand écran, avant les séances de cinéma, au dos d'un sachet de sucre, sur les pochettes de préservatif, pendant les grandes manifestations ou regroupements sportifs, sur une affiche dans la rue, ou la page publicitaire d'un journal. Ils maintiennent une certaine visibilité de l'infection VIH/Sida qui rappelle que la vigilance doit être de mise.

2.5.4. Les actions de prévention

Les actions de prévention vont en direction du public ciblé ou du grand public

a. les actions de prévention auprès du public ciblé

L'association Aides est spécialisée pour ce type d'activités qui consistent à orienter les actions de prévention vers un groupe ayant une forte prévalence ou des comportements à risques avérés. Il s'agit d'aller sur les lieux fréquentés par ces groupes tels que les bars, les lieux de rencontre gays, les endroits privilégiés d'injection. Les volontaires et les salariés vont au devant des personnes et créent des espaces de discussions. En plus des entretiens individuels, les volontaires distribuent des outils de prévention (préservatifs) et des brochures contenant des informations sur le Sida et les IST. L'objectif est d'offrir un espace d'information et de parole à des personnes en difficulté

et en situation de prises de risques Ces actions se font à travers plusieurs projets : AudVIH (usagers de drogue injectable), Pin Aides (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes), Porte Dauphine, Le groupe sourd, Fabou (migrants) et les Permanences Hospitalières (PVVIH).

b. les actions de prévention auprès du grand public

Le GSG est spécialisé pour la prévention auprès du grand public. Il dispose d'un bus et d'un triporteur pour accompagner les activités de prévention qui se font autour d'actions mobiles (promenades sacs à dos et/ou le triporteur) ou fixes (installation de stands pendant une grande manifestation). Ces actions se déroulent pendant de grands événements tels que la fête de la musique, le Salon du livre, les matchs de football, le Tour de Normandie, la Gay Pride etc). Pendant ces manifestations, les volontaires et salariés discutent avec les spectateurs sur la problématique de l'infection VIH/Sida et distribuent des préservatifs et des brochures contenant des informations sur le VIH et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST.). L'association anime aussi des émissions de radio, des spots de prévention et diffuse des films documentaires.

De même, pour toucher tout le public, l'équipe de prévention a subdivisé le grand public en plusieurs groupes : les moins de 30 ans, les plus de 30 ans, les prisons, les migrants et les femmes précarisées, le monde du travail et des actions de prévention sont organisées régulièrement vers ces différents groupes. Par exemple, pour toucher les jeunes de moins de 30 ans l'équipe va se déplacer dans les écoles et les foyers ou elle peut être accompagnée d'une personne vivant avec le VIH de l'association PVA (dans le cadre de sa collaboration avec d'autres associations) qui fait un témoignage sur le vécu de la séropositivité. Nous allons décrire l'intervention de l'association dans le cadre du projet migrant.

Pour mieux toucher les femmes migrantes l'association a initié le «*Projet Parc*» : C'est un projet né il y a dix ans et qui ciblait particulièrement les femmes latino qui ne vont pas aux fêtes latino et qu'on trouve dans les parcs, l'été autour des bacs de sable et qui s'occupent d'enfants Suisses. Ce projet se fait en collaboration avec les médiateurs culturels⁷, De plus, les intervenants étendent leurs séances d'information hors murs en participant à des cours de français (Camarado), ainsi qu'à des activités sportives (Genève Roule).

⁷ Voir chapitre III

Le travail de partenariat avec d'autres associations ou d'autres structures (asile, ARA, infirmières de santé Migrant) permet de faire des actions de prévention en participant à la formation des formateurs. La collaboration avec l'Association d'Entraide Suisse (EPER.) est un bel exemple de partenariat : L'association G.S.G. forme et offre du matériel de prévention aux personnes envoyées par l'E.P.E.R qui vont démultiplier l'information auprès de leur cible.

c. Les actions d'incitation au dépistage :

La France et la Suisse n'ont pas la même démarche en ce qui concerne la promotion du dépistage. En Suisse, la promotion du dépistage est uniquement informative et repose sur des professionnels de santé comme les médecins et les infirmiers alors qu'en France, la politique est pour l'incitation au dépistage C'est dans ce sens que l'association AIDES est d'une part présente dans les Centres de Dépistages Anonymes et Gratuits (CDAG) en vue de participer aux activités de prévention. D'autre part organise des actions d'incitation au dépistage. Deux actions ont ainsi été organisées en Décembre 2003 et en Juin 2004. Ces actions sont menées en partenariat avec quatre C.D.A.G⁸ et cinq mairies d'arrondissement⁹ Le but est de familiariser les populations au dépistage. Pour d'une part de faciliter la connaissance du statut sérologique et, d'autre part, de développer la prise de conscience et la nécessité de se protéger contre les risques de contamination.

Conclusion : L'épidémie de l'infection VIH/SIDA a provoqué la mise en place de stratégies novatrices, bousculant les réponses classiques que les pays ont jusque-là élaborées devant toute épidémie d'origine infectieuse. C'est ainsi que la France et la Suisse vont élaborer des stratégies pour un traitement libéral de l'épidémie en privilégiant l'information, la responsabilité individuelle et la mobilisation sociale. Par ailleurs, l'intervention des associations de personnes vivant avec le VIH, a modifié non seulement les perceptions sociales de la maladie mais aussi les termes des débats publics sur les réponses à apporter. C'est ainsi qu'elles ont joué, dès l'origine de l'épidémie, un rôle essentiel de la perception du Sida dans la conscience collective des populations et sont devenues incontournables dans l'élaboration ou la mise en œuvre de tout programme de lutte contre le VIH. Au Sénégal par contre, les associations de personnes vivant avec le VIH sont très timides et investissent faiblement la scène publique.

⁸ (Hôpitaux Pitié Salpêtrière, Fernand Widal, Bichat, et le centre médico-social de Belleville).

⁹ Mairie du 4^{ème}, Mairie du 9^{ème}, Mairie du 18^{ème}, Mairies du 20^{ème}

Chapitre III

ANALYSE CRITIQUE DES STRATEGIES DE PREVENTION

Cette partie est consacrée à la présentation des résultats de nos différentes recherches. C'est ainsi que nous allons vérifier si, en France comme en Suisse, les stratégies de communication :

1. tiennent compte des spécificités socioculturelles des migrants,
2. ne ciblent pas les personnes séropositives,
3. ont pris en compte la nouvelle donne qu'est la trithérapie,
4. ont pu maintenir sur le long terme les comportements de prévention,
5. tiennent compte des inégalités sociales.

4.1 STRATEGIES DE COMMUNICATION ET SPECIFICITES SOCIOCULTURELLES DES MIGRANTS SUBSAHARIENS

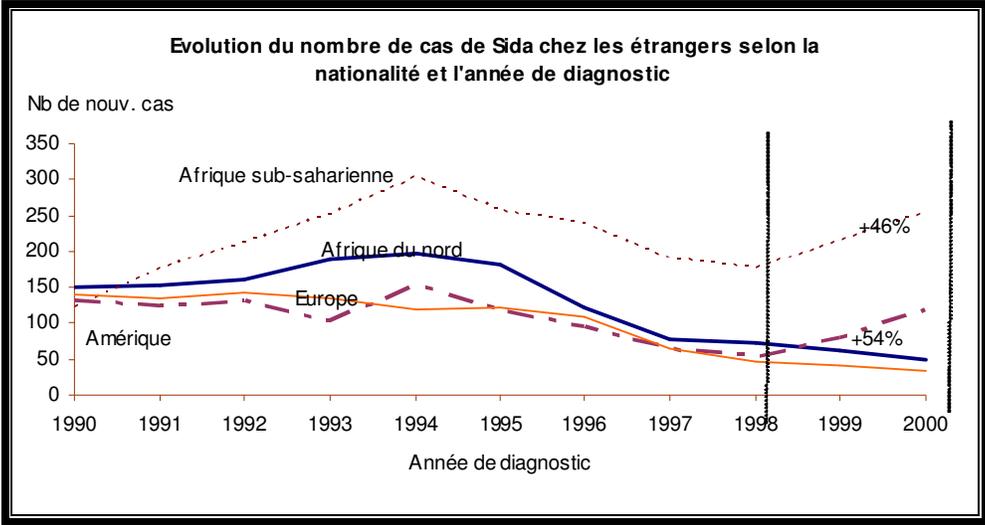
Nous allons dans un premier temps présenter la situation de l'épidémie au sein de la population migrante subsaharienne. Ensuite, nous essayerons d'évaluer le degré d'information sur l'infection VIH/Sida et enfin voir s'il existe des stratégies de communication qui tiennent compte des spécificités socioculturelles.

4.1.1. Épidémie de l'infection VIH/SIDA

En France comme en Suisse, les données épidémiologiques reflètent clairement le risque accru d'infection par le VIH dans la population étrangère. En effet, les étrangers contribuent largement à l'augmentation du nombre de cas résultant d'une transmission hétérosexuelle (OFSP, 2004), (INVS, 2004) particulièrement marquée chez les migrants subsahariens (Voir figure 10 et 11). En Suisse par exemple, la proportion de la population contaminée est passée de 11.5% en 1995 à environ 28% en 2002 alors qu'elle représente seulement 0.5% de la population¹⁰. De plus, en France 18% des nouvelles contaminations concernent les migrants subsahariens alors qu'ils représentent seulement 6% de la population (DGS, 2003). En outre, comme partout dans le monde, on constate une féminisation de l'épidémie car parmi les femmes nouvellement

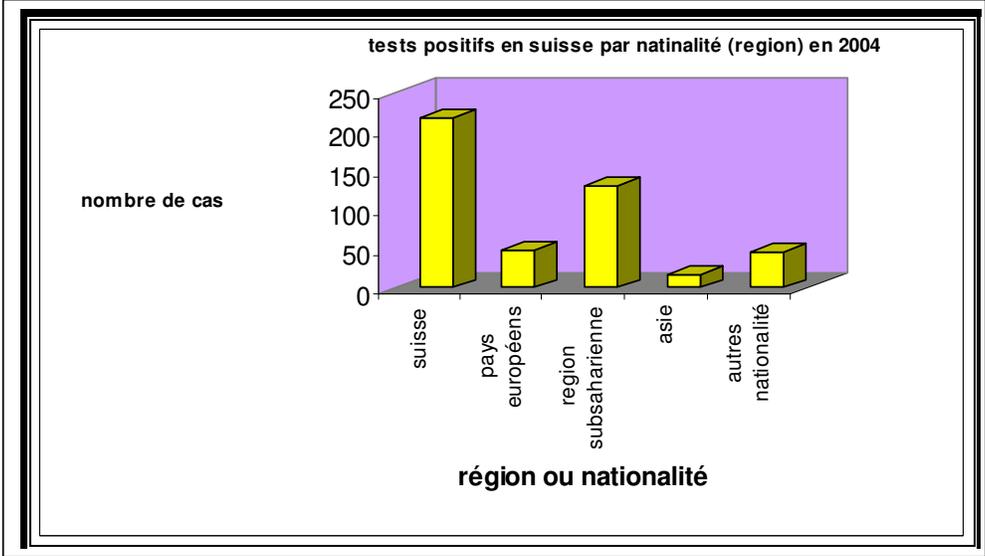
¹⁰ A consulter sur le site www.miges.ch

contaminées, une grande majorité est originaire d'un pays d'Afrique sub-saharienne (voir figure 12).



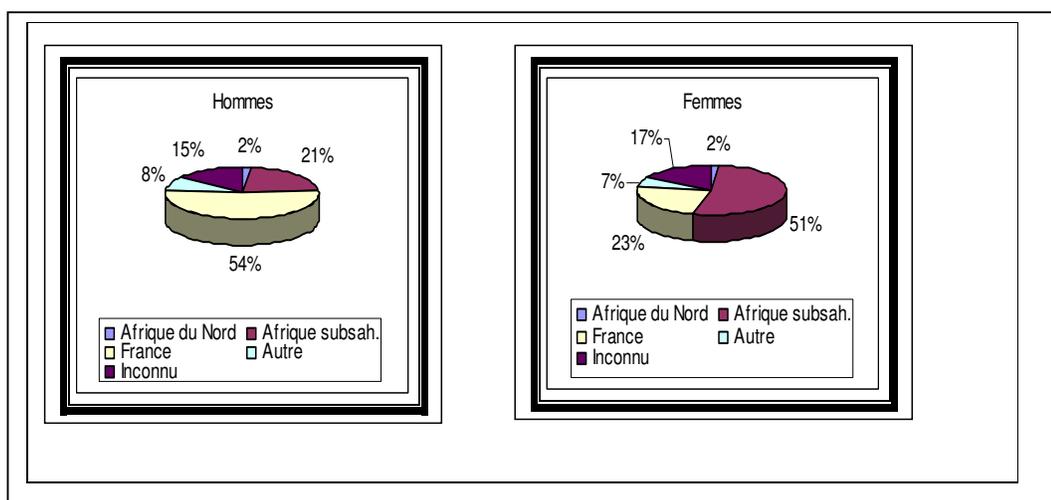
Sources : INVS, 2002

Figure 10: Evolution du nombre de cas de Sida chez les étrangers en France



Source : OFSP, 2004

Figure 11: Nombre de tests positifs par nationalité ou par région en Suisse



Source: INVS, 2004

Figure 12: Répartition des nouvelles infections selon le sexe et le pays d'origine en France

Par ailleurs, un regard sur le « *fil actif* »¹¹ des personnes séropositives qui ont sollicité en 2003 le service de soutien des associations Groupe Sida Genève (GSG) et Aides Ile de France nous apprend que la grande majorité de ces personnes est constituée de migrants subsahariens. De plus un responsable d'une association d'aide et de soutien des PVVIH en Suisse nous confie qu'à l'exception d'une seule personne, toutes celles nouvellement infectées, reçues par l'association sont des migrantes subsahariennes¹². Cependant, « *Parmi les migrants diagnostiqués depuis 2000, 35% des hommes et 59% des femmes étaient en France depuis moins d'un an au moment du dépistage* » (Lert F, et al 2004). Ces données indiquent que le courant migratoire en provenance des régions africaines à forte prévalence a sans doute contribué à augmenter la part des migrants dans la population infectée. Mais quel est le degré d'information sur l'infection VIH/Sida des migrants subsahariens qui vivent en France au moins depuis le début de l'épidémie ? Sont ils réceptifs aux messages de prévention ?

4.1.2. Le degré d'information des migrants sur l'infection VIH/SIDA

L'étude de Lot F. et al, (2002) sur le (*Parcours socio médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France*) met l'accent sur un groupe représentant plus de la majorité de l'échantillonnage (53%). Il s'agit des personnes venues en France avant 1987 et ayant

¹¹ Il s'agit des personnes qui fréquentent l'association

¹² Entretien avec un responsable de Ministère Sida le 15 septembre 2004

une situation sociale plutôt stable et acceptable. Ces personnes ont un salaire supérieur au SMIG et bénéficient d'une couverture sanitaire. L'enquête nous révèle que soit ces personnes se sont contaminées en France, soit elles ignorent la date ou les circonstances de leur contamination. De plus, 46% de ces migrants ayant participé à l'étude ont découvert leur séropositivité tardivement, au moment de l'apparition des symptômes (INVS, 2002). Tout porte à croire que des migrants qui ne vivent pas une situation de précarité semblent avoir échappé aux messages de prévention. En effet, on peut penser que ces derniers ne se sentent pas concernés par les messages de prévention. Or en Suisse, au début de l'infection, Fleury, (1989), démontrait que cette communauté s'avère très informée, plus que la communauté turc, mais que les connaissances sur le SIDA suivent des canaux de diffusion différents de ceux du pays d'accueil. En effet, la communication sur l'infection VIH/Sida emprunte beaucoup plus l'oralité. De plus, les questions relatives à la sexualité sont taboues et difficiles à aborder en public. C'est la raison pour laquelle « *il faut connaître les différents codes de la culture africaine pour pouvoir communiquer et mieux faire passer les messages de prévention ou de soutien* »¹³.

4.1.3. Les besoins des migrants sont-ils pris en compte dans les programmes de prévention ?

Le lien très étroit qui existe entre infection à VIH/SIDA et migrations a été reconnu par les Nations Unies à l'occasion de la session extraordinaire de l'Assemblée générale sur l'infection à VIH/Sida en juin 2001 (OIM, 2002). Le paragraphe 50 de la Déclaration d'engagement précise que les Etats Membres doivent «...d'ici à 2005, élaborer et commencer à appliquer, aux niveaux national, régional et international, des stratégies qui facilitent l'accès aux programmes de prévention de l'infection à VIH/SIDA pour les migrants et les travailleurs mobiles, notamment en fournissant des informations sur les services sanitaires et sociaux ».

L'Europe où les premiers programmes de prévention auprès des migrants furent lancés à partir de 1988 a été précurseur dans ce domaine (Haour-Knipe, 1996). Le premier programme a commencé en Belgique auprès de la communauté zaïroise suivie par les Pays Bas et le Royaume Uni. La plupart de ces programmes ont vu le jour grâce à la pression exercée par des membres des communautés migrantes ou des institutions

¹³ Entretien avec une responsable du soutien du Groupe Sida Genève le 6 Septembre 2004

qui accueillent les migrants. Dès 1990, de plus en plus de migrants se sentent concernés et se mobilisent autour de la problématique du VIH. Plusieurs vont créer des associations de soutien, lancer aussi des activités de prévention et travailler en réseaux.

a. Cas de la Suisse

En Suisse, les programmes de prévention de l'infection à VIH/Sida se basent sur le droit à l'information plutôt que sur l'argument d'une prévalence élevée de l'infection à VIH/Sida. C'est ainsi que le manque d'offre de prévention des migrants est comblé par la création d'un « *projet migrant* » des 1991. Ce projet repose sur le principe de préserver la santé des populations d'origine étrangère au même titre que les populations Suisses. Les acteurs appelés médiateurs culturels sont choisis parmi les membres des communautés concernées et les messages de prévention sont culturellement adaptés aux différentes populations ciblées. Ils sont formés à mener des activités de prévention dans leurs propres communautés. L'implication de ces médiateurs ainsi que l'utilisation du matériel d'information en plusieurs langues sont aujourd'hui des conditions indispensables pour une prévention efficace chez les migrants. Les évaluations du projet ont montré que les messages de prévention sont mieux acceptés lorsqu'ils proviennent de personnes ayant la même culture (Dubois-Arber et al, 2003). Au début, trois communautés, numériquement les plus importantes sont concernées par le programme : la communauté espagnole, portugaise et la communauté turque. Par la suite, le programme s'est élargi aux communautés latino-américaines, tamouls et africaines.

A partir de 2002, l'augmentation de l'infection VIH/Sida au sein des migrants subsahariens est à l'origine de l'élaboration du « *Projet national de prévention du VIH chez les migrants subsahariens* », puis celui en direction des femmes « *Migration et santé reproductive* ». L'objectif est de planifier et appliquer de manière coordonnée la prévention auprès de cette population à partir d'une approche participative qui fait recours aux regroupements et associations existantes (Dubois-Arber et al, 2003).

b. Cas de la France :

En Avril 1999, Savignoni et al (1999) rendait publique pour la première fois la situation épidémiologique des migrants subsahariens vis-à-vis de l'infection et poussait les pouvoirs publics à prendre des dispositions face à un problème qui jusqu'ici relevait du secret d'Etat.

C'est ainsi que le programme national (2001-2004) de lutte contre l'infection VIH/Sida propose d'intensifier les actions de prévention en direction de cette population

dans le but de répondre à ses besoins comme composante de la population française. Le principal objectif est d'améliorer l'accès à l'information tant en matière de prévention primaire que de prévention secondaire, notamment pour les femmes migrantes (DGS, 2001). Les actions visent entre autres à s'adresser aux migrants à travers des campagnes de communication grand public et développer une stratégie spécifique en direction des femmes. Ce programme utilise les services de soins de santé primaires auxquels ont recours les migrants, notamment les femmes et les enfants.

Le programme suivant (2004/2006) va dans le sens du renforcement du premier en impliquant à la fois les associations de lutte contre l'infection à VIH/Sida et les médias. C'est dans ce sens qu'on voit des spots et affiches sur la promotion du test de dépistage, l'utilisation du préservatif et la demande de test à son partenaire s'adresser aux migrants à travers les campagnes de communication (DGS, 2004) Par ailleurs, une agence pour la communication est créée afin d'intégrer la prévention dans les programmes de radios les plus écoutés par les migrants. Ce programme va aussi utiliser des médiateurs culturels ¹⁴ dont le rôle est de servir de relais entre les milieux de prévention et de soin et le public se faisant dépister tardivement.

L'augmentation de l'infection au sein de la communauté migrante subsaharienne fut constatée avec surprise en France et en Suisse. Mais des stratégies de prévention furent définies dans le but de mieux adapter les messages de prévention au contexte socioculturel de cette communauté. Mais les programmes de prévention ont du mal à cibler les nombreux " sans papiers ", car ils sont invisibles pour les associations et les services sociaux.

4.2. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET POPULATIONS SEROPOSITIVES

La prévention de l'infection VIH/Sida doit en principe tenir compte de trois niveaux : le premier doit permettre d'éviter les contaminations (prévention primaire). Le deuxième à en réduire les conséquences par une prise en charge médicale psychologique et sociale adaptée (prévention secondaire). Le troisième enfin à en traiter les effets tels que l'exclusion et la discrimination pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes (prévention tertiaire). Nous proposons de vérifier la place de la prévention secondaire dans les stratégies de communication.

¹⁴150 médiateurs de santé ont été formés depuis 2001 et font l'objet d'un suivi de leur activité professionnelle. Un bilan sur la mise en œuvre de ce programme s'achève fin 2003. Une évaluation sur l'impact de ce programme sera réalisée en 2004/2005.

4.2.1. Les personnes vivant avec le VIH ont-elles un comportement de protection ?

Les PVVIH sont en principe informées dès la révélation de leur statut sérologique des risques qu'elles peuvent faire encourir à leurs partenaires. Ils adoptent en conséquence un comportement systématique de protection. Une étude de cohorte SHCS (Swiss HIV Cohort Study) sur de personnes séropositives âgées de plus de 16 ans et se déroulant dans sept établissements hospitaliers de Suisse nous enseigne que la majorité des patients hétérosexuels ont une vie amoureuse et sexuelle active mais ont un comportement de prévention assez élevé car près de 81% des répondants ont déclaré avoir des relations protégées dans les six mois précédents l'enquête (Dubois -Arber et al, 2003). On peut dire que les individus qui suivent un traitement anti-rétroviral efficace sont plutôt enclins à prendre soin des autres et à les protéger de l'infection¹⁵. Cependant, les études ne nous montrent pas quel rôle jouent alors les personnes qui ignorent leur séropositivité ou refusent de la connaître dans la transmission du VIH en Suisse !

4.2.2. Quelle perception de la prévention ?

Nous avons voulu savoir si au sein des associations les volontaires du soutien et de l'accompagnement abordent avec les PVVIH qu'ils approchent les questions relatives à la prévention.

a. les volontaires

Pour les volontaires, il existerait souvent une pudeur, une gêne, qui entoure toute discussion autour de la sexualité. « *J'attends toujours que la personne aborde le sujet la première* »¹⁶ alors que certains ne trouvent pas opportun de parler de prévention. Ils pensent que le médecin est mieux qualifié mais ignorent tous si ces questions sont abordées pendant les soins. Par contre, il peut arriver que la question ne se pose pas même si le volontaire est disposé à discuter : « *Je peux aborder le sujet sans gêne mais la personne que j'accompagne est en fin de vie* »¹⁷. Fort heureusement, le sujet n'est pas toujours tabou : « *J'aborde facilement le sujet et la personne que j'accompagne est très consciente de son état* »¹⁸.

¹⁵ Ciblé Sida - No 5 Sept. - Oct. 2003, 01.09.2003 <http://www.groupesida.ch/ciblesida>

¹⁶ Entretien avec un volontaire du Groupe Sida Genève le 2 septembre 2004

¹⁷ Entretien avec un volontaire du Groupe Sida Genève le 10 septembre 2004

¹⁸ Entretien avec un volontaire du Groupe Sida Genève le 10 septembre 2004

b. les personnes vivant avec le VIH

Certains disent ne rien penser ; la prévention ne les intéresse pas. Ils ne se sentent pas concernés par les messages et savent comment se protéger pour ne pas contaminer leurs partenaires. D'autres par contre, pensent que les messages ne sont pas assez agressifs et ne rappellent pas assez la réalité de l'infection VIH/Sida. Ils suggèrent que les PVVIH s'investissent davantage sur le terrain de la prévention et fassent des témoignages sur les difficultés liées à la vie avec le VIH : Contraintes liées à la prise des traitements, difficultés de révéler sa séropositivité, regard des autres, effets secondaires liés aux traitements.

4.2.3. Quid de la prévention auprès des PVVIH ?

En Suisse, la prévention auprès des personnes séropositives ne fait pas l'objet d'un programme structuré au niveau national, mais repose sur les mains du corps médical, de telle sorte que les questions relatives à la prévention sont abordées pendant les consultations Sida. De plus, l'ASS met à leur disposition un conseil individuel et du matériel d'information. Par contre, les intervenants sociaux vont jouer un rôle secondaire car ils ne sont pas impliqués. Le choix de cette stratégie est motivé par le fait que les PVVIH sont plus faciles à atteindre dans le circuit de soin que dans le milieu associatif en raison du suivi thérapeutique à long terme. D'ailleurs l'arrivée des traitements fait que de moins en moins de PVVIH fréquentent les associations (Dubois - Arber et al, 2003).

En France, la réflexion sur la prévention auprès des personnes séropositives s'est amorcée suite aux recommandations du Rapport Delfraissy (2002) qui propose que des actions de prévention puissent s'inscrire dans le circuit de soins des PVVIH. A ce propos, un projet pilote est en phase d'exécution au sein de deux hôpitaux¹⁹ pour intégrer un service de prévention dans le trajet de soin du patient séropositif.

4.3. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET TRITHERAPIE

La majorité des PVVIH interrogées pensent que « *les traitements aident mais les effets secondaires rendent la vie pénible* »²⁰. En effet, ils stabilisent l'infection sans

¹⁹ Voir chapitre v

²⁰ Entretiens avec des personnes vivant avec le VIH entre le 1 Juin et le 15 Septembre 2004

guérir du Sida. C'est dans ce sens qu'une PVVIH sous traitement depuis 1997, nous confie que « *Les traitements prolongent la vie, mais est-ce vraiment un progrès ? Dans la mesure où je suis dans un fauteuil roulant. Ce n'est pas une vie mais une survie de souffrances.*»²¹. Il reste à craindre que la forte médiatisation sur les avantages des traitements puisse facilement nourrir la confusion entre « *la charge virale indétectable* » et « *l'éradication du virus dans l'organisme* » poussant certaines personnes à se protéger moins qu'avant.

4.3.1. Quel est le degré d'intérêt face au Sida ?

On observe en France, une baisse significative de l'intérêt des populations à l'égard des campagnes d'information sur l'infection VIH/Sida et les préservatifs (ORS, 1998)²². En Suisse par contre, cette baisse est moins significative (OFSP, 2003). Par ailleurs, l'État a diminué le budget alloué à la prévention annonçant ainsi la phase de «normalisation» du Sida. C'est ainsi que le budget alloué à la prévention en France, est passé de 66 millions de francs en 1995 à 50 millions de francs 1999, tandis qu'en Suisse, il est passé de 16 millions en 1994 à 9 millions 2002 (Balthasar et al, 2002). Enfin, le nombre de volontaires a fortement baissé au sein des associations de lutte contre l'infection VIH/SIDA portant un coup à la formidable mobilisation sociale observée au début de l'épidémie. Par exemple, Aides Îles de France compte aujourd'hui 348 volontaires sur les 1000 qui étaient recensés en 1997.

4.3.2. La peur du Sida mitigée

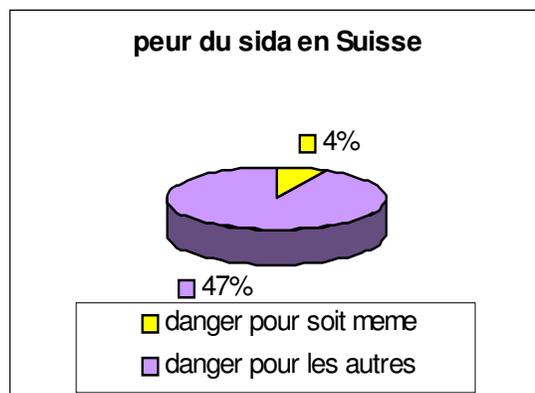
Les questions relatives aux multi-thérapies sont apparues dans les enquêtes de comportement pour la première fois en Suisse en 1997 (O.F.S.P, 1999) puis en France en 1998 (A.N.R.S., 1998). En France, la proportion de personnes qui craignent beaucoup le Sida pour elles-mêmes a diminué passant de 31,6% en 1994 à 20,7% en 1998 (ORS, 1998). Mais la notion de peur est perçue différemment selon qu'il s'agisse de soi-même ou d'autrui. En effet, si peu de personnes (10%) en France et (4%) en Suisse admettent que l'arrivée des traitements a fait diminuer leur peur du Sida, davantage de personnes (37%) en France et (47%) en Suisse pensent que les autres ont moins peur du Sida (Voir figure 13). Cette situation s'explique par le fait qu'une bonne marge de la population aurait mal compris l'impact des traitements sur l'infection à VIH/SIDA.

²¹ Entretien avec une personne vivant avec le VIH le 5 septembre 2004

²² Enquêtes KABP 1998 Sources INVS1998



Source : ORS. 1998



Source : OFSP. 2003

Figure 13 : Peur du Sida

4.3.3. Les stratégies de communication ont-elles changé ?

En France, l'apparition des traitements n'est pas suivie par une refonte du Programme National de Lutte contre le Sida 1994-2000 (Rollet, 2002). Par contre, la prise en compte de la prévention auprès des PVVIH est clairement formulée dans le programme de lutte contre l'infection VIH/Sida (2001-2004). Pour ce qui est des messages de prévention, on voit qu'en France, ils vont dans le sens d'une sensibilisation du fait que le risque existe toujours et que le Sida demeure une maladie mortelle par l'accroche « *Le Sida on en meurt encore* ». Par contre en Suisse, à l'occasion de la réactualisation du programme national (1999) de lutte contre le Sida, un objectif est formulé dans le but de renforcer la promotion des comportements préventifs chez les personnes vivant avec le VIH (Dubois Arber et al, 2001). On peut dire que l'arrivée des traitements ne s'est pas accompagnée de changements majeurs dans les stratégies de prévention en France, ce qui n'est pas le cas de la Suisse. Mais dans les deux cas, les objectifs vont dans le sens de mieux cibler et renforcer la prise en charge des PVVIH.

4.4. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET COMPORTEMENTS SEXUELS

L'impact des stratégies de prévention sur la population générale est mesuré par les enquêtes de comportements. C'est ainsi qu'en Suisse depuis 1986, l'Office Fédéral de la Santé Publique (O.F.S.P.) a confié à l'Institut Universitaire de Médecine sociale et Préventive de Lausanne (I.U.M.P.) l'évaluation des stratégies de prévention (Dubois-

Arber et al ,2003)²³. De même, mais réalisées plus tardivement en France à partir de 1992, les enquêtes « Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices » (KABP) ²⁴ permettent de suivre régulièrement l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au Sida. Les résultats de ces enquêtes vont nous permettre de mieux appréhender les différents changements de comportements au sein de la population générale.

4.4.1. Du comportement sexuel

En Suisse, il n'existe pas de signes montrant un changement du comportement sexuel. En effet, la «*Médiane du nombre total de partenaires sexuels durant la vie est restée globalement stable dans les différents groupes d'ages et de sexe. Par ailleurs, le taux de fréquentation des prostituées n'a pas augmenté*» (Dubois-Arber et al, 2003). Tout porte à croire que la prévention ne semble pas avoir induit l'augmentation du nombre de partenaires sexuels (occasionnels ou non), ni diminué l'âge des premiers rapports sexuels. En France, on observe même une diminution du nombre de partenaires sexuels car la proportion des multipartenaires est passée de 21,9% en 1992 à 10,2% en 2001(Grey, 2001).

4.4.2. Du comportement de protection

En Suisse, la vente de préservatifs augmente régulièrement depuis 1986. Elle serait ainsi passée de 7,6 millions d'unités en 1986 à 18,1 millions en 2002. De même, l'utilisation systématique du préservatif avec un partenaire occasionnel est passée de 8% en 1987 à 62% en 2000 chez les moins de 30 ans (Dubois-Arber, 2003). Ainsi, les différentes évaluations n'ont pas montré de signe d'une augmentation des prises de risques au sein de la population générale. Déjà depuis 1997 Narring F. et al, concluaient que les stratégies de prévention permettent une amélioration des comportements de protection particulièrement chez les jeunes. Mais Dennerker (2002) parle de résistance à

²³ Dans ce cadre des enquêtes sont menées régulièrement au sein de la population générale ainsi que dans différents groupes de populations (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, migrants, usagers de drogues injectables et dans la population générale...). Depuis 1987 une enquête téléphonique périodique auprès de la population résidente de 17 à 45 ans renseigne les responsables de la prévention sur l'évolution des comportements sexuels et la protection par le préservatif

²⁴ Enquêtes nationale réalisée en 1992, 1994, 1998, et 2001 avec la coordination scientifique et le soutien de l'agence nationale de recherche sur le sida et le commissaire général du plan. Les enquêtes KAPS sont réalisées en France depuis 1990 ; tous les trois ans sur des échantillons de la population française âgée de 18 à 69 ans. en 2001, 3321 personnes ont été interrogées. La collecte des données est assurée par l'institut de sondage IPSOS

l'usage du préservatif. En effet, l'une des raisons évoquées pour les tests de dépistage est l'abandon du préservatif par les couples.

En France on observe une diminution de l'usage et une dégradation de l'image du préservatif. En effet, l'utilisation du préservatif est passée de 37% en 1998 à 29% en 2001 (ORS, 2001). Cette baisse est plus marquée chez les jeunes. Par ailleurs, l'image du préservatif s'est détérioré auprès de la population générale car les répondants sont plus nombreux en 2001 à penser que le préservatif diminue le plaisir (42% contre 37% en 1998). Déjà, l'enquête KABP 1998 mettait l'accent sur un risque de relâchement des comportements de prévention, craintes confirmées par l'enquête KABP 2001. Ces résultats montrent la difficulté liée au maintien sur le long terme de la stratégie de prévention basée sur l'usage du préservatif.

4.5. STRATEGIES DE COMMUNICATION ET INEGALITES SOCIALES

Il est maintenant reconnu que le gradient de l'état de santé est de moins en moins bon lorsqu'on descend l'échelle sociale. Ce gradient existe pour la plupart des maladies, il est régulier, existe selon l'âge et s'accroît régulièrement depuis une vingtaine d'années (Rainhorn, 2004). L'infection VIH/Sida n'échappe pas à cette règle et à l'image de l'inégale distribution de la pandémie dans le monde, cette infection semble aujourd'hui toucher les populations les plus précarisées et les plus défavorisées d'Europe. C'est ainsi qu'en France, Tallec (2002) dresse un bilan de la santé des Français en mettant l'accent pour la première fois sur de fortes inégalités de santé.

4.5.1. Infection VIH/Sida et précarité

En France, les PVVIH vivent souvent en situation de forte précarité. En effet, une fraction importante est constituée par les sans emploi car 40 % des hommes et 55% des femmes sont inactifs. Un peu plus du quart des patients (27% des hommes et 29% des femmes) sont invalides reconnus (Lert, 2004). Concernant la population migrante subsaharienne, beaucoup n'avaient ni emploi ni ressource au moment du diagnostic. Ils sont plus souvent logés dans des conditions précaires : 15% des hommes et 23% des femmes d'origine étrangère vivent chez des amis, dans un foyer ou sont sans domicile fixe. Les femmes immigrées infectées par le VIH sont plus nombreuses à vivre seules avec des enfants (75%) que les femmes françaises (22%) (Lert, 2004).

4.5.2. Infection VIH/Sida et niveau d'éducation

Les enquêtes KABPS réalisées en France indiquent que les personnes qui ont le moins accès à l'éducation ont un niveau de connaissance sur l'infection VIH/Sida plus faible, autant sur les modes de contamination que sur les outils de prévention ou les traitements. Par ailleurs De Colomby (1998) abonde dans le même sens. En effet, *«en 1994, les hommes et les femmes de métropole n'ayant obtenu aucun diplôme, avaient une probabilité 4 à 6 fois plus faible d'avoir fait un test de dépistage que ceux et celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat »*. Il existerait donc un gradient social de sorte que plus le niveau d'éducation est bas, plus la personne est exposée à l'infection. C'est ainsi qu'un relâchement des comportements de prévention en matière de VIH/Sida et un accroissement des Interruptions Volontaire de Grossesse (IVG) chez les jeunes filles de moins de 20 ans témoignent d'un faible niveau d'information et d'éducation lors de l'entrée dans la sexualité. Par ailleurs, en Îles de France les jeunes qui évoluent en dehors du circuit scolaire ou ayant un faible niveau d'étude ont moins accès à l'information sur l'infection VIH/Sida. Ils auraient eu moins de contacts avec des actions de prévention et si c'est le cas, il est possible qu'ils aient de réelles difficultés d'analyse ou de compréhension des messages de prévention qui seraient de plus en plus complexes(ONUSIDA, 2001).

Or, la connaissance constitue l'arme la plus efficace face à l'infection VIH/Sida en particulier pour lutter contre les attitudes discriminantes et prévenir les nouvelles contaminations.

Conclusion : Les résultats de notre étude nous permettent d'affirmer que:

En France comme en Suisse, les stratégies de prévention tiennent compte des spécificités socioculturelles des migrants subsahariens. Cependant elles ont été élaborées tardivement, suite au constat de la hausse de la prévalence de l'infection au sein de cette population.

En Suisse, les associations ne sont pas impliquées dans la prévention auprès des PVVIH qui fait partie du circuit de soin du patient et relève de la prérogative des médecins. En France, par contre, l'idée fait son chemin. D'ailleurs, il existe un projet pilote de partenariat entre l'hôpital et les association pour la prévention des PVVIH.

En France comme en Suisse, les stratégies de communication rappellent souvent que l'infection est toujours mortelle. Seulement, les traitements ont diminué la peur du Sida.

En Suisse, les stratégies de prévention de l'infection VIH/Sida ont prouvé leur efficacité en maintenant dans le long terme les comportements de prévention au sein de

la population générale ce qui n'est pas le cas de la France. On y observe un relâchement des comportements de prévention et une diminution de l'intérêt pour le Sida.

Aujourd'hui, l'épidémie du VIH est fortement inégalitaire et touche les couches les plus défavorisée de la population, notamment les populations les plus précarisées et les moins éduquées. Les messages de prévention ne sont toujours pas adaptés.

Chapitre IV

DISCUSSIONS

Dans cette partie, nous allons analyser les succès et les limites des politiques de prévention.

4.1. LES RAISONS DU SUCCÈS DES STRATEGIES DE PRÉVENTION

Nous allons d'abord analyser les caractéristiques communes qui ont fait le succès des trois pays dans la lutte contre l'infection VIH/Sida et ensuite décrire ce qui fait la particularité de chaque pays.

4.1.1. Les caractéristiques communes des stratégies de prévention

Il ressort de notre étude qu'en France comme en Suisse, les stratégies de prévention ont contribué à réduire l'incidence de l'épidémie de l'infection VIH/Sida²⁵.

Nous avons noté des caractéristiques communes avec le Sénégal à savoir :

- (i) Un engagement politique au plus haut niveau se manifestant par la reconnaissance de l'infection VIH/Sida par l'État comme un problème prioritaire de santé publique,
- (ii) Une promotion du préservatif caractérisée par l'augmentation de sa vente et de son utilisation,
- (iii) Une réponse multisectorielle à travers la mobilisation de toutes les composantes de la population (État, ONG, Associations),
- (iv) L'élaboration d'une politique de lutte contre l'infection VIH/Sida à travers plusieurs programmes de prévention²⁶,
- (v) La création d'un dispositif de suivi et d'évaluation des programmes de prévention,
- (vi) Des stratégies de communication permettant une plus large sensibilisation de la population.

A la base du succès enregistré en France et en Suisse, nous retiendrons d'une part, une approche non stigmatisant de l'épidémie qui bannit l'exclusion et encourage la solidarité pour les PVVIH d'autre part, la régularité et la continuité des messages de

²⁵ Voir chapitre 1

²⁶ Voir chapitre 2

prévention alors que des moyens importants (ils ont certes diminué mais restent significatifs) sont mis à la disposition des acteurs.

Lorsqu'on compare la Suisse à la France, on relève que sur le plan organisationnel et institutionnel la réponse fournie par la Suisse est d'une part plus élaborée et plus stable. En effet, elle se caractérise par une évaluation²⁷ continue du programme de lutte contre le Sida de sorte «...*que la Suisse est ainsi le seul pays en Europe pour lequel on dispose d'un ensemble raisonné de données sur une période de 10 ans* » (Lert, 2000). C'est ainsi qu'à six reprises, d'abord sur un an, puis sur une période de deux et désormais de trois ans, une évaluation a été établie, publiée, diffusée et a nourri l'actualisation des politiques. D'autre part, la lutte contre l'infection à VIH/Sida y est plus «*cordiale*» car tous les acteurs de la lutte (Etat/associations/église) collaborent en partenaires plutôt qu'en adversaires comme c'est le cas en France où les associations entretiennent des relations conflictuelles entre elles mais aussi avec les pouvoirs publics. Mais cette situation paradoxale en France a rendu plus visible la problématique de l'infection VIH/Sida, de telle sorte que cette situation n'a en rien altéré la qualité des stratégies de communication ni leur impact positif sur l'évolution de l'épidémie.

4.1.2. La particularité du Sénégal.

L'Etat du Sénégal, plus que les associations, s'est positionné comme le véritable acteur de la lutte contre l'infection VIH/Sida, en donnant l'impulsion à la lutte. Mais le fait le plus marquant est l'attitude positive des religieux par la reconnaissance de l'infection VIH/Sida comme un problème d'intérêt national, tout en acceptant d'être des acteurs à travers les actions de prévention et de prise en charge des PVVIH.

Déjà, dès 1989, L'ONG Djamra²⁸ s'est impliquée comme partenaire de l'Etat sénégalais dans l'élaboration des stratégies de communication pour la prévention. C'est ainsi que des chefs religieux musulmans et des enseignants en langue arabe sont formés sur le thème de l'infection VIH/Sida qui devient alors un sujet régulièrement abordé au cours du sermon du vendredi dans les mosquées à travers tout le territoire. En Mars 1995, 260 dignitaires islamiques se sont réunis pour une conférence sur le Sida à l'issue de laquelle est sortie une déclaration pour le soutien des efforts de prévention, la non stigmatisation des

²⁷ L'évaluation s'est attachée d'une part à mesurer et analyser la mise en œuvre effective de la politique préconisée au niveau national et dans les différents cantons (évaluation des processus), d'autre part à apprécier ses résultats en termes de connaissances, de comportements, d'attitudes de solidarité, d'impact épidémiologique et identifier d'éventuels effets pervers (évaluation des résultats)

²⁸ C'est une ONG islamiste conservatrice qui s'est beaucoup investie dans la prévention du sida et a beaucoup favorisé le dialogue entre les religieux et les pouvoirs publics

PVVIH²⁹, l'autorisation de l'utilisation du préservatif³⁰ et une information large et précise sur le Sida étendue à tout le pays. Les recommandations vont dans le sens de la modification des comportements sexuels et du retour à des valeurs et normes sociales comme la fidélité et l'abstinence. Cette attitude des chefs religieux dénote d'une ouverture à la prévention de l'infection VIH/Sida et d'un effort d'adaptation au contexte religieux fut plutôt bien accueilli par l'État et la communauté musulmane. Une ONG catholique «*Sida Service*» spécialisée dans le soutien et l'accompagnement des PVVIH a poussé l'église catholique à adopter une attitude plus positive par rapport à la prévention et au soutien des PVVIH. Ces efforts ont abouti en 1996 à l'organisation d'une conférence sur l'infection VIH/Sida par les responsables chrétiens à l'issue de laquelle, l'infection VIH/Sida est déclarée «sujet d'intérêt national» (ONUSIDA, 2000)

Le succès du Sénégal repose sur l'association entre la stratégie ABC et la stratégie CNN se caractérisant aussi bien par la promotion du préservatif que celle de valeurs sociales et religieuses, de sorte que chaque communauté se sente concernée par les messages de prévention (ONUSIDA, 2000).

4.2. LES LIMITES DES STRATEGIES DE PREVENTION EN FRANCE ET EN SUISSE

Les stratégies de communication ont prouvé leur efficacité mais plusieurs facteurs semblent indiquer des limites. En effet il semble difficile de maintenir sur le long terme une stratégie basée sur le préservatif tout comme il est nécessaire de favoriser l'acquisition d'une culture de la prévention. En outre, les PVVIH et les migrants semblent avoir besoin d'un renforcement des stratégies de prévention.

4.2.1. D'une stratégie basée sur le préservatif

En principe, une politique de prévention doit faire intervenir trois facteurs :

- (i) Les mesures préventives qui tournent autour de l'utilisation du préservatif,
- (ii) Les campagnes d'information multimédias à travers la télé, les affiches la presse,
- (iii) Les actions de sensibilisation qui cherchent à développer le sentiment de responsabilité par rapport à la contamination sexuelle.

²⁹ Ils ont déclaré que le sida est une infection comme une autre et n'est en aucun cas lié à un comportement fautif

³⁰ Autorisation plutôt mitigée. Le préservatif est permis seulement au sein du couple marié, sous condition que l'un des partenaires soit infecté.

Une véritable politique de prévention doit pouvoir intégrer ces trois dimensions. Mais en général, on observe plutôt des stratégies presque uniquement basées sur l'utilisation du préservatif. D'ailleurs, «... *Les stratégies de communication se ressemblent toutes : un seul leitmotiv : le préservatif. Aller savoir si ce sont les commanditaires de ces campagnes (les chargés de communication du ministère) ou les agences de publicité qui sont à l'origine de cette stratégie du tout préservatif...*»³¹. Tout porte donc à croire que l'information et la promotion du préservatif ne peuvent à elles seules induire un changement de comportement. Or « *une prévention qui se limite à diffuser uniquement des informations est vouée à l'échec*»³². Dans ce cas, répéter tout le temps les mêmes messages peut entraîner un risque de saturation et de banalisation du préservatif et conduire à l'effet contraire, c'est-à-dire, une association négative du Sida avec le préservatif. D'ailleurs, « *Pendant les années 1988, 1989, le Sida est largement présent dans la conscience collective des populations de sorte que personne n'aurait pensé étrange d'utiliser le préservatif. Aujourd'hui, proposer le préservatif à son partenaire dans certains milieux pourrait signifier je suis séropositif, et je veux te protéger* »³³. Même si le préservatif est définitivement entré dans les mœurs, il faut toutefois souligner que son utilisation n'est pas toujours continue et que, la stabilité d'une relation peut justifier son abandon.

Mais que proposer à tous ceux qui ont des comportements à risque et qui refusent d'utiliser le préservatif ? Que dire à tous ceux qui malgré toutes les campagnes d'information continuent à prendre des risques ?

4.2.2 A l'acquisition d'une culture de la prévention

On peut dire que l'acquisition de comportement de prévention demande toute une culture favorisant le débat sur les comportements à risques. Bruno Ughetto propose la « *nécessité de créer des espaces de communications qui permettent aux individus de réfléchir sur les comportements vis-à-vis d'eux-mêmes et des autres, et qui laisse le choix à la stratégie appropriée en fonction de sa personnalité et de son environnement social.* »³⁴.. Il faudrait en quelque sorte, une prévention synonyme de relation, c'est-à-dire une prévention inscrite dans le temps et dans l'échange, bref une stratégie basée sur

³¹ Combat face au sida (2001) « *Changer la prévention contre la sida* », N°24, Juin

³² Conférence à l'UNESCO du Professeur Luc Montagnier le 14 juin 2004) à 18h

³³ Entretien avec un responsable de l'association Groupe Sida Genève

³⁴ Bruno Ughetto

des espaces de paroles favorisant l'adoption d'une culture de prévention au sein des groupes hétérosexuels pour discuter et remettre à jour les messages de prévention.

4.2.3. Nécessité de développer des stratégies de prévention en direction des PVVIH

L'infection VIH/SIDA entraîne un bouleversement dans la vie des personnes infectées. C'est ainsi que trois événements semblent avoir une influence majeure dans la vie sexuelle et amoureuse des personnes séropositives : l'annonce de la maladie, l'apparition des premiers signes visibles de l'infection (perte de poids, lésions cutanée), ou les effets secondaires des traitements (lypodistrophie)³⁵ et enfin l'avènement des trithérapies (Spencer B et al, 1998). Ces différents événements peuvent bouleverser la vie des P.V.V.I.H, rendant difficile le maintien des comportements de prévention ou de protection. En effet, les difficultés liées au vécu de la séropositivité se manifestent à travers :

a. *Une perception dégradée de soi*

Pour Spencer (1998), cette perception dégradée de soi se manifeste par un sentiment de rejet de son propre corps considéré comme dangereux. De sorte que ces personnes « *se sentent sales et dangereuses pour les autres* ». D'autre part, elles ressentent une peur de manière permanente : « *la peur pour soi du fait de son statut sérologique et celle de contaminer l'autre et les rapports sexuels la rappellent toujours* » (Lert. et al. 1999). Ainsi, la sexualité de la PVVIH va se trouver perturbée de diverses façons, allant du renoncement à la vie sexuelle à la multiplication des rencontres, en passant par la baisse du désir, situation qui peut aboutir à la négation de la maladie.

b. *La négation de la maladie.*

Il peut arriver que la personne prenne le parti de nier sa maladie et de se comporter comme si elle n'était pas infectée. Le danger est qu'elle peut renoncer à toutes mesures de protection lorsque l'activité sexuelle est maintenue. Cette situation s'accompagne de la perception du préservatif et des traitements comme un danger pour son intégrité psychique de sorte que nier l'infection n'oblige plus à révéler sa séropositivité.

c. *Les difficultés relatives à la révélation de sa séropositivité*

La peur du rejet apparaît devant le conflit d'annoncer ou pas sa séropositivité. Est ce un devoir de le dire ? Est ce un droit de le savoir? L'annonce de la séropositivité peut provoquer le rejet du partenaire et expose au risque de stigmatisation alors que le

³⁵ Déplacement de masses graisseuses dans le corps

silence réduit la possibilité d'une prévention efficace et expose le partenaire. Un véritable débat sur la révélation du statut sérologique au partenaire comme mode de prévention se pose en ce moment. A ce propos, Tourette-Turgis C. (2002) lance un avertissement sur le fait que la connaissance de la séropositivité dans les couples de statuts sérologiques différents ne suffit pas à les protéger d'une contamination et qu'il est donc très important que les messages de prévention mettent l'accent sur la responsabilité mutuelle en cas de contamination et sur l'utilisation du préservatif.

d. *L'utilisation du préservatif*

Souvent l'utilisation exclusive du préservatif ressenti comme un frein à la spontanéité et à l'imagination durant les rapports sexuels. La majorité des personnes vivant avec le VIH estiment que leur vie sexuelle a perdu en qualité (Spencer et al, 1998) confirmant la difficulté de maintenir sur le long terme l'utilisation du préservatif. Mais comment proposer le préservatif lorsqu'on ne désire pas faire connaître son statut sérologique ? Quelle attitude prendre par rapport à la remise en cause du droit à la maternité ? Autant de questions liées à la vie avec le VIH. Toutes ces situations attestent des difficultés que les PVVIH rencontrent et qui constituent des limites à la prévention, difficultés amplifiées par l'ignorance et le manque d'information. Le personnel de santé et les volontaires des associations ont donc un rôle important à jouer dans l'information et l'accompagnement en matière de prévention personnalisée des PVVIH.

4.2.4. Sida, migration et inégalité sociale

L'épidémie de l'infection VIH/Sida est très inégalitaire et touche plus les personnes précarisés ayant un faible niveau d'éducation. Serait ce pour ces raisons qu'elle sévise autant au sein de cette communauté si bien entendu on tient compte du fait que la plupart se sont contaminés en Afrique.

a. *Quelle stratégie de prévention pour les migrants ?*

Les motivations de la migration ainsi que les conditions de vie des migrants sont des phénomènes très complexes. En France et en Suisse, les stratégies de communication ont ciblé dès le début de l'infection VIH/Sida les groupes ayant des comportements à risques ou à séroprévalence élevée notamment la communauté homosexuelle et les utilisateurs de drogue injectable. Par la suite, le constat de la hausse continue de l'incidence de l'infection au sein de la population migrante fut à l'origine d'un débat : il fallait réfléchir sur la stratégie à adopter. Que choisir entre une approche "universaliste" et une approche relativiste de la prévention étant donné que la relation

Sida-Migration est tellement délicate qu'il faut éviter tout risque de discrimination des migrants notamment les subsahariens. Puisque le débat sur une origine africaine du Sida a longtemps nourri l'actualité dès lors que le premier cas de Sida en Europe a été diagnostiqué chez un zaïrois. Pour Dia (2000), « *l'approche universaliste utilise un discours intégrateur, qui en ne tenant pas compte des différences sociales ou religieuses évite tout risque de marginalisation des migrants* ». L'inconvénient est que cette approche utilise un langage abstrait ou choquant pour certaines cultures avec des termes scientifique souvent incompris. Cependant, l'approche "relativiste" ou "culturaliste", intègre les spécificités socioculturelles des migrants, mais risque de déboucher sur une "ghettoïsation" qui pourrait cacher des tendances racistes. Les travaux de Fassin (2000) permettent de comprendre en quoi cette approche peut constituer une discrimination.

La Suisse d'abord puis la France ont choisie cette dernière approche en prenant la précaution de placer le lien entre Migration et Sida sur un autre plan : le problème n'est plus d'évaluer le risque de contagion par des immigrés fortement infectés, mais au contraire le lourd tribut payé par ces derniers à la maladie. Les populations migrantes passent alors du statut de vecteur potentiel de l'épidémie à celui de victime, de telle sorte que le lien entre Sida et immigration est désormais abordé sous l'angle des inégalités sociales (Fassin, 2004).

a. Les migrants très vulnérables à l'infection VIH/Sida

La plupart des hommes sont venus en Europe pour travailler en laissant leur famille au pays. Ils se retrouvent donc souvent seuls et risquent d'être confrontés à une réelle misère affective et sexuelle qui peut les pousser à avoir recours aux services de prostituées. De plus, le statut d'irrégulier est un facteur fragilisant car ils vivent dans la peur d'être expulsés du territoire. Ils ne peuvent pas travailler légalement ni prétendre aux prestations auxquelles peuvent avoir droit les étrangers en situation régulière.

b. L'infection VIH/Sida est fortement inégalitaire chez les migrants

La relation entre migration et VIH est complexe car tous les migrants ne sont pas exposés aux mêmes risques de contamination. En effet, si l'incidence de l'infection VIH/SIDA est très élevée dans les populations migrantes subsahariennes, elle est inégalement répartie et serait plus élevée chez ceux fortement précarisés. En effet, la migration se traduit la plupart du temps dans le pays d'accueil par des conditions de vie difficiles, (logement en foyer et promiscuité, précarité, regroupement familial difficile, situation sociale et économique défavorisées), un accès limité aux services sanitaires, éducatifs et sociaux, ainsi que l'absence de normes sociales et culturelles qui

déterminent le comportement de toute personne qui évolue en dehors de son milieu naturel. Tous ces facteurs aggravent les conditions de vie des migrants et augmentent leur vulnérabilité face à l'infection VIH/Sida de sorte que *«la santé ne soit même pas la préoccupation première de la personne à qui s'adressent les messages de prévention»*³⁶. Hallouche (2003), responsable de l'Association de Lutte contre le Sida (ALS), abonde dans ce sens, en parlant des personnes séropositives qui fréquentent son association *«...Ce sont des hommes originaires d'Afrique,analphabètes, et touchés par le chômage...leur connaissances sur les modes de prévention et de contaminations sont incomplètes, ou erronées... Généralement, ils vivent dans des situations de vulnérabilité et de précarités particulièrement prononcées qui les fragilisent face à l'infection.»*³⁷. Or le niveau d'éducation semble être aussi un déterminant majeur dans la transmission de l'infection VIH/Sida. En effet, Lot et al (2002) ont révélé dans leur étude, une prévalence élevée de l'infection VIH/Sida au sein d'un groupe de migrants subsahariens ayant un faible niveau d'éducation mais bénéficiant de conditions de vie et de couverture sociale acceptable. D'ailleurs, le faible niveau d'éducation conjugué aux barrières linguistiques rend difficilement perceptible le contenu des messages de prévention. C'est ainsi que les migrants analphabètes ou ayant un faible niveau d'éducation et de qualification, vivant dans des conditions de grande précarité sont doublement vulnérables à l'infection VIH/Sida. Mais cette double vulnérabilité n'est pas la seule entrave aux stratégies de communication.

c. La sexualité est-elle un sujet tabou pour les migrants subsahariens ?

Le thème VIH/SIDA est un sujet difficile à aborder et fortement tabou au sein de la population migrante africaine surtout celles requérant l'asile. Pourtant de toute apparence, les connaissances relatives à la sexualité semblent être disponibles au sein de cette communauté mais elles ne sont pas mises à contribution (Gebhardt et al 2000). Il existerait une résistance culturelle relative à l'utilisation du préservatif constituant ainsi le plus grand défi des acteurs de prévention. Ce qui expliquerait selon Zuppinding B (2000) la fragilité et la diversité des croyances associées à l'épidémie, ainsi que la difficulté à thématiser la sexualité. Pour, Benner et al (2001), *«La prévention parmi les migrants est souvent entravée par des opinions stéréotypées sur les sexes qui influencent les opinions sur l'autodétermination sexuelle. Les spécialistes des centres de consultation doivent alors souvent marcher sur la corde raide. Que conseiller par*

³⁶ Entretien avec un responsable du Groupe sida Genève le 10 Août 2004

³⁷ <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/11vih.pdf>

exemple à une femme issue d'une culture qui donne aux hommes un rôle dominant dans la sexualité, et dont le mari est infidèle mais refuse l'usage du préservatif?»³⁸. Cette réticence à l'égard du préservatif peut s'expliquer par le fait que le préservatif est d'abord perçu comme outil de perversion sexuelle plutôt que comme moyen de protection contre l'infection VIH/Sida. A ce propos, un interlocuteur nous a confié qu'il peut utiliser le préservatif avec une inconnue ou une prostituée mais pas avec sa femme ou sa compagne. «J'aurai l'impression de ne pas la respecterD'ailleurs, elle ne l'accepterait certainement pas»³⁹. En plus, le préservatif semble être un obstacle majeur à la confiance dans un couple. «Si je propose un préservatif, cela voudrait dire que je n'ai pas confiance.»⁴⁰. Cette situation peu commune exaspère un responsable du GSG qui ne comprend pas cette attitude. «J'en ai assez d'entendre que l'on ne peut pas parler de préservatif à une personne pour la simple raison que c'est un migrant »⁴¹.

d. *La peur de discriminer les migrants aurait-elle retardé les stratégies de prévention*

Une représentation du Sida comme la conséquence de pratiques déviantes (homosexualité, injection de drogues) persiste encore alors que de plus en plus, alors que la progression du Sida est maintenant principalement causée par la contamination par voie hétérosexuelle et touche plus les populations migrantes subsahariennes. Mais la révélation de la prévalence élevée de l'infection au sein de cette population peut entraîner une double stigmatisation. D'une part, cette population peut être victime d'un rejet de la part des autres communautés et d'autre part, l'infection VIH/Sida est souvent attribuée à un comportement fautif qui fait que les personnes infectées sont victimes de rejet même au sein de leur propre communauté. Jusqu'en 1999, l'épidémie VIH/Sida chez les migrants a été peu étudiée en France, non pas par manque d'intérêt mais par manque de données et par peur que les résultats ne soient utilisés pour discriminer et rejeter cette population. Le rapport 1999 de l'INVS a permis aux autorités françaises de prendre le problème à bras le corps ; d'élaborer des stratégies de communication adaptées en tenant compte de leurs spécificités socioculturelles. En Suisse, le programme migrant a débuté plus précocement mais s'est contenté de mettre l'accent sur les activités de prévention sans trop s'appesantir sur la prévalence de l'infection

³⁹ Entretien avec un migrant 15 juin 2004

⁴⁰ Entretien avec un migrant le 5 Mai 2004

⁴¹ Entretien avec un responsable de la prévention le 20 Août

VIH/SIDA au sein des communautés ethniques. Dans les deux cas, les pouvoirs publics se montrent prudents pour ne pas exposer cette population à des actes de rejet et de racisme.

e. Les femmes migrantes subsahariennes plus vulnérables

Il ressort du rapport de L'ONUSIDA/OMS (2004) des recommandations que le genre, catégorie fondamentale de la vie en communauté, doit être intégrée dans les programmes de lutte contre le Sida. En effet, les femmes, particulièrement celles originaires d'Afrique subsaharienne sont aujourd'hui les principales victimes de la pandémie. Déjà, le 8 mars 2003 lors de la célébration de la journée internationale de la femme, le Secrétaire Général de l'ONU déclarait que pour la première fois depuis le début de l'épidémie le pourcentage de femmes vivant avec le VIH avait dépassé celui des hommes (Rapport GSG, 2003). Pour un responsable⁴² du GSG, cette situation dramatique «...doit nous pousser à réfléchir sur la triple vulnérabilité des femmes...⁴³ ». Il s'agit de vulnérabilités tant biologique, socioculturelle qu'économique. Or, très souvent, les stratégies de prévention ne tiennent pas en compte ces inégalités liées au genre qui façonnent les comportements des individus et se basent sur la responsabilité partagée des partenaires en cas de contamination.

La vulnérabilité biologique : Elle est d'abord liée à la morphologie et la physiologie de l'appareil génital féminin qui fait que la femme est plus exposée que l'homme à une contamination (Troussier, 2004). C'est ainsi que le risque de contamination de la femme lors d'un rapport hétérosexuel est au moins deux à quatre fois supérieur à celui encouru par l'homme. En effet, la muqueuse vaginale est fragile et la concentration du virus est plus importante dans le sperme que dans les sécrétions vaginales. De plus, le sperme peut rester plusieurs jours dans le tractus génital féminin. Par ailleurs, les inégalités de genre peuvent considérablement entraver la faculté des femmes migrantes de négocier la sexualité à moindre risque car elles peuvent être victimes de violence physique et sexuelle de la part du partenaire. Or les rapports traumatisants ou non désirés dans lesquels la lubrification est insuffisante et favorisent les microlésions et augmentent les risques de contamination.

Les vulnérabilités socioculturelles : La plupart des sociétés africaines acceptent plus facilement les comportements sexuels à hauts risques des hommes. Seulement, dans la plupart des cas, le principal facteur de risque d'infection VIH/SIDA chez la femme est

⁴² Entretien avec un responsable du Groupe Sida Genève le 12 Août

⁴³ Entretien avec un responsable du Groupe Sida Genève le 12 Août

qu'elle est fidèle à un conjoint qui a plusieurs partenaires sexuels (ONUSIDA/OMS, 2004).

Les normes sociales sont telles que les femmes et les jeunes filles ne savent pas grand-chose des questions liées à la sexualité et éprouvent parfois beaucoup de difficultés pour aborder les problèmes liés à la sexualité qui reste un sujet tabou pour certaines cultures « *Lorsque nous nous, retrouvons nous parlons de tout sauf de sexualité ou de préservatifs* »⁴⁴.

L'annonce de la séropositivité entraîne pour la personne atteinte le risque d'être exclue du cercle familial, professionnel et social. C'est ainsi que celles qui sont contaminées n'arrivent pas à l'avouer de peur de se sentir rejetées par la communauté ou le conjoint. C'est dans ce sens qu'une interlocutrice nous confie ses difficultés à révéler sa situation sérologique « *Pourquoi moi ? Je n'ai rien fait et je ne peux dire à mon mari que je suis contaminée. S'il me chasse ou aller ? Peut être que c'est lui qui m'a contaminé ?* »⁴⁵. Certaines femmes, ne se sentant pas concernées ont tendance à penser que l'infection VIH/SIDA concerne les autres qui ont des comportements à risques ou les prostituées (la prévalence au sein des prostituées peut être très élevée dans les pays d'origines). Elles oublient ou ne savent pas que leurs partenaires masculins n'ont pas toujours un comportement préventif. Cette attitude face à l'infection VIH/SIDA est révélateur de la difficulté que les acteurs de la prévention auront pour dissocier l'infection VIH/SIDA d'un comportement fautif ou une punition divine. « *Lorsque j'ai révélé ma séropositivité à ma tante, elle m'a répondu que je l'ai bien cherché et que je n'avais qu'à me tenir tranquille* »⁴⁶.

D'autre part, certaines pratiques culturelles favorisent la vulnérabilité des femmes par rapport au Sida. C'est ainsi qu'une interlocutrice nous confie : « *Nous avons découvert en fréquentant les associations que le lavage intime que nous pratiquons quotidiennement favorise la sécheresse vaginales et augmente le risque de contamination*⁴⁷ ». En plus, la situation de certaines filles d'origine maghrébine est alarmante. « *Pour des raisons culturelles et religieuses qui font qu'elles doivent arriver vierges à leur mariage, elles acceptent des relations anales de la part de leur partenaires et la plupart du temps, ces relations ne sont pas protégées* »⁴⁸.

⁴⁴ Entretien avec une migrante le 25 juillet 2004

⁴⁵ Entretien avec une migrante le 16 juillet 2004

⁴⁶ Entretien avec une migrantes le 4 septembre 2004

⁴⁷ Entretien avec une migrantes le 4 septembre 2004

⁴⁸ Entretien avec un responsable du CDAG de Bichat (France) le 6 Août 2004

Nous pouvons dire que le manque d'éducation, les barrières de la langue, la culture sont autant de raisons qui rendent difficiles les capacités de négociation des femmes africaines subsahariennes. Les stratégies de communication doivent tenir compte des possibilités d'accès à l'information des femmes, et de leur capacité de négocier l'utilisation du préservatif. Mais une meilleure connaissance de la construction sociale du Sida chez les hommes aiderait à affiner davantage les stratégies de prévention.

La vulnérabilité économique ; On comprend mieux aujourd'hui la vulnérabilité accrue des femmes au VIH La dépendance économique des femmes à l'égard des hommes les rend moins capables de se protéger. La grande majorité des femmes migrantes est venue en Europe pour cause de regroupement familial et se retrouvent parfois dans une situation de forte dépendance économique. Le désir de fuir des conditions de vie pénibles pousse la plupart d'entre elles à exercer des activités économiquement précaires ou se retrouver prises dans des réseaux de prostitution lorsqu'elles se retrouvent seules, abandonnées par le mari. En effet, il peut arriver que pour certaines femmes immigrées, le contact avec la société occidentale soit à l'origine d'un bouleversement de certaines normes sociales qui leur confèrent des droits qu'elles n'avaient pas dans leurs pays d'origine. Mais cela ne joue pas toujours en leur faveur et les rend vulnérables. La perte d'une sécurité économique, d'un toit ou la rupture des liens sociaux fait qu'elles encourent plus de risques de contamination.

Nous retiendront qu'en réalité, si les migrants ont des taux d'incidence du Sida plus élevés que la moyenne, adoptent des pratiques de prévention moins facilement, découvrent leur infection plus tardivement, débutent leur traitement moins précocement, ce n'est pas en raison d'un statut défavorable en matière de droit aux soins, mais à cause d'un ensemble de disparités qui caractérisent leur condition sociale. C'est ainsi que pour Fassin (2001) « *L'analyse des politiques publiques doit ainsi s'efforcer de saisir le contraste entre les succès du combat pour une égalité de droit et les silences en matière d'inégalités sociales contraste qui prévaut dans la plupart des pays européens.* ». C'est pour cela qu'il est nécessaire de prendre en compte, à la fois, la situation du Sida dans les pays d'origines et la politique de l'immigration dans le pays d'accueil, afin d'appréhender de façon plus adéquate la diversité des phénomènes découlant de la migration (Fassin D, 2004).

4.3. LES LIMITES DES STRATEGIES DE PREVENTION AU SENEGAL

Au Sénégal, la prévention du Sida s'est fait sans les PVVIH qui sont les éléments passifs des stratégies de prévention. Des difficultés majeures semblent limiter leur investissement sur le terrain dans la lutte contre la pandémie parmi lesquelles on peut citer :

- ✓ L'absence de capacités propres de mobilisation de fonds,
- ✓ Le faible effectif des associations de PVVIH : Le Sida manque de visibilité du fait de la faible prévalence du VIH au sein de la population générale. Les PVVIH n'osent pas monter sur la scène publique par peur d'être stigmatisés,
- ✓ La crainte de la visibilité ou le souci de garder l'anonymat par peur d'être victime de discrimination et de stigmatisation,
- ✓ Les fréquentes recompositions de ces associations suite à des dissensions internes.

Ces facteurs ont donné un faible impact en matière d'interventions de prévention, de prise en charge ou de plaidoyer des associations de PVVIH. On peut noter à leur rencontre, une absence de revendication militante et un manque de leadership. (Mbodj F. 2002). Deux associations semblent sortir du lot : L'association BOK JEFF⁴⁹ et dans une moindre mesure, ABOYA. Ce sont deux associations à Dakar qui parviennent à se démarquer en développant des actions visibles de prise en charge. Même si les associations acquièrent de plus en plus d'indépendance vis-à-vis des structures étatiques, elles n'ont pas encore une autonomie suffisante leur permettant d'exercer une fonction critique à l'égard des décisions de santé publique. On note également des tensions entre le PNLs et certaines ONG qui considèrent que cette structure étatique monopolise le champs de la lutte contre le VIH, manipule à sa guise les associations. Par contre Enda, l'ONG pionnière en matière de développement au Sénégal, a su se positionner plus ou moins indépendamment des structures sanitaires.

Conclusion On peut retenir que dans les trois pays de notre étude, le succès de la lutte contre le Sida est lié à un contexte politique particulier, caractérisé par une implication forte de l'état et de la société civile. Mais la particularité de l'infection VIH/Sida en Europe est telle que plus de vingt ans après l'apparition du premier cas, l'épidémie a changé de cible et de visage: après avoir sévi pendant des années au sein de l'élite

⁴⁹ (Hébergé par le CTA)

homosexuelle, l'infection VIH/sida est devenu aujourd'hui l'épidémie des femmes, particulièrement les migrantes subsahariennes. Or, il se trouve que les facteurs de vulnérabilité sont moins l'appartenance géographique ou culturelle à un groupe que les inégalités sociales. En effet, le faible niveau d'éducation, la précarité et les inégalités de genre constituent le lit de la contamination et la lutte contre le Sida doit dorénavant intégrer cette nouvelle donne. C'est dans ce sens que le rapport Delfraissy (2002) souligne qu'«*en matière de lutte contre le Sida, la prévention et la prise en charge se limitent à l'utilisation d'outils d'éducation à la santé ou à l'administration d'un traitement, qui ne questionnent pas les transformations à l'œuvre dans la société et la participation des individus concernés à la vie de la cité*». Le Sida nous aurait appris que la vulnérabilité au risque ne se décrit pas en terme d'infériorité socio économique mais en terme d'inégalité sociale.

Chapitre V

PROPOSITIONS

INTRODUCTION

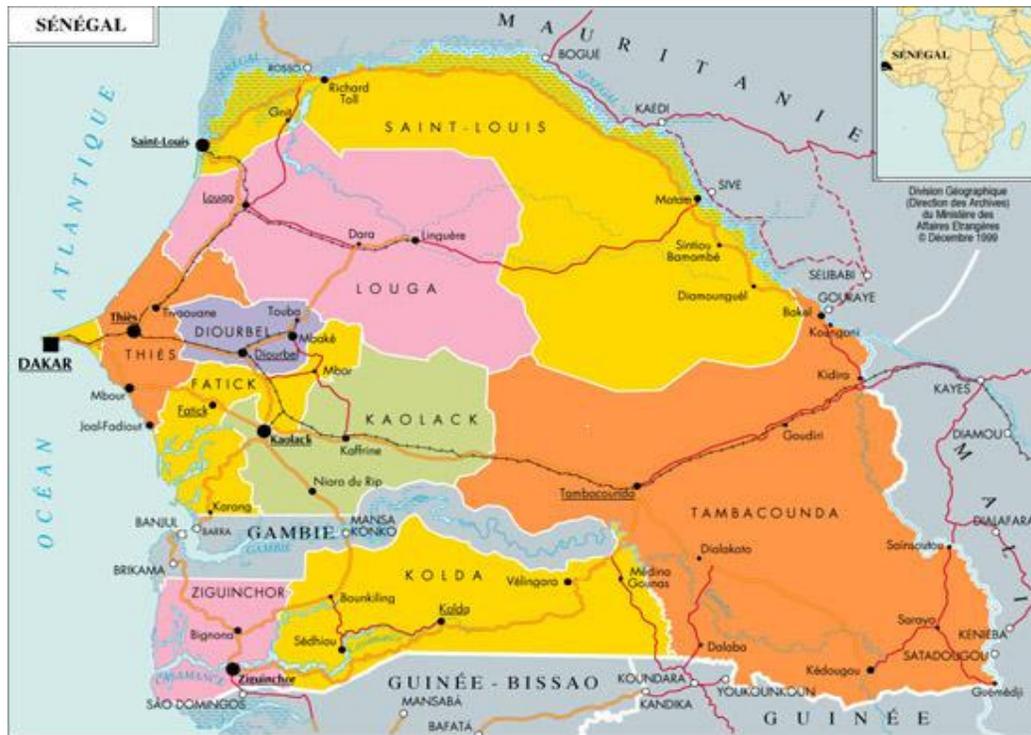
Le Sénégal est un pays d'Afrique occidentale situé dans la zone intertropicale avec une superficie de 196 772 km². Sa population en 2001 était estimée à 9,85 millions d'habitants avec un taux de croissance démographique de 2,7 % par an et un taux de croissance démographique urbain estimé à 4 %. La population est jeune car 57.7 % a moins de 20 ans (EDS III, 1997). Le pays est subdivisé en 10 régions, 30 départements, 90 arrondissements, 60 communes et 120 communautés rurales.

Sur la base d'indicateurs de développement (Espérance de vie, Produit Intérieur Brut par habitant, le taux de scolarisation des enfants d'âge scolaire et l'accès à l'eau potable)⁵⁰, le Sénégal est classé parmi les pays à faible revenu à travers le Monde (755\$ ou moins de PIB par Habitant) (Word Banks Développement Report, 2004).

La faiblesse du système de santé s'apprécie à travers l'augmentation de la mortalité infantile et juvénile, (77% en 1997 à 84% en 1999) et la distribution inégale de la santé. L'espérance de vie à la naissance est faible, estimée à 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes. L'espérance de Vie Corrigée des Incapacités (E.V.C.I) est de 44, 6 ans. (OMS, 2003)

Pays pauvre doté d'un système de santé peu performant, le Sénégal fut pourtant plusieurs fois cité en exemple par l'ONUSIDA pour avoir maintenu la prévalence de l'infection à un taux faible de 1,5%. En effet, en plus de la volonté politique affichée par l'Etat, la lutte contre l'infection VIH/SIDA a bénéficié d'une remarquable mobilisation sociale à travers d'importants réseaux et mouvements de jeunes et de femmes notamment les associations sportives et culturelles (ASC), les éclaireurs et éclaireuses du Sénégal (EEDS), les groupements féminins d'intérêt économique, etc.

⁵⁰ Voir annexe



Carte 2: Carte du Sénégal

5.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La propagation du virus du Sida est due en partie par la situation géographique de la capitale, Dakar, porte d'entrée aéroportuaire et maritime. Tout d'abord, le port autonome de Dakar (Pad) constitue une zone de transit où les prostituées trouvent aisément leurs clients parmi les marins, pêcheurs, voyageurs et autres fonctionnaires nationaux et internationaux. La prolifération des bars et des cafés dans cette ville est un atout non négligeable quant à la vulnérabilité des IST et du Sida.

On peut dire que la crise économique a beaucoup alimenté le milieu de la prostitution clandestine notamment avec l'intensification de l'exode rural. C'est ainsi que beaucoup de filles venues chercher du travail à Dakar, la capitale, doivent se prendre en charge et envoyer de l'argent à la famille restée au village. Mais les conditions de vie les rendent très vulnérables, ce que confirme l'UNICEF dans son rapport de recherche sur les enfants de la rue de Mars 1999. De même, les petites commerçantes et les petites vendeuses qui évoluent sur la voie publique ou les gares routières sont toutes aussi vulnérables (Diagne, 1998) ainsi que les femmes qui, pour

des raisons économiques pratiquent le « mbakhal »⁵¹. Par la ruse, elles acceptent des cadeaux ou de l'argent de la part de plusieurs partenaires en échange de faveurs. Par ailleurs, le faible niveau d'éducation des jeunes filles les rend particulièrement vulnérables à l'infection VIH/Sida (Huygens, 2001). C'est ainsi que la prostitution clandestine se développe dans une méconnaissance presque complète de la réalité de l'épidémie de VIH/Sida (Enda Santé, 1999). De plus, il n'existe pas une structure permettant une prise en charge, de sorte qu'elles échappent aux actions de prévention sur l'infection VIH/SIDA.

Pourtant, la prostitution est tolérée et réglementée depuis 1969. Les prostituées professionnelles doivent être âgées de plus de 21 ans et être inscrites sur le fichier sanitaire et social qui est couplé à un fichier de la police. Elles doivent subir, tous les 2 mois, un examen cervico-vaginal et environ une fois par an, un examen sérologique (VIH/Syphilis). Elles vont, en principe, tous les 15 jours en consultation recevoir des soins gratuits sur les MST et bénéficier d'informations de prévention relatives à l'infection VIH/SIDA. C'est ainsi que 94% des prostituées professionnelles connaissent l'existence de l'infection VIH/SIDA et une grande majorité (94% à 97%) utilise le préservatif (PNLS, 2001). Mais toutes ces dispositions semblent être contraignantes et expliqueraient en partie l'expansion de la prostitution clandestine et donc la propagation de l'infection VIH/SIDA. Bien qu'au Sénégal, la prévalence de l'infection VIH/Sida au sein de la population générale est faible (1.5%), elle est élevée chez les professionnelles du sexe (20% à 35%)

Par ailleurs, les traitements efficaces en améliorant l'état de santé des PVVIH, offre à ces derniers la possibilité d'aspirer à un avenir différent et une vie avec le VIH. Mais en Europe, l'apparition des traitements a suscité une diminution de la peur du Sida et un relâchement des comportements de protection. En outre, les personnes atteintes ont à faire face à l'adoption d'une conduite sexuelle sans risque, et aux difficultés de son maintien sur le long terme. Mais, selon Meystre-Augustoni et al (1998), lorsque l'activité sexuelle est maintenue, la fréquence des risques augmente parmi les séropositifs. Ces comportements sont liés à des facteurs tels que l'ignorance et le manque d'information, les perceptions négatives du préservatif, les épisodes de fragilité liées à la vie avec le VIH, la difficulté à communiquer etc. De plus, Taeron, (2002) pense que les prises de risques seraient plus fréquentes parmi les séropositifs

⁵¹ Terme qui fait penser au plat cuisiné contenant plusieurs éléments

asymptomatiques et que ce phénomène de relâchement est lié à l'amélioration de l'état de santé sous l'effet des traitements et la croyance qu'elles réduisent tout risque de contamination. Mais les résultats de notre étude montrent qu'en Suisse les PVVIH sous traitement ont un comportement élevé de protection car ils bénéficient de conseils en prévention. C'est dans ce sens que nous proposons un programme de prévention et de protection qui sera intégré dans le circuit de soin du patient. D'ailleurs les PVVIH, ayant des rapports sans protection, courent d'autres risques en plus de celui de transmettre le virus. En effet, elles risquent une surinfection VIH par une nouvelle souche virale qui pourrait être plus virulente ou exacerber la virulence de la première, ou encore un virus multi résistant. Les IST peuvent également avoir une incidence délétère sur le système immunitaire des sujets déjà contaminés par le VIH

La présente proposition va dans le sens d'améliorer la prévention en direction de ces deux groupes fortement très vulnérables et exposés à l'infection VIH/SIDA à savoir les prostituées clandestines et les personnes vivant avec le VIH. C'est dans ce sens que nous proposons de :

- *Renforcer les programmes de prévention primaire en direction des femmes migrantes précarisées pour mieux toucher les prostituées clandestines.*
- *Mettre en place un programme de prévention secondaire d'information et d'accompagnement sur la prévention en direction des patients séropositifs dans les services de soins VIH*

5.2. PRESENTATION DU PROJET

Ce programme qui porte sur deux ans va comporter deux volets : un volet de prévention primaire ciblant les prostituées clandestines et un volet de prévention secondaire en direction des PVVIH.

5.2.1. Le volet 1 prévention primaire : Renforcement de la prévention auprès des filles migrantes.

Janz (1996) a évalué de manière qualitative et quantitative trente sept programmes de préventions. Il ressort de son étude que les deux meilleures interventions sont les discussions en petits groupes et l'implication des pairs ou médiateurs. Fort de cela et en nous inspirant du Programme migrant initié en Suisse nous proposons une démarche de prévention basée sur la participation communautaire. Les interventions comportent deux étapes : la formation des médiatrices et la mise en oeuvre d'actions de sensibilisation. Il

s'agit de veiller à l'ancrage du programme dans le contexte local et impliquer les femmes et les filles migrantes en forte situation de précarité qui s'adonnent à la prostitution clandestine en privilégiant les modes participatives de type « Bottom up ». Les interventions spécifiques font appel à des discussions en petits groupes.

a. La formation

A partir de l'exemple des médiateurs culturels⁵² (Fond Mondial de Lutte contre le Sida, 2004) nous allons former des prostituées clandestines sur des modules relatifs à l'information sur l'infection VIH/SIDA et aux techniques d'entretiens et de communication pour le changement de comportement.

b. La sensibilisation

Les médiatrices et médiateurs formés vont intervenir dans les lieux fréquentés par les personnes aux revenus modestes (dibiterie, «tangana⁵³», «clandos»...etc.⁵⁴). Leur intervention consiste, à travers des minis forums de discussions, à échanger avec les clients des lieux des informations sur l'épidémie VIH/Sida. Les discussions peuvent aussi porter sur le bon usage du préservatif, les modes de contamination de l'infection VIH/SIDA, et les autres infections sexuellement transmissibles, l'impact du Sida sur la santé, le dépistage, le traitement d'urgence, les comportements à risque ; etc. Elles vont aussi servir de lien entre les associations pour la prévention et l'aide à la réinsertion. En même temps, elles vont orienter les personnes qui le souhaitent vers les services d'accès aux soins et de dépistage.

5.2.2. Le volet prévention secondaire : Mise en place d'un programme d'information et d'accompagnement

Cette étape s'inspire du projet pilote « Prévention des IST et qualité de vie sexuelle »⁵⁵ initié en France. Il s'agit de mettre en place un programme d'information et d'accompagnement sur la prévention en direction des patients séropositifs dans un service de soins VIH positif. Le but est de doter les personnes séropositives des attitudes, connaissances et compétences spécifiques leur permettant d'acquérir et maintenir dans le long terme des comportements de prévention. Les interventions comportent deux étapes : la formation et la sensibilisation

⁵² Voir chapitre V

⁵³ Cafétérias au grand air

⁵⁴ Bars clandestins

⁵⁵ Le projet est issu d'un partenariat entre l'ONG « Comment dire », l'association Aides et deux hôpitaux (Hôpital Européen Georges Pompidou et Hôpital Saint-Antoine)

a. La formation

Elle concerne des personnes intervenant dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA (médecins, infirmiers, volontaires ou membres d'associations).

b. La sensibilisation

Elle est basée sur la technique de *counseling* c'est-à-dire l'information conseil. Le *counseling* va aider la PVVIH à adopter un comportement de prévention. A travers ces entretiens, cette dernière peut exprimer le vécu de sa séropositivité et mieux appréhender les différentes crises qui se succèdent dans sa vie.

Les entretiens se dérouleront soit à l'hôpital, dans le circuit de soins du patient, soit au niveau des sièges des associations. Deux types d'interventions seront utilisés.

- i. Les interventions individuelles ou en groupes d'écoute et de soutien. Elles se feront pendant la consultation avec le médecin traitant ou lors d'une consultation avec le sexologue. Pendant la consultation médicale, le médecin fait le bilan de la santé sexuelle du patient en dissociant les difficultés de prévention de ceux de la sexualité. Il décide ensuite de l'orienter soit vers un sexologue soit vers les groupes de parole ou ateliers de prévention.
- ii. Les interventions de type communautaires ou de groupe centrées auront lieu au sein des groupes de paroles sur différents thèmes: estime de soi, techniques de négociation, usage de préservatifs...etc.

5.3. BENEFICIAIRES DU PROJET

<i>Identification et implication des intervenants et experts</i>	<i>Identifications des bénéficiaires</i>
Une association de lutte contre l'infection VIH/SIDA Le ministère de la santé publique Le ministère des affaires étrangères de France Le service de maladies infectieuses L'hôpital George Pompidou de Paris L'association Comment Dire/Counseling santé Développement	Le personnel de santé Le personnel des associations de PVVIH Les personnes vivant avec le VIH. les filles migrantes qui travaillent dans les logements comme ménagères les petites commerçantes ou vendeuses les prostituées clandestines

Tableau 2: Les différents bénéficiaires du projet

5.4. CADRE LOGIQUE

Paramètres du projet	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Hypothèses/Risques
Finalité Améliorer la lutte contre les IST/Sida au sein de la ville de Dakar	Nombre de nouveaux cas d'infection VIH/SIDA	Bulletin épidémiologique	Manque de volonté des acteurs Indisponibilité de ressources humaines et financières
Objectif général Maintenir la prévalence de l'infection VIH/Sida à un taux inférieur à 3% Objectif spécifique 1 Réduire de 10% l'incidence de l'infection VIH/sida chez les prostituées clandestines d'ici 2010 Objectif spécifique 2 Augmenter les comportements de prévention d'au moins 50% des PVVIH qui fréquentent un service de soins d'ici 2010	Nombre de rapport de séances de sensibilisation, effectués Nombre de formations réalisées /prévues Nombre d'acteurs formés/prévues Nombre d'ateliers organisés/prévues Nombre de préservatifs distribués Nombre de supervisions pratiquées % de femmes ou d'hommes qui déclarent avoir utilisés le préservatif lors des 12 derniers mois Nombre de structures de vente de préservatifs créées	Rapport de formation Rapports de supervision Rapport enquête CAP Fiches de gestion de stocks Rapport enquête CAP	Non implication des différents acteurs Manque de moyens
Extrants Adoption de comportements de protection Diminution de la prostitution clandestine	Nombre de préservatifs utilisés pendant les 3 derniers mois Nombre de discussions sur le VIH par mois Nombre de personnes connaissant au moins deux modes de contamination de VIH/SIDA Nombre d'acteurs disponible/nombre d'acteurs prévues Nbre de matériel disponible/Nbre de matériel prévu	Rapport d'enquête de comportement	Analphabétisme et ignorance Préjugés Stigmatisation et discrimination des prostituées Assimilation des médiateurs au Sida Absence d'espace ou de cadre approprié de discussion Refus des prostituées de participer au programme
Intrants <i>Ressources humaines</i> : médiatrices, médecins, enseignants, infirmiers, assistants sociaux <i>Ressources matérielles</i> : préservatif, modules de formation, boîtes à image, support de communication <i>Ressources financières disponibles</i>	Dépenses matérielles à définir Dépenses de formation à définir Dépenses fonctionnement à définir Salaire des médiatrices à définir	Liste d'inscription Bordereau de réception Fiches comptables Rapport d'activité	Manque de moyen Mauvaise planification budgétaire

Tableau 3: Le cadre logique

5.5 OBJECTIFS SPECIFIQUES, STRATEGIES ET ACTIVITES

5.5.1. Objectif spécifique1

Réduire de 10% l'incidence de l'infection VIH/SIDA chez les prostituées clandestines d'ici 2010

<i>Stratégies</i>	<i>Activités</i>
<p><i>A. Communication pour le changement de comportement auprès des filles migrantes précarisées par l'information, la formation et la sensibilisation</i></p> <p><i>B. Augmenter l'utilisation systématique du préservatif chez les prostituées clandestines</i></p>	<p><i>Former des médiatrices</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer des modules de formation 2. Elaborer des supports de formation (théâtre, boîtes à images etc.) 3. Organiser des séances de formation des médiatrices aux techniques de communication 4. Superviser les formations <p><i>Sensibiliser des filles migrantes</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Repérer les lieux de fréquentation des prostituées 6. Identifier les prostitués et leurs partenaires 7. Organiser des séances de sensibilisation 8. Inciter au dépistage volontaire du VIH/Sida 9. Orienter les prostituées clandestines vers les réseaux et groupes existants engagés dans la lutte contre l'infection VIH/Sida 10. Faciliter l'accès des prostituées clandestines aux structures de micro crédit 11. Superviser les activités <p><i>Améliorer la disponibilité en préservatifs</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Créer des structures de vente de préservatifs subventionnés 13. Organiser le circuit approvisionnement en préservatifs et gel <p><i>Rendre accessible les préservatifs</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Organiser des séances de démonstration et de distribution de préservatifs 15. Distribuer des supports de prévention (flyers, posters, cartes, etc.) 16. Supervision des activités

Tableau 4: Stratégies et activités de l'objectif spécifique 1

5.5.2. Objectif spécifique 2 :

Augmenter les comportements de prévention d'au moins 50% des personnes vivant avec le VIH qui fréquentent un service de soin d'ici 2010

Stratégies	Activités
<p>A. Renforcement des capacités de tous les acteurs impliqués dans le projet</p>	<p>Former des intervenants en counseling</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier le personnel qui doit bénéficier d'une formation 2. Elaborer de module de formation 3. Construire des outils didactiques pour animer différents ateliers 4. Recenser les difficultés rencontrées par les agents de santé lors des entretiens 5. Former le personnel aux différentes techniques du counseling <p>Sensibiliser des personnes vivant avec le VIH/SIDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Recenser tous les patients qui ont besoin de conseil en prévention 7. Organiser des ateliers sur le vécu de la séropositivité 8. Organiser des ateliers sur les difficultés de prévention 9. Organiser des ateliers sur les besoins en prévention des PVVIH <p>Planifier les actions</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Elaborer un arbre décisionnel pour mieux orienter les patients vers les différentes activités 11. Elaborer un programme d'action des différentes activités
<p>B. Facilitation de l'accès des patients au service de prévention de VIH/SIDA</p>	<p>Développer un partenariat</p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Recruter un sexologue 13. Présenter le projet aux partenaires 14. Signer des conventions avec les associations partenaires <p>Prise en charge des patients vivants avec le VIH/SIDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Organiser des entretiens de prévention 16. Créer un service de consultation en sexologie 17. Organiser des ateliers sur l'usage du préservatif et du fémidon 18. Créer des groupes de parole 19. Organiser des ateliers sur la négociation et la communication sur les interactions sexuelles 20. Superviser les activités

Tableau 5: Stratégies et activités de l'objectif spécifique 2

5.6. CALENDRIER D'EXECUTION DU VOLET 1

Activités	Année 1.				Année 2			
	Semestre1		Semestre2		Semestre1		Semestre2	
1. Elaborer des modules de formation	X							
2. Elaborer des supports de formation (théâtre, boîtes à images etc.)	X							
3. Organiser des séances de formation des médiatrices aux techniques de communication	XXX		XXX					
4. Superviser les formations				X				X
5. Repérer les lieux de fréquentation des prostituées	X		X		X		X	
6. Identifier les prostitués et leurs partenaires		X	X	X	X	X	X	X
7. Organiser des séances de sensibilisation		XXX	XXXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
8. Inciter au dépistage volontaire du VIH/Sida		XXX	XXXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
9. Orienter les prostituées clandestines vers les réseaux et groupes existants engagés dans la lutte contre l'infection VIH/Sida		XXX	XXXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
10. Faciliter l'accès des prostituées clandestines aux structures de micro crédit								

11. Superviser les activités				X			X	
12. Créer des structures de vente de préservatifs subventionnés		X	X	X				
13. Organiser le circuit approvisionnement en préservatifs et gel		X	X	X	X	X	X	
14. Organiser des séances de démonstration et de distribution de préservatifs		XXX	XXXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
15. Distribuer des supports de prévention (flyers, posters, cartes, etc.)		XXX	XXXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
		XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
16. Supervision des activités				X		X		

Tableau 6: Calendrier des activités 1

5.7. CALENDRIER DES ACTIVITES DU VOLET 2

Activités	Année 1				Année 2			
	Semestre1	Semestre2	Semestre1	Semestre2	Semestre1	Semestre2	Semestre1	Semestre2
1. Identifier le personnel qui doit bénéficier d'une formation	X							
2. Elaborer des modules de formation	X							
3. Construire des outils didactiques pour animer différents ateliers	XX							
4. Recenser les difficultés rencontrées par les agents de santé lors des entretiens	XXX	XXX						
5. Former le personnel aux différentes techniques du counseling	XX							
6. Recenser tous les patients qui ont besoin de conseil en prévention	XXX XXX	XXX						
7. Organiser des ateliers sur le vécu de la séropositivité	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
8. Organiser des ateliers sur les difficultés de prévention	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
9. Organiser des ateliers sur les besoins en prévention des PVVIH	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
10. Elaborer un arbre décisionnel pour orienter les patients vers les différentes activités	XXX							
11. Elaborer un programme d'action des différentes activités	XXX							
12. Recruter un sexologue	X							
13. . Présenter le projet aux partenaires	X							
14. Signer des conventions avec les associations partenaires	X							
15. Organiser des entretiens de prévention	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX
16. Créer un service de consultation en sexologie	X							

17. . Organiser des ateliers sur l'usage du préservatif et du fémidon		XXX						
18. Créer des groupes de parole		XXX						
19. Organiser des ateliers sur la négociation et la communication sur les interactions sexuelles		XXX						
20. Superviser les activités				XXX				XXX

Tableau 7: Calendrier des activités 2

Conclusion : Identifier les contextes d'abandon de l'attitude préventive, les situations de relâchement des pratiques habituelles de protection, mettre à disposition du public des moyens de prévention sont autant de préoccupations qui doivent guider l'action des acteurs sanitaires et sociaux.

Ces actions reposent sur la complémentarité entre des actions incitatives par la modification des comportements individuels et collectifs et sur des mesures administratives. L'expérience de la prise en charge de l'infection par le VIH a montré que le dialogue et le respect des droits individuels sont les conditions d'efficacité des actions de prévention. Les individus adoptent d'autant plus des comportements de prévention qu'ils se sentent concernés et responsables.

Nos propositions vont dans le sens de vulgariser l'information, sensibiliser dans le but de motiver des comportements de protection. Les obstacles majeurs sont l'analphabétisme et l'inaccessibilité au préservatif.

CONCLUSION GENERALE

Depuis l'apparition en Europe au milieu des années 90 d'une thérapie hautement efficace contre le VIH, le nombre annuel de personnes chez qui l'infection évolue en Sida a beaucoup diminué. Pour heureuse que soit cette apparente victoire sur le Sida, elle n'en demeure pas moins trompeuse. Si on peut se réjouir du fait que de nombreuses personnes vivant avec le VIH aient recouvré un état de santé leur permettant de vivre normalement en société, force est de reconnaître que les comportements de protection plus particulièrement l'usage du préservatif sont à la baisse. C'est ainsi que le nombre de personnes infectées par le VIH continue d'augmenter, de sorte que chaque personne infectée devient une nouvelle source possible de contamination pour les autres. La banalisation de l'infection et l'abandon des mesures de prévention sont en train de mettre en péril une véritable victoire arrachée de haute lutte. En effet, ces nouveaux développements ont installé dans l'esprit d'une très grande partie de la population, la perception que le Sida est devenu une simple maladie chronique qu'on peut facilement traiter. Cette situation est en train d'entraîner des conséquences désastreuses, augmentant l'apparition de souches résistantes aux traitements et multipliant les cas d'échec thérapeutique de sorte que l'efficacité et l'innocuité des thérapies anti-VIH pourraient, à long terme, ne pas combler les espoirs suscités.

Dans ce contexte, il y a lieu de beaucoup s'inquiéter de la recrudescence des rapports sexuels non protégés surtout au sein des populations qui ignorent leur statut sérologique, les précarisées, les migrants et les analphabètes. Si les conditions de vie précaires et les réalités socioculturelles créent une situation de grande vulnérabilité et que les principaux alliés de l'infection VIH/Sida sont l'analphabétisme, la précarité et les inégalités sociales, on peut penser que la situation des femmes surtout celles originaires d'Afrique subsaharienne demeure préoccupantes. Elles sont en train de payer un lourd tribut à l'épidémie.

De ces constats découlent une évidente nécessité de maintenir, voire de renforcer, les comportements de prévention de la transmission du VIH tout autant chez les personnes qui ne sont pas infectées que chez celles vivant avec le VIH.

Je demeure convaincue de l'importance de développer ces nouvelles approches de prévention qui sauront composer avec un certain essoufflement des discours préventifs. Toute réduction de l'investissement et tout relâchement de la vigilance en matière de prévention peut renforcer la croyance dans la population que cette épidémie est en déclin et que la prévention de la transmission du VIH n'est plus de mise. Ce qui risquerait de nous laisser de tristes lendemains en perspective.

BIBLIOGRAPHIE

AIDES (2003). *Rapport d'activité*, Association Aides, Paris.

World Bank (2004). Staff appraisal report, Republic of Sénégal, population and human Resources division, western Africa Department, Africa region, Washington

Benner R. et al (2001). "Complexe de la prévention", in *Infothèque Sida, le magazine de Sida info doc*, Paris.

CNLS (2001). Plan stratégique 2002-2006 de lutte contre le Sida, Conseil National de Lutte contre le Sida, Dakar.

De Colomby P. (1998) "Inégalités sociales et attitudes face au Sida" in Ateliers de l'[Institut National d'Études Démographiques](#) (1998). Le Sida : gestion des risques, gestion de la maladie, Séance du 24 novembre 1998, Paris.

Delfraissy J.F. et al (2004). Prise en charge des personnes infectées par le VIH, la documentation française, Paris, disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000460/0000.pdf>, consulté le 12 janvier 2005.

Delfraissy J.F. et al (2002). *Rapport sur la charge des personnes infectées par le VIH*, Flammarion, Médecine Sciences, Paris.

DGS (2003). *Programme national de lutte contre l'infection à VIH/Sida en direction des étrangers/migrants vivants en France 2004-2006*, Direction Générale de la Santé, Paris.

DGS (2001). *Plan National de lutte contre le VIH/Sida 2001-2004*, Direction Générale de la Santé, Paris.

DGS (2001). *Stratégie de prévention de l'infection VIH/Sida en France pour les années 2001-2004*, Direction Générale de la Santé, Paris.

Dia A. (2000). "Prévention du Sida, genre et migrations en Europe", in *Revue électronique de sociologie Esprit critique*, Volume 2 n°11, Paris, disponible sur : <http://www.espritcritique.org/0211/article1.html>, consulté le 23 juin, 2004

Diagne C. A. (1998). *La prostitution : les femmes et leur partenaires dans les axes de relais de communication, les marchés hebdomadaires, les gares routières, les bars et les restaurants dans la région de Kaolack*, université de Dakar, Dakar

- Dubois-Arber F. et al (2003). *Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/Sida en Suisse*, septième rapport de synthèse 1999-2003, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne.
- Balthasar H et al (2002). *Comparaison internationale des résultats des politiques nationales de lutte contre le Sida : rapport sur mandat de l'instance de la politique de lutte contre le Sida*, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Raison de santé 83, Lausanne.
- EUROVIH/INVS (2003). *Surveillance du VIH/SIDA en Europe*, Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida, Paris, N° 68.
- Fassin D et al (2004 a). " L'immigration n'est plus ce qu'elle était", in *Transcriptase n°114*, Paris.
- Fassin D et al (2004 b). *Migration et VIH*, in *Transcriptase* n° 114, numéro spécial, 48 Paris
- Fassin D (2001). "L'altérité de l'épidémie : les politiques du Sida à l'épreuve de l'immigration", in *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 17, no 2, Paris
- Fassin D (2000). *Construction et expérience de la maladie : Une étude anthropologique et sociologique du Sida des migrants d'origine africaine dans la région parisienne*, CRES-Université Paris Nord, Paris
- Fleury F (1989). *Evaluation des campagnes de prévention contre le SIDA en Suisse : Les Migrants*, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne,
- Gebhardt M. et al (2000). "Migrants : un défi pour la prévention du VIH en Suisse", in *Bulletin de l'OFSP*, n° 23, Lausanne, p.436-442
- Grey I et al (2001). *Les enquêtes KABP : Connaissances Attitudes Croyances et Comportements face au Sida en France*, Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France, Paris, disponible sur <http://www.ors-idf.org>, consulté le 5 mai 2004.
- Grey I et al (1998). *Les enquêtes KABP : Connaissances Attitudes Croyances et Comportements face au Sida en France*, Observatoire Régional de Santé d'Ile-de-France, Paris, disponible sur http://www.ors-idf.org/etudes/Pdf/4_pages_av99/kabp_idf_92_94_98.pdf
- GSG, (2003). *Rapport d'activité*, Groupe Sida Genève, Genève
- Got et al (1989). *Rapport sur le Sida, 23 Août/3 Octobre 1988*, Flammarion, Paris
- Haour-Knipe M (1996). *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*, London,
- Hallouche O. (2003). "Sida migration/étrangers : accès aux droits à la prévention et aux soins", in *Lettre d'information du CRIPS*, n° 69, Paris.

Huygens P. (2001). Comprendre et atteindre les prostituées dans le contexte de l'épidémie de VIH/Sida au Sénégal : de la prostitution aux femmes économiquement et sexuellement vulnérables ; projet appui à la lutte contre le Sida en Afrique de l'ouest, centre Muraz, Bobo Dioulasso

INVS (2003). *VIH/SIDA et IST, État des lieux des données*, Institut Nationale de Veille Sanitaire, Paris, disponible sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/VIH-Sida/index.htm>

INVS (2004). *Situation du VIH/Sida et des Infections sexuellement transmissibles en France en 2004* Institut Nationale de Veille Sanitaire, Paris, disponible sur http://www.invs.sante.fr/display/?doc=publications/2005/VIH_femme_180305/index.htm

Jeannin A. et al, (2002). *Programme National VIH et SIDA 1999-2003 : Etat et dynamique de la mise en œuvre à fin 2001*, OFSP, Lausanne,

Janz et al (1996). *Evaluation of 37 AIDS prevention projects: successful approaches and barriers to programs effectiveness*, Health Educ, Berne

PLNS (2001) *Enquête de surveillance du comportement*, Ministère de la Santé Publique et de la Prévention, Dakar

LBV (2003). *Bulletin Séro-Epidémiologique de surveillance du VIH N°10*, C.H.U. Le Dantec, Dakar.

Lert F, et al (2004). "Comment vit-on en France avec le VIH/Sida ?", in *Population et Sociétés, bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographique* n°406, Paris

Lert, F. et al (2000)"Evaluation de la politique de lutte contre le Sida en Suisse" *Transcriptase : Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus des hépatites*, n°86, Paris

Lert, F. et al (1999). *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Collections sciences sociales et Sida, Paris.

Lydié N. (1999). *Évaluer la prévention de l'infection par le VIH en France, Synthèse des données quantitatives, 1994-1999*, Collection sciences sociales et Sida, Paris.

Lot F. et al (2004). *Parcours socio médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002*, Saint Maurice : Institut de Veille Sanitaire Coll. Enquêtes et études, Paris

Meystre-Augustoni G et al (1998) la sexualité de personnes vivant avec le VIH, iump, Lausanne

Montagnier L. et al (1994). *Le Sida et la société française*, Collection des rapports officiels, la documentation française, Paris

Dannecker M (2002). *Prévention du VIH et sexualité*, Recherche en sciences sociales et santé publique, frankfurt.

Mbodj F. et al (2002). *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments anti-rétroviraux : Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Collection Sciences Sociales et Sida, Paris.

CCM (2004) *Missions d'Etudes sur le Fonctionnement des Instances de Coordination Pays* Mission réalisée pour le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme Sur financement du MAE, Paris.

Narring F. et al (1997). "Sexualité des adolescents et Sida: processus et négociation autour des relation sexuelles et du choix de la contribution", in *Swiss Multicenter Adolescent Study on health*, Lausanne.

OFSP (2005) *Caractéristiques de l'épidémie de Sida/VIH en Suisse : État au 31 janvier*, Office Fédéral de Santé Publique, Berne, disponible sur http://www.bag.admin.ch/infekt/publ/wissenschaft/f/aids_factsh_05.pdf

+OFSP (2003) *Programme National VIH et SIDA 2004-2008*, Office Fédéral de Santé Publique, Berne, disponible sur www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/aids/index.html

OFSP (2003). *Caractéristiques de l'épidémie de Sida/VIH en Suisse, État au 31. décembre 2003*, Office Fédéral de Santé Publique, Berne.
Disponible sur : http://www.bag.admin.ch/infekt/publ/wissenschaft/f/aids_factsh_05.pdf

OFSP (2003). *VIH, recrudescence des comportements à risques ? Le principe de précaution devait l'emporter*, Bulletin de santé, Berne,

OFSP (1999). *Programme National VIH et SIDA 1999-2003*, Office Fédéral de Santé Publique, Berne

O.I.M (2002). *Note sur le VIH/SIDA et les migrants ; quatre vingt quatrièmes sessions*, Organisation Internationale des Migrants, Genève.

ONUSIDA (2004). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 4^{ème} rapport mondial*, Genève, disponible sur http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_fr/GAR2004_14_fr.htm

ONUSIDA/OMS (2003). *Le point sur l'épidémie de Sida*, Genève.

ONUSIDA (2001). *Principes directeurs applicables aux études de l'impact social et économique du VIH/Sida*, Genève

ONUSIDA (2001). *Lutte contre le Sida. Meilleure pratique : l'expérience sénégalaise*, Genève.

ONUSIDA (2000). *Le point sur l'épidémie du Sida*, Genève.

- ONUSIDA, (2000). *Agir vite pour prévenir le Sida : le cas Sénégal*, Genève.
- Pinell P. (2002). *Une épidémie politique : La lutte contre le Sida en France*, Presse Universitaire de France, Collection sciences sociales et Sida, Paris.
- Paicheler G et al (2000). *La communication publique sur le Sida en France : Un bilan des stratégies et des actions. 1987-1999*, Collection Sciences Sociales et Sida, Paris.
- Pasquier M (2004) *VIH/SIDA en Suisse : actualités et particularités*, Discours prononcé devant le réseau européen de l'Assemblée parlementaire de la francophonie - Bruxelles
Disponible sur E:\ONUSIDA\Suisse\doc web\stratégie Suisse.htm
- Rainhorn J.D module de 30h sur les inégalités sociales, Alaxandrie
- Rollet C. et al (2003). *Évaluation de la politique de lutte contre le Sida 1994-2000* Conseil National de l'Évaluation, Commissariat Général du Plan, la Documentation française, Paris.
- Rollet C (2002). *Évaluation de la politique de lutte contre le Sida 1994, 2000*, Commissariat général du Plan; Conseil national de l'Evaluation, Paris
- Spencer B. et al (1998). *La sexualité des personnes vivants avec le VIH/SIDA*, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne.
- Savignoni A. et al (1999) *Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France* Institut Nationale de Veille Sanitaire, Paris.
- Mboup S. (2005). *Le Sénégal, L'épidémie de VIH/SIDA se stabilise*, disponible sur,http://www.plusnews.org/PNFrench/PNFReport.asp?ReportID=110&SelectRegion=Afrique_de_l_ouest&SelectCountry=Afrique_de_l_ouest#senlep
- Spencer B, et al (1998). *La sexualité des personnes vivants avec le VIH/SIDA*, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne.
- Taeron, C (2002). "Prise en charge des personnes infectées par le VIH : Construire une longue histoire, *journal" de la démocratie sanitaire*, n°148 , Paris
- Talleg A (2002). *La santé en France 2002*, Haut Comité de la Santé Publique, Paris
- Tourette-Turgis C. et al (2002). "Les besoins en prévention des personnes séropositives", in *ADSP*, n °40, p.35-36, Paris.
- Tourette-Turgis (1996). *Le counseling*. Presses Universitaires de France, Que Sais-je ?, Paris
- Troussier T et al (2004). *Prévention primaire du VIH liée à la sexualité*, Reuil Malmaison, Paris.
- Vespa (2003). *Vivre en France avec le Sida*, Agence Nationale de Recherches sur le Sida. Paris

Zuppinding B et al (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH chez les migrants subsahariens*, Université de Berne, Institut de technologie, Berne.

ANNEXES

Annexe 1

Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA, fin 2002 et 2004				
	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nouvelles infections à VIH, adultes et enfants	Prévalence chez les adultes (%)*	Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants
Afrique subsaharienne				
2004	25,4 millions [23,4–28,4 millions]	3,1 millions [2,7–3,8 millions]	7,4 [6,9–8,3]	2,3 millions [2,1–2,6 millions]
2002	24,4 millions [22,5–27,3 millions]	2,9 millions [2,6–3,6 millions]	7,5 [7,0–8,4]	2,1 millions [1,9–2,3 millions]
Afrique du Nord et Moyen-Orient				
2004	540 000 [230 000–1,5 million]	92 000 [34 000–350 000]	0,3 [0,1–0,7]	28 000 [12 000–72 000]
2002	430 000 [180 000–1,2 million]	73 000 [21 000–300 000]	0,2 [0,1–0,6]	20 000 [8300–53 000]
Asie du Sud et du Sud-Est				
2004	7,1 millions [4,4–10,6 millions]	890 000 [480 000–2,0 millions]	0,6 [0,4–0,9]	490 000 [300 000–750 000]
2002	6,4 millions [3,9–9,7 millions]	820 000 [430 000–2,0 millions]	0,6 [0,4–0,9]	430 000 [260 000–650 000]
Asie de l'Est				
2004	1,1 million [560 000–1,8 million]	290 000 [84 000–830 000]	0,1 [0,1–0,2]	51 000 [25 000–86 000]
2002	760 000 [380 000–1,2 million]	120 000 [36 000–360 000]	0,1 [0,1–0,2]	37 000 [18 000–63 000]
Océanie				
2004	35 000 [25 000–48 000]	5000 [2100–13 000]	0,2 [0,1–0,3]	700 [<1700]
2002	28 000 [22 000–38 000]	3200 [1000–9600]	0,2 [0,1–0,3]	500 [<1000]
Amérique latine				
2004	1,7 million [1,3–2,2 millions]	240 000 [170 000–430 000]	0,6 [0,5–0,8]	95 000 [73 000–120 000]
2002	1,5 million [1,1–2,0 millions]	190 000 [140 000–320 000]	0,6 [0,4–0,7]	74 000 [58 000–96 000]
Caraïbes				
2004	440 000 [270 000–780 000]	53 000 [27 000–140 000]	2,3 [1,5–4,1]	36 000 [24 000–61 000]
2002	420 000 [260 000–740 000]	52 000 [26 000–140 000]	2,3 [1,4–4,0]	33 000 [22 000–57 000]
Europe orientale et Asie centrale				
2004	1,4 million [920 000–2,1 millions]	210 000 [110 000–480 000]	0,8 [0,5–1,2]	60 000 [39 000–87 000]
2002	1,0 million [670 000–1,5 million]	190 000 [94 000–440 000]	0,6 [0,4–0,8]	40 000 [27 000–58 000]
Europe occidentale et centrale				
2004	610 000 [480 000–760 000]	21 000 [14 000–38 000]	0,3 [0,2–0,3]	6500 [<8500]
2002	600 000 [470 000–750 000]	18 000 [13 000–35 000]	0,3 [0,2–0,3]	6000 [<8000]
Amérique du Nord				
2004	1,0 million [540 000–1,6 million]	44 000 [16 000–120 000]	0,6 [0,3–1,0]	16 000 [8400–25 000]
2002	970 000 [500 000–1,6 million]	44 000 [16 000–120 000]	0,6 [0,3–1,0]	16 000 [8400–25 000]
TOTAL				
2004	39,4 millions [35,9–44,3 millions]	4,9 millions [4,3–6,4 millions]	1,1 [1,0–1,3]	3,1 millions [2,8–3,5 millions]
2002	36,6 millions [33,3–41,1 millions]	4,5 millions [3,9–6,2 millions]	1,1 [1,0–1,2]	2,7 millions [2,5–3,1 millions]

Source ; ONUSIDA/OMS, 2004

Annexe 2 :

Statistiques et caractéristiques régionales du VIH et du SIDA pour les femmes, fin 2002 et 2004			
		Nombre de femmes (15-49) vivant avec le VIH	Pourcentage d'adultes (15-49) vivant avec le VIH qui sont des femmes (%)
Afrique subsaharienne	2004	13,3 millions [12,4-14,9 millions]	57
	2002	12,8 millions [11,9-14,3 millions]	57
Afrique du Nord et Moyen-Orient	2004	250 000 [80 000-770 000]	48
	2002	200 000 [62 000-620 000]	48
Asie du Sud et du Sud-Est	2004	2,1 millions [1,3-3,1 millions]	30
	2002	1,8 million [1,1-2,7 millions]	28
Asie de l'Est	2004	250 000 [120 000-400 000]	22
	2002	160 000 [79 000-250 000]	21
Océanie	2004	7100 [4100-11 000]	21
	2002	5000 [3000-7500]	18
Amérique latine	2004	610 000 [470 000-790 000]	36
	2002	520 000 [390 000-690 000]	35
Caraïbes	2004	210 000 [120 000-380 000]	49
	2002	190 000 [110 000-360 000]	49
Europe orientale et Asie centrale	2004	490 000 [310 000-710 000]	34
	2002	330 000 [220 000-480 000]	33
Europe occidentale et centrale	2004	160 000 [120 000-200 000]	25
	2002	150 000 [110 000-190 000]	25
Amérique du Nord	2004	260 000 [140 000-410 000]	25
	2002	240 000 [120 000-390 000]	25
TOTAL	2004	17,6 millions [16,3-19,5 millions]	47
	2002	16,4 millions [15,2-18,2 millions]	48

Source : ONUSIDA/OMS, 2004

Annexe 3 : Indicateurs sur le Sénégal

Population totale: [9, 855,000](#)

PIB par habitant (Intl \$, 2001): [1,323](#)

Espérance de vie à la naissance (années): [54.3/57.3](#)

Espérance de vie en bonne santé à la naissance (années): [47.1/48.9](#)

Mortalité infantile (par 1000): [139/129](#)

Mortalité adulte (%): [349/284](#)

Total des dépenses de santé par habitant (Intl \$, 2001): [63](#)

Total des dépenses de santé en % du PIB (2001): [4.8](#)

Sauf indication contraire, les chiffres concernent l'année 2002.

[D'après: Rapport sur la santé dans le monde 2003](#)

Annexe 4 : Guide d'entretien avec les volontaires du service soutien

1. Sexe
2. Age
3. Nationalité
4. Depuis quand êtes vous volontaire ?
5. Pouvez vous nous dire quelles sont vos motivations
6. Pourquoi avoir choisi de faire du soutien et accompagnement au GSG
7. Quelles sont vos activités de soutien ?
8. Vous arrive-t-il d'aborder des questions relatives à la sexualité, aux prises de risques, à l'utilisation du préservatif ?
9. Pensez-vous qu'il soit important de parler de prévention aux personnes séropositives ? Pourquoi ?

Annexe 5 : Guide d'entretien avec les volontaires de soutien ou médiateurs culturels

1. -Sexe
2. Age
3. Nationalité
4. Depuis quand êtes vous volontaire ?
5. Pouvez vous nous dire quelles sont vos motivations
6. Pourquoi avoir choisi la prévention ?
7. Que pensez- vous des messages actuels de prévention ?
8. Pouvez vous me citer deux actions de prévention qui vous paraissent les plus pertinentes ?
Pourquoi ?
9. Pouvez vous me citer une activité qui vous parait moins pertinente ?
10. Pourquoi
11. Avez vous des suggestions ou des propositions a faire pour améliorer les actions de prévention ?

Annexe 6 : Questionnaire anonyme adressé à des personnes vivant avec le VIH

1. -Sexe
2. -Age
3. Nationalité
4. Depuis quand avez-vous découvert votre séropositivité ?
5. Acceptez-vous de parler du contexte de la découverte de votre séropositivité?
 - Maladie
 - Dépistage
 - Autres
6. Etes-vous suivi par un médecin ?
 - Si oui depuis quand ?
 - Si non pourquoi ?
7. -Que pensez-vous du traitement ?
8. Que pensez-vous des messages de prévention et des stratégies de prévention ?
9. Vous sentez-vous concerné par ces messages ?
 - Si oui pourquoi ?
 - Si non pourquoi ?
10. M'autorisez-vous à vous poser des questions sur votre orientation sexuelle ?
11. Si oui êtes-vous
 - Homosexuel
 - Hétérosexuel
 - Bisexuel
12. Trouvez vous l'usage du préservatif
 - Aisés
 - Difficiles
 - Autres
13. Participez vous à des activités de prévention ?
 - Si oui quelles sont ces activités ?
 - Séances de témoignage
 - Engagement bénévole à travers des activités de distribution de préservatifs

Séances d'information et de communication

Autres

Si non pourquoi ?

14. Vous même bénéficiez vous d'un soutien sous forme de

Groupe de parole

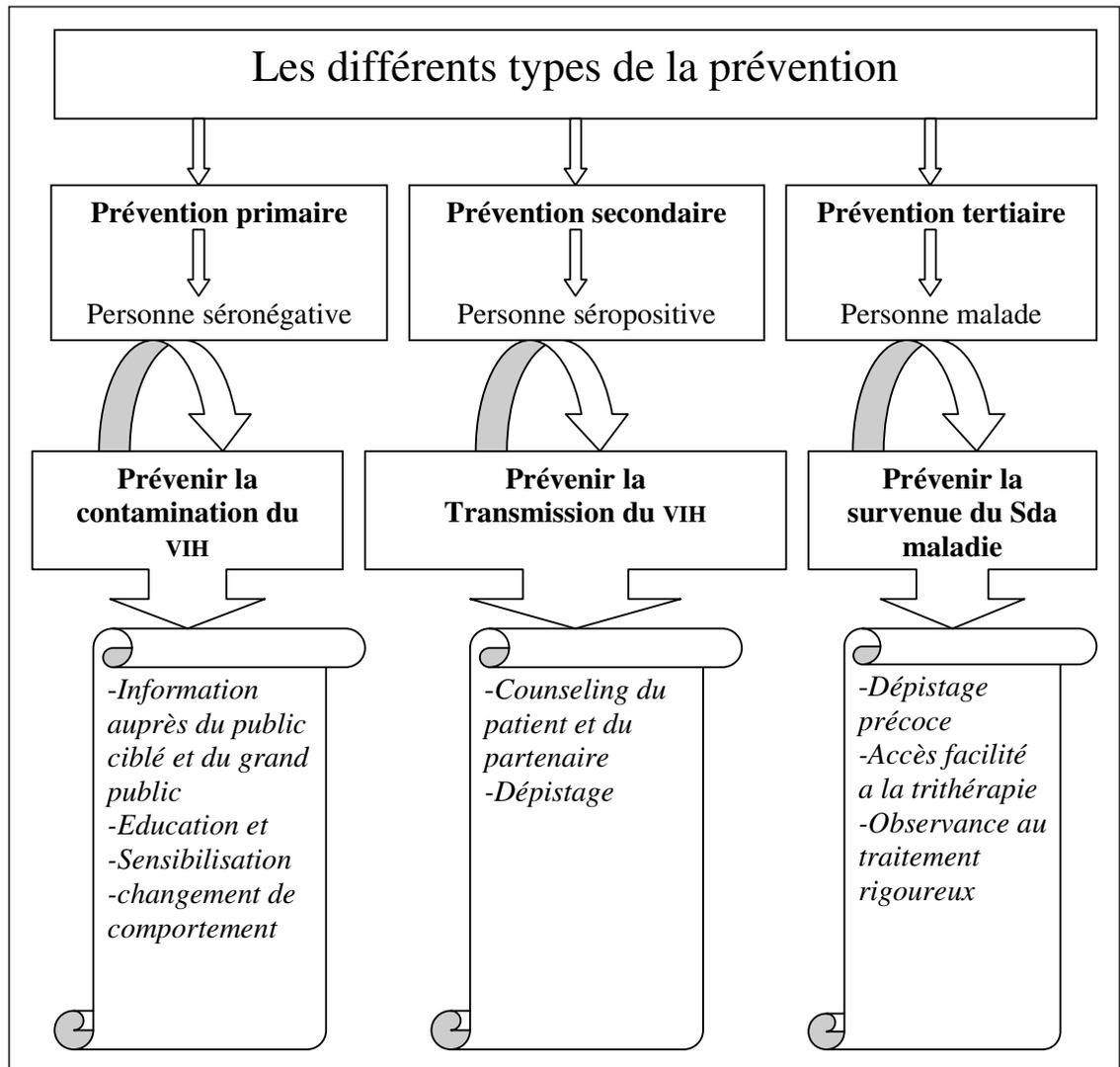
Suivit pour un traitement

Groupe de soutien lié aux difficultés de la sexualité

De la prise de traitement

15. Avez vous des suggestions ou des recommandations à faire pour améliorer les activités de prévention en cours à Genève ?

Annexe 7 : Les différents types de la prévention



Annexe 8 : Les modèles de changement de comportement

Modèles de prévention	Genèse	Principe	Les buts de la prévention
Health Belief Model ou modèle des croyances	Développée dans les années 50 et mis au point par Rosenstock en 1974, Seule modèle élaboré dans et pour la santé	« chaque individu est capable de choisir des actions susceptibles de prévenir une maladie du fait qu'il possède des connaissances minimales en ce qui concerne sa santé, et ceci dans la mesure où il considère la santé comme une dimension essentielle de sa vie ».	les facteurs sur lesquels peut agir l'acteur de prévention sont la perception du risque et celle du rapport coût/bénéfice du comportement relatif à ce risque
La théorie de l'action raisonnée n.	proposée en 1975 par Fishbein et Ajze et repris par Triandis en 197	Elle postule que les choix comportementaux en matière de santé sont des choix pensés, raisonnés et agis, et que la raison et la volonté sont les moteurs du comportement. Le modèle prend en compte le rôle de l'entourage et de la pression sociale dans l'adoption des comportements (facilité ou compliqué)	Une démarche de prévention basée sur un tel modèle consiste donc à permettre au sujet une analyse de son comportement et de ses arguments qui le poussent à adopter un nouveau comportement.
La théorie sociale cognitive	développée par Bandura	Cette théorie fait appel à la confiance en soit La personne doit croire en ses propres capacités pour pouvoir faire face aux obstacles	La démarche qui sous-tend l'action de prévention vise donc à apprendre un nouveau comportement, à faire adhérer la personne à ce nouveau comportement, la convaincre de la validité de l'objectif visé.
La réduction du risque du Sida	Conçu en 1990, il cible essentiellement le Sida	Cette théorie permet à l'individu de reconnaître son comportement à risque et s'engager à réduire les différents contacts) risque	La démarche consiste à mettre à la disposition de la personne les différents éléments et matériels lui permettant d'agir dans le sens de la réduction des risques
La théorie des changements de comportement	Développé dans les années 1990	Il décrit les différentes étapes du changement de comportement afin de mieux cibler les besoins des personnes en prévention et améliorer l'impact de la prévention	

Annexe 9 : Les principales associations de lutte contre le Sida au Sénégal

Nom de l'association	Date de création	Contexte de création	caractéristiques
Enda santé	1986	L'ONG Enda crée un programmes santé consacré au Sida des l'apparition du premier cas	Prévention et soutien des PVVIH
(SWAA) ⁵⁶ ,	1989	Crée a Harare en 1988, elle ouvre une antenne sénégalaise en 1989	Parraine le traitement ARV de quelques enfants et aide les familles
ANC ⁵⁷	1990	Crée par Enda Partenaire du PNLs, gestionnaire de fond, financée par l'Alliance Internationale 1,	1/3 du budget va à la prise en charge et le reste a la prévention et a la sensibilisation du Sida
l'ASASSFA ⁵⁸	1991	Créée à partir du Service des maladies infectieuses de l'hôpital de Fann	Première association de personnes vivant avec le VIH association fantôme
ICASO/Sénégal ⁵⁹	1992	Crée sous l'initiative de Enda	« coordonner les activités des ONG et associations membres, assurer la circulation des informations de développer une collaboration entre les intervenants pour une meilleure efficacité de leur action
Sida service renommée centre de promotion de la santé	1992	Structure issue des centres de santé catholique	Activités de prévention ciblant les jeunes. Dispose d'un laboratoire d'analyses médicales et d'un centre de dépistage anonyme et gratuits

⁵⁶ La Society for Women Against Aids in Africa

⁵⁷ Alliance nationale de lutte contre le sida

⁵⁸ Association sénégalaise d'aide et de soutien aux séropositifs et à leurs familles

⁵⁹ Le Conseil des ONG sénégalaises de lutte contre le sida

Oasis Solidarité	1994	Création appuyée par Enda (encadrement technique, matériel, et financier et une prise en charge médicale des membres)	Deuxième association de personnes vivant avec le VIH. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH
le RESAD	1994	Créé avec l'appui du PNUD et du laboratoire de bactériologie de l'Hôpital Aristide Le Dantec	association de personnes affectées et infectées par le VIH prévention et sensibilisation sur le VIH
Synergie pour l'Enfance	1996	Structure de référence créée par des bénévoles	Prise en charge médicale de femmes et d'enfants vivant avec le VIH
Djiguisembé	1996	Association créée et Soutenue par le comité counseling de l'hôpital de Tambacounda	association de PVVIH en région, soutien et accompagnement de PVVIH
Survie SIDA	1997		Association de personnes vivant avec LE VIH l'accompagnement et le soutien des PVVIH.
ANP ⁶⁰	1997	Créée et domiciliée au PNLS	Soutien et accompagnement de PVVIH
(RNP+) ⁶¹	1997	Créée sous l'initiative du PNLS suite à des demandes de plusieurs associations	Uniquement des activités de prévention
Bok jëf ⁶²	2000	Créée au niveau du Centre de traitement ambulatoire de l'hôpital de Fann. Après une période de formation financée par la FHI (<i>Family Health International</i>)	l'accompagnement et le soutien de personnes infectées,
ABOYA ⁶³	2000	Sa création a été motivée par le désir de se démarquer du RNP+ et des associations « dirigées par les hommes ».	association de femmes infectées et affectées pas d'activités à son actif

⁶⁰ L'Association nationale des personnes séropositives

⁶¹ Réseau National de Personnes séropositives, regroupant l'ensemble des associations et devenant un interlocuteur unique pour le PNLS

⁶² Agir ensemble

⁶³ Tous ensemble pour un même espoir

