



renouveler notre **voix**

Code de Bonnes Pratiques
pour les ONG ripostant au VIH / SIDA

Renouveler notre voix: Code de Bonnes Pratiques pour les ONG ripostant au VIH/SIDA

Publication originale au Royaume Uni en anglais du projet

Code de Bonnes Pratiques pour les ONG ripostant au VIH/SIDA

décembre 2004, sous la NIL de Oxfam 978-0-85598-553-0

Texte anglais © Code de Bonnes Pratiques pour les ONG ripostant au VIH/SIDA 2004

Publication en version française de EPP Books Services, Oxfam GB, et AfriCASO

pour le Code de Bonnes Pratiques pour les ONG ripostant au VIH/SIDA

Mars 2008 sous la

NIL de Oxfam 978-0-85598-620-9

Et la

NIL de EPP 978-9988-0-7446-3

Traduction française © Code de Bonnes Pratiques pour les ONG ripostant au VIH/SIDA 2008

Edition Française © EPP Books Services et Oxfam GB 2008

Tous droits réservés. Cette publication est protégée par le droit d'auteur. Elle peut être reproduite sans frais, par quelque moyen que ce soit, à des fins pédagogiques et non pour la revente, moyennant une autorisation formelle qui est en principe accordée immédiatement. En ce qui concerne la reproduction dans d'autres circonstances que celles qui sont stipulées ici, la réutilisation dans d'autres publications, la traduction ou l'adaptation du texte, le consentement écrit du titulaire du droit d'auteur doit être obtenu au préalable.

L'élaboration du *Code de Bonnes Pratiques pour les ONG ripostant au VIH* a été conduite par: ActionAid International; l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA; l'Association internationale pour la réduction des risques (IHRA); CARE (États-Unis); le Conseil international des organisations d'action contre le sida (ICASO); le Conseil mondial de la Santé; Conseil œcuménique des Églises; la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge; Gupo Pela Vidda; Hong Kong AIDS Foundation; et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GNP+).

Le Comité directeur chargé de la phase de mise en œuvre du projet Code de Bonnes Pratiques est composé des organisations suivantes:

- L'Alliance internationale contre le VIH/SIDA
- CARE Internationale
- Le Conseil international des organisations d'action contre le SIDA (ICASO)
- La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFFP)
- La Fédération internationale pour la planification familiale
- Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA (GNP+)

Distribué à l'Afrique de l'Ouest par EPP Books Services et aux autres pays du monde par Oxfam Grande-Bretagne pour le projet Code de Bonnes Pratiques pour les ONG ripostant au VIH.

Le site Internet du projet Code de Bonnes Pratiques présente une version électronique du Code comportant des hyperliens vers des sources secondaires d'information (voir www.hivcode.org).

Les graphiques des pages 27 et 67 sont tirés de *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, de Sue Holden, publié par Oxfam Grande-Bretagne, 2004, et sont reproduits avec la permission d'Oxfam Grande-Bretagne.

ISBN: EPP Books Services: 978-9988-0-7446-3

ISBN: Oxfam GB:978-0-85598-620-9

renouveler notre **voix**

Code de Bonnes Pratiques

pour les ONG ripostant au VIH / SIDA

Principes directeurs

Principes organisationnels

- Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées
- Partenariats plurisectoriels
- Gouvernance
- Mission et gestion de l'organisation
- Planification, suivi et évaluation des programmes
- Accès et équité
- Plaidoyer
- Recherche
- Intensification des activités

Principes sous-tendant les programmes

Programmes de riposte au VIH

- Approche transversale
- Conseil et test volontaires (CTV)
- Prévention du VIH
- Traitement, soins et soutien
- Lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Intégrer le VIH : programmes de développement et d'aide humanitaire

Table des matières

Les signataires du Code	6
Résumé d'orientation	11
Chapitre 1 Introduction	15
1.1 Le contexte	15
1.2 Tirer parti de la dynamique mondiale	15
1.3 Utiliser les connaissances acquises pour intensifier les activités..	16
1.4 Responsabilité et indépendance des organisations non gouvernementales (ONG)	17
1.5 Encourager les partenariats	18
1.6 Le Code	18
À quoi sert le Code	18
Ce que le Code n'est pas	19
À qui s'adresse le Code	19
Portée de la mise en œuvre	20
Notes	21
Chapitre 2 Principes directeurs	23
2.1 Introduction	23
2.2 Valeurs fondamentales	23
2.3 Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées	24
2.4 Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme...	26
Droits de l'homme	27
Santé publique	29
Développement	30
2.5 Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations	32
Notes	37
Chapitre 3 - Principes organisationnels	41
3.1 Introduction	41
3.2 Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées	41
3.3 Partenariats plurisectoriels	42
3.4 Gouvernance	43
3.5 Mission et gestion de l'organisation	44
Ressources humaines	44
Capacité organisationnelle	45
Ressources financières	46
3.6 Planification, suivi et évaluation des programmes	47
3.7 Accès et équité	48
3.8 Plaidoyer	49
3.9 Recherche	51
3.10 Intensification des activités	52
Notes	56

Chapitre 4 Principes sous-tendant les programmes	59
4.1 Introduction	59
4.2 Programmes de riposte au VIH	62
Approche transversale	62
Conseil et test volontaires (CTV)	64
Prévention du VIH	65
Traitement, soins et soutien	69
Combattre la stigmatisation et la discrimination	71
4.3 Intégrer le VIH	74
Le processus d'intégration du VIH	75
Programmes de développement et d'aide humanitaire	75
Notes	85
Chapitre 5 Appendices	91
5.1 « Souscrire » au Code	91
5.2 Mise en œuvre du Code	91
5.3 Documentation importante	93
VIH et plaidoyer en faveur des droits de l'homme	93
Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées	94
Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations	95
Ressources organisationnelles	96
Prévention du VIH	97
Conseil et test volontaires	98
Traitement, soins et soutien	98
Stigmatisation et discrimination	99
Intégrer le VIH	100
5.4 Glossaire	102
Acronymes	102
Terminologie	102
5.5 Remerciements	105
Questionnaire	107

Les signataires du Code

Acción Ciudadana Contra el sida (ACCSI),
Venezuela
www.internet.ve/accsi

Acción contra el hambre (Action contre la faim),
Espagne
www.accioncontraelhambre.org

ACT International (Action commune des Églises)
www.act-intl.org

Action Against Hunger (Action contre la faim),
Royaume-Uni
www.aahuk.org

ActionAid International
www.actionaid.org

AfriCASO (Conseil africain des organisations
d'action contre le sida)
www.africaso.net

AIDS Action Europe (AAE)
www.aidsactioneurope.org

AIDS Calgary
www.aidscalgary.org

AIDS Hilfe, Autriche
www.aids.at

AIDS Infoshare, Fédération de Russie

AIDS Network Development Foundation
(AIDSNet), Thaïlande

AIDS Saint John, Canada
www.aidssaintjohn.com

AIDS Society of Kamloops, Canada
www.aidskamloops.bc.ca

Alan Guttmacher Institute, États-Unis
www.agi-usa.org

Alberta Community Council on HIV, Canada
www.acch.ca

Alliance contre le VIH et les IST, Bangladesh

Alliance de santé communautaire Canada Afrique
www.ascca.ca

Alliance internationale contre le VIH/sida,
comprenant les organisations de l'Alliance
internationale contre le VIH/sida à Madagascar, au
Mozambique, en Ukraine, en Zambie, l'Alliance
indienne contre le VIH/sida, le Programme régional
des Caraïbes, le Programme de la Chine, le
Programme de Myanmar
www.aidsalliance.org

Alliance mondiale des Unions chrétiennes de jeunes
gens, UCJG/YMCA
www.ymca.int

Alliance mondiale des Unions chrétiennes
féminines/YWCA
www.worldywca.org

Alliance nationale contre le sida (ANCS), Sénégal
www.ancs.sn

Alliance œcuménique « agir ensemble »
www.e-alliance.ch

Alliance réformée mondiale
www.warc.ch

All-Ukrainian Network of PLWH
(Réseau ukrainien des PVV)

Amnesty for Women, Allemagne
www.amnestyforwomen.de

AMREF (Fondation pour la médecine et la
recherche en Afrique) www.amref.org

Anti-AIDS Centre (Centre de riposte au sida),
Fédération de Russie

APCASO (Conseil des organisations d'action
contre le sida de la région Asie-Pacifique)
www.apcaso.org

APN+ (Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant
avec le VIH/sida)
www.gnpplus.net/regions/asiapac.html

Asociación Costarricense de Personas Viviendo con
VIH/sida (ASO VIH/sida), Costa Rica

Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia
(PROFAMILIA), République dominicaine
www.profamilia.org.do

Association cambodgienne pour la santé
reproductive

- Association chinoise de planification familiale
www.chinafpa.org.cn
- Association de planification familiale d'Afrique du Sud
www.ppasa.org.za
- Association de planification familiale d'Estonie
www.amor.ee
- Association de planification familiale de l'Inde
www.fpaIndia.com
- Association de planification familiale de l'Indonésie
www.pkbi.or.id
- Association de planification familiale de la Jamaïque
- Association de planification familiale de Singapour
www.sppa.org.sg
- Association de planification familiale de Thaïlande (PPAT)
- Association de planification familiale de Tonga
- Association de planification familiale de Tuvalu
- Association de planification familiale du Kenya
- Association de planification familiale du Malawi
- Association de planification familiale du Népal
www.fpan.org
- Association marocaine de Solidarité et de Développement (AMSED), Maroc
www.amsed.org.ma
- Association russe de planification familiale
www.family-planning.ru
- Association rwandaise pour le bien-être familial (ARBEF), Rwanda
- Australian Federation of AIDS Organisations (AFAO), Australie
www.afao.org
- British Columbia Persons with AIDS Society, Canada
- Brot fur die Welt (Du pain pour le monde)
www.brot-fuer-die-welt.org
- Cameroon National Association for Family Welfare (Association camerounaise pour le bien-être de la famille)
- Care International
www.care-international.org
- Catholic Medical Mission Board, États-Unis
www.cmmb.org
- CAUSE, Canada
www.cause.ca
- CEEHRN (Central and Eastern European Harm Reduction Network) (Réseau d'Europe centrale et orientale pour la réduction des risques)
www.ceeHRN.lt
- Chi Heng Foundation
www.chihengfoundation.com
- Christian Aid, Royaume-Uni
www.christian-aid.org.uk
- Christian Children's Fund
www.christianchildrensfund.org
- Coalition d'organisations de services pour le VIH et le sida, Ukraine
- Coalition interagence sida et développement
www.icad-cisd.com
- Community Action Resource (CARE), Trinidad Concern Worldwide
www.concern.net
- Conférence des Églises européennes
www.ccc-kek.org
- Conseil œcuménique des Églises
www.wcc-coe.org
- Corporación Kimirina, Équateur
- Croix-Rouge australienne
www.redcross.org.au
- Croix-Rouge danoise
<http://www1.drk.dk>
- Croix-Rouge de Namibie
- Croix-Rouge de Norvège
www.redcross.no
- Croix-Rouge irlandaise
www.redcross.ie
- DanChurchAid
www.dca.dk
- Deutsche AIDS Hilfe e. V, Allemagne
www.aidsHilfe.de
- Diakonie Emergency Aid
www.diakonie-katastrophenhilfe.de
- DIFAM, Institut allemand pour les missions médicales
www.difam.de

- Ecumenical Coalition on Tourism
www.ecotonline.org
- Ecumenical Pharmaceutical Network
www.epnnetwork.org
- Église suédoise
www.svenskakyrkan.se
- European AIDS Treatment Group (EATG)
(Groupe européen pour le traitement du sida)
www.eatg.org
- European Coalition for Just and Effective Drug Policies (Coalition européenne pour des politiques justes et efficaces en matière de drogues)
www.encod.org
- Fédération canadienne de planning familial
www.ppfc.ca
- Fédération des Associations de planification familiale, Malaisie (FFPAM)
www.ffpam.org.my
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
www.ifrc.org
- Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF/IPPF), dont le Bureau central de Londres ainsi que les bureaux régionaux d'Europe, d'Asie du Sud, d'Afrique et de l'Hémisphère occidental
www.ippf.org
- Fédération internationale pour la planification familiale, République démocratique populaire lao
- Fédération luthérienne mondiale
www.lutheranworld.org
- Fédération universelle des associations chrétiennes d'étudiants
www.wscfglobal.org
- Fondation non gouvernementale Megapolis Saratov Oblast, Fédération de Russie
- Fondation publique régionale - Novoye Vremya (Temps nouveaux), Fédération de Russie
- Fondation régionale Voronezh d'aide aux jeunes entrepreneurs, Fédération de Russie
- Fondazione Villa Maraini, Italie
www.villamaraini.it
- Global Chinese Aids Network (GCAN)
www.aids.org.hk/en/11/11_0.html
- GNP+ (Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida)
www.gnpplus.net
- GNP+ Amérique du Nord
www.gnpna.ca
- GNP+ Europe
- GOAL
www.goal.ie
- Groupe chrétien contre le sida au Togo (GCCST)
<http://bres.lycos.fr/gccst>
- Grupo Pela Vidda, Brasil
www.pelavidda.org.br
- Healthlink Worldwide, Royaume-Uni
www.healthlink.org.uk
- HelpAge International
www.helpage.org
- Hoffnung fur Osteuropa (Espoir pour l'Europe orientale)
www.hoffnung-fuer-osteuropa.de
- Hong Kong AIDS Foundation
www.aids.org.hk
- ICASO (Conseil international des organisations d'action contre le sida)
www.icaso.org
- ICW (Communauté internationale de femmes vivant avec le VIH et le sida)
www.icw.org
- Initiative privée et communautaire de riposte au VIH au Burkina Faso (IPC/BF)
- Inppares, Pérou
www.inppares.org.pe
- Institut international pour les questions touchant le VIH et le sida, Ukraine
- Interact Worldwide
www.interactworldwide.org
- International Harm Reduction Association (Association internationale pour la réduction des risques)
www.ihra.net
- International Relief Teams
www.irteams.org
- Japan AIDS & Society Association (Association japonaise sida et société)

- Kazakhstan Crisis Centres Union (Union des centres de crise du Kazakhstan)
- Kenya AIDS NGO Consortium (KANCO)
www.kanco.org
- Kiribati Family Health Association (Association de Kiribati pour la santé familiale)
- LACCASO (Conseil latinoaméricain et des Caraïbes des organisations d'action contre le sida)
www.laccaso.org
- LEPRA Society, Inde
www.lepraindia.org
- LET (Organisation non gouvernementale pour l'amélioration de la qualité de vie), Croatie
- Lutheran World Relief
www.lwr.org
- Marie Stopes Clinic Society, Bangladesh
www.mariestopes.org.uk/www/bangladesh.htm
- Marie Stopes International
www.mariestopes.org.uk
- Mexfam, Mexique
www.mexfam.org.mx
- MSM: No Political Agenda (ONG pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes)
www.msmnpa.org
- NACASO (Conseil nord-américain des organisations d'action contre le sida)
- National AIDS Foundation (Fondation nationale pour la riposte au sida), Mongolie www.naf.org.mn
- National AIDS Trust, Royaume-Uni
www.nat.org.uk
- National Association of People Living with HIV/AIDS (NAPWA), Australie www.napwa.org.au
- Naz Foundation International
www.nfi.net
- NELA (Network on Ethics, Law, HIV/AIDS, Prevention, Support & Care) (Réseau sur l'éthique, les lois, le VIH et le sida, la prévention, le soutien et les soins), Nigeria
- New Way (Centre d'information et de conseil psychosociaux), Géorgie
- Northern AIDS Connection Society (organisation caritative), Canada
<http://nacsns.tripod.com>
- Norwegian Church Aid (Association d'entraide de l'Église norvégienne)
www.nca.no
- ODYSEUS, Slovaquie
www.ozodyseus.sk
- Organisation de planification familiale des Philippines
www.fpop.org.ph
- OSDUY (Organisation pour le développement social des jeunes chômeurs), Bangladesh
- Oxfam International
www.oxfam.org
- Palmyrah Workers' Development Society, India
www.pwds.org
- Pathfinder International
www.pathfind.org
- Plan USA
www.planusa.org
- PLANES, Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive
www.plan-s.ch
- Planned Parenthood Federation of America
www.plannedparenthood.org
- Population Action International
www.populationaction.org
- Population Services and Training Center (PSTC), Bangladesh
- Radda MCH-FP Centre, Bangladesh
- REDLA+ (Réseau latinoaméricain de personnes vivant avec le VIH/sida)
www.redla.org
- Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE)
www.catie.ca
- Réseau des personnes vivant avec le VIH/sida dans les Caraïbes (CRN+)
- Réseau juridique canadien VIH/sida
www.aidslaw.ca
- Roses and Rosemary, États-Unis
Save the Children, Canada
www.savethechildren.ca
- Sensoa International
www.sensoa.be

Service international pour les droits de l'homme
(SIDH)

www.ishr.ch

Société canadienne de Santé internationale

www.csih.org

Soroptimist International

www.soroptimistinternational.org

Southern African AIDS Trust (SAT)

www.satregional.org

STI/AIDS Network (réseau d'action sida/IST),
Bangladesh

TAMPEP International Foundation

www.europap.net/links/tampep.htm

UK Coalition of People Living with HIV and AIDS
(UKC)

www.ukcoalition.org

Vasavya Mahila Mandali, Inde

www.vasavya.com

VSO (Volontaires en service outre-mer)

www.vso.org.uk

Wild Foundation

www.wild.org

Wilderness Foundation, Afrique du Sud

www.wild.org/southern_africa/wf.html

Résumé d'orientation

Le présent Code énonce un certain nombre de **Principes directeurs** (chapitre 2) intégrant une approche fondée sur les droits de la personne aux activités de riposte au VIH de développement et d'aide humanitaires menées par les ONG. Ces principes fournissent un cadre commun pouvant être appliqué à toutes les ONG engagées dans la riposte au VIH, et se concrétisent sous la forme de principes de bonnes pratiques qui nous disent comment travailler en tant qu'ONG (chapitre 3 **Principes organisationnels**) quelles activités mener (chapitre 4 **Principes sous-tendant les programmes**). Le chapitre 5 donne une liste de **documents clés**, tels que des outils et des manuels sur lesquels nous pouvons nous appuyer pour mettre les principes en pratique. Il comprend également des informations sur la manière de souscrire au Code et de le mettre en œuvre.

Principes directeurs

- Nous plaidons en faveur d'une participation significative des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à tous les aspects de la riposte au VIH.
- Nous protégeons et promouvons les droits de la personne dans toutes nos activités.
- Nous appliquons les principes de santé publique dans nos actions.
- Nous nous attaquons aux causes de la vulnérabilité à l'infection à VIH et aux conséquences du virus.
- Nos programmes sont éclairés par des données probantes, afin de pouvoir répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables au VIH et à ses conséquences.

Principes organisationnels

Le chapitre 3 énonce les principes de bonnes pratiques qui orientent notre action.

Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées

- Nous encourageons une participation active et significative de personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à notre action.

Partenariats plurisectoriels

- Nous nouons et maintenons des partenariats qui contribuent à ce que nos actions de riposte au VIH soient complètes et coordonnées.

Gouvernance

- Nous gérons notre action dans la transparence et rendons compte aux communautés et parties prenantes avec lesquelles nous travaillons.

Mission et gestion de l'organisation

- Nous avons une mission clairement définie, assortie d'objectifs stratégiques que nous atteignons grâce à une bonne gestion.
- Nous attachons de l'importance à nos ressources humaines ; nous les soutenons et les gérons efficacement.
- Nous mettons en place et maintenons les capacités organisationnelles nécessaires pour pouvoir mener une riposte efficace au VIH.
- Nous gérons les ressources financières de façon efficace, transparente et responsable.

Planification, suivi et évaluation des programmes

- Nous choisissons des partenaires appropriés, en toute transparence.
- Nous planifions, suivons et évaluons les programmes dans une optique d'efficacité et afin de répondre aux besoins des communautés.

Accès et équité

- Nos programmes fonctionnent de façon non discriminatoire, sont accessibles et équitables.

Plaidoyer

- Nous plaidons en faveur d'un environnement habilitant qui assure la protection et la promotion des droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et qui soit propice à la mise en œuvre de programmes efficaces.
- Nous planifions, suivons et évaluons les efforts de plaidoyer visant l'efficacité et permettant de répondre aux besoins des communautés.

Recherche

- Nous entreprenons et/ou proposons des recherches suffisantes et appropriées pour faire en sorte que les mesures de riposte au VIH soient éclairées par des données probantes.

Intensification des activités

- Nous nous efforçons d'intensifier les programmes appropriés tout en nous assurant de leur qualité et de leur durabilité.
- Nous faisons en sorte que le renforcement des programmes puisse s'appuyer durablement sur l'adhésion active des communautés et les capacités organisationnelles nécessaires.
- Nous assurons le suivi et l'évaluation des programmes qui font l'objet d'une intensification.

Le chapitre 4 fournit les principes de bonnes pratiques qui orienteront

- les programmes de riposte au VIH, notamment la prévention du VIH, le conseil et le test volontaires, le traitement, les soins et le soutien, et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation, et
- l'intégration du VIH au sein des programmes de développement et d'aide humanitaire.

Principes sous-tendant les programmes

Les principes exposés dans le chapitre 4 ont trait aux services, aux programmes et aux activités de plaidoyer (le terme « programmes » recouvre ces trois éléments). Étant donné la grande diversité des activités menées par les ONG en matière de programmes, différents principes de bonnes pratiques s'appliqueront selon les organisations.

Programmes de riposte au VIH

Approche transversale

- Nos programmes de riposte au VIH sont intégrés de manière à identifier les différents besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées et d'y répondre.
- Nos programmes de riposte au VIH suscitent une prise de conscience et renforcent la capacité des communautés à riposter.
- Nous plaidons en faveur d'un environnement habilitant qui assure la protection et la promotion des droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et soit propice à la mise en œuvre de programmes efficaces.

Conseil et test volontaires (CTV)

- Nous fournissons et/ou préconisons des services de conseil et de test volontaires qui soient accessibles et confidentiels.

Prévention du VIH

- Nous menons et/ou préconisons des programmes complets de prévention du VIH afin de répondre aux besoins très variés des individus et des communautés.

- Nos programmes de prévention du VIH permettent aux individus d'acquérir la capacité de se protéger eux-mêmes et/ou de protéger les autres de l'infection à VIH.
- Nos programmes de prévention du VIH font en sorte que toutes les personnes soient informées de l'existence des moyens qui existent pour prévenir l'infection à VIH et y aient accès.
- Nous menons et/ou préconisons des programmes complets de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables.

Traitement, soins et soutien

- Nous menons et/ou préconisons des programmes complets de traitement, de soins et de soutien.
- Nous donnons aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées les moyens de répondre à leurs besoins en matière de traitement, de soins et de soutien.

Combattre la stigmatisation et la discrimination

- Nous donnons aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées les moyens de connaître leurs droits et de riposter à la discrimination et à ses conséquences.
- Nous surveillons la discrimination systémique et y ripostons.
- Nous faisons en sorte que les communautés puissent comprendre ce qu'est la stigmatisation liée au VIH et au sida et y riposter.
- Nous encourageons les partenariats avec les institutions de défense des droits de l'homme, les services juridiques et les syndicats afin de promouvoir et de protéger les droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées.

Intégrer le VIH : programmes de développement et d'aide humanitaire

- Nous examinons nos programmes de développement et d'aide humanitaire afin d'évaluer dans quelle mesure ils sont utiles pour réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et remédier aux conséquences de l'infection à VIH.
- Nous travaillons en partenariat afin d'augmenter au maximum l'accès des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à une gamme intégrée de programmes visant à répondre à leurs besoins.
- Nous élaborons des programmes de développement ou adaptons ceux qui existent afin de réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées.
- Nous veillons à ce que nos programmes humanitaires réduisent la vulnérabilité à l'infection à VIH et répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées.
- Nos programmes en faveur des orphelins et des autres enfants devenus vulnérables à cause du sida mettent les enfants au centre de leurs préoccupations, s'adressent aux familles et aux communautés et sont fondés sur le droit.
- Nous plaidons en faveur d'un environnement favorable à une intégration efficace du VIH.
- Nous plaidons en faveur d'un environnement habilitant qui s'attaque aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité au VIH.

Introduction

1.1 Le contexte

L'épidémie du VIH pose un défi mondial sans précédent au développement, un défi qui a déjà causé trop de souffrances, de maladie et de décès. À ce jour, elle a fait 20 millions de morts, et plus de 37 millions de personnes à travers le monde vivent actuellement avec le VIH¹. En 2003, près de 5 millions de personnes ont été infectées par le virus, ce qui représente le nombre annuel de nouvelles infections le plus élevé enregistré depuis le début de l'épidémie². L'épidémie du sida est une crise d'une ampleur hors du commun. Si nous voulons avoir la moindre chance d'y riposter efficacement, nous devons la traiter à la fois comme une situation d'urgence et une question de Développement à long terme³.

Des facteurs d'ordre social, culturel et économique exacerbent la propagation du VIH et en aggravent l'impact. Dans presque tous les cas, les pauvres et les personnes socialement marginalisées sont d'une vulnérabilité disproportionnée à l'infection à VIH et à ses conséquences. La Déclaration du Millénaire de l'ONU, ainsi que les objectifs qu'elle fixe, soulignent la relation étroite qui existe entre les objectifs de développement et la nécessité de s'attaquer à la vulnérabilité au VIH et à ses conséquences en atténuant la pauvreté par le développement durable, la promotion de l'égalité entre les sexes et l'accès à l'éducation⁴. Le redoutable fardeau de l'épidémie est porté surtout par les pays en développement, où la grande majorité des personnes les plus affectées par le VIH ou vulnérables à l'infection n'ont même pas accès à un ensemble de services et de programmes élémentaires de prévention, de traitement, de soins et de soutien⁵.

1.2 Tirer parti de la dynamique Mondiale

Ces dernières années, la riposte à la crise mondiale du sida a connu une impulsion croissante, s'intensifiant comme jamais depuis l'apparition de la pandémie. À la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), qui s'est tenue en juin 2001, les États membres ont adopté à l'unanimité la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Celle-ci fixait des objectifs assortis d'un cadre temporel et dont les gouvernements et l'ONU elle-même pourraient être tenus pour responsables^{6,7}.

Les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle décisif par leur plaidoyer, tant au plan national qu'international, pour que les gouvernements, les institutions des Nations Unies et d'autres acteurs transforment ces engagements en une réalité concrète⁸.

La mobilisation des ressources financières est aujourd'hui plus efficace, dans le cadre des efforts déployés pour intensifier des stratégies de riposte au VIH ayant prouvé leur utilité. Les dépenses effectuées pour la riposte au VIH dans les pays à revenus faibles et moyens se sont accrues, passant de 1 milliard de dollars US en 2000 à 3,9 milliards de dollars en 2002 ; selon les projections, ce montant atteindrait 6,1 milliards de dollars en 2004⁹. Bien que ce chiffre soit inférieur aux 12 milliards qui avaient été estimés nécessaires d'ici à 2005, les progrès réalisés dans la mobilisation des ressources demeurent encourageants¹⁰.

Toutefois, les bienfaits de la thérapie antirétrovirale qui sauve des vies se sont surtout fait sentir dans les pays industrialisés, tandis que des millions de personnes continuent à mourir du sida chaque année dans les pays en développement. Entre 5 et 6 millions de personnes vivant dans les pays en développement ont besoin d'un traitement antirétroviral immédiat¹¹. Les ONG ont joué un rôle important dans la mise en évidence de cette inégalité fondamentale, en faisant pression sur les gouvernements, le système des Nations Unies et les compagnies pharmaceutiques. S'il est loin d'être facile de fournir des antirétroviraux à un grand nombre de personnes dans des environnements où les ressources sont limitées, des mesures importantes sont néanmoins prises dans ce sens. Ainsi, le prix des médicaments a baissé ces dernières années, en particulier à la suite de la montée en force de la concurrence des génériques dans le secteur pharmaceutique. L'OMS et l'ONUSIDA ont lancé l'initiative mondiale « 3 millions d'ici 2005 », ayant pour objectif de fournir d'ici la fin de l'année 2005 une thérapie antirétrovirale à 3 millions de personnes vivant avec le VIH dans les pays en développement¹².

1.3 Utiliser les connaissances acquises pour intensifier les Activités

Au cours des 20 dernières années, la recherche et la pratique ont engendré une quantité impressionnante de connaissances sur la manière de riposter efficacement au VIH. Nous allons certes continuer à apprendre, mais nous devons tirer parti de l'impulsion actuelle. Nous devons utiliser ce que nous savons déjà pour orienter l'affectation des ressources, et élaborer et maintenir des ripostes d'une ampleur suffisante pour influencer le cours de l'épidémie (voir la section 3.10, Intensification des activités). Nous devons concentrer nos ressources là où elles seront le plus efficace pour ralentir la propagation de l'épidémie et répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées. Cela nécessite des ripostes spécifiques et l'intégration du VIH dans l'ensemble des programmes de santé, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive. Cela nécessite aussi une intégration du VIH dans les programmes de développement et d'aide humanitaire afin de pouvoir s'attaquer aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité à l'infection à VIH et tenter de remédier aux conséquences complexes de cette infection.

Les ONG très diverses actuellement engagées dans la riposte au VIH – notamment celles qui travaillent dans les domaines du développement et de l'aide humanitaire, de la santé sexuelle et reproductive et des droits de l'homme, outre celles qui sont spécialisées dans le domaine du VIH et du sida – possèdent un capital inestimable de compétences et de capacités dont il faut tirer le meilleur parti, en les dotant des ressources nécessaires et en les coordonnant efficacement afin de pouvoir donner leur pleine mesure aux diverses ripostes indispensables pour influencer le cours de la pandémie. Le présent Code se base sur les connaissances et l'expérience accumulées au cours des vingt dernières années, répertoriant les principes de bonnes pratiques éclairés par des données probantes afin de renforcer l'action des ONG de toutes sortes qui participent actuellement à la riposte.

1.4 Responsabilité et Indépendance des ONG

Qu'entendons-nous par « ONG » ?

Par souci de commodité, nous utilisons le terme ONG pour désigner une large gamme d'organisations qui peuvent être qualifiées de « sans but lucratif » et de « non gouvernementales ». Il peut s'agir d'organisations à assise communautaire (OC), d'organisations confessionnelles ou d'organisations de communautés touchées, notamment de personnes vivant avec le VIH, de professionnel(le)s du sexe, de femmes et bien d'autres, qui sont actifs dans la riposte à l'épidémie (voir aussi dans la section 1.6, À qui s'adresse le Code).

Qu'entendons-nous par « communautés touchées » ?

Cette expression recouvre l'ensemble des personnes affectées par le VIH et le sida – notamment les personnes présentant un risque particulier d'infection à VIH et celles qui doivent supporter de façon disproportionnée le poids des conséquences du VIH et du sida. Ces groupes varient d'un pays à l'autre, selon la nature de l'épidémie sévissant dans le pays (voir aussi la section 2.5, Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations).

Les communautés doivent faire partie intégrante de la réalité des ONG et de leur action. Un engagement authentique en faveur de la participation à la riposte au VIH des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées ne consiste pas seulement à s'assurer que ces personnes aient la maîtrise de la gestion de leur santé. Il s'agit plutôt de reconnaître que l'expérience des individus et des communautés est une composante essentielle de toute riposte communautaire efficace aux défis posés par le VIH. C'est au niveau des individus et des communautés que l'infection à VIH se produit et que ses conséquences se font sentir. Ce sont les communautés elles-mêmes qui relèvent les défis posés par le VIH et qui s'efforcent de trouver des solutions appropriées. Lorsque ces efforts sont fondés sur le vécu des personnes affectées, ils ont beaucoup plus de chances d'agir sur les nombreux facteurs qui déterminent le risque représenté par le VIH, la transmission du virus et l'expérience consistant à vivre avec le VIH.

Les ONG jouent un rôle actif dans le plaidoyer visant à ce que les gouvernements, les institutions des secteurs privé et public et d'autres assument leurs responsabilités. Nous devons nous aussi être responsables envers les communautés dont nous faisons partie, avec lesquelles nous travaillons, que nous représentons et que nous servons. La responsabilité, la transparence et une gestion efficaces des ressources sont d'une importance cruciale si nous voulons être crédibles auprès des communautés avec lesquelles nous travaillons et des institutions qui fournissent les ressources nécessaires à notre action. Notre sens des responsabilités à l'égard des communautés, ainsi qu'une participation avérée de celles-ci ne peuvent que renforcer la légitimité de notre plaidoyer. Cet impératif devient de plus en plus évident à mesure que l'on dispose de plus de ressources. Nous devons veiller à ce que les donateurs n'influencent pas nos priorités d'une façon incompatible avec notre mission et nos buts. Il nous faut donc protéger et conserver le droit de définir en toute indépendance nos propres priorités, conformément aux besoins et aspirations des communautés que nous servons.

1.5 Encourager les partenariats

Dans tous les pays, les complexités de l'épidémie de VIH dépassent les capacités d'un seul secteur, quel qu'il soit. La pandémie requiert que tous se mobilisent et collaborent au niveau communautaire, national et international. Elle exige des ripostes spécifiques au VIH, qui s'attaquent aux causes de la vulnérabilité au virus et agissent sur les conséquences de l'infection. Elle demande également une plus grande cohérence, une meilleure coordination et une plus grande uniformité entre les actions des différents secteurs¹³. Les partenariats plurisectoriels sont essentiels si l'on veut riposter efficacement. Le gouvernement, la société civile (y compris les ONG) et les secteurs privé et public ont tous un rôle à jouer. Nous devons faire en sorte de mener des stratégies complémentaires les unes des autres et de collaborer activement, tout en respectant mutuellement notre indépendance et en reconnaissant nos différences. La transparence, l'esprit critique, l'apprentissage et le partage sont des éléments essentiels d'un partenariat réussi.

1.6 Le Code

À quoi sert le Code

Le Code nous permet d'avoir une vision commune des principes de bonnes pratiques applicables à nos programmes et notre plaidoyer – une vision qui nous guide dans nos activités, à laquelle nous pouvons adhérer et par rapport à laquelle nous devons rendre des comptes.

On a pu constater, depuis le milieu et la fin des années 1990, un accroissement considérable du nombre et de la variété des ONG engagées dans la riposte aux multiples défis posés par le VIH et le sida : des ONG travaillant dans ce domaine, des ONG intégrant des activités axées sur le VIH dans d'autres programmes de santé, par exemple en santé sexuelle et reproductive ou en santé maternelle et infantile, et des ONG intégrant le VIH dans les programmes de développement, de droits de l'homme et d'aide humanitaire. On a également assisté à des changements notables dans le contexte mondial du financement, où l'on veille en particulier à utiliser les enseignements de vingt ans d'expérience pour orienter l'allocation des ressources lors de l'intensification des ripostes au VIH.

Ces changements favorisent mais compliquent aussi, tout à la fois, le processus si nécessaire et urgent visant à élargir la portée et à renforcer l'impact des programmes menés par les ONG. Parfois, la prolifération des ONG et des programmes a nui au sérieux et à la qualité de l'action, ce qui a eu pour résultat de fragmenter la « voix » des ONG dans la riposte au VIH. La raison d'être du Code est de répondre à ces nouveaux défis

- en définissant et développant une adhésion plus large à des principes et pratiques éclairés par des données probantes qui sous-tendent le succès de certaines ripostes de la part d'ONG ;
- en aidant les « ONG de soutien » à améliorer la qualité et la cohérence de nos activités et notre responsabilité envers nos partenaires et les communautés bénéficiaires ;
- en encourageant une meilleure collaboration entre les diverses ONG de soutien aujourd'hui engagées activement dans la riposte à la pandémie de VIH, et
- en redonnant toute sa force à la « voix » des ONG intervenant dans la riposte au VIH, et ce en nous permettant d'appliquer une vision commune des bonnes pratiques dans nos programmes et notre plaidoyer.

Le Code de bonnes pratiques donne une orientation aux ONG de soutien dans leur action avec leurs ONG partenaires (voir plus loin « À qui s'adresse le Code »). Les principes qui y sont

énoncés peuvent être utilisés pour orienter

- la planification organisationnelle ;
- l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes, notamment des programmes de plaidoyer ;
- les efforts de plaidoyer visant une intensification efficace de nos ripostes au VIH ;
- l'affectation des ressources sur la base de ces principes, et
- les efforts de plaidoyer visant à ce que la panoplie essentielle de programmes soit à disposition en cas de besoin.

Ce que le Code n'est pas

Étant donné la diversité des types d'épidémies existant dans le monde, le Code ne se veut pas un manuel détaillé des différentes pratiques. Un tel manuel représenterait une tâche beaucoup plus vaste et serait extrêmement difficile à réaliser de telle façon qu'il puisse s'appliquer à tous les types d'épidémie. Toutefois, le Code décrit les principaux groupes de population qui sont vulnérables dans différents contextes (voir la section 2.5, Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations). Il est prévu que les ONG signataires appliquent le Code de différentes manières. Elles pourront par exemple élaborer des modules de formation en collaboration avec des ONG partenaires ou des organisations membres, ou se fonder sur les principes énoncés pour mettre au point des indicateurs adaptés aux contextes dans lesquels elles travaillent indicateurs qui pourront ensuite être utilisés lors de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de programmes spécifiques. L'utilité du Code dépendra de la façon dont ces principes seront appliqués par les ONG au fil des années, selon la nature de l'épidémie et les caractéristiques de chaque pays.

À qui s'adresse le Code

Les « ONG de soutien »

L'ampleur et la complexité de l'épidémie mondiale font que des ONG aussi nombreuses que diverses mènent une action dans le domaine du VIH et du sida. Le Code s'adresse à cette vaste gamme d'ONG, notamment à celles qui travaillent spécifiquement dans ce domaine et à celles qui les activités sont centrées sur le développement, l'aide humanitaire, la santé sexuelle et reproductive et les droits de l'homme. Il est conçu et écrit, en particulier, pour aider les ONG fournissant à d'autres ONG qui mettent en œuvre des programmes au niveau national un appui technique, financier, une assistance au développement des capacités et/ou un soutien en matière de plaidoyer.

Nous désignons ce public cible du Code par l'expression « ONG de soutien », lesquelles sont le plus souvent des ONG nationales ou internationales.

Un grand nombre des principes énoncés dans le Code peuvent s'appliquer aux activités que les ONG de soutien déploient avec les ONG qui sont leurs partenaires dans le pays. Les ONG partenaires peuvent s'appuyer sur le Code pour demander des comptes aux ONG de soutien signataires du Code avec qui elles collaborent, et les deux types d'ONG peuvent utiliser le Code comme un outil commun pour orienter leur travail en collaboration.

Toute ONG souscrivant aux buts du Code

Le Code peut également contribuer au travail de toute ONG participant à la riposte au VIH, et de toute ONG participant à la riposte peut devenir signataire si elle approuve les principes contenus dans le Code.

Portée de la mise en œuvre

Le Code est ambitieux en ceci qu'il énonce non pas des normes minimales, mais des principes de bonnes pratiques que nous pouvons nous employer à mettre en œuvre au cours des années. Les ONG qui l'ont signé en ont approuvé tous les principes. Cependant, tous les principes sous-tendant les programmes figurant au chapitre 4 ne sont pas applicables à toutes les ONG de soutien. Ainsi, certains s'appliqueront aux ONG travaillant pour le développement, et d'autres à celles qui travaillent pour la prévention du VIH ou le traitement, les soins et le soutien. Les ONG signataires s'attacheront à mettre en œuvre les principes applicables à leurs propres activités (voir les sections 5.1, Souscrire au Code, et 5.2, Mise en œuvre du Code)

NOTES

- ¹ *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), p. 13. www.unaids.org
- ² *Résumé d'orientation Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA. « Aperçu mondial », p. 5
- ³ *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, p. 13.
- ⁴ Déclaration du Millénaire de l'ONU, résolution adoptée par l'Assemblée générale à sa 55^e session le 8 septembre 2000, A/RES/55/2. Un aperçu des Objectifs de développement pour le Millénaire est disponible à l'adresse : www.un.org
- ⁵ Quatre-vingt quinze pour cent des personnes infectées par le VIH vivent dans les pays en développement. *Action for Expanding Access to HIV/AIDS Treatment*, International HIV Treatment Access Coalition, décembre 2002. Sur le plan mondial, moins d'une personne sur cinq présentant un risque de contracter l'infection bénéficie de l'accès aux services de prévention de base. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*, Global Working Group, mai 2003, p. 2. www.kff.org
- ⁶ Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), 25-27 juin 2001. <http://www.un.org>
- ⁷ *Rapport du Secrétaire général sur les progrès faits dans l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, août 2002, A/57/227.
- ⁸ *Stories from the Front Lines : Experiences and Lessons Learned in the First Two Years of Advocacy around the Declaration of Commitment*, Conseil international des organisations d'action contre le sida (ICASO), septembre 2003
- ⁹ Steinbrook, R., « After Bangkok Expanding the Global Response to AIDS », *New England Journal of Medicine*, 351 ; 8, p. 738. www.nejm.org
- ¹⁰ *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, p. 132.
- ¹¹ *Ibid.*, p. 101.
- ¹² *Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005: comment y parvenir*, OMS décembre 2003. www.who.int
- ¹³ Tel est l'objectif du cadre d'action appelé « les trois principes », qui prévoit que les ripostes nationales se déroulent selon principes suivants : un cadre d'action unique agréé pour la riposte au VIH, une instance nationale unique à représentation large et multisectorielle, et un système unique agréé de suivi et d'évaluation.

Principes Directeurs

2.1 Introduction

Ce chapitre présente les principes directeurs concernant les droits de l'homme, la santé publique et le développement qui constituent le cadre global du Code. Ces principes seront ensuite appliqués spécifiquement tant la manière dont nous travaillons (chapitre 3 Principes organisationnels) qu'à ce que nous faisons (chapitre 4 Principes sous-tendant les programmes). Les principes directeurs et les principes organisationnels concernent toutes les ONG signataires du Code. Les principes sous-tendant les programmes sont plus spécifiques et peuvent s'appliquer aux ONG selon la nature de leurs activités.

2.2 Valeurs Fondamentales

Les motivations et l'engagement qui sous-tendent la riposte au VIH sont fondés sur des valeurs fondamentales qui guident à la fois notre action et les moyens que nous utilisons.

Au centre de notre action se trouve notre engagement envers les principes suivants :

- accorder de la valeur à la vie humaine ;
- respecter la dignité de tous ;
- respecter la diversité et promouvoir l'égalité de tous sans distinction d'aucune sorte, qu'elle se fonde sur le sexe, la race, la couleur, l'âge, la langue, la religion, les opinions politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, les biens, la naissance, l'incapacité physique ou mentale, l'état de santé (y compris l'infection à VIH), l'orientation sexuelle, l'état civil ou le statut politique, social ou autre ;
- prévenir et éliminer la souffrance humaine ;
- adhérer aux valeurs communautaires qui encouragent le respect d'autrui et la volonté de travailler ensemble à la recherche de solutions, dans un esprit de compassion et de soutien mutuel, et
- s'attaquer aux injustices sociales et économiques et favoriser la justice sociale.

Ces valeurs sont communes à notre action en tant qu'ONG intervenant dans la riposte au VIH, que notre domaine soit spécifiquement le VIH et le sida, la santé de manière plus générale, le développement, les droits de la personne ou l'aide humanitaire¹. Nombre de ces valeurs s'expriment également dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme².

2.3 Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées



Nous plaidons en faveur d'une participation significative des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à tous les aspects de la riposte au VIH.

Le principe d'une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le sida (GIPA) constituait la pierre angulaire de la Déclaration finale du Sommet de Paris sur le sida de 1994³. Le concept « GIPA » exprime précisément le droit à une participation active, volontaire et significative⁴. En mettant l'accent sur ce concept et sur le droit à la participation, nous reconnaissons qu'une participation significative des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées joue un rôle important en permettant aux individus et aux communautés de faire fond sur leur expérience vécue pour riposter au VIH. Ceci, à son tour, contribue à réduire la stigmatisation et la discrimination ainsi qu'à accroître l'efficacité et la pertinence de la riposte au VIH et de nos propres programmes⁵ (voir la section 3.2, Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées).

Il est important d'avoir conscience qu'un grand nombre de personnes infectées ou affectées par le VIH/sida participent activement à la riposte contre la pandémie pas seulement dans des ONG, mais aussi en tant que décideurs politiques, militants, agents de santé, éducateurs, scientifiques, dirigeants communautaires et fonctionnaires, entre autres. Il n'en reste pas moins qu'il y a encore beaucoup de chemin à parcourir pour que le concept GIPA se concrétise vraiment à travers le monde. Un rôle important nous incombe : plaider auprès des gouvernements, des donateurs et des institutions des secteurs privé et public pour une réelle participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, tout en mettant en œuvre le concept GIPA au sein de nos propres organisations.

Pyramide de participation des personnes vivant avec le VIH

*Cette pyramide illustre les niveaux croissants de participation recommandés par le concept « GIPA »,
Le niveau le plus élevé représentant l'application intégrale du principe GIPA.
Ce dernier devrait idéalement être appliqué à tous les niveaux de l'organisation.*

Décideurs : les personnes vivant avec le VIH font partie des organes de prise de décisions ou d'élaboration des politiques, et leurs contributions ont la même valeur que celles de tous les autres membres de ces organes.

Experts : les personnes vivant avec le VIH sont reconnues comme d'importantes sources d'informations, de connaissances et de compétences et participent, au même niveau que les professionnels, à la conception, à l'adaptation et à l'évaluation des actions.

Agents de mise en œuvre : les personnes vivant avec le VIH assument des rôles réels et utiles dans les actions, par exemple en tant que dispensateurs de soins, pairs éducateurs ou travailleurs de proximité. Cependant, elles ne conçoivent pas les interventions et ont peu d'influence sur leur gestion.

Porte-parole : les personnes vivant avec le VIH servent de porte-parole dans les campagnes visant à changer les comportements et assistent aux conférences ou réunions afin de faire connaître leurs points de vue, mais ne participent pas autrement. (Ceci est souvent perçu comme une participation symbolique, les organisateurs étant conscients de la nécessité d'être perçus comme impliquant les personnes vivant avec le VIH, mais ne leur donnant aucune responsabilité ni pouvoir réel).

Contributeurs : des personnes vivant avec le VIH sont associées aux activités de façon marginale seulement, et généralement quand elles sont déjà connues. Par exemple, faire figurer sur un poster une pop star séropositive ou inviter des membres de la famille d'une personne décédée récemment du sida à parler de cette personne lors de manifestations publiques.

Publics cibles : les activités ciblent les personnes vivant avec le VIH ou s'adressent à elles collectivement plutôt qu'en tant qu'individus.
Or, les personnes vivant avec le VIH devraient être reconnues comme étant davantage que

- des images anonymes sur des prospectus et posters ou dans les campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC),
- des personnes qui ne font que recevoir des services, ou
- des « patients ». Elles peuvent formuler des opinions importantes qui à leur tour peuvent influencer ou éclairer les sources de l'information.

Le niveau de participation



2.4 Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme

La pandémie de sida détruit la vie et les moyens d'existence de millions de personnes dans le monde. La situation est particulièrement désastreuse dans les régions et les pays où la pauvreté sévit à grande échelle, où les inégalités fondées sur le sexe sont omniprésentes et où les services de santé sont déficients⁶.

Ces dernières années, la dévastation causée par le sida dans de nombreux pays en développement a mis brutalement en évidence la nécessité de renforcer le lien entre la poursuite des objectifs de développement et la lutte contre la vulnérabilité au VIH et à ses conséquences. Les approches axées spécifiquement sur le VIH, par exemple les programmes de prévention du VIH, ne s'attaquent pas aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité. S'attaquer aux injustices qui jouent un rôle important dans la propagation de l'épidémie doit faire partie intégrante de toute riposte efficace.

La pauvreté non seulement entraîne une vulnérabilité à l'infection à VIH, mais aggrave les conséquences de l'infection pour les individus, les foyers et les communautés⁷. L'inégalité entre les sexes affecte souvent la capacité des femmes et des filles à négocier une sexualité moins risquée et les expose à un plus grand impact de l'épidémie. Un grand nombre des obstacles à une riposte efficace au VIH sont liés au non-respect des droits de la personne : droits à l'égalité, à l'information, au respect de la vie privée, à la santé, à l'éducation et à un niveau de vie acceptable. Ne pas protéger les droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées a des effets dévastateurs et sape les efforts de prévention et l'accès au traitement, aux soins et au soutien. La discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées affecte souvent l'accès à l'emploi, au logement, aux services de santé et autres services, ce qui renforce les conséquences néfastes de l'épidémie sur l'individu comme sur la société.

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida reconnaît que la réalisation des droits de l'homme est un élément indispensable de l'action visant à réduire la vulnérabilité au VIH, et fixe des objectifs assortis de délais pour la réalisation de ces droits⁸. L'expérience a montré que les stratégies de santé publique et la protection des droits de l'homme se renforcent mutuellement⁹. Une approche fondée sur les droits de l'homme offre un cadre commun dans lequel les obligations inhérentes à ces droits peuvent se traduire en programmes concrets, au niveau international et national, renforçant ainsi l'efficacité tant des programmes spécifiques de riposte au VIH que des programmes plus généraux des domaines de la santé, du développement et de l'action humanitaire¹⁰.

Les droits de l'homme protègent les individus et les groupes contre des actes qui portent atteinte aux libertés fondamentales et à la dignité humaine¹¹. L'obligation de protéger et promouvoir ces droits s'impose par sa valeur intrinsèque évidente, mais on reconnaît en outre de plus en plus que la sauvegarde des droits de la personne se justifie impérativement aussi pour des raisons de santé publique¹².

Les droits de l'homme englobent les droits civils, politiques, culturels, économiques et sociaux. Bien entendu, ces droits sont indissociables et interdépendants. Ainsi, par exemple, le droit à la santé ne peut être abordé indépendamment des droits à l'éducation, au logement et à l'emploi.

Tous les États du monde sont parties à au moins un instrument des droits de l'homme traitant de droits liés à la santé, notamment le droit à la santé lui-même et un certain nombre de droits relatifs aux conditions nécessaires à la jouissance d'une bonne santé¹³. Les instruments internationaux des droits de l'homme imposent aux États qui les ratifient l'obligation de respecter et protéger les droits qu'ils énoncent et d'en assurer le plein exercice. Si le principe de réalisation progressive du plein exercice des droits de l'homme tient compte de la capacité limitée qu'ont les pays en développement, faute de ressources, de faire le nécessaire pour que ces droits puisse être pleinement exercés, il exige aussi des gouvernements qu'ils prennent des mesures concrètes visant spécifiquement à atteindre cet objectif¹⁴.

Les ONG peuvent tirer parti de ces obligations en matière de droits de l'homme pour plaider en faveur de la prise de mesures concrètes de la part des gouvernements. Les *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*¹⁵ fournissent des conseils précis et détaillés sur la manière de promouvoir et de protéger ces droits dans le contexte des défis particuliers que posent le VIH et le sida.

Nous devons appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme

- dans la façon dont nous travaillons ;
- dans la conception, l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de riposte au VIH, et
- dans notre plaidoyer en faveur d'un environnement apte à protéger et à promouvoir notamment par la réforme des législations et des politiques publiques les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et propice à la mise en œuvre de programmes efficaces (un « environnement habilitant » : voir la section 3.8, Plaidoyer).

Les principes relatifs aux droits de l'homme et à la santé publique présentés ci-dessous font partie intégrante des principes de bonnes pratiques énoncés dans les chapitres 3 et 4. Seuls les principes relatifs aux droits de l'homme particulièrement pertinents dans la riposte au VIH sont cités.

Droits de l'homme



Nous protégeons et nous nous attachons à promouvoir les droits de l'homme dans toutes nos activités.

Le droit à la santé

Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966 (PIDESC) dispose que les États parties au Pacte devront prendre des mesures afin d'assurer le plein exercice de ce droit, notamment en matière de prophylaxie et de traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies¹⁶.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui surveille l'application du PIDESC, a interprété le « droit à la santé » comme devant non seulement inclure l'accès à des soins de santé appropriés en temps voulu, mais s'étendre aussi aux facteurs fondamentaux déterminant la santé, tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment à la santé sexuelle et reproductive¹⁷. En 2003 et 2004, la Commission des droits de l'homme a voté des résolutions reconnaissant que l'accès au traitement du VIH est fondamental pour la réalisation progressive du droit à la santé et a appelé les gouvernements et les organismes internationaux à prendre des mesures spécifiques pour que cet accès devienne une réalité¹⁸.

Le droit à l'égalité et à la non-discrimination

La pierre angulaire de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 est que « [t]ous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. » Cette affirmation de l'égalité de tous les êtres humains est étroitement liée au droit de tous les individus à une égale protection de la loi et à une égale protection contre toute discrimination¹⁹. Ainsi, le PIDESC interdit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection à VIH), l'orientation sexuelle, l'état civil ou la situation politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé²⁰.

Outre ce qui figure ci-dessus, il existe toute une gamme d'autres principes relatifs aux droits de l'homme qui sont applicables à la riposte au VIH.

Le droit à une vie privée

Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée²¹.

Le droit à l'information

Toute personne a droit à la liberté d'expression ; ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce²².

Le droit de participer

Toute personne a le droit de prendre une part active, volontaire et significative aux affaires publiques²³.

Le droit de bénéficier des progrès scientifiques

Toute personne a le droit de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications²⁴.

Le droit à la protection contre la torture

Nul ne sera soumis à la torture, à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne à une expérience médicale ou scientifique sans son libre consentement²⁵.

La liberté d'association

Toute personne a le droit de s'associer librement avec d'autres, y compris le droit de constituer des syndicats et d'y adhérer²⁶.

Le droit au travail

Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage²⁷.

Le droit à l'éducation

Toute personne a droit à l'éducation visant au plein épanouissement de la personnalité humaine et du sens de sa dignité dans une société libre favorisant la compréhension, la tolérance et l'amitié entre toutes les nations et tous les groupes raciaux, ethniques ou religieux²⁸.

Le droit à un niveau de vie suffisant

Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'aux soins médicaux et aux services sociaux qui lui sont nécessaires²⁹.

Le droit au développement

Toute personne a le droit de participer et de contribuer à un développement économique, social, culturel et politique dans lequel tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales puissent être pleinement réalisés³⁰.

Santé publique

Nous appliquons les principes de la santé publique dans toutes nos activités.

Définition de la santé au sens large

L'objectif de la santé publique est de promouvoir la santé des communautés. Une définition large du terme « santé » est donc nécessaire pour prendre en considération les déterminants sociaux de la santé, qui influent dans une mesure très importante sur la réalisation de cet objectif. L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, lequel ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité³¹.

S'attaquer à la vulnérabilité des populations

Pour être en mesure de promouvoir la santé des communautés au niveau d'une population, il importe avant tout de comprendre tous les facteurs qui exposent des groupes particuliers au risque de transmission du VIH ou exacerbent l'impact du VIH et du sida sur ces groupes, notamment les facteurs sociaux qui sous-tendent cette vulnérabilité. Pour riposter efficacement à l'épidémie, il est essentiel de comprendre les causes de la vulnérabilité et de mettre en place des services et des programmes répondant aux besoins des diverses communautés.

Approches éclairées par des données probantes

Pour procéder à une évaluation exhaustive et participative des besoins des populations afin de discerner et de comprendre leur vulnérabilité et de s'y attaquer, il faut une approche éclairée par des données probantes. La surveillance, le suivi et l'évaluation des risques, à savoir la collecte de données relatives à l'état de santé, l'analyse épidémiologique et la recherche sur la santé des populations, fournissent une base d'éléments probants indispensable pour élaborer et mettre en œuvre des programmes (voir aussi les sections 2.5, Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations ; 3.6, Planification, suivi et évaluation des programmes ; et 3.9, Recherche).

Prévention

La riposte au VIH axée sur la santé publique comprend trois niveaux d'activités préventives :

- mesures de prévention primaire visant à empêcher la transmission du VIH ;
- mesures de prévention secondaire visant à détecter l'infection à un stade précoce et à traiter avec succès les personnes vivant avec le VIH ;
- mesures de prévention tertiaire visant à limiter les autres effets adverses du VIH et à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le virus.

Ce modèle « santé publique » de prévention primaire, secondaire et tertiaire ne correspond peut-être pas au langage qu'utilisent toutes les ONG, mais l'approche, elle, correspond à ce que nous faisons : nous nous employons à prévenir la transmission du VIH et à dispenser traitement, soins et soutien, nous nous attaquons aux causes sous-jacentes de l'épidémie du VIH et à ses conséquences.

Organisation communautaire

Les communautés représentent une part essentielle de la riposte au VIH. Elles doivent être mobilisées, informées et dotées des moyens nécessaires pour exercer un contrôle accru sur leur

santé et l'améliorer. Cela signifie qu'elles doivent participer à la fixation des priorités, à la prise des décisions, et à la planification et la mise en œuvre des stratégies visant à améliorer le niveau de santé. Éléments indispensables de ce processus : conférer aux communautés des moyens, de sorte qu'elles aient la responsabilité et le contrôle de leurs propres actions³².

Politiques publiques

Les politiques de santé publique doivent agir sur les conditions sociales qui affectent la santé en encourageant l'utilisation d'une base de connaissances scientifiques et une bonne compréhension des facteurs déterminants de la santé lors de la conception des politiques publiques, des législations et des systèmes de santé, afin de mettre en place un environnement propice à des ripostes efficaces au VIH.

Développement



Nous nous attaquons aux causes de la vulnérabilité à l'infection à VIH et nous agissons sur les conséquences de l'infection.

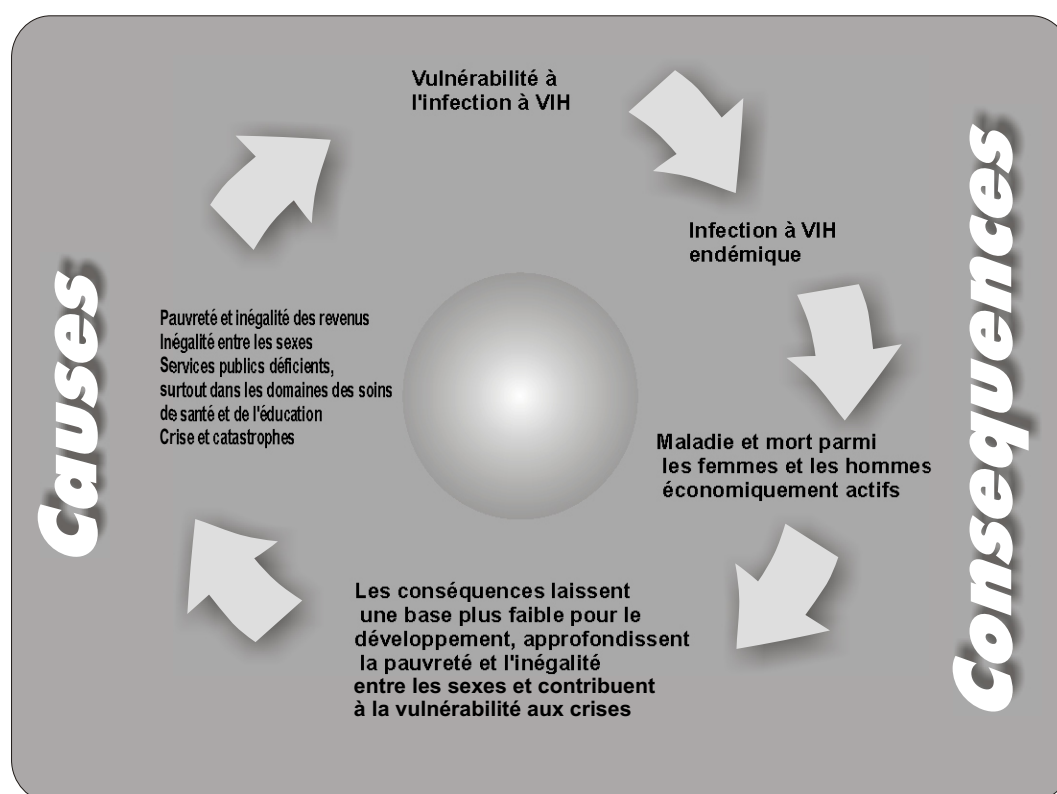
L'épidémie du sida a des conséquences dévastatrices et de très grande portée pour les individus, les familles, les communautés et les sociétés. Les épidémies ne sont pas un phénomène nouveau, mais ce qui distingue celle-ci, c'est son impact négatif sans précédent sur le développement social et économique des nations les plus touchées. Dans les pays où la prévalence est élevée, du personnel qualifié travaillant dans les services publics, sociaux, pédagogiques et les services de soins de santé tombe malade et meurt, ce qui sape la capacité des services à répondre à une demande qui ne cesse d'augmenter en raison du sida. La pandémie fait des coupes sombres dans la main-d'œuvre et réduit la productivité agricole, aggravant lourdement la pauvreté et la vulnérabilité à l'infection à VIH dans le monde. Dans les pays en développement, des millions d'enfants ne reçoivent pas les soins et le soutien dont ils ont besoin, ce qui oblige de plus en plus les familles et les communautés à s'occuper des orphelins et autres enfants devenus vulnérables à cause du sida. À mesure que les parents et les dispensateurs de soins tombent malades ou décèdent, ce sont les enfants qui doivent assumer la charge de gagner un revenu, produire la nourriture et prendre soin des membres de leur famille qui sont malades³³. Les femmes et les filles portent une part importante du fardeau des soins aux personnes malades du sida, tant dans les structures de soins de santé que, de façon informelle, dans leur communauté. Cela signifie souvent pour les filles qu'elles doivent quitter l'école, pour les femmes qu'elles voient diminuer leurs chances d'indépendance économique, et pour les femmes vivant avec le VIH qu'elles doivent se débattre pour assumer leurs propres besoins en matière de soins, ainsi que ceux de leur famille. Tout cela ne fait que renforcer les inégalités entre les sexes³⁴.

Toute approche de la riposte au VIH fondée sur les droits de l'homme comprend le droit au développement, selon lequel toutes les personnes ont le droit de participer et de contribuer au développement économique, social, culturel et politique et d'en bénéficier. Cette approche appuie également les efforts visant à s'attaquer aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité au VIH et aux conséquences de l'infection. La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida contient des engagements explicites d'investir dans le développement durable en vue d'atténuer les impacts sociaux et économiques de l'épidémie, et demande l'établissement de stratégies plurisectorielles, notamment pour :

- élaborer des stratégies nationales d'éradication de la pauvreté et accélérer leur mise en

œuvre afin de réduire l'impact de l'épidémie sur les revenus des ménages, leurs moyens de subsistance et leur accès aux services sociaux de base, une attention particulière devant être accordée aux personnes, aux familles et aux communautés gravement touchées ;

- examiner les conséquences sociales et économiques de l'épidémie à tous les niveaux de la société, surtout pour les femmes et les personnes âgées, notamment dans leur rôle en tant que dispensateurs de soins, et dans les familles affectées par le sida, et répondre à leurs besoins particuliers;
- remanier et adapter les politiques de développement économique et social, notamment les politiques de protection sociale, afin de remédier aux effets de l'épidémie sur la croissance économique, la prestation de services économiques essentiels, la productivité du travail, les recettes publiques, et les ponctions opérées sur les ressources publiques, créatrices de déficit³⁵ (voir aussi la section 4.3, Intégrer le VIH).



Extrait de *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes* Sue Holden, Oxfam Publishing, 2004.

2.5 Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations



Nos programmes sont éclairés par des données probantes afin de répondre aux besoins des groupes humains les plus vulnérables à l'infection à VIH et à ses conséquences.

Étant donné les différences importantes qui existent entre les différentes épidémies de VIH à travers le monde, les priorités des populations varieront selon la nature de l'épidémie, que l'on soit en présence d'une prévalence élevée, moyenne ou faible, et que l'épidémie soit largement répandue ou concentrée dans des populations spécifiques, tels que les consommateurs de drogues injectables ou les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Un des objectifs essentiels de ce Code est de définir les principes, les pratiques et l'ensemble de données probantes qui sous-tendent les activités des ONG ayant donné de bons résultats dans la riposte au VIH, et qui peuvent être appliqués à l'échelle mondiale. Le Code ne présentera pas de programmes détaillés correspondant aux formes très diverses de l'épidémie à travers le monde. Toutefois, la présente section se propose de mettre en évidence quelques-uns des principaux groupes de population que nous devons prendre en considération dans notre action, selon le contexte.

Il faut donner la priorité et consacrer des ressources aux mesures visant à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables à l'infection à VIH et à ses conséquences. Si les personnes vivant avec le VIH, leur famille et ceux qui leur fournissent des soins constituent une priorité permanente, les populations les plus vulnérables à l'infection à VIH et à ses conséquences pourront être différentes d'un pays à l'autre, selon la nature de l'épidémie. Ceci exige de notre part que nous mettions en place des ripostes tenant compte des particularités des différents contextes. Il nous faut comprendre l'épidémiologie, les schémas sociaux relatifs à l'activité sexuelle et aux pratiques d'injection des drogues, ainsi que la nature des conséquences de l'infection à VIH dans un contexte donné.

Il convient par ailleurs d'être attentif aux dimensions sexospécifiques de l'infection à VIH. Ce n'est pas seulement que l'inégalité entre les sexes est un moteur de l'infection l'infection la renforce³⁶. Les femmes et les filles sont de plus en plus vulnérables au VIH et portent la charge écrasante des soins relatifs au sida, tant au sein de leur famille et de leur communauté que dans les structures de soins³⁷. La « féminisation » de l'épidémie est plus marquée dans les régions où sexualité hétérosexuelle constitue le mode dominant de transmission. Cette féminisation est aussi importante dans de nombreux pays où les épidémies sont concentrées dans des populations telles que les consommateurs de drogues injectables, les populations mobiles et la population carcérale³⁸.

Bien entendu, les groupes de population dont nous traiterons dans cette section ne s'excluent pas les uns les autres. Nous devons comprendre et prendre en compte de multiples facteurs, tels que le sexe, l'âge, la sexualité, l'appartenance ethnique et la situation socioéconomique, qui définissent la vie que mènent les gens et influent sur leur vulnérabilité au VIH. La section 5.3,

Documentation importante, propose des instruments qui peuvent être utiles dans l'application des principes d'orientation des programmes lors d'activités menées auprès de populations spécifiques.

Personnes vivant avec le VIH

Les personnes qui vivent avec le VIH ressentent plus fortement et comprennent plus profondément son impact. La participation significative des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées joue un rôle important dans la riposte au VIH en permettant à ces personnes de tirer parti constructivement d'expériences vécues. Ce fait même contribue à son tour à réduire la stigmatisation et la discrimination et à ancrer les programmes dans la réalité, les rendant ainsi plus efficaces (voir la section 3.2).

Femmes et filles, hommes et garçons

Les programmes se doivent de prendre en compte tout en s'y attaquant le grand nombre d'inégalités fondées sur le sexe qui exposent les femmes et les filles au risque d'infection à VIH, qui entravent l'accès des femmes à l'information, aux services et aux programmes et qui enracinent dans les mentalités la position de subordination des femmes. Dans de nombreuses cultures, l'inégalité du pouvoir dans le domaine de la sexualité prive les femmes et les filles de la capacité d'exercer un contrôle sur leurs choix sexuels. Une des manifestations les plus graves de cette inégalité est la violence dirigée contre elles en tant que femmes, qui les expose à l'infection à VIH et dont la crainte peut les empêcher de se protéger contre l'infection. La législation restreint souvent les droits de propriété et successoraux des femmes, ce qui renforce leur dépendance économique à l'égard des hommes et limite leur capacité à refuser des rapports sexuels ou à négocier l'utilisation de préservatifs. Si l'on veut mettre sur pied une approche sexospécifique de la riposte au VIH, il faut plaider en faveur de la création d'un environnement législatif et politique qui s'attache à promouvoir les droits des femmes et des filles, afin de modifier les dynamiques qui sous-tendent la position de subordination des femmes dans la société et dans les relations sexuelles (voir les principes de bonnes pratiques en matière de plaidoyer pour un environnement habilitant, dans les sections 4.2, Programmes de riposte au VIH, page 62, et 4.3, Intégrer le VIH, page 74).

Pour réduire la propagation et atténuer l'impact du VIH, il est indispensable de réduire les inégalités entre les hommes et les femmes. Pour cela, il faut nécessairement obtenir la participation des hommes et des garçons tout autant que celle des femmes et des filles. Étant donné le pouvoir dont les hommes jouissent souvent dans la société, dans les communautés, au sein des familles et dans les relations sexuelles, on reconnaît de plus en plus la nécessité de programmes conçus spécialement pour les hommes et les garçons et remettant en cause les rôles et normes sexospécifiques, afin de leur permettre de changer leurs attitudes et comportements influant sur la vulnérabilité des femmes et des filles. Il faut également s'occuper des diverses manières dont ces rôles et ces normes peuvent freiner l'accès des hommes à des programmes de santé, notamment de santé sexuelle, de prévention du VIH ainsi que de traitement, de soins et de soutien³⁹.

Les enfants et les jeunes

Les jeunes représentent toujours un pourcentage important des nouvelles infections chaque année, et 38% des personnes vivant avec le VIH dans le monde ont aujourd'hui moins de 25 ans⁴⁰. Nous devons donc tenir compte des besoins de la population de plus en plus nombreuse de jeunes vivant avec le VIH, et y répondre. Certains groupes, parmi cette population, ont une vulnérabilité particulière à l'infection, notamment les jeunes femmes, les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes consommateurs de drogues injectables et les enfants exploités sexuellement⁴¹. Très souvent, les jeunes ne savent pas comment se protéger du VIH car d'importantes barrières sociales et culturelles ne leur permettent pas d'accéder à une éducation appropriée sur la santé sexuelle et le VIH⁴².

On constate également un cycle évident de vulnérabilité touchant les orphelins et les enfants affectés par le VIH et le sida. Selon les estimations, 14 millions d'enfants dans le monde auraient perdu un de leurs parents ou les deux à cause du sida⁴³. Une riposte intégrée, comprenant des soins communautaires, s'impose si l'on veut apporter une réponse à leurs besoins, et par là même également réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH⁴⁴.

Les personnes âgées

Les personnes âgées sont à la fois infectées et affectées par le VIH, et leurs besoins spécifiques sont trop souvent ignorés. Les données sur les taux d'infection chez les personnes de plus de 50 ans sont insuffisantes, mais celles dont on dispose indiquent que l'infection est en augmentation dans ce groupe de la population. Avec l'accès croissant aux antirétroviraux, un nombre plus élevé de personnes vivront longtemps avec le VIH, et il est vraisemblable que leurs besoins changeront à mesure qu'elles vieilliront. Dans les pays à prévalence élevée, les personnes âgées sont souvent les premiers dispensateurs de soins pour leurs enfants adultes malades du sida et/ou les enfants devenus orphelins ou vulnérables parce que leurs parents sont en mauvaise santé ou décèdent prématurément. La stigmatisation en raison de l'âge, du sexe, et de l'infection à VIH joue un rôle dans le fait que l'élaboration des programmes omet de s'intéresser aux hommes et aux femmes âgés⁴⁵.

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), y compris les homosexuels

Les relations sexuelles entre hommes ont constitué le mode prédominant de transmission dans certains pays. Mais elles figurent également parmi les causes de toutes les épidémies de VIH dans quelque pays que ce soit, bien que ce fait soit souvent occulté dans les statistiques et officiellement nié⁴⁶. Au cours des dernières décennies, la décriminalisation de la sexualité entre hommes a fait des progrès importants dans de nombreux pays. Il n'en demeure pas moins que les lois qui criminalisent ou stigmatisent sous d'autres formes les relations sexuelles entre hommes sont contraires au droit des droits de l'homme et continuent à favoriser la propagation du VIH en maintenant les hommes concernés à l'écart des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien⁴⁷. Les programmes doivent être adaptés aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, leur donner les moyens de se protéger de l'infection à VIH, et agir contre la discrimination. Les efforts de plaidoyer doivent être axés sur la réforme de la législation et la nécessité de s'attaquer à la stigmatisation sociale, qui augmente la vulnérabilité de ce groupe de population.

D'une façon générale, dans le présent Code, l'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » s'applique également aux homosexuels. Toutefois, il est important de relever que les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mais ne s'identifiant pas aux homosexuels ont des expériences et des besoins différents et qu'il faut donc des réponses adaptées à leurs besoins et à ce qu'ils vivent.

Les professionnel(le)s du sexe et leurs clients

La stigmatisation qui frappe le commerce du sexe dans de nombreux pays du monde fait obstacle dans une mesure importante aux efforts de prise en charge de la santé sexuelle et de prévention du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Si le commerce du sexe est décriminalisé dans certains pays, il demeure illégal dans beaucoup d'autres. Même si les professionnel(le)s du sexe connaissent bien les pratiques sexuelles sans risque, il leur est difficile de les appliquer en raison des dynamiques de pouvoir existantes, renforcées par les inégalités fondées sur le sexe et les inégalités sociales et juridiques. Les programmes, les services et les efforts de plaidoyer doivent en tenir compte et s'adapter aux réalités vécues par les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Il est essentiel de mettre sur pied des stratégies visant à créer un environnement favorable à l'accès au traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). Apporter un

soutien au professionnel(le)s du sexe, notamment par des actions collectives, leur donne les moyens de négocier leurs transactions, et leur permet d'agir sur les contextes sanitaires et sociaux qui accroissent leur vulnérabilité à l'infection à VIH.

Les consommateurs de drogues injectables

La transmission du VIH lors de l'injection de drogues représente environ 10% des infections à travers le monde et constitue un facteur dominant de l'augmentation des taux d'infection dans de nombreux pays⁴⁸.

La consommation de drogues injectables est un facteur important dans les épidémies sévissant en Asie, en Amérique du Nord et en Europe occidentale, dans certaines régions d'Amérique latine, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Dans quelques pays d'Europe orientale, en particulier dans les pays de l'ex-Union soviétique, la consommation de drogues injectables est le moteur d'une épidémie chez les jeunes⁴⁹.

L'illégalité et la stigmatisation attachées à la consommation de drogues injectables entraînent inmanquablement une discrimination à l'encontre des consommateurs de ces drogues et érigent des barrières qui les empêchent d'accéder aux services⁵⁰. Du fait que leurs droits humains ne sont pas protégés, ces personnes ont peur de faire appel à des services de santé et de soutien, ce qui a des conséquences négatives sur leur santé et sape les efforts de prévention du VIH⁵¹. Pour contrer avec efficacité les méfaits associés à la consommation de drogues injectables, un éventail complet de services et de programmes est nécessaire – notamment des programmes d'éducation qui permettent de diminuer le risque d'infection à VIH parmi ceux qui s'injectent de la drogue (et qui s'adressent aussi à ceux qui tentent de les en dissuader), l'accès à des aiguilles et à des seringues non contaminées, des programmes de traitement de la toxicomanie, et des services de soins de santé appropriés. Il est essentiel de déployer des efforts concertés pour assurer un soutien à l'ensemble des services et des programmes complémentaires touchant et faisant participer les consommateurs de drogues injectables, ainsi que la mise en place de tels services et programmes.

Les transsexuels

Les transsexuels doivent faire face à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui aggrave leur risque de contracter le VIH. Il n'existe que peu de programmes de riposte au VIH qui soient à leur écoute. En raison de leur marginalisation sociale, ils peuvent se voir refuser soins de santé, éducation, et possibilités d'emploi et de logement. Leur accès au traitement, aux soins et au soutien est souvent limité par leur crainte que leur statut de transsexuels puisse être révélé, l'absence de connaissances concernant leurs besoins spécifiques en matière de soins, et la discrimination⁵².

Les détenus

Les établissements pénitentiaires, tels que les prisons pour adultes et les centres de détention pour mineurs, sont en général caractérisés par une concentration de personnes vivant avec le VIH. La consommation de drogues injectables, le tatouage, et les rapports sexuels volontaires ou forcés y sont courants, ceci dans un environnement où il n'y a qu'un accès limité, voire inexistant, à des moyens d'empêcher la propagation du VIH ou à des programmes éducatifs de prévention⁵³. Cet état de fait a des conséquences importantes non seulement pour les détenus eux-mêmes, mais également pour les familles et les communautés au sein desquelles ils retourneront, souvent après une incarcération relativement brève. Les tentatives qui ont été faites pour réduire la consommation de drogues au moyen de tests obligatoires ont souvent eu des effets plus néfastes que bénéfiques⁵⁴. Les programmes doivent s'attaquer aux risques spécifiques d'infection à VIH liés au milieu carcéral et répondre aux besoins sanitaires parfois complexes des détenus, notamment de ceux qui vivent avec le VIH⁵⁵.

Les populations mobiles : personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, réfugiés, travailleurs migrants et mobiles

La propagation du VIH dans les communautés ainsi qu'à travers les pays et les continents témoigne des relations qui existent entre les mouvements de populations et la croissance de l'épidémie. On reconnaît de plus en plus que la mobilité des personnes, qu'elles soient déplacées en raison d'un conflit ou de catastrophes naturelles, ou parce qu'elles cherchent du travail, peut entraîner des formes particulières de vulnérabilité au VIH et à ses conséquences⁵⁶. Les gens se déplacent volontairement ou non, et de façon temporaire, saisonnière ou permanente.

La mobilité rend plus vulnérables au VIH à la fois ceux qui se déplacent et les partenaires qu'ils ont laissés derrière eux. Les travailleurs migrants et mobiles⁵⁷ sont souvent plus vulnérables à l'infection à VIH en raison de l'isolement résultant de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que des différences de langue et de culture ; parce qu'ils sont séparés de leur partenaire sexuel(le) habituel(le) ; en raison du manque de soutien et d'amitié et du manque d'accès à des services sanitaires et sociaux⁵⁸. Dans les cas où ces conditions s'accompagnent de l'absence de protection juridique, la vulnérabilité à l'infection à VIH est encore plus importante. Pour être efficaces, les ripostes à la vulnérabilité des populations mobiles doivent s'étendre au-delà les frontières et dans des régions entières et obtenir la participation de partenaires dans les pays d'origine, de transit et de destination ; elles doivent aussi comprendre des programmes de sensibilisation appropriés du point de vue culturel et linguistique, ainsi que des efforts de plaidoyer visant à protéger et promouvoir les droits humains des travailleurs migrants et mobiles et, le cas échéant, à améliorer leur statut juridique⁵⁹.

À la fin de 2001, plus de 70 pays connaissaient des situations d'urgence sous une forme ou une autre, ce qui se traduisait par le fait qu'à l'échelle mondiale, plus 50 millions de personnes étaient affectées par l'épidémie⁶⁰. Les circonstances typiques des situations d'urgence telles que les conflits armés et les catastrophes naturelles, à savoir l'instabilité sociale, la pauvreté, les déplacements de population et la violence liée au sexe sont également celles qui favorisent la propagation de l'infection à VIH. On reconnaît aujourd'hui de plus en plus que les programmes humanitaires doivent à la fois comprendre des mesures spécifiques de riposte au VIH, telles que la mise à disposition de préservatifs, et adapter leurs actions de façon à mieux s'attaquer aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité au VIH et agir sur ses conséquences dans les situations d'urgence⁶¹. (Voir la section 3.4, Intégrer le VIH).

NOTES

- ¹ Voir par exemple la définition des valeurs humanitaires de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur www.ifrc.org.
- ² Déclaration universelle des droits de l'homme (1948). www.unhchr.ch
- ³ La Déclaration du Sommet de Paris sur le sida (1994) est reproduite dans *De la théorie à la pratique : Une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/sida Le concept « GIPA »*. Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA. Septembre 1999. www.unaids.org
- ⁴ Voir la section 2.4 sur le droit à la participation.
- ⁵ Levene, J., *Community Mobilisation and Participatory Approaches: Reviewing Impact and Good Practice for HIV/AIDS Programming*, Alliance internationale contre le sida, novembre 2004.
- ⁶ Collins, J et Rau, B., *AIDS in the Context of Development*, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social (UNRISD), Programme des politiques sociales et du développement, Article n° 4, Genève, UNRISD et ONUSIDA, 2000, p. 6. www.unrisd.org
- ⁷ Holden, S., *AIDS on the Agenda: Adapting Development and Humanitarian Programmes to Meet the Challenges of HIV/AIDS*, ActionAid, Oxfam GB et Save the Children Royaume-Uni, 2003. Pour un examen détaillé de l'épidémie de VIH en tant que question de développement, voir p. 9-38. www.oxfam.org.uk
- ⁸ Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), 25-27 juin 2001.
- ⁹ *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), p. 123-127. www.unaids.org. Vous trouverez notamment des exemples dans la section 4.2 du Code sur le conseil et le test volontaires et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
- ¹⁰ Patterson, D., *Programming HIV/AIDS: A Human Rights Approach. A Tool for International Development and Community Based Organizations Responding to HIV/AIDS*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004. www.aidslaw.ca
- ¹¹ *25 questions-réponses sur la santé et les droits humains*, Organisation mondiale de la Santé (OMS), Série de publications sur la santé et les droits humains, numéro 1, 2003, p. 7. www.who.int
- ¹² *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme (HCDH) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). www.ohchr.org
- ¹³ *25 questions-réponses sur la santé et les droits humains*, p. 12.
- ¹⁴ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), Article 2, par. 1 ; Observation générale 3 sur la nature des obligations des États parties, cinquième session 1990 (E/1991/23).
- ¹⁵ *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, HCDH et ONUSIDA, 1998. www.ohchr.org
- ¹⁶ PIDESC, article 12. Depuis novembre 2003, 148 pays ont ratifié le PIDESC.
- ¹⁷ En mai 2000, le Comité adoptait une observation générale sur le droit à la santé. Les observations générales ont pour objet de clarifier la nature et le contenu des divers droits ainsi que les obligations qui incombent aux gouvernements. www.unhcr.ch
Voir aussi : Protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (sida), Résolution de la Commission des droits de l'homme 2003/47 www.unhchr.ch et les rapports du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé : www.unhchr.ch

- ¹⁸ Voir les résolutions de la Commission des droits de l'homme de 2004 traitant de l'accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme (2004/26) et du droit à la santé (2004/27) que l'on trouvera toutes deux sur www.unhchr.ch. Voir aussi Accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme, Commission des Droits de l'Homme, résolution 2003/29, avril 2003. www.unhchr.ch
- ¹⁹ Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), articles 1 et 7 ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), 1966, article 26 ; PIDESC, article 2. Les droits sur l'égalité et la non-discrimination figurent également dans des conventions consacrées aux droits des femmes et des enfants. Voir la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDF), 1979 et la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), 1989, respectivement.
- ²⁰ Voir l'observation 14 du Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels consacrée au droit à la santé, note 30 (17 ci-dessus).
- ²¹ PIDCP, article 17 ; CEDF, article 16 ; CDE, article 40.
- ²² DUDH, article 19 ; PIDCP ; article 19.2, CEDF, articles 10, a4, a6 ; CDE, articles 13, 17, 24.
- ²³ PIDCP, article 25 ; PIDESC, article 15 ; CEDF, articles 7, 8, 13, 14 ; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CEDR), article 5 ; CDE, articles 3, 9, 12.
- ²⁴ PIDESC, article 15.
- ²⁵ PIDCP, article 7 ; CDE, article 37.
- ²⁶ PIDCP, article 22 ; CEDR, article 5 ; CDE, article 15.
- ²⁷ DUDH, article 23 ; PIDESC, articles 6.2 et 7a).
- ²⁸ PIDESC, article 13 ; CDE, articles 19, 24, 28, 33 ; CEDR, article 5 ; CEDF, articles 10, 16 ; CDE, articles 19, 24, 28, 33.
- ²⁹ DUDH, article 25 ; PIDESC, article 11.
- ³⁰ Déclaration sur le droit au développement (1986), www.unhchr.ch
- ³¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 au 22 juillet 1946.
- ³² Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. www.who.dk.
- ³³ *Les enfants au bord du gouffre 2004 Rapport commun sur les nouvelles estimations du nombre d'orphelins et cadre d'action*, ONUSIDA, UNICEF et USAID, juillet 2004, p. 8-13. www.unicef.org
- ³⁴ Tallis, V., *Gender and HIV: Overview Report*, Bridge Development and Gender, septembre 2002, p. 24.
- ³⁵ Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, (UNGASS), 2001, paragraphe 68.
- ³⁶ *Gender and HIV: Overview Report*, Bridge Development and Gender, septembre 2002, p. 1. www.ids.ac.uk
- ³⁷ Les statistiques de l'ONUSIDA indiquent qu'en 1997, 41% des personnes vivant avec le VIH étaient des femmes, mais en 2001, cette proportion était passée à 50%. *Gender and HIV: Overview Report*, p. 12 et 24.
- ³⁸ *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, p. 22.

- ³⁹ *Working with Men, Responding to HIV/AIDS: Gender, Sexuality, and HIV A Case Study Collection*, Alliance mondiale contre le VIH/sida, 2003. www.aidsalliance.org
- ⁴⁰ *The tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, Fondation Henry J.Kaiser, juillet 2002. www.kff.org/
- ⁴¹ Ainsi, dans certains pays gravement touchés, le nombre de nouvelles infections est cinq à six fois plus élevé chez les filles que chez les garçons. *The tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, p. 7.
- ⁴² Voir l'Observation générale n° 3 sur « Le VIH/sida et les droits de l'enfant », Comité des droits de l'enfant, mars 2003. www.unhchr.ch
- ⁴³ *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 138.
- ⁴⁴ Voir la section 4.3, Intégrer le VIH.
- ⁴⁵ *HIV/AIDS and Ageing: A Briefing Paper*, HelpAge International, mai 2003. Rechercher par titre : www.helpage.org
- ⁴⁶ Des données en provenance de pays aussi divers que l'Inde, le Mexique et la Thaïlande révèlent que les hommes ayant des rapports non protégés avec des hommes ne se protègent pas non plus dans leurs rapports avec des femmes. *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 95.
- ⁴⁷ Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme, 1998. and HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines Revised Guidelines 6 2002 www.ohchr.org
- ⁴⁸ Consommation de drogue et VIH/sida, ONUSIDA, mars 1999.
- ⁴⁹ *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 96.
- ⁵⁰ *HIV and AIDS-related stigmatization, discrimination and denial*, ONUSIDA, juin 2000. www.unaids.org
- ⁵¹ Voir, par exemple, Human Rights Watch, 2004 : *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation* (Leçons manquées : Abus contre les droits humains et VIH/sida dans la Fédération de Russie), www.hrw.org et *Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights*. www.hrw.org
- ⁵² *Transgender and HIV/AIDS*, www.surgeongeneral.gov; *National Indigenous Gay and Transgender Project Consultation Report and Sexual Health Strategy*, Australian Federation of AIDS Organisations, www.afao.org.au
- ⁵³ *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 100.
- ⁵⁴ Des recherches sur le dépistage obligatoire dans les prisons du Royaume-Uni ont montré que les détenus passaient de la consommation de marijuana, qui peut être détectée dans l'urine pendant plusieurs semaines, à l'injection d'héroïne qui ne peut plus être détectée dans l'urine après deux ou trois jours. *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 100.
- ⁵⁵ Davies, R., « Prison's Second Death Row », *The Lancet*, Vol. 364, juillet 2004 www.aidslaw.ca and information sheets on HIV/AIDS in prisons, Canadian HIV/AIDS Legal Network, www.aidslaw.ca.
- ⁵⁶ *Mobilité des populations et sida ONUSIDA Actualisation*, ONUSIDA, 2001. www.unaids.org
- ⁵⁷ Les travailleurs mobiles incluent notamment les conducteurs routiers, les commerçants, le personnel militaire et les marins.
- ⁵⁸ *Population Mobility and HIV/AIDS* (anglais), Organisation internationale pour les migrations, juillet 2004. www.iom.int

⁵⁹ Voir aussi « Le sida et les populations mobiles », in *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 118-123.

⁶⁰ *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, Comité permanent interorganisations (IASC), 2003. www.humanitarianinfo.org

⁶¹ *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC, et *Le Projet Sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*, 2^e édition, 2004. www.sphereproject.org

Principes Organisationnels

3.1 Introduction

Ce chapitre présente les principes de bonnes pratiques qui orientent notre travail. Ceux-ci démontrent plus précisément quel est notre engagement envers les principes d'orientation décrits au chapitre 2. Ils procurent également une base à partir de laquelle fonder des programmes efficaces, comme on pourra le voir au chapitre 4. Certains de ces principes de bonnes pratiques s'appliquent spécifiquement aux activités des ONG de soutien, tandis que d'autres peuvent s'appliquer à toute ONG signataire du Code ou souhaitant le devenir (Voir « À qui s'adresse le Code », dans la section 1.6)

3.2 Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées



Nous encourageons une participation active des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à nos activités.

Les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées doivent pouvoir jouer un grand nombre de rôles aux différents niveaux des ONG. Elles doivent pouvoir prendre des décisions au sein des organes de direction, gérer des activités, élaborer des programmes, fournir des services et participer à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des services ; elles doivent aussi agir en tant que décideurs, porte-parole et militants dans les domaines des politiques et du plaidoyer ; enfin elles doivent être associées aux réunions, aux conférences et aux autres forums en tant que planificateurs, qu'orateurs et que participants.

Pour mettre en œuvre une participation significative des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées au sein de nos propres organisations et dans le cadre de partenariats avec des organisations et des réseaux regroupant ces personnes et ces communautés, nous devons :

- créer un environnement organisationnel favorisant la non-discrimination et reconnaissant la valeur de la contribution des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées ;
- apprécier et encourager la participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, dans toute leur diversité (voir la section 2.5, Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations) ;

- assurer cette participation à différents titres et à différents niveaux de nos organisations ;
- définir les rôles et les responsabilités qui en découlent ; évaluer ce que tel ou tel rôle exige et la capacité de telle ou telle personne à remplir ce rôle, et fournir le soutien organisationnel nécessaire, notamment sur le plan financier ;
- nous assurer que nos politiques et nos pratiques organisationnelles permettent un accès en temps utile aux informations nécessaires pour faciliter la participation, la préparation et la contribution, avant que les décisions concernant les programmes et les politiques ne soient prises ;
- faire en sorte que les politiques et les pratiques en vigueur sur le lieu de travail tiennent compte de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées et les besoins qui en découlent, et créent un environnement favorable à leur participation (voir la section 3.5, Mission et gestion de l'organisation) ;
- nous assurer, lorsque nous recherchons des représentants des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, que les organisations et les réseaux auxquels ils appartiennent sont dotés de stratégies de responsabilité envers leurs membres, ainsi que de procédures garantissant que les opinions qu'ils expriment représentent bien celles des membres ;
- fournir des ressources et un soutien au renforcement des capacités au sein des organismes et des réseaux de personnes vivant avec le VIH et de communautés touchées ; et
- financer les organisations de personnes vivant avec le VIH et de communautés touchées et/ou plaider en faveur de leur financement, afin qu'elles soient en mesure de renforcer leurs capacités et celles d'autres organismes de leur propre réseau.

3.3 Partenariats Plurisectoriels



Nous créons et maintenons des partenariats qui favorisent des ripostes coordonnées et complètes au VIH.

Aucun secteur ne saurait à lui seul riposter efficacement au VIH. Les partenariats plurisectoriels à tous les niveaux, du niveau mondial à l'échelon local, sont indispensables pour réunir le savoir-faire, les compétences, les influences et la coordination requis pour mener une riposte efficace au VIH¹. Les gouvernements, les institutions des secteurs public et privé (notamment les milieux de la santé, du développement et de la recherche scientifique), les donateurs, ainsi qu'une société civile diverse et dynamique, dont les ONG et les personnes infectées et affectées par le VIH, sont autant d'acteurs essentiels pour une approche complète et coordonnée. Dans notre effort pour intensifier nos ripostes, les partenariats améliorent les programmes en s'appuyant sur l'infrastructure et les compétences de différents secteurs, permettant ainsi l'intégration des ripostes au VIH dans le cadre plus large du développement, de la santé, de l'action humanitaire et de la défense des droits de l'homme, et contribuant à une action globale qui s'attaque aux causes de la vulnérabilité à l'infection à VIH et à ses conséquences². Nous devons également encourager les partenariats avec les gouvernements, les responsables des politiques, les médias, et les institutions des secteurs public et privé, afin de promouvoir un environnement favorable à des ripostes efficaces au VIH (voir la section 3.8, Plaidoyer).

Nous devons encourager des partenariats stratégiques qui rendent possible la création de programmes complets et coordonnés en

- mettant en place des mécanismes visant à évaluer et à déterminer d'un commun accord les besoins qui n'ont pas été satisfaits dans un contexte donné, notamment en recensant les programmes existants et en mettant en évidence des lacunes dans les types de programmes et services proposés, ou dans les mesures visant à répondre aux besoins de certaines communautés vulnérables au VIH ;

- identifiant les organisations ou agences les mieux placées pour répondre aux besoins non satisfaits dans un contexte donné ;
- identifiant et gérant les problèmes organisationnels ou les questions de concurrence faisant obstacle à une coopération efficace;
- mettant en œuvre des programmes conjoints ou intensifiant les projets en partenariat, afin de pouvoir rassembler les ressources et les compétences et tirer parti des relations de confiance existant entre les organisations et au sein des communautés ;
- identifiant les possibilités, et réalisant ou préconisant l'intégration des programmes de riposte au VIH dans des contextes appropriés, tels que le système d'éducation, les projets de réduction de la pauvreté et les programmes de secours en cas de catastrophe ;
- œuvrant à l'intégration du VIH dans des projets de santé connexes, concernant par exemple la santé sexuelle et reproductive, ou la lutte contre le paludisme et la tuberculose ; et
- encourageant un enrichissement mutuel des différentes méthodes et approches organisationnelles, et ce par la diffusion des enseignements tirés des programmes réussis et des mesures qui se sont révélées efficaces lors de l'intensification de ces programmes.

3.4 Gouvernance



Nous pratiquons une gouvernance transparente et nous rendons compte de notre action à nos communautés ou parties prenantes.

Les organes directeurs doivent s'appuyer sur des politiques claires et écrites, qui soient mises en œuvre avec efficacité et qui s'appliquent aux questions suivantes :

- nomination et cessation du mandat des membres de l'organe directeur ;
- identification des conflits d'intérêts et prise de mesures correctrices ;
- définition des rôles et des responsabilités de l'organe directeur, tant au niveau individuel que collectif, notamment en matière de planification stratégique, de probité financière et de supervision de l'assurance qualité ;
- conseils sur la manière de déléguer les responsabilités stratégiques de l'organe directeur à la direction opérationnelle ;
- prise de dispositions concernant la responsabilité et le compte rendu, tant au niveau interne qu'envers les donateurs, les ONG partenaires et les communautés, le cas échéant³ ;
- obtention d'un mandat des communautés, qu'elles représentent des zones géographiques ou des groupes de population, lorsqu'une ONG de soutien fournit des services et réalise des programmes ou mène des initiatives de plaidoyer en faveur d'une communauté donnée, notamment au moyen d'élections générales ou de la nomination de représentants communautaires auprès de l'organe directeur.

3.5 Mission et gestion de l'organisation



Nous avons une mission précise, assortie d'objectifs stratégiques que nous réalisons grâce à une bonne gestion.

Nos activités doivent pouvoir se fonder sur un énoncé de mission clair, assorti d'un énoncé des valeurs qui sous-tendent notre action (voir la section 2.2, Valeurs fondamentales). Une bonne planification stratégique et opérationnelle, soutenue par des systèmes efficaces de gestion des ressources humaines et financières, est essentielle pour mener à bien notre mission. Nos objectifs stratégiques, portant sur une période définie, doivent reposer sur une évaluation de la situation en matière d'infection à VIH dans le pays ou la région concernés, de l'éventail de ripostes institutionnelles déjà en place et de nos propres capacités, de façon à déterminer quelles lacunes existent dans les programmes et si nous sommes les mieux placés pour les combler (voir la section 3.3, Partenariats plurisectoriels). Une planification opérationnelle assortie de calendriers précis et d'indicateurs de performance, est nécessaire pour soutenir la réalisation des objectifs stratégiques. Il faut également allouer les ressources humaines et financières indispensables pour mener des actions correspondant à ces indicateurs, et concevoir de façon stratégique la gestion des ressources humaines. Les plans opérationnels doivent être liés à des plans de programmes et à des plans d'action individuels.

Ressources humaines



Nous apprécions, soutenons et gérons efficacement nos ressources humaines.

Nos plans stratégiques et opérationnels doivent prévoir une approche stratégique des ressources humaines, à savoir notamment :

- exprimer explicitement la valeur que nous attachons à la contribution du personnel et des volontaires ;
- prévoir des ressources humaines et financières suffisantes pour réaliser les objectifs visés ; et
- définir clairement la responsabilité de gérer le soutien, le perfectionnement et le bien-être du personnel et des volontaires.

Nos politiques et nos procédures relatives aux ressources humaines doivent être appliquées de façon à assurer

- un processus de recrutement et de sélection du personnel et des volontaires qui soit équitable, transparent et efficace et qui offre notamment à tous les mêmes possibilités d'emploi ;
- la fourniture d'orientations cohérentes et précises au personnel quant aux rôles et responsabilités de chacun, y compris des descriptions de fonctions ainsi que l'élaboration et l'examen périodique des programmes de travail pour le personnel ;
- une évaluation de notre capacité en ressources humaines, liée à la planification stratégique ;
- l'apprentissage organisationnel, en prenant les mesures nécessaires pour la formation et le perfectionnement du personnel ;
- la sécurité, la sûreté et la santé du personnel et des volontaires.

Nos politiques et pratiques de ressources humaines doivent créer un environnement

organisationnel favorable à la riposte au VIH en

- élaborant et en mettant en œuvre des politiques et des procédures qui favorisent l'intégration et l'emploi des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, notamment des stratégies de discrimination positive qui s'attaquent aux obstacles latents s'opposant à leur participation significative et qui tiennent dûment compte de la valeur de leur participation à des fonctions très diverses ;
- créant des lieux de travail exempts de discrimination par des initiatives de sensibilisation et de formation au sujet de la stigmatisation et de la discrimination, accompagnées de procédures de plainte en cas de discrimination ;
- offrant des conditions d'emploi qui prévoient des congés de décès, des congés pour dispensateurs de soins, un dispositif pour maladies de longue durée, et une prise en compte raisonnable des besoins du personnel en matière de santé (aménagement flexible du travail), ainsi que la confidentialité ;
- élaborant et en mettant en œuvre des politiques et des procédures en matière de précautions universelles contre l'infection, y compris la fourniture du matériel et les mesures de formation du personnel nécessaires ;
- plaidant en faveur de la création de régimes d'assurance maladie qui prennent en charge les affections/maladies liées à l'infection à VIH⁴ ;
- fournissant l'accès au conseil et test volontaires (CTV) ainsi qu'à des services et programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien⁵ ;
- réduisant la vulnérabilité de l'organisation aux conséquences de l'infection à VIH, par exemple en instaurant une planification à long terme du personnel⁶.

Capacité organisationnelle



Nous mettons en place et maintenons la capacité organisationnelle nécessaire pour assurer des ripostes efficaces au VIH.

Nous devons donner à notre personnel et à nos volontaires les moyens d'acquérir et d'entretenir les aptitudes nécessaires pour s'acquitter efficacement de leurs tâches, à savoir

- comprendre la nature de la stigmatisation et de la discrimination et connaître les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées ;
- examiner leurs propres attitudes et croyances et l'impact que celles-ci peuvent avoir sur leur capacité à mettre en œuvre des procédures et des programmes exempts de jugement de valeur et caractérisés par l'ouverture ;
- connaître et appliquer les politiques organisationnelles qui garantissent les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées et s'attachent à promouvoir la participation de celles-ci aux programmes ;
- avoir conscience de la diversité des besoins qui existent dans les communautés au sein desquelles ils travaillent et mettre en œuvre des programmes efficaces visant à prévenir la transmission du VIH, à répondre aux besoins en matière de traitement, de soins et de soutien des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et à s'attaquer aux causes et aux conséquences de la vulnérabilité au VIH ;
- donner aux individus et aux communautés les moyens de comprendre leurs propres risques et besoins, de prendre des décisions en toute connaissance de cause et d'acquérir les compétences nécessaires pour se protéger eux-mêmes et protéger les autres de l'infection à VIH et/ou pour rechercher le traitement, les soins et le soutien dont ils ont besoin ;
- donner aux individus et aux communautés les moyens de riposter à la stigmatisation et à la discrimination et/ou d'en référer aux services concernés ;

- concevoir, mettre en œuvre et évaluer des programmes relevant de leur propre domaine de compétence, et
- améliorer en permanence les programmes et les pratiques de travail au moyen de cycles bien conçus de planification, de suivi et d'évaluation des programmes.

Ressources financières



Nous gérons les ressources financières de façon judicieuse, transparente et responsable.

Nous devons gérer les ressources financières de façon judicieuse, transparente et responsable en faisant en sorte

- que les stratégies de collecte de fonds et les sources de financement soient compatibles avec notre mission et qu'elles la soutiennent ;
- qu'il y ait une préparation systémique des budgets liée aux plans stratégiques, opérationnels et de mise en œuvre des programmes ;
- que la budgétisation permette la capacité en ressources humaines et les capacités organisationnelles nécessaires à la réalisation de notre mission⁷ ;
- que des systèmes internes de contrôle permettent de fournir régulièrement une information financière cohérente, fiable et respectant les exigences légales ;
- que des systèmes comptables internes fournissent régulièrement des états financiers dans un format logique et accessible ;
- que les états financiers puissent servir à suivre les ressources, à comparer les dépenses des programmes aux montants budgétisés et à évaluer le rapport coût-efficacité des programmes ;
- qu'il y ait un système efficace de programmation des subventions et d'apport d'un soutien technique en matière de finances et d'administration lorsqu'un financement est fourni à des ONG partenaires ;
- qu'il y ait un système de rapports financiers réguliers à la direction, au conseil d'administration, aux donateurs et aux communautés/parties prenantes, ainsi qu'une vérification annuelle des comptes, et
- qu'un rapport annuel clair et précis soit présenté, ainsi que des rapports statutaires le cas échéant⁸.

3.6 Planification, suivi et évaluation des programmes



Nous choisissons en toute transparence des partenaires adéquats.

Il nous faut des systèmes de sélection transparents pour identifier des ONG partenaires

- qui soient les plus appropriées pour la réalisation des objectifs des programmes ;
- qui disposent, financièrement et en matière de programmes, de la capacité nécessaire pour gérer les activités, ou puissent développer cette capacité moyennant une aide ; et
- qui aient les caractéristiques voulues pour travailler avec les communautés bénéficiaires identifiées, ce qui exige notamment une évaluation de leur crédibilité auprès de ces communautés.



Nous planifions, suivons et évaluons les programmes pour assurer leur efficacité et leur adéquation aux besoins des communautés.

Les efforts déployés pour mieux comprendre et améliorer l'efficacité des services et des programmes de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ont produit une somme impressionnante de connaissances et de ressources sur lesquelles s'appuyer pour éclairer la planification, le suivi et l'évaluation⁹. Les plans des programmes doivent fixer des objectifs clairs, des calendriers, des indicateurs de performance et des règles de présentation de rapports, et allouer les ressources financières et humaines nécessaires à la réalisation des objectifs.

Les objectifs et les priorités des programmes doivent être éclairés par des données probantes fondées sur

- la recherche épidémiologique, sociale et comportementale pertinente ;
- les résultats pertinents de l'évaluation des programmes ; et
- l'évaluation des besoins des communautés, notamment la cartographie des services et programmes disponibles afin d'identifier les lacunes qui peuvent exister dans ce domaine ou dans les mesures prises pour répondre aux besoins de certaines communautés vulnérables au VIH.

Les plans des programmes doivent intégrer le suivi et l'évaluation dans le cycle de planification des programmes ; pour ce faire il faut

- fixer dès le départ des objectifs qui permettent le suivi et l'évaluation des programmes ;
- élaborer des indicateurs de suivi et les appliquer à la collecte systématique d'informations, notamment de données qualitatives sur la durée, afin d'évaluer si les programmes se déroulent conformément au plan et si des obstacles doivent être aplanis ;
- recueillir des données de référence sur lesquelles se baser pour évaluer l'avancement et l'impact des programmes ;
- évaluer les programmes afin d'en mesurer la qualité, le bon déroulement et l'efficacité ;
- utiliser régulièrement les données recueillies et adapter progressivement les programmes afin qu'ils aient la souplesse nécessaire pour répondre effectivement aux besoins ; et
- utiliser les données résultant de l'évaluation pour éclairer l'élaboration des futurs programmes.

Les plans des programmes des ONG de soutien doivent comporter un soutien technique à l'intention des ONG partenaires sur

- des questions relatives au VIH, en fonction de chaque programme ;
- la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes ; et
- le développement organisationnel, notamment dans le domaine de la planification stratégique, des systèmes financiers et administratifs et des stratégies de ressources humaines visant à promouvoir une gestion efficace du personnel et de la formation organisationnelle.

3.7 Accès et équité



Nos programmes fonctionnent de façon non discriminatoire, sont accessibles et sont équitables.

On utilise le terme « discrimination » pour désigner des situations où des personnes sont traitées de façon défavorable, soit qu'elles reçoivent le même traitement que tous alors que leurs besoins sont différents, soit qu'elles soient traitées différemment alors qu'elles devraient recevoir le même traitement que tous¹⁰. Pour pratiquer l'équité dans la mise en place de programmes, il faut disposer de ressources et faire en sorte que les programmes répondent à la fois aux besoins des individus et des communautés.

L'accessibilité des services ne saurait à elle seule répondre aux besoins très divers des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées. Des programmes génériques, c'est-à-dire partant du principe que l'on peut appliquer à toutes les communautés une approche unique et le même type de services, sont souvent le reflet d'injustices sociales qu'ils contribuent à perpétuer. Pour assurer l'accès et l'équité, les programmes doivent être adaptés aux besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, en tenant compte du contexte (voir la section 2.5, Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations). Par exemple, les programmes de prévention du VIH, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, doivent s'attaquer aux stéréotypes, aux normes, aux attitudes et aux pratiques liés au sexe afin de lutter contre les inégalités sexospécifiques sous-jacentes qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection à VIH. Il faut également comprendre les inégalités sexospécifiques qui empêchent les femmes d'accéder aux services et aux programmes qui leur sont destinés, notamment lorsqu'elles vivent avec le VIH, et de s'y attaquer.

Les programmes doivent respecter la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés et être sensibles aux besoins sexospécifiques et liés au cycle de la vie. La meilleure façon de faire en sorte que les services et les programmes soient équitables et accessibles est de faire participer activement les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées, non seulement à la conception et à la mise en œuvre des programmes, mais également à une large gamme de fonctions au sein des ONG (voir les sections 2.3 et 3.2, Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées).

L'accès aux programmes et aux services doit être favorisé par les politiques et les pratiques en vigueur sur les lieux de travail, lesquelles doivent faire en sorte que

- les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées soient respectés¹¹ ;
- les droits des utilisateurs de services soient clairement définis et que les communautés en soient dûment informées, en particulier les plus marginalisées ;
- les personnes aient accès à des informations appropriées qui leur permettent de comprendre ce que signifie véritablement la participation, et de décider librement si elles souhaitent participer¹² ;

- les droits des utilisateurs de services soient appuyés par des mécanismes de plainte faciles à comprendre et accessibles ;
- la confidentialité soit respectée, favorisant ainsi un environnement dans lequel les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées se sentent à même d'accéder à l'information et aux programmes et de participer activement à la riposte au VIH¹³ ; et
- les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées participent activement à une large gamme d'activités au sein de l'organisation.

3.8 Plaidoyer

Le terme **plaidoyer** désigne une méthode et un processus consistant à influencer le point de vue des décideurs et du public sur un sujet préoccupant, et à mobiliser l'action communautaire en vue de parvenir aux changements sociaux nécessaires notamment une réforme des législations et des politiques pour s'attaquer aux problèmes concernés.

L'expression **environnement habitant (ou favorable)** s'applique à un environnement dans lequel les lois et les politiques publiques protègent et s'attachent à promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, sont propices à la mise en œuvre de programmes efficaces, réduisent la vulnérabilité à l'infection à VIH et permettent de faire face à ses conséquences.



Nous plaidons en faveur d'un environnement habitant qui protège et s'attache à promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et soit propice à la mise en œuvre de programmes efficaces.

Les lois, les politiques, les normes sociales et les attitudes et opinions des communautés constituent le contexte dans lequel nous sommes appelés à riposter au VIH. Les efforts que nous déployons pour nous attaquer tant aux causes qu'aux conséquences de la pandémie du VIH exigent des changements sociaux fondamentaux (voir la section 2.4, Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme). Nos efforts de plaidoyer peuvent s'exercer à trois niveaux local, national et international et notre objectif est de créer et de maintenir un environnement où les lois et les politiques s'attachent à protéger et à promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, soient propices à des programmes efficaces et réduisent la vulnérabilité au VIH et à ses conséquences. La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, les instruments internationaux des droits de l'homme et les *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme* fournissent modèle pour les réformes et des outils d'une valeur inestimable pour le plaidoyer en faveur de mesures nationales¹⁴.



Nous planifions, suivons et évaluons les efforts de plaidoyer afin d'assurer leur efficacité et leur adéquation aux besoins des communautés.

Si beaucoup de ressources sont consacrées au suivi et à l'évaluation de l'impact produit par différents types de programmes, on ne fait que relativement peu d'efforts pour suivre et évaluer les activités de plaidoyer. Il est souvent difficile de mesurer le lien de causalité entre les efforts de plaidoyer et les changements qui se produisent dans les législations et les politiques, ainsi que dans les normes sociales. Nous avons beaucoup à apporter pour améliorer les connaissances dans ce domaine.

En matière de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des activités de plaidoyer, nous devons

- faire participer activement les personnes vivant avec le VIH, les communautés touchées ainsi que les dirigeants et les guides d'opinion communautaires¹⁵ ;
- cartographier l'environnement afin de déterminer les facteurs qui pourraient compromettre les processus de plaidoyer et les résultats attendus par exemple les impulsions données par les dirigeants, le cadre de politiques relatives au VIH et au sida et les obstacles législatifs à l'efficacité du plaidoyer ou des programmes de riposte au VIH¹⁶ ;
- nous inspirer de l'expérience acquise dans le domaine de la mise en œuvre de programmes et de services pour définir en connaissance de cause les priorités en matière de plaidoyer ;
- fixer des objectifs précis concernant les changements juridiques, sociaux et changements de politiques à obtenir ;
- identifier et établir des partenariats stratégiques avec des organisations, des institutions et des réseaux qui visent les mêmes buts que nous et qui peuvent contribuer à la réalisation des objectifs visés en élargissant notre champ d'influence et en accroissant notre capacité d'obtenir des changements, grâce à des activités conjointes¹⁷ ;
- déterminer les méthodes de plaidoyer les plus appropriées pour la réalisation des objectifs, telles que campagnes médiatiques ou démarches visant à influencer les décideurs (*lobbying*) ;
- identifier les publics cibles nécessaires à la réalisation des objectifs, et établir des relations avec eux (notamment les dirigeants politiques, les chefs religieux et communautaires, les décideurs et les médias) ;
- utiliser les expériences tirées des programmes et des services pour fonder sur une base logique les changements visés¹⁸ ;
- élaborer des méthodes d'évaluation qui définissent les informations à recueillir, ainsi qu'une méthode d'analyse permettant de déterminer si les objectifs sont atteints ;
- réunir des données qualitatives sur l'environnement externe afin d'évaluer l'efficacité des efforts de plaidoyer, par exemple informations diffusées par les médias, prises de position des publics cibles, et déclarations de réunions et débats ;
- réunir des données qualitatives sur les méthodes adoptées pour l'action de plaidoyer, notamment l'efficacité des partenariats et des alliances, la forme sous laquelle les messages sont formulés et l'utilisation des éléments probants ;
- réunir des données quantitatives auprès des publics cibles, des personnes qui mettent en œuvre les programmes, des partenaires stratégiques et des bénéficiaires des efforts de plaidoyer, au sujet des méthodes utilisées et de l'impact des activités de plaidoyer ;
- utiliser les données collectées pour évaluer dans quelle mesure les efforts de plaidoyer ont modifié la conscience qu'a le public des problèmes, influé sur la crédibilité de l'organisation dans son plaidoyer, contribué au débat, fait changer la législation et les politiques, influencé les attitudes ou les convictions des guides d'opinion, et eu un effet sur la vie des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées ;

- utiliser les informations collectées pour évaluer l'efficacité des méthodes utilisées, s'agissant notamment des partenariats, de la participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et de la capacité de l'organisation en matière de plaidoyer¹⁹; et
- utiliser l'évaluation des activités de plaidoyer pour éclairer la planification future du plaidoyer et partager avec les partenaires les leçons apprises.

3.9 Recherche



Nous entreprenons et/ou proposons des recherches suffisantes et appropriées pour faire en sorte que les mesures de riposte au VIH soient éclairées par des données probantes.

Ce sont les résultats d'une recherche de bonne qualité, appropriée et d'actualité qui doivent guider nos actions pour permettre une riposte efficace au VIH (voir « Santé publique », dans la section 2.4). La recherche doit s'articuler autour des axes suivants :

- recherche épidémiologique, sociale et comportementale ;
- recherche opérationnelle (évaluation des programmes) pour orienter la conception des programmes et l'élaboration des politiques²⁰ ;
- recherche fondamentale et clinique visant la mise au point de technologies et de produits nouveaux ou l'amélioration de ceux qui existent dans les domaines thérapeutique, diagnostique et préventif (par exemple sécurité et efficacité des traitements applicables à l'infection à VIH, combinaisons d'antirétroviraux à dose fixe, tests diagnostiques peu coûteux et faciles à utiliser, microbicides et vaccins préventifs)²¹ ; et
- recherche relative au traitement clinique de l'infection à VIH, notamment dans les cas de co-infection avec d'autres maladies, pour faire progresser les meilleures pratiques de gestion de la santé.

Nous devons entreprendre et/ou proposer des recherches suffisantes et appropriées pour faire en sorte que les mesures de riposte au VIH soient éclairées par des données probantes. Nous devons en particulier

- plaider en faveur de la participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à la définition des priorités de la recherche, à la conception et à la conduite de la recherche, ainsi qu'à l'analyse de ses résultats ;
- plaider en faveur d'une recherche éthique et/ou de la participation à des processus de contrôle déontologique, afin de protéger et de promouvoir les droits humains de personnes participant à la recherche²² ;
- repérer les situations pour lesquelles les données épidémiologiques sont insuffisantes ;
- recommander des améliorations dans les types de données récoltées et/ou dans les systèmes de collecte de données et d'établissement de rapports, de façon à fournir une image exacte de ce que sont les risques et les impacts au sein d'une population donnée ;
- identifier les domaines dans lesquels une recherche sociale et comportementale est nécessaire afin de mieux comprendre les risques associés à l'infection à VIH et les besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, ainsi que les facteurs sociaux, politiques, culturels et économiques qui influent sur la transmission du VIH, le traitement, les soins et d'autres aspects de l'épidémie dans un contexte donné²³ ;
- entreprendre et/ou proposer des recherches afin d'améliorer l'adéquation et l'efficacité des activités de programmes, par exemple l'évaluation de l'impact des efforts faits pour intensifier les programmes (voir aussi les sections 3.6, Planification, suivi et évaluation des programmes ; 3.10, Intensification des activités ; et 4.3, Intégrer le VIH) ;

- entreprendre et/ou proposer des recherches visant à améliorer l'adéquation et l'efficacité des actions de plaidoyer visant à promouvoir un environnement favorable à des ripostes efficaces au VIH²⁴ (voir aussi la section 3.8, Plaidoyer) ; et
- nouer des partenariats et/ou nous engager dans des projets de recherche conjoints avec des instituts de recherche et d'enseignement, afin de faire en sorte que ces projets contribuent à enrichir l'ensemble de données probantes à disposition sur les mesures qui s'avèrent efficaces en matière de riposte au VIH.

3.10 Intensification des activités

Qu'entendons-nous par « intensification » ?

Le terme **intensification** recouvre différentes stratégies visant à élargir l'éventail, la portée et l'impact de nos ripostes au VIH. Dans le présent Code, nous utilisons ce terme pour désigner l'élargissement des zones géographiques ou des populations couvertes par des programmes spécifiquement consacrés à la riposte à l'épidémie, l'intégration de mesures axées sur le VIH dans d'autres programmes de santé, tels que les programmes de santé sexuelle et reproductive ou de santé maternelle et infantile, et l'intégration du VIH dans les programmes de développement et d'action humanitaire.

Étant donné les conséquences dévastatrices de l'infection à VIH dans de nombreux pays en développement, la nécessité de ripostes durables et d'une envergure suffisante pour influencer sur la dynamique de l'épidémie apparaît dans toute son ampleur. L'intensification des ripostes doit constituer une priorité aussi importante dans les pays où la prévalence est faible et où il est encore possible d'empêcher l'épidémie de devenir incontrôlable, que dans les pays où l'impact du VIH est plus visible.

Les défis inhérents à l'intensification constituent une des motivations essentielles de la publication de ce Code. Certes, on a maintenant une somme de compétences et de connaissances considérable sur les moyens efficaces de prévenir la transmission du VIH et de répondre aux besoins divers des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, mais de nombreux programmes doivent encore élargir leur champ d'action afin de pouvoir assurer une couverture complète²⁵. Et il reste encore beaucoup à faire dans le sens de l'intégration du VIH de façon à s'attaquer plus efficacement aux causes et aux conséquences de l'infection par ce virus. Les principes de bonnes pratiques figurant dans cette section, qui concernent la manière dont il faut procéder à l'intensification, peuvent être appliqués plus facilement à des programmes de riposte au VIH existants ou à l'intégration d'activités de riposte dans d'autres programmes relatifs à la santé et programmes connexes, car les efforts faits pour l'intégration du VIH sont encore peu développés. La section 4.3 traite de l'intégration du VIH dans les programmes de développement et dans les programmes humanitaires et s'inspire de l'expérience acquise à ce jour pour orienter ces approches nouvelles en matière de riposte au VIH.

Les projets d'envergure modeste peuvent nous apporter beaucoup d'enseignements qui s'avèrent avoir une pertinence et une applicabilité plus larges. Toutefois, l'intensification des programmes des ONG ne manque pas de complexité. Il est extrêmement important de reconnaître les nouveaux défis que pose le processus d'intensification et d'y répondre²⁶. Il faut pouvoir disposer de ressources qui permettent de faire face à la complexité du processus. Il faut aussi une planification soigneuse pour déterminer quels sont les programmes se prêtant à l'intensification

en tenant compte de la nature de l'épidémie dans un contexte donné²⁷. Les pressions entraînées par la nécessité de répondre aux attentes des gouvernements et/ou des donateurs afin de s'assurer d'un flot ininterrompu de ressources pour l'intensification doivent être mises en balance avec la nécessité de sauvegarder l'adhésion active des communautés ainsi qu'avec une évaluation de la capacité des organisations à réaliser l'intensification.

Il existe de nombreuses stratégies²⁸ d'intensification, notamment

- élargir la dimension et le champ d'action des organisations ;
- appliquer des modèles à effet de cascade et de multiplication, comportant la fourniture d'une formation intensive à des groupes qui dispenseront à leur tour des formations à d'autres groupes ;
- adapter les concepts et modèles de telle sorte que les approches efficaces en matière de programmes puissent être adaptées et reproduites ;
- établir dans la pratique des partenariats visant à mettre au point des initiatives communes en vue d'accroître la portée et l'impact des programmes par le biais d'efforts conjoints ;
- stimuler et soutenir leurs efforts d'autres organisations par la fourniture d'un appui technique ;
- décentraliser les services par le transfert de la prise des décisions et de la coordination des programmes du centre vers un niveau plus local ; et
- influencer les mesures législatives et politiques qui nuisent à l'efficacité des programmes de riposte au VIH.

Les stratégies utilisées varieront en fonction des ONG mettant en œuvre les programmes et du fait que ces organisations seront ou non des ONG de soutien (voir, dans la section 1.6, À qui s'adresse le Code). Les ONG de soutien contribueront vraisemblablement à stimuler et soutenir les programmes d'intensification d'autres organisations. La présente section énonce à la fois des principes de bonnes pratiques d'intensification destinés aux ONG en général, et des principes de bonnes pratiques d'intensification spécifiques aux ONG de soutien²⁹.



Nous nous employons à intensifier les programmes appropriés tout en veillant à leur qualité et à leur durabilité.

Au moment de décider s'il convient ou non d'intensifier un programme, nous devons nous assurer que nos décisions

- soient éclairées par des données probantes, notamment les résultats de la recherche épidémiologique, sociale et comportementale et de l'évaluation des programmes ;
- permettent aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées de participer en collaboration à l'évaluation visant à identifier les besoins non satisfaits ;
- reposent sur une estimation de l'ensemble de la riposte menée par les diverses organisations et institutions travaillant dans le contexte concerné, notamment les ONG ainsi que les institutions privées et publiques, afin d'identifier les besoins non satisfaits ;
- identifient les stratégies d'intensification les mieux adaptées au contexte donné, par exemple en se demandant si nous sommes les mieux placés pour répondre aux besoins qui n'ont pas été satisfaits, ou si nos efforts devraient consister à encourager d'autres organisations ou institutions à le faire et à les soutenir dans cette tâche (section 3.3, Partenariats plurisectoriels) ;
- tirent parti de la compétence, des points forts et de l'expérience qui sont les nôtres ; et
- s'appuient sur notre capacité d'acquérir les ressources financières et humaines nécessaires ainsi que le soutien technique indispensable à l'intensification des programmes.

Au moment de planifier les stratégies d'intensification, nous devons nous assurer de leur qualité et de leur durabilité en

- estimant les conséquences qu'aura l'intensification pour notre organisation, de façon à prendre les mesures appropriées (voir « Capacité organisationnelle » dans la section 3.5) ;
- développant notre capacité organisationnelle, en nous assurant les ressources financières nécessaires et en créant un environnement social, économique et politique favorable afin de pouvoir maintenir les programmes sur la durée (voir la section 3.5, Mission et gestion de l'organisation, et le rôle des ONG de soutien, ci-après) ;
- tirant parti des atouts des projets communautaires et encourageant l'adhésion active des communautés aux programmes à mesure que ceux-ci sont intensifiés ;
- mettant au point des approches suffisamment souples pour répondre à la diversité des besoins au sein des populations vulnérables, et éclairées par des données probantes ;
- déterminant un rythme de changement qui tienne compte des capacités organisationnelles, du niveau de mobilisation communautaire et du temps nécessaire à la mise en œuvre des stratégies d'intensification ; et
- créant des mécanismes de collecte et d'analyse des données afin de faciliter l'évaluation de la qualité, de la durabilité et de l'impact des programmes en voie d'intensification (voir la section 3.6, Planification, suivi et évaluation des programmes).

Les ONG de soutien doivent aider leurs ONG partenaires travaillant à l'intensification de leurs programmes en

- mettant au point et appliquant des critères transparents pour l'identification des ONG partenaires capables d'intensifier leurs programmes ;
- s'assurant dès le début que la nature de l'intensification envisagée est claire et approuvée par les parties concernées ;
- investissant du temps et de l'argent pour le développement des capacités nécessaires à l'intensification ;
- aidant et en encourageant les ONG à diversifier leurs sources de soutien ;
- reconnaissant et en négociant les tensions pouvant surgir entre les objectifs et les stratégies d'intensification des organismes multilatéraux, des gouvernements, des ONG et des donateurs afin que le processus d'obtention du soutien nécessaire à l'intensification ne puisse pas saper l'indépendance des ONG ; et
- encourageant activement le recours à l'intensification en tant qu'aspect vital de la riposte mondiale au VIH, et en facilitant l'échange d'informations à son sujet parmi les parties prenantes locales, nationales et internationales.



Nous suscitons et entretenons l'adhésion active des communautés, et mettons en place et maintenons la capacité organisationnelle nécessaire pour permettre l'intensification des programmes.

L'intensification des activités peut avoir un impact important sur la dynamique interne d'une organisation³⁰. Lors de la planification et de la mise en œuvre des stratégies d'intensification, nous devons assurer

- une maîtrise et une gestion efficaces des incidences internes de l'intensification, notamment par l'évaluation des besoins en ressources financières et humaines, l'adéquation de notre structure organisationnelle, le maintien de la cohésion et de la continuité organisationnelles et l'estimation de la compatibilité entre le rythme de l'intensification et notre capacité organisationnelle sur la durée ;
- des processus menés en temps opportun et associant le personnel et les volontaires aux activités de conception, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de l'intensification ;
- l'évaluation des capacités existantes en personnel et en volontaires, ainsi que l'apport d'une

formation et d'un perfectionnement appropriés, fondés sur les besoins évalués ;

- la fourniture d'un soutien au personnel et aux volontaires dans leurs activités, notamment pour l'élaboration de plans de travail réalistes (voir la section 3.5, Mission et gestion de l'organisation), et
- des modalités d'intensification qui favorisent un contexte d'apprentissage, notamment en renforçant la capacité du personnel et des volontaires à consigner par écrit, discuter et analyser leurs expériences de succès et d'échecs ainsi que celles des communautés, dans le but d'orienter le développement organisationnel et l'évaluation des programmes³¹.

La participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées au processus d'intensification et leur adhésion active aux programmes sont essentielles si l'on veut que le processus soit efficace. Une difficulté particulière de l'intensification est qu'il faut maintenir un équilibre entre la nécessité de faire participer les communautés et de rester à l'écoute de leurs besoins, d'une part, et celle de conserver le réalisme voulu au sujet des compromis en matière de responsabilité et de qualité inévitables si l'on veut élargir la portée des programmes. Lors de la planification et de la mise en œuvre des stratégies d'intensification, nous devons faire en sorte que

- l'intensification repose sur les points forts des projets communautaires, et que l'adhésion active des communautés à l'égard des programmes se maintienne pendant le processus ;
- l'on s'attache à mieux tenir compte des membres de la communauté dont les besoins ne sont pas pris en charge par les programmes existants, en particulier de ceux qui n'ont pas accès aux programmes en raison de la stigmatisation et de la discrimination ; et
- les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées participent à la conception, à la réalisation et à l'évaluation de l'intensification.



Nous assurons le suivi et l'évaluation des programmes qui sont intensifiés.

Pour pouvoir élargir l'intensification des programmes existants, nous devons être capables d'assurer le suivi et l'évaluation de programmes plus vastes et plus complexes, souvent menés en partenariat avec d'autres organisations.

Pour ce faire, nous devons veiller à ce que

- des méthodes de collecte des données et d'évaluation nous permettant d'évaluer la pertinence, la portée, la qualité, la durabilité et l'impact des programmes soient en place avant le démarrage de l'intensification ;
- des indicateurs quantitatifs et qualitatifs soient mis au point et que des données soient réunies et utilisées pour l'évaluation des programmes ;
- les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées participent activement au suivi et à l'évaluation ;
- la capacité organisationnelle nécessaire à la collecte et à l'analyse des données soit mise en place ;
- les méthodes de suivi et d'évaluation et les indicateurs soient approuvés par les donateurs ;
- lors de la mise en place de partenariats, les méthodes de suivi et d'évaluation et les indicateurs fassent l'objet d'un accord, notamment concernant l'utilisation de systèmes normalisés pour la collecte et l'analyse des données ; et
- les leçons qui ont été tirées de l'intensification soient dûment consignées et les expériences partagées, non seulement au sein de l'organisation mais avec les partenaires extérieurs, contribuant ainsi à un processus permanent d'amélioration des efforts d'intensification (voir la section 3.6, Planification, suivi et évaluation des programmes).

NOTES

- ¹ Au sujet de l'amélioration des ripostes nationales multisectorielles, voir *Rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida*, ONUSIDA, chapitre 7, et le cadre des « Trois principes », www.unaids.org
- ² DeJong, J., *A Question of Scale? The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organizations HIV/AIDS Efforts in Developing Countries*, Programme Horizons et Alliance internationale contre le VIH/sida, août 2001. Voir l'examen des relations entre les gouvernements et les ONG lors de la coordination de leurs approches visant à intensifier la riposte, p. 42-45, et intégration du VIH dans le secteur du développement, p. 37-38.
- ³ Dans le cadre du présent Code, les parties prenantes auxquelles les ONG de soutien prêtent leur concours sont essentiellement leurs ONG partenaires, telles qu'organisations à assise communautaire (OC), organisations confessionnelles et organisations de communautés touchées (notamment personnes vivant avec le VIH, professionnel(le)s du sexe, groupements féminins et bien d'autres).
- ⁴ Voir, par exemple, les efforts de plaidoyer de la Fédération internationale des Société de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge : www.ifrc.org et le programme de traitement sur le lieu de travail du Fonds Masambo : www.ifrc.org/what/health/hivaids/treatment_masambo.asp
- ⁵ Voir *Working Positively: A Guide for NGOs Managing HIV/AIDS in the Workplace*, UK Consortium on AIDS and International Development, et Holden, S., *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, Oxfam, ActionAid et Save the Children, 2004, p. 60-75 (www.oxfam.org.uk) pour une analyse de l'« intégration interne » et la présentation de stratégies relatives à cette intégration à savoir comment changer les politiques et la pratique organisationnelles en vue de réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et ses conséquences pour l'organisation.
- ⁶ Holden, S., *ibid.*, p. 60-75.
- ⁷ *Ibid.* Il faut impérativement disposer d'un financement si l'on veut réduire la vulnérabilité d'une organisation à l'infection à VIH et à ses conséquences. Voir aussi Mullin, D. et James, R., « Supporting NGO Partners Affected by HIV/AIDS », *Development in Practice*, vol. 14, n° 4, juin 2004, p. 574-585.
- ⁸ Voir HIV/AIDS NGO/CBO Support Toolkit (www.aidsalliance.org/ngosupport) et *Raising Funds and Mobilizing Resources for HIV/AIDS Work: A Toolkit to Support NGOs and CBOs*, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2002.
- ⁹ Un grand nombre de références sont disponibles sur le site Internet de l'ONUSIDA : www.unaids.org Voir aussi section 5.3, Documentation importante.
- ¹⁰ Voir « Le droit à l'égalité et à la non-discrimination », dans la section 2.4.
- ¹¹ Voir la section 2.4, Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme.
- ¹² Voir « Le droit à l'information », dans la section 2.4.
- ¹³ Voir « Le droit à une vie privée », dans la section 2.4.
- ¹⁴ Voir les instruments de plaidoyer dans la section 5.3, Documentation importante.
- ¹⁵ Voir, par exemple, la série *Bond Guidance Notes*, qui comprend des notes d'orientation sur le plaidoyer en faveur de la participation. www.bond.org.uk
- ¹⁶ Voir, par exemple, Watchirs, H., *A Rights Analysis Instrument to Measure Compliance with the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, Australian National Council on AIDS and Related Diseases, 1999. www.ancahrd.org. Des audits législatifs sur l'application de cette approche ont été entrepris au Népal et au Cambodge. Pour plus de détails, voir la section 5.3, Documentation importante.
- ¹⁷ Par exemple, des partenariats entre des ONG travaillant dans le domaine du VIH et du sida et des organisations qui œuvrent à la protection des droits de l'homme.

- ¹⁸ Par exemple, en réunissant des informations sur la discrimination et en les utilisant pour fixer les priorités de notre plaidoyer : voir, dans la section 4.2, « Combattre la stigmatisation et la discrimination ».
- ¹⁹ Deux sources d'information utiles parmi d'autres : manuel *Outils et directives pour le plaidoyer Promouvoir le changement des politiques*, Care International, 2001, www.careusa.org et la série *Bond Guidance Notes* sur le suivi et l'évaluation du plaidoyer, <http://www.bond.org.uk>.
- ²⁰ La recherche opérationnelle est celle qui est entreprise par les ONG et d'autres à des fins de suivi et d'évaluation de leurs propres programmes. Cet « apprentissage par la pratique » a donné lieu à une somme considérable de connaissances sur ce qui fonctionne bien dans divers contextes, que nous devons partager et utiliser lorsque nous menons nos activités. Voir la section 3.6, Planification, suivi et évaluation des programmes.
- ²¹ Voir, par exemple, *Joint Advocacy on HIV/AIDS, Treatments, Microbicides and Vaccines*, Réseau juridique canadien VIH/sida. www.aidslaw.ca
- ²² Voir la section 2.4, Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme. Le droit à la protection contre la torture précise que nul ne sera soumis à des expérimentations médicales ou scientifiques sans son consentement.
- ²³ Par exemple, des recherches comme celles qu'a menées le Conseil de la population dans son étude sur les questions socioculturelles et structurelles susceptibles d'affecter la mise en application des microbicides (www.populationcouncil.org) ainsi que la nécessité d'organiser des études sur les conséquences à long terme du nombre important d'orphelins dans les sociétés et l'efficacité des programmes destinés aux orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida (*Cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le sida*, UNICEF, 2004).
- ²⁴ Voir, par exemple, les activités du Groupe mondial de référence de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits de l'homme, qui travaille à la recherche de données éprouvées sur l'intérêt d'une approche fondée sur les droits de l'homme dans la riposte au VIH. *Public Report: Global Reference Group on Human Rights and HIV/AIDS*, ONUSIDA, 2003. www.unaids.org
- ²⁵ Voir, par exemple, *A Question of Scale? The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organizations' HIV/AIDS Efforts in Developing Countries*, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2001, et *Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action*, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, juillet 2002, p. 14. www.kff.org
- ²⁶ On trouvera un examen des défis posés par l'intensification des efforts des ONG dans *A Question of Scale ?*, Alliance mondiale contre le VIH/sida, p. 54-60.
- ²⁷ Ainsi, dans les pays où la prévalence est faible et où l'épidémie est circonscrite à des populations spécifiques, par exemple les consommateurs de drogues injectables, on sera probablement plus efficace du point de vue du coût/efficacité et de l'impact si l'on intensifie en priorité les programmes visant les consommateurs de drogues injectables, ce qui n'est pas le cas dans les pays à prévalence élevée, où l'épidémie est plus générale.
- ²⁸ Chacune de ces stratégies est examinée dans *Expanding Community Action on HIV/AIDS : NGO/CBO Strategies for Scaling Up*, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2000, et *A Question of Scale*, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2001, p. 29-48.
- ²⁹ Les principes de bonnes pratiques énoncés dans cette section reposent sur l'expérience que les ONG ont acquise en matière d'intensification, lesquelles sont examinées en détail dans les deux publications précitées de l'Alliance internationale contre le VIH/sida. Dans *Expanding Community Action on HIV/AIDS : NGO/CBO Strategies for Scaling Up*, l'Alliance internationale contre le VIH/sida propose un guide sur le processus d'intensification.
- ³⁰ *Expanding Community Action on HIV/AIDS: NGO/CBO Strategies for Scaling Up*, Alliance internationale contre le VIH/sida, p. 30.
- ³¹ Holden, S., *AIDS on the Agenda: Adapting Development and Humanitarian Programmes to Meet the Challenges of HIV/AIDS*, Oxfam GB, 2003. Les chapitres 7, 11 et 12 étudient de l'intérieur les expériences d'intégration du VIH au sein de l'organisation.

Principes sous-tendant les programmes

4.1 Introduction

Alors que l'impact dévastateur du VIH et du sida sur les individus, les communautés et le développement socioéconomique des pays les plus touchés est de plus en plus évident, il devient urgent d'intensifier les stratégies éprouvées, telles que les programmes ciblés de prévention du VIH et l'accès aux thérapies antirétrovirales (ARV). Toutefois, les ripostes axées spécifiquement sur le VIH ne résoudront pas, à elles seules, les inégalités qui sont en grande partie responsables de l'infection à VIH et aggravent les conséquences de la pandémie. Nous devons également riposter au VIH de façon indirecte en nous attaquant à des facteurs liés au développement, et ce par un processus d'intégration du VIH (voir la rubrique « Développement » dans la section 2.4).

L'expression **programmes de riposte au VIH** désigne des activités telles que la prévention du VIH et les programmes de traitement, de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH, ou à des mesures axées sur le VIH et le sida mais intégrées dans des programmes de santé plus généraux ou des programmes connexes. Le but de ces programmes de riposte a spécifiquement trait au VIH et au sida (par exemple, prévention de la transmission du VIH ou réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH)¹.

L'expression **intégration du VIH** désigne le fait d'adapter les programmes de développement et d'aide humanitaire de telle façon qu'ils s'attaquent aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité à l'infection à VIH et agissent sur les conséquences de cette infection. Ces programmes restent toutefois centrés sur leur objectif premier (par exemple améliorer les revenus des ménages ou la sécurité alimentaire, ou élever les taux d'alphabétisation)².

Le présent chapitre traite des deux approches directe et indirecte utilisées pour riposter au VIH. La section 4.2 fournit des principes de bonnes pratiques relatives aux programmes, notamment l'intégration d'activités spécifiquement axées sur la riposte au VIH au sein de programmes de santé plus généraux, en se fondant sur la somme impressionnante de connaissances qui existent sur les ripostes efficaces au VIH. La section 4.3 traite de l'intégration du VIH au sein des programmes de développement et d'aide humanitaire. Ce concept d'intégration du VIH est relativement nouveau, mais on voit apparaître une pratique tendant à renforcer les ripostes au VIH en accordant une attention particulière à l'infection à VIH et à ses conséquences dans le contexte du développement à long terme et de l'action humanitaire³. La section 4.3 s'inspire de l'expérience accumulée à ce jour pour orienter ce processus⁴.

La conception de programmes spécifiques et l'intégration du VIH dans des programmes plus

généraux sont des approches qui se renforcent mutuellement. Ainsi, les programmes de microfinancement peuvent aider les ménages à accroître leurs revenus et à se constituer des actifs, deux éléments qui peuvent réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et améliorer la capacité de riposte aux conséquences de cette infection⁵. De même, des programmes efficaces de riposte au VIH peuvent réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH ainsi que la stigmatisation et la discrimination, et peuvent augmenter l'accès au traitement, aux soins et au soutien, facilitant ainsi la création d'un environnement propice aux efforts de développement. Pour faire face à la complexité du problème du VIH et du sida, rien ne vaut une collaboration entre des ONG aux compétences différentes dont chacune déploie les activités pour lesquelles elle est le plus qualifiée, tout en ayant une meilleure perception de la façon dont son travail contribue à la riposte au VIH. Les différentes sections du présent chapitre concerneront différents types d'ONG participant à cette riposte, selon la nature de leur action.

Nous savons que la distinction entre les programmes axés spécifiquement sur la riposte au VIH et l'intégration du VIH est quelque peu artificielle. Par exemple, les principes sous-tendant les programmes humanitaires en faveur des orphelins et autres enfants devenus vulnérables à cause du sida, dont traite la section 4.3, résultent souvent d'un panachage de ces deux approches, combinant des actions axées spécifiquement sur le VIH et le sida, par exemple des projets de riposte au VIH et de santé sexuelle, avec des activités s'attaquant aux causes et aux conséquences de l'infection à VIH par exemple visant à améliorer l'accès à l'éducation. Les programmes en faveur des orphelins et autres enfants devenus vulnérables à cause du sida peuvent être gérés séparément, être intégrés aux programmes de développement, ou résulter d'initiatives conjointes d'ONG s'occupant respectivement de riposte au VIH et de développement⁶. La distinction entre les deux types de programmes est néanmoins utilisée ici pour décrire les différentes manières dont les ONG peuvent contribuer et contribuent effectivement à la riposte au VIH, que ce soit directement ou indirectement.

Les principes d'orientation des programmes qui sont énoncés dans le présent chapitre s'appliquent à des formes d'action spécifiques menées par différents types d'ONG. Ces principes de bonnes pratiques seront donc plus ou moins pertinents selon la nature des activités de chacune des ONG.

L'interaction positive entre les activités de riposte au sida et les activités de développement

Prévention du VIH

- Éducation concernant: modes de transmission du HIV, moyens de prévenir l'infection à VIH ou d'en réduire la probabilité, et différence entre VIH et sida
- Promotion et distribution des préservatifs
- Traitement des IST

Réduit la vulnérabilité à l'infection et augmente l'efficacité du travail de prévention :

- Meilleure nutrition et meilleur état de santé => vulnérabilité biologique plus faible.
- Moins de pauvreté et d'insécurité des moyens d'existence => moins besoin de vendre des services sexuels pour la survie.
- Meilleurs services de santé => accès accru aux traitements des IST et aux préservatifs et diminution de l'infection iatrogénique.
- Davantage d'égalité entre les sexes => femmes et hommes mieux à même d'agir sur les messages de prévention.

Réduit le nombre de personnes infectées par le VIH, et donc le nombre de personnes nécessitant des soins.

L'éducation fait échec à la stigmatisation en contrant la désinformation sur les modes de transmission du VIH.

Encourage l'accompagnement psychologique, le dépistage du VIH, la vie positive et la volonté d'entamer un traitement.

La participation de personnes séropositives peut fournir des modèles/exemples à suivre.

Soins et soutien aux personnes séropositives rendent le sida plus visible, ce qui met fin au déni dans l'ensemble de la population.

Le système de conseil et dépistage volontaires permet aux personnes de découvrir leur statut sérologique VIH et encourage des pratiques sexuelles plus sûres.

Soins et soutien aident les personnes séropositives à accepter leur état et à vivre positivement, notamment en ayant des pratiques sexuelles plus sûres.

Réduit le nombre de personnes infectées, et par conséquent tous les impacts du sida sur le développement

Une initiation sexuelle différée et l'utilisation de préservatifs agissent aussi sur des problèmes autres que l'infection à VIH, tels que les grossesses non désirées et les abandons scolaires qui en découlent, et les IST.

Développement

- Allègement de la pauvreté
- Sécurité alimentaire et des moyens d'existence
- Santé, eau et assainissement
- Éducation
- Action humanitaire après crise environnementale et conflit

Meilleurs services de santé => systèmes renforcés pour la fourniture d'un accompagnement psychologique, le dépistage, le traitement et les soins pour les personnes vivant avec le sida.

Moins de pauvreté et une meilleure nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement ont un effet favorable sur la santé des personnes séropositives

Soins aux personnes vivant avec le VIH

- Conseil et test volontaires (CTV)
- Soutien pour une vie positive, y compris soutien matériel et spirituel
- Traitement des infections opportunistes
- Traitements antirétroviraux
- Soins à domicile ou dans un cadre médical quand le sida se développe

Soins et soutien réduisent l'impact de la maladie et de la mort :

- Les traitements permettent aux personnes séropositives de vivre et travailler plus longtemps.
- Une vie positive réduit les dépenses inutiles en 'remèdes' et encourage la préparation à la mort, par exemple l'établissement d'un testament et la prise de dispositions pour les proches à charge.

4.2 Programmes de Riposte au VIH

Approche transversale



Nous intégrons nos programmes de riposte au VIH afin d'atteindre les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées et de répondre à la diversité de leurs besoins.

L'engagement qui a été pris à l'échelle mondiale de donner accès aux médicaments antirétroviraux aux millions de personnes vivant dans les pays en développement fournit de nouvelles possibilités d'améliorer l'efficacité de la riposte au VIH. En augmentant au maximum l'accès aux médicaments indispensables à la vie, on améliorera l'état de santé de nombreuses personnes vivant avec le VIH, et par conséquent leur bien-être et leur capacité de participer à la vie sociale, tout en contribuant à la diminution de la stigmatisation associée au VIH et au sida. Cela permettra également d'encourager les gens à vouloir connaître leur statut sérologique VIH. Il faut une augmentation massive de la fourniture de services de conseil et test volontaires (CTV) ainsi que des investissements dans les structures sanitaires pour permettre de dispenser les traitements antirétroviraux⁷. Ceci offrira de nouvelles possibilités d'améliorer la portée de la prévention du VIH et l'accès au traitement, aux soins et au soutien.

Si nous voulons empêcher le VIH de se propager et riposter aux conséquences complexes de l'infection à VIH sur les individus, les familles et les communautés, nous devons

- assurer l'intégration entre les programmes de prévention du VIH, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien au sein de nos propres organisations, notamment en créant des dispositifs efficaces d'orientation vers les services appropriés ;
- assurer l'intégration entre nos programmes et d'autres programmes pertinents de santé et connexes (voir aussi la section 4.3, Intégrer le VIH) ; et
- encourager les partenariats stratégiques afin de faciliter une orientation efficace vers d'autres programmes et des initiatives conjointes pour faire face à la diversité des besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées (voir la section 3.3, Partenariats plurisectoriels).

Étant donné que de nombreuses personnes ne connaissent pas leur statut sérologique VIH, les services de santé non spécifiquement axés sur le VIH sont un point de contact vital si l'on veut dispenser des services de CTV, de prévention du VIH et des programmes de traitement, de soins et de soutien en cas d'infection à VIH (voir « Conseil et test volontaires » à la page 71). Les programmes de santé sexuelle et reproductive sont essentiels pour réduire les risques de transmission du VIH et répondre aux besoins tant des femmes que des hommes. La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) réduisent le risque de transmission et d'acquisition du VIH⁸. L'intégration des programmes et des services de planification familiale, de santé maternelle et infantile, de soins prénatals, et de prévention et de traitement des IST et du VIH permet d'adopter une approche d'ensemble de la santé sexuelle et reproductive⁹. Il en va ainsi en particulier pour les femmes, susceptibles de fréquenter ces services à de nombreuses occasions, mais qui ne considèrent peut-être pas comme exposées au risque de contracter l'infection à VIH malgré le fait que leur partenaire puisse l'être.

Les personnes vivant avec le VIH sont particulièrement vulnérables à la tuberculose, et cette maladie est responsable de près d'un tiers des décès dus au sida dans le monde¹⁰. Les mesures visant la prévention et les soins relatifs à la tuberculose et au VIH doivent se renforcer mutuellement. Il faut mener des actions visant à la fois la tuberculose et le VIH afin de prévenir l'infection à VIH, de prévenir la tuberculose, et d'intégrer les deux types de soins aux personnes vivant avec le VIH.

La prévention de la transmission mère-enfant doit aller au-delà des interventions spécifiques, telles que la thérapie antirétrovirale, le conseil sur l'alimentation du nourrisson¹¹ et les accouchements par césarienne, et inclure également la prévention du VIH et des IST chez les jeunes des deux sexes, la qualité des soins prénatals, l'accès à la contraception et le conseil sur les choix possibles en matière de santé reproductive. Une orientation efficace gérée au sein d'un réseau de services permet aux femmes enceintes vivant avec le VIH d'avoir accès aux services de CTV et au traitement, aux soins et au soutien correspondant à leurs propres besoins en matière de santé. Il est vraisemblable, en outre, qu'une approche holistique de la santé sexuelle et reproductive permettra aussi de répondre aux divers besoins des professionnel(les) du sexe dans ce domaine. Il est en effet très important que les services de santé sexuelle et reproductive leur soient accessibles.



Nos programmes dans le domaine du VIH et du sida informent et sensibilisent les communautés et renforcent leurs capacités de riposte.

Nos programmes d'éducation communautaire et de marketing social doivent

- développer au maximum les connaissances des communautés sur les conséquences de l'infection à VIH ;
- informer les communautés sur la manière dont le VIH se transmet ou ne se transmet pas ;
- donner plus de moyens aux communautés s'agissant des techniques de réduction et d'élimination des risques notamment comment se procurer et utiliser le matériel de prévention ;
- améliorer les connaissances et l'accès en matière de services de CTV, de traitement, de soins et de soutien ;
- améliorer les connaissances des communautés sur les formes, les causes et les effets de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH ;
- favoriser et soutenir le leadership communautaire ainsi que les initiatives menées par les communautés ; et
- fournir aux communautés des occasions et des moyens de participer activement à la riposte au VIH¹³ (voir aussi ci-après « Combattre la stigmatisation et la discrimination », page 79).



Nous plaidons en faveur d'un environnement habilitant qui protège et s'attache à promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées et qui soit propice à la mise en œuvre de programmes efficaces de riposte au VIH.

Nous plaidons en faveur

- d'un examen et d'une réforme de la législation, notamment dans les domaines de la santé publique et du droit pénal, afin de faire en sorte qu'elle s'applique comme il se doit au VIH et au sida et qu'elle soit conforme aux obligations internationales concernant les droits de l'homme¹⁴ ;

- de la promulgation de lois et de politiques antidiscriminatoires ainsi que d'autres lois et politiques protectrices, ou de l'amélioration de celles qui existent, en ce qui concerne notamment l'éthique en matière de recherche, la protection de la vie privée et le consentement éclairé au dépistage et au traitement¹⁵ ;
- de mécanismes de suivi et d'exécution, notamment de systèmes de plainte qui soient appropriés et accessibles aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées, afin de garantir la protection des droits de l'homme en cas d'infection à VIH¹⁶ ;
- de la création de services juridiques et connexes, ou de l'amélioration de ceux qui existent, afin de permettre aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées de connaître leurs droits et de les faire respecter¹⁷ ;
- d'une réforme des lois et des politiques qui stigmatisent les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées et entraînent des discriminations à leur encontre, et qui sapent leur accès à l'information, à l'éducation et aux moyens de prévention¹⁸ ;
- d'un examen et d'une réforme des lois réglementant les produits relatifs au VIH afin d'assurer une large disponibilité du matériel de prévention¹⁹ ;
- d'un rôle moteur actif au niveau politique et communautaire concernant la valeur et l'efficacité des programmes complets de réduction des risques en faveur des consommateurs de drogues injectables ;
- d'une réforme des systèmes de santé visant à promouvoir l'application de précautions universelles contre l'infection, notamment des pratiques d'injection sans risque et l'approvisionnement en sang non contaminé ;
- de la mise sur pied d'infrastructures de services de santé qui permettent d'assumer des programmes complets et intégrés de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien ;
- d'une plus large disponibilité de préservatifs masculins et féminins peu coûteux²⁰ ;
- de la mise au point de vaccins et de microbicides, ainsi que de l'accès à des mesures préventives au niveau communautaire²¹ ; et
- de l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et abordables²², notamment de l'amélioration de la fourniture de médicaments abordables par les gouvernements. Cet aspect inclut également diverses questions internationales touchant les licences obligatoires, les importations parallèles et un niveau de prix bas au niveau international pour les médicaments relatifs à l'infection à VIH²³, ainsi que les législations nationales applicables aux produits relatifs au VIH, de manière à assurer une large disponibilité de médicaments sûrs et efficaces à des prix abordables²⁴.

(Voir aussi les sections 2.4, Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme, et 3.8, Plaidoyer.)

Conseil et test volontaires (CTV)



Nous fournissons et/ou préconisons des services de conseil et test volontaires qui soient accessibles et confidentiels.

Dans de nombreuses parties du monde gravement touchées par le l'épidémie de VIH, seule une sur dix des personnes infectées par le VIH a connaissance de son infection²⁵. Le CTV est non seulement une voie d'accès menant au traitement, aux soins et au soutien pour les personnes vivant avec le VIH, mais aussi une composante essentielle de la prévention du VIH²⁶.

L'accès accru à la thérapie antirétrovirale (ARV) incitera sans doute davantage les gens à vouloir connaître leur statut sérologique VIH. Selon les estimations, dès 2005, jusqu'à 180 millions de

personnes par an devraient avoir besoin de CTV²⁷. Pour ces services, il est urgent de pouvoir opérer sur une échelle beaucoup plus vaste que cela n'a été le cas jusqu'à présent, notamment en dispensant le CTV dans différents types de structures de santé afin de multiplier les points d'accès à la prévention du VIH ainsi qu'au traitement, aux soins et au soutien²⁸.

Lorsque nous mettons sur pied ou intensifions des services de CTV, nous devons nous assurer et/ou recommander que ces services

- soient volontaires, et permettent aux gens de décider en toute connaissance de cause s'ils veulent se soumettre au test, après avoir reçu une information sur le but du test ainsi que sur le traitement, les soins et le soutien qui sont disponibles une fois que le résultat est connu ;
- respectent la confidentialité, et
- comprennent un service de conseil après dépistage qui informe les personnes dont le test sérologique VIH est positif sur la signification de ce diagnostic et sur la façon d'accéder au traitement, aux soins et au soutien, ainsi qu'aux programmes et services de prévention disponibles pour les aider. Pour ceux dont le test s'est révélé négatif, les conseils et les entretiens après dépistage offrent une occasion importante de réfléchir à leur stratégie personnelle de réduction des risques ou d'être aiguillés vers des programmes de prévention.

Le CTV est le parfait exemple de ce que les stratégies de santé publique et de protection des droits de l'homme peuvent faire pour se renforcer mutuellement. Le CTV protège les droits des gens en garantissant la confidentialité, en fournissant des informations sur la transmission du VIH et en personnalisant l'examen des risques de chacun, ce qui permet aux personnes concernées de prendre en toute connaissance de cause la décision de subir ou non le test ainsi que des décisions quant à leur propre risque. Il en résulte en outre une relation de confiance entre les personnes à risque et le système de santé, ce qui permet de maximiser l'efficacité des programmes de prévention et d'assurer l'accès aux services de traitement, de soins et de soutien s'il y a lieu. Le dépistage obligatoire, au contraire, engendre de la peur et nuit à la confiance et à la coopération entre la personne qui subit le test et le système de santé, ce qui sape les efforts de prévention²⁹.

Prévention du VIH

Une somme impressionnante d'éléments probants et d'expérience permet d'orienter efficacement la prévention du VIH. Les efforts de prévention n'atteignant même pas une sur cinq des personnes à risque, un des défis les plus importants auquel nous ayons à faire face aujourd'hui est de faire en sorte que ces connaissances soient appliquées systématiquement à l'intensification des efforts de prévention, afin que l'on puisse atteindre les millions de personnes risquant de contracter l'infection à VIH dans le monde³⁰. (Voir la section 3.10, Intensification des activités).



Nous fournissons et/ou préconisons des programmes complets de prévention du VIH afin de répondre à la diversité des besoins des individus et des communautés.

Pour encourager les individus à modifier leurs comportements, influencer les normes sociales en ce qui concerne les comportements à risque et nous attaquer aux obstacles sociaux, économiques, juridiques et politiques qui empêchent une prévention efficace, nous devons combiner plusieurs approches. Il a été démontré que les programmes de prévention visant à ce que toute la gamme des possibilités de prévention soit à la disposition des personnes les plus exposées – notamment l'accès aux préservatifs et à un matériel d'injection stérile et leur utilisation effective – avaient considérablement réduit le nombre de nouvelles infections à VIH dans le monde entier³¹.

Nous devons fournir et/ou préconiser une gamme complète de stratégies de prévention du VIH comprenant les éléments suivants

- une information correcte et accessible sur les risques d'infection à VIH et sur les moyens de se prémunir contre ces risques ;
- des programmes d'information, d'éducation et de communication adaptés aux publics cibles, comprenant notamment promotion de la santé sexuelle, conseil, discussions de groupe et soutien par les pairs ;
- l'accès à du matériel de prévention tel que préservatifs masculins et féminins et/ou matériel d'injection stérile, et des informations sur leur utilisation ;
- des programmes de marketing social et d'éducation communautaire capables de mobiliser les communautés et d'influencer leurs normes sociales d'une façon qui contribue à instaurer et maintenir des comportements plus sûrs ;
- l'accès à des programmes de conseil et test volontaires ainsi que de traitement, de soins et de soutien, comprenant également la prévention de la transmission mère-enfant ; et
- des efforts de plaidoyer qui s'attaquent aux obstacles sociaux, économiques, juridiques et culturels empêchant une prévention efficace du VIH.

Nous n'avons pas la preuve que des stratégies de prévention du VIH à visée unique, par exemple axées seulement sur la fourniture de préservatifs ou l'abstinence, puissent efficacement empêcher la transmission du VIH^{32,33}. Les programmes fondés uniquement sur l'abstinence, en particulier ceux destinés aux jeunes, répondent à une inquiétude : les programmes globaux de santé sexuelle et de prévention du VIH s'adressant aux jeunes risquent de hâter le début de l'activité sexuelle ou de conduire à la multiplicité des partenaires. Toutefois, une analyse de la recherche consacrée à l'impact des programmes de santé sexuelle et de prévention du VIH sur l'âge auquel les jeunes commencent leur vie sexuelle et leur niveau d'activité sexuelle ne corrobore pas ces préoccupations³⁴. Une analyse de données provenant d'une enquête nationale en Ouganda a permis de conclure que, parmi les diverses mesures essayées dans ce pays notamment l'abstinence, le report du début de l'activité sexuelle, la réduction du nombre de partenaires sexuels et l'utilisation accrue de préservatifs une plus grande abstinence était celle ayant le moins contribué à la diminution du risque de transmission du VIH. Les interventions avaient été beaucoup plus concluantes en ce qui concerne la limitation du nombre des partenaires sexuels et l'augmentation de l'utilisation des préservatifs qu'en ce qui concerne le pourcentage de jeunes s'abstenant de toute relation sexuelle³⁵.

Les changements de comportement, l'abstinence, la fidélité et l'utilisation de préservatifs (ABC : Abstinence, Be faithful, Condoms en français « abstinence, fidélité et préservatifs ») sont autant de facteurs qui ont un rôle à jouer dans la réduction de la transmission du VIH. Il est toutefois très important que l'abstinence et la fidélité ne soient pas promues en tant qu'approche privilégiée et les préservatifs en tant que « moyen de dernier ressort », ce qui stigmatiserait l'utilisation du préservatif. Les personnes qui sont vulnérables à l'infection à VIH doivent avoir accès à la gamme complète des possibilités de prévention, fournies sans préjugés, afin d'avoir la possibilité d'évaluer par elles-mêmes leur propre risque et de prendre en toute connaissance de cause des décisions leur permettant d'adopter les pratiques qui conviennent à leur cas. En ce qui concerne les comportements sexuels, cela peut signifier s'abstenir de relations sexuelles, limiter leurs partenaires sexuels, retarder le début de leur activité sexuelle, décider d'être fidèles à un seul partenaire, entreprendre un traitement pour des IST et utiliser des préservatifs afin de se protéger du VIH et des autres IST. En ce qui concerne la consommation de drogues injectables, cela peut vouloir dire s'abstenir ou cesser de consommer des drogues ou réduire leur consommation, entreprendre un traitement de la toxicomanie, utiliser des méthodes ne faisant pas appel aux injections ou utiliser systématiquement du matériel d'injection stérile.

En outre, l'approche ABC, bien que promue en tant qu'approche globale de prévention du VIH, demeure centrée sur les comportements individuels sans aborder les facteurs de société qui créent

la vulnérabilité. La fidélité exige que les deux membres d'une relation soient d'accord et ne prend pas en considération les expériences antérieures ni le statut sérologique VIH des individus concernés. Lorsqu'il y a un rapport de pouvoir inégal dans les relations sexuelles, souvent les femmes et les filles ne sont pas en mesure de négocier l'utilisation du préservatif. La coercition et la violence sexuelles, dans le cadre du mariage ou non, en temps de conflit ou de paix, augmentent le risque d'infection à VIH pour les femmes et les filles³⁶. Cet état de fait met en évidence la nécessité d'adopter une approche globale de la prévention du VIH s'attaquant aux causes cachées de la vulnérabilité au VIH et à ses conséquences.



Nos programmes de prévention du VIH permettent aux individus d'acquérir les compétences nécessaires pour se protéger et/ou protéger les autres de l'infection à VIH.

Les programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) peuvent comporter diverses approches, notamment

- le recours aux médias pour informer le public et établir dans les communautés des normes positives propices au maintien de comportements plus sûrs afin de prévenir la transmission du VIH ;
- des activités de conseil intensives, interactives et personnalisées ; et
- des groupes de discussion et un dispositif de soutien des pairs.

Pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des personnes vulnérables à l'infection à VIH, nous devons fournir des programmes d'IEC qui

- établissent dans les communautés des normes positives propices au maintien de comportements plus sûrs ;
- donnent aux gens la compréhension et les techniques nécessaires pour réduire leurs risques de contracter l'infection et réduire le risque de transmission du VIH, par l'adoption durable d'une sexualité sans risque et de pratiques d'injection plus sûres et/ou la prise de décisions en toute connaissance de cause concernant le traitement, ainsi que des pratiques d'accouchement et d'alimentation des nourrissons visant à réduire la transmission mère-enfant ;
- fournissent des informations, un soutien et des stratégies incitant à persévérer dans les comportements sans risque ;
- facilitent la discussion des questions et des problèmes auxquels les gens peuvent être confrontés dans leurs relations sexuelles et affectives, notamment les difficultés concrètes que doivent affronter les partenaires sérodiscordants, la révélation de son statut aux partenaires sexuels, et les risques de réinfection par des souches virales différentes lorsque cette information est pertinente en raison de la disponibilité des thérapies antirétrovirales ; et
- parlent de l'hygiène au foyer et des précautions à prendre en cas d'infection.



Nos programmes de prévention du VIH font en sorte que les individus aient accès au matériel de prévention de l'infection à VIH, et reçoivent les informations nécessaires sur son utilisation.

Il faut fournir de la documentation et des produits adaptés aux besoins de ceux qui n'ont pas les moyens de les acquérir ou d'y accéder. Ces produits sont notamment

- des préservatifs et des lubrifiants, notamment ceux que l'on peut trouver localement, ainsi que l'information permettant de les utiliser efficacement, et d'autres options telles que les préservatifs féminins³⁷ ;

- du matériel d'injection stérile, ou à défaut des produits de stérilisation fiables, tels que l'eau de javel, accompagnés de leur mode d'emploi ;
- des produits fournis par l'intermédiaire des programmes de proximité dans des lieux ou des environnements où se déroulent des activités sexuelles et de consommation de drogues, comme par exemple les locaux du commerce du sexe, les lieux extérieurs non commerciaux où des personnes se rendent pour trouver des partenaires sexuels et les lieux où la consommation de drogues injectables est courante ;
- des produits fournis par diverses structures de soins de santé, tels que des programmes de santé sexuelle et reproductive ; et
- de la documentation ciblée pour accompagner la distribution des produits afin qu'ils soient utilisés correctement et afin de promouvoir l'accès à des programmes de CTV, de prévention du VIH et de traitement, de soins et de soutien.



Nous mettons en œuvre et/ou préconisons des programmes complets de réduction des risques destinés aux consommateurs de drogues injectables.

L'expression **réduction des risques** s'applique aux politiques et aux programmes visant à prévenir et réduire les risques associés à la consommation de drogues injectables³⁸.

La consommation de drogues injectables constitue un facteur très important de l'épidémie en Asie, en Amérique du Nord, en Europe occidentale, ainsi que dans des parties de l'Amérique latine, du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Dans quelques pays de l'Europe orientale, particulièrement dans les pays de l'ancienne Union soviétique, la consommation de drogues injectables est la cause majeure de l'épidémie parmi les jeunes³⁹. Une gamme complète de mesures de réduction des risques est indispensable si l'on veut lutter de façon efficace contre les risques de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables.

Nous devons mettre en œuvre et/ou préconiser des programmes complets de réduction des risques qui

- dispensent des informations bien ciblées sur la prévention de la transmission du VIH, et sur l'accès à du matériel d'injection stérile⁴⁰ ;
- prévoient des activités d'information, d'éducation et de communication sur le VIH pour les consommateurs de drogues injectables⁴¹ ;
- assurent l'accès au traitement de la toxicomanie, notamment à des traitements de substitution tels que la méthadone⁴² ;
- utilisent des stratégies de sensibilisation communautaire afin de permettre aux consommateurs de drogues injectables d'accéder aux informations sur la prévention du VIH, aux moyens préventifs, au traitement de la toxicomanie, aux services de CTV ainsi qu'aux programmes de traitement, de soins et de soutien⁴³ ; et
- répondent aux besoins des détenus en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien⁴⁴.

Traitement, soins et soutien

Dans les pays les plus touchés, les systèmes de santé sont souvent mal équipés pour faire face aux besoins essentiels des communautés dans le domaine de la santé et, à plus forte raison, à la nécessité de mettre une gamme complète de services de traitement⁴⁵, de soins et de soutien à la disposition des personnes vivant avec le VIH, de leurs partenaires, des membres de leur famille et des dispensateurs de soins. Toutefois, l'engagement mondial exprimant la volonté d'élargir l'accès aux médicaments antirétroviraux offre de nouvelles opportunités de plaider en faveur d'une intensification qui renforcerait les systèmes de santé et les capacités des communautés. Dans des contextes où l'infrastructure de santé est déficiente et où les ressources sont limitées, les principes de bonnes pratiques peuvent guider les ONG lorsqu'elles plaident en faveur de programmes complets et intégrés de traitement, de soins et de soutien.

L'impact de l'infection à VIH sur les personnes vivant avec le virus, leur famille, leurs partenaires, les personnes à leur charge et les dispensateurs de soins est complexe et a des conséquences considérables, notamment

- Désespoir au sujet des conséquences de la progression de la maladie, des effets des maladies liées au VIH, de la possibilité de la mort et du deuil ;
- crainte d'être infectés et d'infecter les autres ;
- isolement social, notamment détérioration des relations familiales et baisse ou perte du statut social ;
- difficultés économiques, comme la diminution ou la perte de ses moyens d'existence ou de son emploi, l'impossibilité de faire face à ses obligations à l'égard des personnes à charge, le fardeau que portent les enfants et les jeunes, obligés de subvenir ou de contribuer à subvenir aux besoins de leur famille économiquement et en matière de soins de santé ; et
- nombreuses manifestations de stigmatisation et de discrimination.

La présente section énonce des principes de bonnes pratiques applicables au traitement, aux soins et au soutien en cas d'infection à VIH, mais les conséquences si complexes de cette infection sur les individus, les familles et les communautés soulignent la nécessité d'encourager les partenariats stratégiques afin de faciliter l'orientation des personnes concernées vers d'autres programmes et des activités conjointes, de façon à répondre à la diversité des besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées (voir les sections 3.3, Partenariats plurisectoriels, et 4.3, Intégrer le VIH).



Nous mettons en œuvre et/ou préconisons des programmes de traitement, de soins et de soutien.

En règle générale, les ONG ne proposent que quelques-unes des composantes des services et des programmes globaux de traitement, de soins et de soutien, le plus souvent sous la forme de soins et de soutien à domicile. Quelques ONG, toutefois, dispensent une gamme plus large de services, notamment des services cliniques.

Nous devons mettre en œuvre et /ou préconiser une gamme complète et intégrée de services et programmes de traitement, de soins et de soutien⁴⁶, notamment

- les services de CTV accessibles et de grande qualité (voir « Conseil et test volontaires », page 64) ;
- une information adaptée sur diverses questions de santé, notamment sur le traitement par les antirétroviraux y compris les effets secondaires et l'adhésion au traitement, le traitement des infections opportunistes et les services de prévention du VIH, de soins et de soutien qui

- sont disponibles, ainsi que des questions connexes concernant notamment les programmes de prévention de la tuberculose, des IST, et de l'infection à VIH ;
- des programmes de soutien adaptés, comprenant services de conseil, groupes de discussion, soutien par les pairs et soutien spirituel ;
 - des services de soins, comportant des soins à domicile, ainsi que des soins infirmiers et palliatifs ;
 - des programmes de traitement du VIH comprenant la gestion clinique des infections opportunistes et des maladies associées au VIH, le suivi et la gestion de la progression de la maladie et l'accès à la thérapie antirétrovirale (voir aussi le principe de bonnes pratiques relatif au plaidoyer pour un environnement habilitant, notamment l'accès au traitement, à la section 3.8, Plaidoyer, page 49) ;
 - le traitement et la prévention de la tuberculose et des IST⁴⁷ ;
 - des dispositifs de soutien et d'aide, y compris de soutien par les pairs, concernant les aspects non cliniques du traitement, notamment l'adhésion continue au traitement et les besoins nutritionnels ;
 - des informations concernant l'hygiène ménagère et les précautions de stérilisation ;
 - une gamme de programmes de soutien, notamment pour l'alimentation, l'habillement ainsi qu'une assistance juridique et un soutien socioéconomique ; et
 - des services de soutien, de répit et de formation pour les membres de la famille des personnes vivant avec le VIH et les personnes qui leur prodiguent des soins.

(Voir aussi la section 4.3, Intégrer le VIH.)



Nous donnons aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées les moyens de faire face à leurs besoins en matière de traitement, de soins et de soutien.

Lorsque nous dispensons des services de traitement, de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH, nous devons

- faire participer à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes les personnes vivant avec le VIH, leur famille, leurs partenaires, les personnes à leur charge et les personnes qui leur dispensent les soins⁴⁸. Ceci comprend un processus visant, dans le cadre de la préparation des communautés à l'accès au traitement antirétroviral, à faire mieux connaître ce traitement et les questions de santé en cas d'infection à VIH, afin que ceux qui dispensent les traitements comprennent bien les croyances, les connaissances et les besoins des communautés⁴⁹ ;
- fournir une évaluation individuelle des besoins des personnes vivant avec le VIH en matière de traitement, de soins et de soutien, en prenant en considération les besoins de leurs partenaires, de leurs enfants et d'autres membres de leur famille, ainsi que des personnes qui leur prodiguent des soins ;
- proposer des programmes de soutien sur mesure permettant aux gens de faire face aux conséquences de l'infection à VIH et de prendre des décisions en connaissance de cause sur leurs besoins en matière de traitement, de soins et de soutien ; et
- faire en sorte que les effets sociaux, économiques et psychosociaux de l'infection à VIH sur les personnes vivant avec le virus, leur famille et les personnes qui leur dispensent des soins soient pris en compte (voir « Programmes de développement et d'aide humanitaire » dans la section 4.3, page 76).

Les soins à domicile et à base communautaire constituent toujours une partie importante de la riposte au VIH. Nos programmes de soins et de soutien se doivent d'aider les partenaires, les autres membres de la famille, ainsi que les amis et les volontaires qui prodiguent des soins et un soutien aux personnes vivant avec le VIH, en

- Fournissant une formation et des ressources afin que les dispensateurs de soins disposent d'une information appropriée sur la prévention du VIH et les soins en cas d'infection à VIH, et connaissent les services de santé à disposition ;
- encourageant les dispensateurs de soins à acquérir et conserver les compétences nécessaires pour fournir des soins de qualité ; et
- faisant en sorte que les dispensateurs de soins reçoivent l'appui nécessaire pour éviter l'épuisement, grâce à des services de conseil, de soutien par les pairs et d'aide sociale, ainsi que des services de répit.

Combattre la stigmatisation et la discrimination

La **stigmatisation** est un processus instaurant et perpétuant des relations de pouvoir inéquitables, dans lesquelles des attitudes négatives envers un groupe de personnes, au motif de caractéristiques telles que leur statut sérologique VIH, leur sexe, leurs préférences sexuelles ou leur comportement, sont suscitées et entretenues afin de légitimer des groupes dominants dans la société. La **discrimination** est une manifestation de la stigmatisation. Elle peut être définie comme toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires, par action ou omission, fondée sur une caractéristique que l'on stigmatise

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH proviennent d'inégalités préexistantes liées au sexe, à la race et à des facteurs socioéconomiques, ainsi que de préjugés concernant la consommation de drogues injectables, le commerce du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et renforcent ces inégalités et préjugés. Préjugés et inégalités se conjuguent avec la peur que suscite l'infection à VIH pour créer un terrain fertile sur lequel la stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent s'épanouir⁵⁰. Un nombre important de recherches démontrent que ce phénomène de stigmatisation et de discrimination face à l'infection à VIH est très répandu : à titre d'exemple, on peut citer le harcèlement policier à l'encontre des professionnel(le)s du sexe, des consommateurs de drogues injectables et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; le fait que des personnes vivant avec le VIH se voient refuser l'accès aux services de santé ; les violations du secret professionnel ; la discrimination dans le domaine de l'emploi, et la violence et les abus sexuels contre des femmes et des filles⁵¹. Souvent, les familles, les partenaires et les enfants des personnes vivant avec le VIH supportent eux aussi le poids de la stigmatisation et de la discrimination⁵².

La stigmatisation et la discrimination augmentent la vulnérabilité et ont des conséquences nuisibles sur le plan sanitaire, financier, social et affectif pour les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées. Elles ont pour effet d'aliéner les personnes le plus gravement affectées par le VIH, engendrant chez les gens la peur de connaître leur statut sérologique VIH, d'adopter des mesures de prévention et de faire appel à des services de conseil, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien⁵³. Le fait ou la crainte de subir stigmatisation et discrimination peut être intériorisé et entraîner isolement volontaire, perte de l'estime de soi, difficulté à persévérer dans des comportements sans risques et perte de la motivation incitant à exercer un contrôle sur sa propre santé⁵⁴.

Pour s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, il est nécessaire de faire appel à des approches multiples qui permettront de faire en sorte que

- les individus connaissent leurs droits et reçoivent un soutien pour faire face à la stigmatisation, la discrimination et à leurs conséquences ;
- les communautés soient encouragées à examiner la nature et l'impact de la stigmatisation et de la discrimination et à jouer un rôle actif dans la prévention et l'élimination de ces comportements ;
- les institutions, telles que les milieux professionnels et les structures de soins de santé, soient encouragées à promouvoir la non-discrimination par le biais de programmes et de politiques efficaces sur le lieu de travail ; et
- la législation et les politiques soient exemptes d'éléments stigmatisant ou discriminant les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées.

(Voir aussi la section 2.4, Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme ; la section 3.8, Plaidoyer ; et le plaidoyer en faveur d'un environnement habitant dans « Approche transversale » sous 4.2, Programmes de riposte au VIH, page 62.)



Nous faisons en sorte que les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées puissent comprendre leurs droits et s'élever contre la discrimination et ses conséquences.

Les individus et les communautés doivent être capables d'identifier comme étant de la discrimination telle ou telle expérience qu'ils vivent, de comprendre quels sont leurs droits et d'avoir suffisamment d'information et de ressources pour prendre des mesures face à la discrimination.

Nous devons fournir aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées

- une information sur leurs droits qui leur soit facilement accessible ;
- une information sur leurs droits qui leur soit facilement accessible
- des conseils et de l'aide pour leur permettre de prendre des mesures face à la discrimination, par le biais de services de défense individuels ou en les aiguillant vers des institutions qui peuvent les défendre, par exemple des organisations de droits de l'homme, des services juridiques et des syndicats ; et
- de l'aide pour faire face et s'attaquer aux conséquences de la discrimination, notamment des dispositifs de soutien par les pairs et de conseil, des groupes de discussions et un aiguillage efficace vers des services de logement, d'emploi, etc.



Nous surveillons la discrimination systémique et nous y ripostons.

Il est essentiel, dans la riposte à l'épidémie, de surveiller la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, de sensibiliser le public à leurs conséquences et de mettre cette connaissance au service des efforts d'éducation et de plaidoyer. Il est important que les programmes comportent une stratégie systématique visant à répertorier et à analyser les manifestations de stigmatisation et de discrimination ainsi que les efforts que font les gens pour y faire face car cela nous permet de comprendre

- la nature de la stigmatisation et de la discrimination dans un contexte donné ; et
- les expériences des individus et des communautés qui font usage des mécanismes de plainte contre la discrimination, d'autres mécanismes de plainte à base législative et de stratégies informelles pour s'attaquer à la discrimination.

Les recherches pertinentes, notamment les données provenant du suivi des expériences de stigmatisation et de discrimination que vivent les personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, peuvent être utilisées pour

- identifier la discrimination systémique dans des domaines particuliers, tels que les soins de santé, l'emploi, l'éducation et le milieu carcéral ;
- identifier les institutions qui encouragent la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, par exemple services de police, services d'immigration⁵⁵, milieux militaires et médias ;
- doter d'un niveau de priorité élevé et éclairer de données pertinentes des initiatives de plaidoyer et d'éducation ciblant des environnements où la discrimination est courante ; et
- éclairer de données pertinentes les efforts de plaidoyer en faveur de la réforme des législations et des politiques qui stigmatisent les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées (voir le plaidoyer en faveur d'un environnement habitant dans « Approche transversale » sous 4.2, Programmes de riposte au VIH, page 62).

Ainsi, dans les contextes où la discrimination est largement répandue au sein des structures de soins de santé, la priorité pourrait être donnée au plaidoyer en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre, dans le domaine de la riposte au VIH, de politiques et de pratiques qui empêchent la discrimination, et notamment de procédures efficaces visant à ce que

- la confidentialité soit respectée ;
- le dépistage soit volontaire et repose sur des services de conseil pré- et post- test ;
- le consentement éclairé de la personne concernée soit obtenu avant tout dépistage ou traitement ;
- les précautions universelles contre l'infection soient appliquées ;
- le personnel soit formé de façon à contribuer à l'application des politiques de non-discrimination dans la pratique ; et
- des mécanismes de plainte soient disponibles et accessibles pour s'attaquer à la discrimination lorsqu'elle se produit.



Nous faisons en sorte que les communautés comprennent ce qu'est la stigmatisation liée à l'infection à VIH et la combattent.

Nous devons combattre la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées en⁵⁶

- les faisant participer à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes qui s'attaquent à la stigmatisation et à la discrimination ;
- améliorant les connaissances de la communauté sur la forme, les causes et les effets de la stigmatisation et de la discrimination liées à l'infection à VIH ;
- créant des occasions, pour les communautés, d'examiner leurs propres préjugés et de s'attaquer aux peurs et aux idées fausses qui existent au sujet de la transmission du VIH ;
- utilisant un ensemble de stratégies comprenant notamment des campagnes d'information du public, des activités en ateliers participatifs ainsi qu'un engagement actif des communautés dans la mise en œuvre de programmes de prévention et de soins ; et
- associant les dirigeants politiques, religieux et communautaires à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH⁵⁷.



Nous encourageons les partenariats avec les institutions des droits de l'homme, les services juridiques et les syndicats afin de promouvoir et de protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées.

Nous devons encourager les partenariats avec les organisations et institutions des droits de l'homme, les services juridiques, les juristes, les syndicats et d'autres organismes militants concernés, afin

- de susciter une prise de conscience de la stigmatisation et de la discrimination et d'encourager le développement de compétences juridiques et de plaidoyer relatives au VIH ;
- d'assurer l'accès des personnes qui s'efforcent de faire respecter leurs droits à des services de conseil juridique et de défense des droits ;
- d'assurer l'accès à des organisations et des individus qui peuvent contribuer à dispenser une formation au personnel et aux volontaires concernés sur les questions juridiques liées au VIH et les réseaux auxquels s'adresser ; et
- de mettre au point des stratégies et des programmes conjoints de plaidoyer, notamment parmi les ONG ayant des compétences en matière de droits de l'homme et d'autres ONG engagées dans la riposte au VIH, afin de prévenir la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, d'y riposter lorsqu'elle se produit, et de promouvoir plus largement la protection des droits de l'homme, notamment en défendant les droits des femmes et des enfants et en s'attaquant aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité, telles que la pauvreté et l'inégalité d'accès à l'éducation.

(Voir aussi la section 3.3, Partenariats plurisectoriels, et le principe de bonne pratique consistant à plaider pour une réforme des législations et des politiques afin de s'attaquer aux causes cachées de la vulnérabilité au VIH, dans la section 4.3, page 83).

4.3 Intégrer le VIH

La section 4.1 définit la notion d'intégration du VIH et examine la relation réciproque qui existe entre cette intégration et les programmes directs de riposte au VIH. Intégrer le VIH est un processus d'apprentissage qui exige un changement des attitudes, l'acquisition de compétences et une bonne compréhension des effets de l'infection à VIH dans les communautés, si l'on veut adapter les programmes de développement et d'aide humanitaire de telle façon qu'ils puissent participer efficacement à la riposte. L'intégration requiert à la fois des changements organisationnels et des changements dans les programmes. Pour les changements organisationnels nécessaires à une intégration réussie, voir le chapitre 3, qui traite des principes organisationnels, et en particulier les sections 3.5, Mission et gestion de l'organisation ; 3.6, Planification, suivi et évaluation des programmes, et 3.10, Intensification des activités. La présente section traite principalement de l'intégration du VIH dans les programmes de développement et d'aide humanitaire.

Le processus d'intégration du VIH



Nous examinons nos programmes de développement et d'aide humanitaire afin d'évaluer leur adéquation au double objectif de réduire la vulnérabilité au VIH et d'agir sur les conséquences de l'infection à VIH.

La nature des activités de développement et d'aide humanitaire veut que nous travaillions avec des personnes qui sont toutes dans une certaine mesure vulnérables à l'infection à VIH et à ses conséquences. Toutefois, une appréciation plus précise de la façon dont le VIH et le sida ont modifié le contexte des activités de développement et d'aide humanitaire est indispensable si l'on veut que les compétences des ONG de développement et d'aide humanitaire soient utilisées pleinement pour agir sur les causes et les conséquences de l'infection à VIH.

Les ONG travaillant dans le domaine du développement et de l'aide humanitaire doivent étudier et comprendre l'impact du VIH et du sida sur la vie quotidienne des gens : sur leurs activités génératrices de revenus, que ce soit dans l'agriculture, le commerce ou en tant que salariés ; sur leurs activités familiales et privées, comme élever des enfants, aller à l'école, s'occuper des membres de la famille qui sont malades et gérer leur propre maladie ; et, enfin, sur leur participation à des activités communautaires⁵⁸. Ce sont le plus souvent les femmes, les filles et les membres âgés de la famille, notamment les grands-parents, qui doivent assumer la charge engendrée par la maladie et les soins aux malades. Cette situation nuit à la capacité de ces personnes à participer à la vie communautaire, ce qui les rend « invisibles » et réduit leur accès aux programmes de développement et d'aide humanitaire. Si une personne chargée de pourvoir à l'entretien de la famille tombe malade ou décède, la pauvreté augmente rapidement. Les changements touchant la composition des ménages, par exemple lorsqu'ils sont dirigée par un enfant, une femme ou des grands-parents, peuvent signifier qu'il faudra modifier les objectifs des programmes ou les méthodes de travail, afin d'atteindre ceux qui en ont besoin et répondre à leurs besoins particuliers.

Les ONG humanitaires doivent comprendre la nature de la vulnérabilité à l'infection à VIH et ce qu'implique cette infection dans les situations d'urgence. En effet, celles-ci font intervenir un grand nombre de facteurs qui entraînent une plus grande vulnérabilité à l'infection à VIH et aggravent les effets du VIH, notamment

- la pauvreté et l'instabilité sociale nuisent à la cohésion familiale et communautaire et affaiblissent souvent les normes sociales de régulation des comportements ;
- les femmes et les enfants risquent davantage de subir des violences, et peuvent être contraints d'avoir des rapports sexuels pour obtenir accès à des nécessités de base telles que la nourriture, l'eau et les installations d'assainissement ;
- à travers le déplacement, des populations ayant des niveaux de prévalence du VIH différents entrent en contact les unes avec les autres ;
- les infrastructures de santé peuvent être sollicitées au-delà de leurs capacités, ce qui nuit à l'accès des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées aux soins de base ; et
- l'insuffisance des mesures de précaution contre l'infection, le manque de préservatifs et la présence de forces militaires, de forces de maintien de la paix et d'autres groupes armés peuvent contribuer à accroître les taux de transmission⁵⁹.

L'intégration du VIH est un processus d'apprentissage qui exige que les ONG de développement et d'aide humanitaire comprennent

- comment le VIH et le sida modifient le contexte dans lequel se déroulent leurs programmes et affectent la nature de leur travail ;

- si, et de quelle manière, les programmes peuvent réduire la vulnérabilité ou au contraire l'accroître sans le vouloir⁶⁰; et
- comment les divers programmes peuvent s'attaquer à la vulnérabilité au VIH et agir sur ses conséquences selon les compétences spécifiques des ONG.

La recherche communautaire est essentielle pour comprendre de quelle façon le VIH et le sida touchent les gens dans un contexte donné⁶¹. Nous devons faire participer les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées – notamment les familles, les partenaires, les parents à charge et les proches soignants des personnes vivant avec le VIH – à une évaluation participative qui permette de comprendre quels sont les besoins non satisfaits et d'y répondre, ainsi qu'à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes qui sont adaptés pour répondre aux besoins recensés (voir les sections 3.2, Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et 3.10, Intensification des activités).



Nous travaillons dans le cadre de partenariats afin d'accroître au maximum l'accès des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à une gamme intégrée de programmes visant à répondre à leurs besoins.

Nous devons fonder nos activités sur la mobilisation de nos propres compétences tout en travaillant dans le cadre de partenariats avec des organisations qui sont en mesure de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées. Grâce à des systèmes d'aiguillage efficaces et à des projets en partenariat entre programmes spécifiquement axés sur la riposte au VIH et programmes de développement et d'aide humanitaire, les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées peuvent avoir facilement accès aux services et aux programmes les plus appropriés pour répondre à leurs besoins. Les mesures visant à répondre aux besoins matériels et psychosociaux des personnes vivant avec le VIH et de leur famille, de leurs partenaires, des personnes à leur charge et des personnes qui leur dispensent des soins sont également examinées sous « Traitement, soins et soutien » à la section 4.2, page 69.

(Voir aussi la section 3.3, Partenariats plurisectoriels, et la section 4.2, Approche transversale, page 62.)

Programmes de développement et d'aide humanitaire

Comparée à la somme de connaissances et d'expérience accumulée dans les programmes de riposte au VIH, l'expérience d'intégration du VIH dans d'autres programmes est encore relativement limitée. C'est pourquoi, plutôt que d'énoncer des principes de bonnes pratiques éclairés par des données probantes, la présente section fait fond sur l'expérience acquise à ce jour en fournissant quelques exemples de la façon dont, dans le contexte du développement à long terme et de l'aide humanitaire, des projets spécifiques peuvent être adaptés afin d'accorder une attention particulière au VIH⁶³. Ces exemples mettent en évidence la nécessité d'apprendre par la pratique, de partager les données d'expérience et d'améliorer notre capacité à suivre et évaluer l'efficacité de nos efforts⁶⁴. Cette approche, à son tour, appuiera le plaidoyer visant à ce que d'autres secteurs intègrent le VIH dans leur activité principale et contribuera également à la mobilisation de ressources supplémentaires pour l'intégration du VIH (voir les sections 3.6, Planification, suivi et évaluation des programmes, et 3.9, Recherche).



Nous concevons ou adaptons les programmes de développement de manière à réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et à répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées.

L'infection à VIH a un impact considérable sur la **sécurité alimentaire**, la **nutrition** et les **moyens d'existence** des ménages, et ce de façon plus flagrante dans les pays où la prévalence est élevée. La sécurité alimentaire des ménages diminue à mesure que les maladies et les décès liés au VIH portent atteinte à la production agricole, à la transmission des pratiques d'exploitation de la terre, à l'effectif de main-d'œuvre disponible et à l'offre d'emplois saisonniers. Les stocks de denrées alimentaires diminuent avec la chute de la production, l'accès à la nourriture diminue à cause de la perte de revenus, et l'utilisation de la nourriture est compromise du fait que le type et la quantité d'aliments consommés changent. Lorsque la consommation alimentaire diminue, alors la malnutrition s'accroît, et celle-ci affaiblit l'immunité aux maladies et accroît la probabilité qu'ont les personnes vivant avec le VIH de contracter des maladies opportunistes.

La nécessité de se procurer de la nourriture peut avoir plusieurs effets négatifs : conduire certains à vendre des actifs productifs, ce qui nuit à la sécurité alimentaire sur le long terme ; encourager les familles à retirer les enfants, et en particulier les filles, de l'école ; et engendrer des stratégies de survie qui accroissent le risque de transmission du VIH, comme la migration à la recherche de travail ou le commerce du sexe. Les conséquences courantes sont un déclin des revenus, des économies et des moyens d'existence qui peut accroître la vulnérabilité des familles et des communautés. L'impact sur les ménages varie en fonction de nombreux facteurs, tels que la situation économique, la dimension de la famille, l'état de santé de ses membres et la solidité du soutien et des réseaux sociaux.

Nous devons faire en sorte que les programmes de développement

- atteignent les familles dans les zones où les possibilités d'emploi sont limitées, où l'approvisionnement alimentaire est aléatoire, où la capacité de générer des revenus est menacée par les maladies ou les décès liés au VIH, et où la productivité est réduite en raison de la charge accrue des soins à donner et/ou à cause de modifications dans la composition des familles, par exemple dans les cas de ménages dirigés par des grands-parents, des femmes seules ou des enfants⁶⁵ ;
- soutiennent la capacité des individus, des ménages et des communautés à faire face (résilience) en cas de mauvaise santé, notamment à l'aide de stratégies telles que la constitution d'un patrimoine protecteur et la préservation des relations familiales et communautaires, notamment en investissant dans ces relations⁶⁶ ;
- élaborent et promeuvent des techniques et des méthodes visant à faire face aux changements touchant l'emploi ou d'autres ressources ;
- facilitent le transfert intergénérationnel des connaissances traditionnelles et institutionnelles sur les aptitudes utiles dans la vie et sur les moyens d'existence ;
- évaluent les effets de l'infection à VIH à un niveau plus large que les ménages, afin de pouvoir contrer ces effets sur les systèmes sociaux, le capital humain, l'infrastructure, l'environnement et autres actifs communautaires ; et
- suivent les modifications de la vulnérabilité dans le temps, à mesure que les familles et les communautés réagissent et s'adaptent à l'impact de l'infection à VIH, et ripostent en conséquence.

Différents types de programmes de développement peuvent être adaptés pour riposter aux différentes manières dont le VIH a touché la vie des individus, des familles et des communautés. On en trouvera ci-dessous quelques exemples.

Les **projets agricoles** ont un rôle essentiel à jouer dans la réduction de la vulnérabilité au VIH et à ses conséquences dans les communautés rurales. Plusieurs études ont montré que la production agricole des ménages touchés par le sida diminue de près de 50%, ce qui fait non seulement chuter les gains, mais entraîne aussi une réduction des surfaces cultivées, l'obligation de vendre des actifs productifs, et une perte de savoir à mesure que les familles se rabattent sur les cultures de subsistance⁶⁷.

Les ONG qui mettent en œuvre des projets agricoles doivent

- élaborer et promouvoir des techniques agricoles économes en main-d'œuvre ;
- promouvoir la diversification des cultures, notamment en introduisant des techniques appropriées adaptées à la main-d'œuvre disponible et aux besoins nutritionnels des ménages affectés, et
- faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées aient accès aux crédits, aux outils et aux savoirs appropriés, tels que le transfert intergénérationnel des connaissances coutumières et institutionnelles sur les pratiques et techniques agricoles.

Les modifications à apporter aux programmes agricoles peuvent inclure notamment

- l'utilisation de batteuses, de moulins, de brouettes et de charrettes afin d'alléger les besoins en main-d'œuvre des ménages ;
- des outils et techniques mieux adaptés aux jeunes, aux personnes âgées ou aux personnes affaiblies ;
- du bétail mieux adapté aux ménages vulnérables grâce à son rendement rapide et permettant l'accumulation d'actifs par exemple lapins et poulets, plus faciles à élever et se reproduisant plus rapidement ;
- le compostage, le paillage et l'utilisation de fumier et de cendres provenant du brûlage des résidus de cultures, sans utilisation de produits chimiques onéreux⁶⁸ ;
- la localisation de la production à côté de la maison, notamment sous forme de jardins potagers, et la pratique de la culture intercalaire afin de réduire le travail de désherbage⁶⁹.

Des projets de microfinancement ou des systèmes d'épargne et de crédit peuvent aider les ménages à accroître leurs revenus et à se constituer des actifs, de façon à réduire leur vulnérabilité au VIH et à contrer ses conséquences. Les ONG qui mettent en œuvre des **systèmes de microfinancement** et de **microcrédit** doivent examiner comment ces systèmes peuvent être adaptés aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées sans pour autant que cela compromette leur durabilité. Les approches à utiliser peuvent inclure

- l'aménagement des règlements souples et permettre aux emprunteurs d'interrompre le cycle d'épargne et de crédit tout en demeurant membres ;
- l'adoption de règles visant à protéger l'épargne réalisée par les femmes mariées, qui pourrait autrement devenir la propriété des parents de leur mari si elles devenaient veuves ;
- le fait de permettre à d'autres membres de la famille d'assumer un emprunt contracté par un parent malade ou décédé, ou de reprendre l'emprunt à son compte ; et
- la mise sur pied d'une banque communautaire simple afin de permettre aux personnes qui sont exclues des plans de crédit en raison de leur vulnérabilité économique de mettre de l'argent de côté pour pouvoir, à terme, accéder au plan de microfinancement⁷⁰.

Le double défi que constituent l'infection à VIH et une situation dangereuse en matière d'**eau et d'assainissement** touche principalement les populations pauvres et marginalisées, en particulier les femmes, les filles et les personnes vivant avec le VIH. Le déplacement nécessaire pour aller chercher de l'eau peut exposer les femmes et les filles à des risques de violence sexuelle. Le manque d'eau peut les amener à échanger des rapports sexuels contre l'accès à cette ressource vitale⁷¹. Les problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont également des conséquences néfastes pour les personnes vivant avec le VIH, eau polluée ou nourriture contaminée étant une cause fréquente de diarrhée, laquelle accélère la progression des maladies liées au VIH. L'accès à de l'eau potable en quantité suffisante est aussi essentiel pour les personnes qui sont sous médication.

Les modifications à apporter aux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement pour régler le problème de l'accès des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à de l'eau sûre peuvent notamment comprendre les éléments suivants⁷²

- instaurer un rôle de gestion de projets d'eau et d'assainissement à l'intention de groupes de femmes, en particulier de veuves et autres femmes marginalisées, et leur assigner la fonction de responsables des points d'eau, avec une compensation appropriée pour le temps qu'elles doivent y consacrer ;
- créer un « filet de sécurité » afin d'assurer l'accès des familles les plus démunies, qui n'ont pas les moyens de payer les sommes nécessaires ;
- mettre sur pied des stratégies de mobilisation communautaire concernant l'accès à l'eau potable, qui s'attaquent notamment aux idées fausses relatives à une supposée contamination de l'eau par le VIH et sensibilisent tous les membres de la communauté aux droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, en particulier des femmes et des filles, ainsi qu'à la question de leur accès aux installations ;
- créer des mécanismes permettant de dénoncer les abus et de traiter les plaintes concernant des problèmes d'accès ;
- installer les latrines et les points d'eau à des emplacements appropriés afin de réduire les risques de violence sexuelle ;
- faire participer les personnes vivant avec le VIH et les groupes féminins à la promotion de traitements assurant de l'eau salubre sur les lieux d'utilisation ;
- prévoir des stratégies d'approvisionnement en eau salubre et une éducation en la matière dans tous les programmes de riposte au VIH, qu'ils soient mis en œuvre dans des centres de soins ou dans la communauté, y compris les soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH ; et
- dispenser une éducation concernant l'eau salubre et l'hygiène dans le cadre de tous les soins prénatals, et veiller à ce que les mères choisissant de nourrir leur bébé au lait maternisé aient accès à de l'eau salubre.



Nous faisons en sorte que nos programmes humanitaires réduisent la vulnérabilité à l'infection à VIH et répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées.

L'attention se tourne de plus en plus vers la lutte contre la vulnérabilité à l'infection à VIH et les effets de cette infection dans les situations d'urgence, notamment lors de catastrophes naturelles comme la sécheresse et les tremblements de terre, ou dans le cadre de conflits armés⁷³. L'action humanitaire dans ces contextes a beaucoup en commun avec le travail de développement, dont les programmes répondent aux besoins de populations non déplacées en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de sécurité alimentaire, de logement et de soins de santé.

Les *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence* du Comité permanent interorganisations (IASC) utilisent un éventail de stratégies pour s'attaquer à la vulnérabilité au VIH et agir sur les conséquences de cette infection, notamment des mesures spécifiquement axées sur le VIH comme la distribution de préservatifs, l'incorporation de mesures de riposte au VIH dans les programmes de santé sexuelle et les programmes plus généraux de soins de santé primaire, et l'intégration du VIH (par exemple en prenant le VIH en considération lors de la planification d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement).

Les *Directives* fournissent des orientations détaillées concernant la prise en considération du VIH dans les situations d'urgence lors de la phase de préparation, les mesures de riposte minimales à

prendre pendant la phase aiguë de ces situations, et les mesures globales à prendre pendant la phase stabilisée, et ce dans chacun des secteurs suivants

- la coordination ;
- l'évaluation et le suivi ;
- la protection ;
- l'eau et l'assainissement ;
- la sécurité alimentaire et la nutrition ;
- les abris et la planification des sites ;
- la santé ;
- l'éducation ;
- la communication concernant les changements de comportement, et l'information, l'éducation et la communication (IEC) ; et
- le VIH sur le lieu de travail⁷⁴.

La mesure dans laquelle il est possible d'intégrer le VIH dans les situations d'urgence dépend de la phase dans laquelle on se trouve. Lors de la phase de préparation, et selon le rôle joué par les différentes ONG, la préparation d'une riposte efficace au VIH en situation d'urgence devrait comprendre

- la mise au point d'indicateurs et d'outils d'évaluation du risque d'infection à VIH et de la vulnérabilité dans un contexte donné ;
- l'intégration du VIH dans les plans d'action humanitaires, et la formation du personnel chargé des secours aux questions touchant le VIH et le sida, les sexospécificités et la non-discrimination ;
- la protection et la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, notamment des mesures visant à réduire au minimum les risques de violence sexuelle, d'exploitation et de discrimination liée au VIH ; et
- la planification d'interventions, l'élaboration d'une documentation et la formation du personnel concernant les besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées dans chacun des domaines de riposte sectorielle cités ci-dessus⁷⁵.

Les *Directives* prévoient des **normes minimales** pour la riposte au plus fort de l'urgence et des **mesures complètes** pour la riposte à mettre en place lorsque la situation d'urgence est stabilisée, et ce pour chacun des secteurs énumérés ci-dessus. Différents aspects de chacune de ces ripostes peuvent être adaptés à la mesure dans laquelle le VIH et le sida ont touché la vie des individus, des familles et des communautés dans une situation d'urgence. Nous donnons ci-après quelques exemples.

La fourniture de secours alimentaires aux ménages affectés par le VIH et le sida est une tâche complexe, car la vaste majorité des personnes vivant dans les pays en développement ignorent leur statut sérologique VIH, à la fois parce que les services de dépistage sont insuffisants et parce que le dépistage leur fait peur en raison de la stigmatisation liée au VIH. Lors de la mise en œuvre des **programmes de sécurité alimentaire et de nutrition**, il faut que l'aide alimentaire atteigne les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées, et il faut répondre aux besoins nutritionnels de ces personnes. Il faut pour cela

- cibler les individus n'ayant aucune sécurité alimentaire, quel que soit leur statut sérologique VIH, en accordant une attention particulière aux ménages dirigés par des femmes, des enfants ou des personnes âgées, ainsi qu'aux familles qui s'occupent d'orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida et aux familles qui dispensent des soins à des personnes atteintes de maladies de longue durée ;
- s'assurer que l'aide alimentaire fournie aux personnes vivant avec le VIH et aux communautés touchées n'accroît pas la stigmatisation ;
- prévoir des paniers alimentaires correspondant exactement aux besoins alimentaires et nutritionnels des personnes vivant avec le VIH et comprenant notamment des quantités suffisantes d'aliments énergétiques, de protéines et d'oligoéléments essentiels pour faire face au VIH et lutter contre les infections opportunistes ; et

- renforcer les capacités communautaires de réponse aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, notamment en leur assurant l'accès à des programmes conçus pour combattre l'insécurité alimentaire de longue durée⁷⁶.

Dans les situations d'urgence, les sites d'hébergement peuvent revêtir la forme d'établissements dispersés, de logement en masse dans les abris existants ou de camps organisés. Lors de la **planification de sites et la fourniture d'abris**, nous devons prendre en considération la sécurité et les questions d'accès des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, notamment

- planifier les abris et les emplacements des installations, ainsi que l'accès à ces installations, de façon à réduire les risques physiques pour les femmes et les filles, par exemple des toilettes séparées pour les hommes et les femmes ; et
- planifier les abris et les emplacements des installations, ainsi que l'accès à ces installations, en tenant compte de la vulnérabilité des enfants séparés, en particulier des filles, et des familles dirigées par des femmes, ainsi que des personnes vivant avec le VIH et des personnes atteintes de maladies chroniques⁷⁷.

En ce qui concerne la mise en œuvre des **programmes de santé**, les ONG doivent intégrer la prévention du VIH et faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH ainsi que les personnes vulnérables au VIH et à ses conséquences aient accès aux soins de santé de base, notamment en

- assurant l'accès aux soins de santé de base aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes vulnérables à l'infection à VIH et à ses conséquences ;
- assurant un approvisionnement en sang non contaminé et la mise en œuvre de précautions universelles contre l'infection ;
- assurant un approvisionnement suffisant en préservatifs et un bon dispositif de distribution, ainsi qu'une information appropriée sur la façon de les utiliser efficacement ;
- assurant une gestion globale des IST consistant à réduire leur incidence en prévenant la transmission grâce à la promotion de méthodes de sexualité sans risque, et à traiter les IST qui peuvent être guéries afin réduire leur prévalence ;
- assurant des soins appropriés aux consommateurs de drogues injectables, accompagnés d'une information concernant la réduction des risques et d'un accès adéquat à des aiguilles et des seringues non contaminées ;
- assurant des accouchements sans risque et dans de bonnes conditions d'hygiène ; et en
- traitant les conséquences de la violence sexuelle⁷⁸.



Nos programmes en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables affectés par le VIH et le sida mettent les enfants au centre de leurs préoccupations, s'adressent aux familles et aux communautés et se fondent sur les droits de l'homme.

Pourquoi utilisons-nous l'expression « orphelins et autres enfants devenus vulnérables à cause du sida » ?

Les enfants sont affectés de multiples façons, et pas seulement si l'un de leurs parents ou les deux décèdent du sida. Un nombre croissant d'enfants vivent avec des parents malades ou mourants, et il arrive souvent qu'ils doivent quitter l'école pour s'occuper d'eux ou gagner un revenu pour la famille. Un grand nombre des enfants affectés par le sida sont victimes d'exclusion, d'abus, de stigmatisation et de discrimination.

Les programmes en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables combinent souvent des mesures axées spécifiquement sur le VIH et des mesures d'intégration. La présente section illustre l'utilisation d'une approche de la conception de programmes fondée sur les droits de

l'homme, ainsi que la nécessité d'approches fondées sur des partenariats faisant intervenir différents types de compétences pour s'attaquer à la vulnérabilité d'un groupe de population particulier à l'égard de l'infection à VIH et de ses conséquences (voir aussi les sections 2.5, Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations, et 3.3, Partenariats plurisectoriels).

Les approches fondées sur les droits de l'homme utilisées pour mettre en place des programmes en faveur des orphelins et autres enfants devenus vulnérables à cause du sida sont inspirées par les principes énoncés dans la Convention relative aux droits de l'enfant (voir le chapitre 2). Figurent dans principes de la Convention

- le droit à la survie, au bien-être et au développement ;
- la non-discrimination (voir le chapitre 2 et la section 3.7, Accès et équité) ;
- le fait que l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale dans toute décision le concernant ;
- l'encouragement de la participation des enfants, y compris le droit d'exprimer librement leurs opinions sur toute question les intéressant, le droit à la liberté d'expression et la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce ;
- la protection de l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle ; et
- la protection de l'enfant contre l'exploitation économique, l'enfant ne devant être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social⁷⁹.

Les programmes en faveur des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida doivent

- faire participer activement les enfants et les jeunes ;
- renforcer la capacité des enfants et des jeunes à répondre à leurs propres besoins en leur ouvrant l'accès à une éducation de qualité, en les protégeant de l'exploitation et en développant leur aptitude à prendre soin d'eux-mêmes ;
- reconnaître que la famille et la communauté constituent le principal filet de sécurité sociale pour les orphelins et autres enfants rendus vulnérables, et renforcer les mesures à base communautaire, notamment en faisant participer les dirigeants aux actions visant à répondre aux besoins de ces enfants ;
- aider les parents vivant avec le VIH à assumer pleinement leur fonction de parents, notamment en réglant les questions de succession ;
- renforcer la capacité des familles et des communautés à protéger et prendre en charge les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida en leur fournissant un soutien économique, matériel et psychosocial et en développant les aptitudes vitales des enfants, des parents et des dispensateurs de soins (voir « Traitement, soins et soutien » dans la section 4.2) ;
- faire en sorte que les orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida aient accès aux services essentiels, notamment la déclaration de naissance, la scolarisation, les services sanitaires et nutritionnels, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, ainsi que des services de placement appropriés pour ceux qui ne sont pas pris en charge par une famille ou la communauté⁸⁰ ;
- aider les enfants confrontés à la stigmatisation et à la discrimination à faire face et à réagir à leur situation (voir « Combattre la stigmatisation et la discrimination », dans la section 4.2) ;
- accorder une attention particulière aux rôles respectifs des filles et des garçons et des femmes et des hommes, notamment en s'attaquant aux rôles et normes sexospécifiques qui influent sur la vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection à VIH et à ses conséquences ;
- mettre sur pied et renforcer des partenariats avec les gouvernements, les donateurs, le secteur public ainsi que toute la gamme des ONG afin de coordonner les actions ; et
- mettre au point des actions qui soient durables et puissent être reproduites afin de répondre aux besoins à long terme des orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida⁸¹.



Nous plaidons en faveur d'un environnement qui soit propice à une intégration efficace du VIH.

Il est crucial que la mobilisation mondiale de ressources en faveur de la riposte au VIH fournisse des ressources supplémentaires, et qu'il n'y ait pas simplement un transfert de ressources des activités de développement à des programmes de riposte au VIH ou vice-versa. Les ressources destinées à des projets de développement durable doivent être accrues de façon à permettre l'intégration du VIH, au même titre que des ressources supplémentaires sont nécessaires pour les programmes de riposte au VIH. Pour que ceci se réalise, nous devons contribuer à la création d'un environnement où l'on ait une conception commune de ce que l'intégration du VIH signifie et de la meilleure façon de la réaliser.

Étant donné que l'intégration du VIH est un processus en pleine évolution et que l'on n'a encore que peu de preuves de son efficacité, il est souvent difficile de persuader certains secteurs d'intégrer la riposte au VIH dans leur propre action ou d'obtenir des ressources supplémentaires pour soutenir l'intégration⁸². Il y a toutefois également certains facteurs qui stimulent le plaidoyer en faveur de l'intégration du VIH, notamment

- une prise de conscience de plus en plus forte du fait que les activités axées spécifiquement sur la riposte au VIH ne peuvent à elles seules s'attaquer aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité au VIH et agir sur ses conséquences ;
- le fait qu'il est impossible de ne pas tenir compte des ravages de l'épidémie de VIH dans les pays les plus touchés ; et
- la reconnaissance que l'intégration du VIH fait appel aux compétences et aux capacités qui existent déjà dans différents secteurs et qui peuvent être appliquées à la riposte au VIH et à ses conséquences dans le cadre même des activités essentielles de ces secteurs.

Nous pouvons créer et de maintenir un environnement propice à l'intégration du VIH

- en apprenant par l'action, en partageant nos expériences et en améliorant nos capacités de suivi et d'évaluation des initiatives d'intégration ;
- en menant des recherches, en participant à des recherches ou en recommandant des recherches visant à faire mieux comprendre quelles mesures sont efficaces ;
- en plaidant auprès des gouvernements et des institutions des secteurs public ou privé pour qu'ils intègrent le VIH dans leurs principales activités ;
- en plaidant pour l'intégration auprès des secteurs de la riposte au VIH, du développement et de l'aide humanitaire ;
- en plaidant en faveur de la transparence en matière d'affectation des ressources afin que d'autres ressources soient fournies pour l'intégration du VIH et pour des programmes spécifiques de riposte au VIH ; et
- en plaidant en faveur de l'intégration du VIH dans les cadres stratégiques nationaux de riposte au sida.



Nous plaidons en faveur d'un environnement habilitant qui s'attaque aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité au VIH.

Nous devons plaider en faveur d'un examen et d'une réforme des lois et politiques afin d'assurer

- l'équité entre les sexes, pour que les femmes puissent avoir accès à des crédits, à des activités génératrices de revenus ainsi qu'à la propriété ;
- l'enregistrement universel des naissances ;
- la protection des droits de succession des veuves et des orphelins ;
- la protection de l'accès des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées à la terre, aux ressources naturelles, aux services et aux possibilités de crédit ;

- la protection des enfants contre la négligence et les mauvais traitements (physiques et psychologiques, et abus sexuels) ;
- l'interdiction de l'exploitation et de la mise en danger des enfants par le travail ;
- la disponibilité et l'accessibilité de l'aide sociale ;
- la réglementation des structures institutionnelles de prise en charge des enfants, notamment la localisation d'une prise en charge familiale et communautaire aussitôt que possible ;
- l'accès à l'éducation des filles et des garçons, et en particulier des filles⁸³ (voir ci-après les paragraphes concernant l'éducation) ; et
- un placement et une tutelle appropriés pour les enfants dont aucun adulte ne s'occupe adéquatement.

(Voir aussi les sections 2.4, Riposte au VIH : une approche axée sur les droits de l'homme, et 3.8, Plaidoyer.)

C'est chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans que le VIH se propage le plus rapidement. Améliorer l'accès des filles et des garçons à l'éducation peut contribuer considérablement à réduire leur vulnérabilité au VIH et à ses conséquences, tant directement qu'indirectement. La Déclaration du Millénaire de l'ONU reconnaît que l'accès universel à l'éducation primaire et un accès égal des filles et des garçons à tous les niveaux de l'éducation sont d'une importance vitale pour que le droit au développement devienne une réalité⁸⁴. Les femmes qui savent lire et écrire ont quatre fois plus de chances que les autres de connaître les principaux moyens d'éviter l'infection à VIH⁸⁵. L'éducation accélère également les changements de comportement chez les jeunes hommes en les rendant plus réceptifs aux messages de prévention et plus disposés à utiliser un préservatif⁸⁶.

Les ONG qui œuvrent à améliorer l'accès à l'éducation doivent plaider en faveur

- de possibilités nombreuses et diverses en matière d'éducation, notamment de formation professionnelle, afin de renforcer les possibilités de générer un revenu ;
- d'une éducation qui permette aux individus de développer des aptitudes vitales qui renforceront leur capacité de réfléchir aux problèmes, de trouver des solutions, de prendre des décisions et d'acquérir les compétences nécessaires pour gagner leur vie ;
- de stratégies visant à faire en sorte que les milieux éducatifs/scolaires soient exempts de discrimination, luttent contre les stéréotypes concernant les rôles et les normes sexospécifiques et encouragent l'abandon des attitudes et des comportements qui contribuent à la vulnérabilité des femmes et des filles ;
- de stratégies visant à ce que les milieux éducatifs/scolaires n'exposent pas les élèves à des situations de vulnérabilité à l'infection à VIH, notamment en mettant en œuvre des politiques et des procédures de prévention universelle de l'infection et de prévention de l'exploitation sexuelle ;
- de stratégies qui s'attaquent à l'exclusion scolaire des enfants rendus vulnérables par le VIH et sida et à ses conséquences, notamment en réduisant les frais d'écolage et autres frais liés à la fréquentation scolaire, et en mettant en place des programmes souples permettant aux enfants chargés de lourdes responsabilités de suivre une scolarité ;
- de la prise de mesures incitatives pour combattre l'absentéisme, notamment la fourniture de repas ;
- de l'intégration de la prévention du VIH dans les matières enseignées, y compris des informations sur la santé sexuelle et la transmission du VIH ; et
- d'un aiguillage efficace vers les programmes de riposte au VIH afin de répondre aux besoins des enfants et des jeunes infectés et affectés par le VIH (voir la section 4.2, Programmes de riposte au VIH).

NOTES

- ¹ Dans *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, (Holden, S., Oxfam GB, ActionAid et Save the Children, 2004) l'auteur qualifie ces activités de « AIDS work », c'est-à-dire « travail sur le sida » (ou activités spécifiquement axées sur le sida) et « integrated AIDS work », soit « travail intégré sur le sida » (ou activités intégrées relatives au sida), p. 15. Voir les pages 16 et 17 pour un examen des analogies et des différences qui existent entre les activités directement axées sur le VIH et le sida et les activités de riposte intégrées dans d'autres programmes.
- ² Dans la même publication, l'auteur fait une distinction entre l'intégration interne du VIH et du sida, qui signifie que l'on gèrera la question au sein de l'organisation concernée, et l'intégration externe du VIH et du sida, qui signifie que l'on adaptera des programmes extérieurs. La question de la mesure dans laquelle l'intégration peut être effectuée là où le taux de transmission du VIH est faible est abordée aux pages 40-41. Dans le présent Code, l'expression « intégrer le VIH » fait référence à l'adaptation de programmes (voir, dans la section 3.5, Mission et gestion de l'organisation, les paragraphes concernant les principes de bonnes pratiques à adopter).
- ³ *Ibid.*, p. 47-49.
- ⁴ En particulier, la section 4.3 tire des informations de quelques textes fondamentaux, notamment Holden, S., *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*.
- ⁵ *Ibid.*, p. 81-88.
- ⁶ Voir par exemple Hope for African Children Initiative (HACI). www.hopeforafricanchildren.org
- ⁷ *Trois millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : comment y parvenir*. OMS, 2003. www.who.int.
- ⁸ L'OMS estime que, chaque année, plus de 300 millions de personnes contractent une infection sexuellement transmissible guérissable, dont une proportion importante parmi les jeunes. La présence d'une infection de ce type au moment d'un rapport sexuel non protégé décuple le risque de contracter une infection à VIH. *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 92.
- ⁹ Askew, I. et Berer, M., « The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fights against HIV/AIDS: A Review », *Reproductive Health Matters* 2003; 11 (22): p. 51-73. Voir aussi *Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) Programme d'Action*, Assemblée générale des Nations Unies, 1994, et *CIPD+5: Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Assemblée générale des Nations Unies, 1999. www.unfpa.org
- ¹⁰ Environ un tiers des 40 millions de personnes vivant avec le VIH recensées dans le monde fin 2001 étaient atteintes d'une co-infection par *Mycobacterium tuberculosis*. Pour des exemples d'interventions conjuguées de lutte contre la tuberculose et le VIH, voir OMS, www.who.int
- ¹¹ Voir *HIV and Infant Feeding (Guidelines for decision-makers et A guide for health-care managers and supervisors)*, OMS, ONUSIDA, UNICEF, 1998. www.unaids.org
- ¹² Le marketing social est la commercialisation de biens ou d'idées relatives à la santé publique par les voies commerciales traditionnelles. Voir l'examen du marketing social des préservatifs dans *Directives d'évaluation des coûts des stratégies de prévention du VIH*, ONUSIDA, 2000. www.unaids.org
- ¹³ *Community Mobilisation and Participatory Approaches: Reviewing Impact and Good Practice for HIV/AIDS Programming*, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2004 et *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*, Health Communication Partnership.
- ¹⁴ Voir *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, Directives 3 et 4. www.ohchr.org et *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission : A Policy Options Paper*, UNAIDS June 2002, search by title, www.unaids.org
- ¹⁵ *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, Directives 5 et 11.

- ¹⁶ *Ibid.*, Directives 5 et 11.
- ¹⁷ *Ibid.*, Directives 7 et 8.
- ¹⁸ *Ibid.*, Directives 3 à 9.
- ¹⁹ *Ibid.*, Directive 6.
- ²⁰ Le préservatif féminin a prouvé son efficacité dans la réduction des risques de transmission, et les études démontrent qu'un grand nombre de femmes sexuellement actives l'utiliseraient souvent s'il était plus largement disponible. *Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action*, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, juillet 2002, p. 14, www.kff.org; OMS, série *Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use*.
- ²¹ Voir *Joint Advocacy on HIV/AIDS, Treatments, Microbicides and Vaccines*, www.aidslaw.ca
- ²² L'expression « médicaments efficaces » recouvre les antirétroviraux et le traitement des infections opportunistes, ainsi que les composés à dose fixe favorisant des prestations d'un bon coût/efficacité et encourageant l'adhésion au traitement, qui, à son tour, restreint la résistance aux médicaments. Voir *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées: recommandations pour une approche de santé publique*, OMS, révision de 2003, p. 12 et 15. www.who.int
Voir également le chapitre 2, notes 30 et 31 (17 et 18 concernant des résolutions internationales utiles pour le plaidoyer en faveur de l'accès au traitement.
- ²³ Voir les nombreux dossiers produits par Médecins sans frontières, dans le cadre de sa campagne pour l'accès aux médicaments essentiels. www.acces-ed-msf.org
- ²⁴ *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, Directive révisée 6.
- ²⁵ *Le droit de savoir : Nouvelles approches pour le dépistage et le conseil en matière de VIH*, OMS, 2003. www.who.int
- ²⁶ *Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action*, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, juillet 2002.
- ²⁷ *Le droit de savoir : Nouvelles approches pour le dépistage et le conseil en matière de VIH*, OMS, 2003.
- ²⁸ *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings : Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*, IPPF et FNUAP, 2004. www.ippf.org
- ²⁹ *Le droit de savoir : Nouvelles approches pour le dépistage et le conseil en matière de VIH*, OMS, 2003. Pour une analyse des arguments contre le dépistage obligatoire voir : *Feuilleton d'information n°12 : test obligatoire*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000. www.aidslaw.ca
- ³⁰ *Access to HIV Prevention*, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, mai 2003.
- ³¹ *Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action*, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, 2002. Les pages 8 à 18 démontrent l'efficacité des approches multiples, incluant notamment le changement des comportements, le CTV, les traitements antirétroviraux, les programmes de réduction des risques et la prévention de la transmission mère-enfant. La nécessité de programmes complets de prévention est reflétée dans les paragraphes 47 à 54 de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida.
- ³² *Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action*, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, p. 10.
- ³³ La recherche démontre que les programmes à composantes multiples sont plus efficaces quant à la réduction du risque de VIH que ceux qui n'encouragent que l'abstinence : Jemmott, J. et al., « Abstinence and Safer Sex: HIV Risk Interventions for African-American Adolescents: A Randomized Controlled Trial », *JAMA* 1998, 1529-1536, cité dans *Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action* p. 8-18. Voir aussi le Guide Eldis, qui examine l'ensemble d'éléments d'information disponibles au sujet des programmes fondés uniquement sur l'abstinence et des programmes de santé

sexuelle diversifiés, d'éducation par les pairs, de sensibilisation médiatique au VIH et de changement des comportements ; il fournit aussi des résumés de la recherche touchant les questions les plus importantes, ainsi que des liens vers d'autres sources. www.eldis.org.

L' Institute of Medicine, organisme fédéral d'experts chargés de conseiller le gouvernement fédéral des États-Unis sur les questions des soins médicaux, de la recherche et de l'éducation, a constaté que la littérature scientifique, ainsi que les spécialistes qui avaient étudié la question, avaient pu démontrer que des programmes complets d'éducation sur la santé sexuelle et le VIH et de mise à disposition de préservatifs pouvaient être efficaces pour faire diminuer les comportements sexuels à haut risque, mais qu'en revanche aucun constat du même type ne pouvait être invoqué à l'appui des programmes fondés uniquement sur l'abstinence (cité dans *Ignorance Only: HIV/AIDS, Human Rights And Federally Funded Abstinence-Only Programs In The United States*, Human Rights Watch, septembre 2002. www.hrw.org).

- ³⁴ *Dying to Learn: Young People, HIV and the Churches*, Christian Aid, octobre 2003. www.christianaid.org.uk
- ³⁵ Cohen, S., *Beyond Slogans: Lessons From Uganda's Experience With ABC and HIV/AIDS*, décembre 2003, The Alan Guttmacher Institute, www.guttmacher.org; Singh, S. et al, *A, B and C in Uganda: The Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline*, décembre 2003. www.guttmacher.org
- ³⁶ *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 66-67.
- ³⁷ La recherche démontre que les préservatifs, s'ils sont utilisés correctement et à chaque rapport, sont très efficaces pour prévenir la transmission du VIH. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for HIV, STD and TB prevention. www.cdc.gov
- ³⁸ La réduction des risques est une des trois approches complémentaires de l'action menée contre l'usage illicite de drogues, les deux autres étant la réduction des approvisionnements et la réduction de la demande. La réduction de l'approvisionnement comprend des saisies aux frontières, des incitations aux producteurs pour qu'ils produisent des cultures légales et la poursuite des trafiquants. La réduction de la demande englobe une gamme de mesures conçues pour promouvoir des modes de vie sains et exempts de drogues et pour prévenir la consommation des drogues. See Harm Reduction Principles, Central and Eastern Europe Harm Reduction Network, www.ceehrn.lt
- ³⁹ *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA, p. 96-97.
- ⁴⁰ Des preuves indiscutables existent selon lesquelles l'augmentation de la disponibilité et de l'utilisation de matériel d'injection stérile parmi les consommateurs de drogues injectables contribue de manière substantielle à la réduction de la transmission du VIH, sans pour autant que l'on ait pu constater un accroissement de l'utilisation des drogues. *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*, OMS, 2004, p. 2. La mise en œuvre rapide de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues a été un facteur très important pour éviter de graves flambées de VIH chez les consommateurs de drogues injectables. *Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action*, p. 15. Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, juillet 2002.
- ⁴¹ *Effectiveness of HIV Information, Education and Communication Interventions for Injecting Drug Users*, OMS (parution prévue en 2005).
- ⁴² De nombreuses études démontrent que les traitements de substitution font diminuer la consommation de drogues, la fréquence des injections et le niveau des comportements à risque qui leur sont associés. *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment*, OMS, 2004, p. 2. Voir la série *Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use*, OMS.
- ⁴³ *Evidence for Action: Effectiveness of Community-Based Outreach in Preventing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users*, OMS, 2004.
- ⁴⁴ *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons*, OMS, 2004. Voir la série *Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use*, OMS.
- ⁴⁵ Le terme « traitement » inclut le traitement des infections opportunistes, ainsi que la thérapie fondée sur les antirétroviraux.

- ⁴⁶ *HIV Care and Support: A Strategic Framework*, Family Health International, juin 2001, fournit une analyse utile des éléments que doit compter une approche complète du traitement, des soins et du soutien. Rechercher par titre : www.fhi.org
- ⁴⁷ Un tiers environ des personnes vivant avec le VIH à travers le monde souffrent d'une co-infection par *Mycobacterium tuberculosis*, et 70 % d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne. La tuberculose est la principale cause de décès chez les personnes infectées par le VIH, lequel a entraîné une forte augmentation mondiale du nombre des cas de tuberculose active. *Rapport 2002 sur l'épidémie mondiale de VIH/sida*, ONUSIDA.
- ⁴⁸ *Policy Briefing No.2: Participation and Empowerment in HIV/AIDS Programming*, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2000. www.aidsalliance.org
- ⁴⁹ *Improving Access to HIV-Related Treatment*, Alliance internationale contre le VIH/sida ; *Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Khayelitsha Programme in South Africa*, OMS, 2003. www.who.int
- ⁵⁰ *HIV and AIDS-Related Stigmatization, Discrimination and Denial: Forms, Contexts and Determinants*, ONUSIDA, 2000, www.unaids.org; et *HIV-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*, Horizons Program, 2002. www.popcouncil.org
- ⁵¹ *AIDS Discrimination in Asia*: Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida (APN+), www.gnpplus.net; et les rapports de Human Rights Watch, par exemple : *Policy Paralysis: A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*, décembre 2003 ; *Locked Doors: The Human Rights of People Living with HIV/AIDS in China*, août 2003 ; *Ravaging the Vulnerable: Abuses Against Persons at High Risk of HIV Infection in Bangladesh*, août 2003 ; *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, août 2003 ; *Abusing The User: Police Misconduct, Harm Reduction And HIV/AIDS in Vancouver*, mai 2003. www.hrw.org
- ⁵² Voir, par exemple, le rôle joué par la stigmatisation et la discrimination dans l'accroissement de la vulnérabilité des enfants et des jeunes qui sont infectés et affectés par le VIH, Save the Children (Royaume-Uni) 2001.
- ⁵³ Les effets de la discrimination sur les groupes vulnérables et les conséquences qui en découlent quant à l'efficacité des ripostes au VIH sont examinés dans les rapports de Human Rights Watch précités ainsi que les recherches décrites dans *HIV-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*, ONUSIDA, 2000. www.unaids.org
- ⁵⁴ *Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia*, Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), 2003. www.icrw.org
- ⁵⁵ Pour des recommandations sur la façon de gérer les restrictions de voyage, voir *Statement on HIV/AIDS-Related Travel Restrictions* (rapport sur les restrictions au séjour des personnes séropositives) ONUSIDA et Organisation internationale pour les migrations, juin 2004. www.iom.int
- ⁵⁶ *Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit For Action*, CHANGE et CIRF, septembre 2003. www.changeproject.org
- ⁵⁷ Voir par exemple : *Ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le VIH/sida*, UNICEF, ONUSIDA, World Conference of Religions for Peace, 2003. www.unicef.org
- ⁵⁸ *Lessons Learned in Mainstreaming HIV/AIDS, Flyer 5: Researching HIV/AIDS at Local Level and Flyer 6: Findings of Local Research on HIV/AIDS*, Oxfam.
- ⁵⁹ *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC, 2003, p. 6. www.humanitarianinfo.org
- ⁶⁰ Voir l'analyse des façons dont les efforts de développement et l'action humanitaire peuvent en fait accroître la vulnérabilité à l'infection à VIH et à ses conséquences, dans Holden, S., *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, p. 26-30.

- ⁶¹ Holden, S., *AIDS on the Agenda: Adapting Development and Humanitarian Programmes to Meet the Challenge of HIV/AIDS*, Oxfam GB, décembre 2003. Voir les suggestions pratiques pour entreprendre une recherche communautaire sur l'intégration du VIH dans les activités de développement (Unit 7) et l'action humanitaire (Unit 10).
- ⁶² Nombreuses étant les personnes qui ne connaissent pas leur statut sérologique VIH, il ne s'agit pas d'identifier qui vit avec le VIH et le sida, mais d'utiliser les connaissances détenues par nos organisations et par les communautés ainsi que notre capacité d'action de proximité pour identifier les personnes vulnérables à l'infection à VIH et à ses conséquences, par exemple lorsque certains enfants ne viennent plus à l'école ou certaines femmes ne participent plus aux activités et programmes communautaires.
- ⁶³ Les exemples donnés ici sont tirés de Holden, S., *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, et de *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC.
- ⁶⁴ *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, et *Humanitarian Programmes*, voir l'examen de la question du suivi et de l'évaluation, pp 110-113.
- ⁶⁵ Voir, par exemple, « *Not business as usual* » *Afrique australe...une catastrophe sans précédent*, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2003. Ce rapport examine les relations entre le VIH et le sida, l'insécurité alimentaire, la vulnérabilité et la pauvreté en Afrique australe et propose un système intégré de soutien aux familles et communautés que l'épidémie a rendues vulnérables, comprenant notamment les composantes suivantes : soins à domicile, approvisionnement en eau et assainissement, sécurité alimentaire et création de revenus. www.ifrc.org
- ⁶⁶ *Ibid.*, voir l'examen de la façon dont les familles font face aux événements déstabilisants et de ce que cela implique en ce qui concerne les activités de développement, p. 82-84.
- ⁶⁷ *Learning to Survive: How Education for All Saves Millions of Young People from HIV/AIDS*, Oxfam, 2004, p. 5. www.oxfam.org.uk
- ⁶⁸ Voir, par exemple, l'étude de cas sur le Réseau pour des méthodes agricoles naturelles au Zimbabwe et les revenus ruraux décrits à la page 42 de Wilkins, M., et Vasani, D., *Mainstreaming HIV/AIDS: Looking Beyond Awareness*, Voluntary Services Overseas (VSO), 2002. www.vso.org.uk
- ⁶⁹ *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, p. 84-85.
- ⁷⁰ *Ibid.*, p. 85-87.
- ⁷¹ Kim, J., *Conceptual Framework: Understanding the Linkages between Gender Inequity, Lack of Access to Water, and HIV/AIDS*, Rural AIDS and Development Action Research (RADAR), 2004.
- ⁷² *Ibid.*, p. 21, p. 87-88 et p. 97-99, et *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC, « Inclure les considérations relatives au VIH/SIDA dans la planification pour l'eau et l'assainissement », p. 42-43, ainsi que le Projet Sphère: Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes, 2^e édition, 2004. www.sphereproject.org
- ⁷³ Voir *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC, et le Projet Sphère: Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes, 2^e édition, 2004. www.sphereproject.org
- ⁷⁴ *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC, voir tableau p. 16-19.
- ⁷⁵ *Ibid.*
- ⁷⁶ *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC, « Sécurité alimentaire et nutrition », p. 44-59. Voir aussi Programme alimentaire mondial des Nations Unies, Questions de politique générale sur le VIH/sida. www.wfp.org

- ⁷⁷ *Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence*, IASC, voir « Établir des sites intégrant les besoins de sécurité », p. 60-62.
- ⁷⁸ *Ibid.* Chacun des éléments cités est abordé en détail, voir p. 60-68.
- ⁷⁹ Au mois de novembre 2003, 192 pays avaient ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant.
- ⁸⁰ *Cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le sida*, juillet 2004, www.unicef.org. Voir l'examen de l'inadéquation des soins institutionnels pour répondre aux besoins des orphelins : « Que dire des orphelinats ? » p. 42.
- ⁸¹ Ces principes de conception des programmes et ces stratégies sont décrits en détail dans *Cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le sida*, UNICEF ; et *Building Blocks: Africa-Wide Briefing Notes*, Alliance internationale contre le sida, janvier 2003, www.aidsalliance.org, série de brochures sur le soutien psychologique, la santé et la nutrition, le renforcement économique, l'éducation et l'insertion sociale, à l'intention des communautés travaillant avec des orphelins.
- ⁸² Holden, S., *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, voir les obstacles qui se dressent sur la voie de l'intégration, p. 106-113.
- ⁸³ *Learning to Survive: How Education for All Would Save Millions of Young People from HIV/AIDS*, Oxfam, 2004.
- ⁸⁴ Déclaration du Sommet du Millénaire, ONU, III, *Développement et élimination de la pauvreté*, ONU, Assemblée générale 2000. www.un.org
- ⁸⁵ Vandemoortele, J. et Delamonica, E., *Education 'Vaccine' against HIV/AIDS*, cité dans *Learning to Survive: How Education for All Saves Millions of Young People from HIV/AIDS*, Oxfam, p. 2.
- ⁸⁶ *Ibid.*

Appendices

5.1 « Souscrire » au Code

Les ONG signataires du Code ont publiquement déclaré leur adhésion aux principes qu'il contient et leur engagement à l'égard de ces principes, lesquels tracent les grandes lignes d'une vision sectorielle des bonnes pratiques des ONG dans leur rôle de riposte au VIH. Les ONG signataires reçoivent un logo du Code et sont autorisées à utiliser la formule « *Nous adhérons au Code de bonnes pratiques des ONG intervenant dans la riposte au VIH* » dans leurs publications et sur leur site Internet.

Il n'est pas possible de n'adhérer qu'à certaines parties du Code. Des adhésions partielles pourraient être préjudiciables au travail des autres ONG signataires et affaiblir le message collectif que le Code s'attache à promouvoir (voir dans la section 1.6, à propos du Code : « Portée de la mise en œuvre »).

Lorsque la deuxième phase de ce projet – la mise en œuvre du Code – sera lancée, les ONG souhaitant devenir signataires auront encore la possibilité de le faire. Le site Internet de la Fédération internationale des Sociétés et la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge fournira des informations actualisées sur ce processus, à l'adresse : www.ifrc.org.

5.2 Mise en œuvre du Code

Portée de la mise en œuvre

Le Code est un document complet qui tient compte des activités très variées menées par les ONG intervenant dans la riposte au VIH. Celles-ci n'ont pas l'obligation de s'engager à mettre en œuvre le Code dans son intégralité. En fait, les ONG signataires recevront une assistance pour la mise en œuvre des principes d'orientation et opérationnels, ainsi que des principes sous-tendant les programmes qui correspondent à leurs activités, ceci dans un cadre temporel adapté à leurs besoins, et dans l'optique d'une amélioration constante au fil du temps.

Modèle pour la mise en œuvre du Code : un processus évolutif

Au cours des consultations avec les ONG concernant la préparation du Code, la nécessité de fournir un soutien aux ONG signataires est apparue clairement comme indispensable à la mise en œuvre efficace du Code. Lors de la définition du modèle de mise en œuvre, le Comité directeur s'est également inspiré des expériences recueillies au cours de la mise en œuvre d'autres codes interorganisations, notamment :

- *Le Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales lors des opérations de secours en cas de catastrophe*
- Le Projet Sphère : *Charte humanitaire* et *Normes minimales à respecter lors des interventions en cas de catastrophe*, et
- *People in Aid : Code de bonne pratique dans la gestion et le soutien du personnel humanitaire.*

Étant donné la diversité des ONG signataires, le Comité directeur était conscient que les modes d'utilisation du Code, d'application de ses principes dans différents contextes et de présentation de rapports sur les progrès réalisés varieraient selon le type d'ONG signataires, par exemple des ONG internationales disposant de bureaux dans les pays, des membres de réseaux ou de structures fédérées, et des ONG nationales. C'est pourquoi les modalités proposées pour la mise en œuvre du Code demeurent souples, et pourront être affinées en collaboration avec les ONG signataires.

Il est prévu d'aider les ONG signataires à utiliser le Code dans leurs activités et à concevoir une procédure de présentation de rapports sur les stratégies qu'elles utilisent pour le mettre en œuvre ; ceci se fera à l'aide d'une méthode fondée sur l'*audit social*, s'appuyant notamment sur les systèmes de suivi, d'évaluation et d'homologation dont les ONG se sont déjà dotées.

L'audit social est utilisé par les organisations à but non lucratif et les entreprises socialement responsables pour mesurer et améliorer leurs réalisations par rapport à des objectifs sociaux et éthiques. Il n'y a pas de « réussite » ou d'« échec » dans un audit social : chaque organisation avance à son propre rythme pour mettre en œuvre un cycle d'amélioration continu. L'audit social met l'accent sur l'apprentissage institutionnel et sur la formation des individus. Il encourage les organisations à prendre pour point de départ la situation dans laquelle elles se trouvent au moment considéré, à revoir leurs systèmes de suivi, d'évaluation et de contrôle qualité et à s'appuyer sur eux pour procéder à l'évaluation de leurs résultats. Ces systèmes devraient être analysés, utilisés et adaptés avant toute mise en place de nouveaux dispositifs.

Une fois lancée la deuxième phase du projet, les ONG signataires seront priées de s'engager par écrit à appliquer le Code et de nommer un « champion » du Code. C'est alors qu'elles seront autorisées à utiliser la formule : « *Nous adhérons au Code de bonnes pratiques des ONG intervenant dans la riposte au VIH* » dans leurs publications et sur leurs sites Internet.

Soutien à la mise en œuvre

Le projet de Code prévoit de créer un secrétariat chargé de prêter assistance pour la mise en œuvre du Code. Ce secrétariat sera un centre de coordination qui procédera à la promotion du Code, diffusera des informations sur le Code lui-même et sur le processus de signature et de mise en œuvre, et aidera les ONG signataires à travailler en réseau et à utiliser le Code dans leur action.

Le secrétariat recensera les mécanismes existants, prêtera son concours à ceux qui sont déjà à la disposition des ONG signataires, et identifiera les besoins d'aide auxquels il n'aura pas encore été répondu. En s'appuyant sur cet exercice de « cartographie », il aidera les ONG signataires à utiliser le Code dans leurs activités, et soutiendra notamment les projets conjoints qu'elles mettront en œuvre dans un même pays ou une même région.

Il est prévu que les ONG signataires appliquent le Code de différentes façons par exemple en mettant au point des modules de formation en collaboration avec des ONG partenaires ou des organisations membres, ou en se fondant sur les principes du Code pour élaborer des indicateurs appropriés au contexte d'épidémie dans lequel elles travaillent, indicateurs qui pourront ensuite servir à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes spécifiques. People in Aid et le Projet Sphère offrent des exemples intéressants d'activités possibles : ateliers, études préliminaires, centres de documentation, programmes pilotes et avis d'experts notamment qui pourraient être communiqués aux ONG signataires. De nombreuses ONG seront déjà dotées de systèmes de suivi, d'évaluation, d'assurance de qualité ou d'homologation. Le secrétariat aidera les ONG signataires à utiliser les systèmes existants chaque fois que possible pour évaluer leurs réalisations en matière d'application du Code, et notamment de responsabilisation.

Le Comité directeur a déjà commencé à planifier la deuxième phase du projet, notamment en ce qui concerne l'obtention des fonds nécessaires. D'autres informations concernant la phase 2 seront publiées sur le site de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Version électronique et révision future du Code

Le site Internet du projet Code de bonnes pratiques présente une version électronique du Code comportant des hyperliens vers des sources secondaires d'information (voir www.hivcode.org). Le Code a été traduit en français, en espagnol et en russe dans le cadre de la deuxième phase du projet.

Le Code est un document dynamique qui devra être révisé régulièrement afin de continuer à présenter les principes et les pratiques étayés par des données probantes qui sous-tendent les réussites des ONG dans leurs ripostes au VIH, et à fournir une documentation actualisée pour faciliter sa mise en œuvre. Les commentaires seront les bienvenus et un formulaire à cet effet figure à la page 119.

5.3 Documentation importante

VIH et plaidoyer en faveur des droits de l'homme

Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, 25-27 juin 2001.

www.un.org

Un guide Stimuler des progrès en misant sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO), octobre 2001.

www.icaso.org

Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Nations Unies, New York et Genève, 1998. www.ohchr.org Les Directives ont été révisées afin de refléter les nouvelles normes du traitement du VIH/sida ainsi que l'évolution du droit international relatif au droit à la santé. (Directive 6 révisée sur l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui <http://data.unaids.org/publications>)

NGO Summary of the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights and An Advocate's Guide to International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, ICASO, 1999.

www.icaso.org

Watchirs, H., *A Rights Analysis Instrument to Measure Compliance with the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, Australian National Council on AIDS and Related Diseases, 1999.

Des audits législatifs appliquant cette approche ont été entrepris au Népal et au Cambodge :

- *HIV/AIDS and Human Rights: A Legislative Audit*, National Centre for AIDS and STD Control, POLICY Project Nepal et Forum for Women, Law and Development, 2004.
- Ward, C. et Watchirs, H., *Cambodian HIV/AIDS and Human Rights Legislative Audit*, USAID et POLICY Project Cambodia, 2003. www.policyproject.com

Programming HIV/AIDS: A Human Rights Approach A Tool for Development and Community-Based Organizations Responding to HIV/AIDS, Réseau juridique canadien, 2004. www.aidslaw.ca

HIV/AIDS and Human Rights in a Nutshell, ICASO et Program on International Health and Human Rights, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights (Programme international sur la santé et les droits de l'homme du Centre international François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme), Harvard School of Public Health, 2004. www.icaso.org

La Vision de ICW (2004) : *Les femmes séropositives et les droits de la personne*, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida (ICW), 2004. Rechercher par titres : www.icw.org

Advocacy Guide for HIV/AIDS, juin 2001, et *Advocacy Guide to Sexual and Reproductive Health Rights*, Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF/IPPF), juillet 2001. www.ippf.org

Advocacy in Action A Toolkit to Support NGOs and CBOs Responding to HIV/AIDS, Alliance internationale contre le VIH/sida, juin 2002. www.aidsalliance.org

Outils et directives pour le plaidoyer Promouvoir le changement des politiques, Care International, 2001. <http://pqdl.care.org>

Faire peser les droits Guide de plaidoyer sur le travail des organes de surveillance des traités des Nations Unies relatifs aux droits en matière de reproduction et de sexualité, Centre pour les droits reproductifs, 2003. www.reproductiverights.org

Fulfilling Reproductive Rights for Women Affected by HIV: A Tool for Monitoring Achievement of Millennium Development Goals, Center for Health and Gender Equity (CHANGE), Ipas, ICW et Pacific Institute for Women's Health, 2004. www.icw.org

Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention for Injecting Drug Users, Association internationale pour la réduction des risques, publié par l'OMS, l'ONUSIDA et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2004. www.who.int

Cornwall, A. et Welbourne, A. (directeurs de publication), *Realizing Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-being*, Zed Books, Londres, 2002.

Participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées

De la théorie à la pratique : Une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/sida Le concept « GIPA », collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA, septembre 1999. www.unaids.org

Moving Forward: Operationalising GIPA in Vietnam, Care and The POLICY Project, 2003. www.policyproject.com

La Vision de ICW : *Participation et élaboration de politiques : Nos droits*, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida (ICW), 2004. Rechercher par titres : www.icw.org

Positive Development: Setting Up Self-Help Groups and Advocating for Change. A Manual for People Living with HIV/AIDS, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+), 1998. www.gnpplus.net

Le Kit de Survie de la Femme positive, ICW. www.icw.org

Greater Involvement of PLHA in NGO Service Delivery: Findings from a Four-Country Study, Alliance internationale contre le VIH/sida, résumé d'un rapport publié par Horizons, juillet 2002. www.aidsalliance.org

Children's Participation in HIV/AIDS Programming, Alliance internationale contre le VIH/sida, décembre 2002. www.aidsalliance.org

A Vital Partnership: The Work of GNP+ and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (Un partenariat pour la vie : le travail du GNP+ et de la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur le VIH), collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA, 2003. www.unaids.org et www.ifrc.org

How to Mobilize Communities for Health and Social Change: A Field Guide, Health Communications Partnership, outil en ligne à l'adresse: www.hcpartnership.org

Pathways to Partnerships Toolkit, Alliance internationale contre le VIH/sida, mars 1999. www.aidsalliance.org

Building Partnerships: Sustaining and Expanding Community Action on HIV/AIDS, Alliance internationale contre le VIH/sida, mars 2000. www.hivpolicy.org

Levene, J., *Community Mobilisation and Participatory Approaches: Reviewing Impact and Good Practice for HIV/AIDS Programming*, Alliance internationale contre le VIH/sida, novembre 2004.

Approche transversale : s'attaquer à la vulnérabilité des populations

La vulnérabilité des populations étant un problème qui touche à plusieurs domaines, on trouvera aussi une documentation relative à l'action menée auprès de groupes spécifiques dans les différents secteurs de programmes passés en revue dans la présente section.

La Coalition mondiale sur les Femmes et le sida. <http://womenandaids.unaids.org>

Welbourne, A., *Stepping Stones: A Training Package on HIV/AIDS, Gender Issues, Communications and Relationship Skills*, 1995, Strategies for Hope. www.steppingstonesfeedback.org

GENRE et VIH/SIDA Panorama, www.bridge.ids.ac.uk et *Gender and HIV/AIDS: Supporting Resources Collection*, www.ids.ac.uk. Bridge Development - Gender, septembre 2002.

Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes, OMS, 2003. www.who.int

Gendering AIDS: Women, Men, Empowerment, Mobilisation, Voluntary Services Overseas (VSO), octobre 2003. www.vso.org.uk

La vision de ICW : *Les jeunes femmes séropositives* et *Les femmes séropositives, la pauvreté et l'inégalité des genres*, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida (ICW), 2004. Rechercher par titres : www.icw.org

Men in HIV/AIDS Partnership, The POLICY Project, 2003. www.policyproject.com

Working with Men, Responding to AIDS: Gender, Sexuality, and HIV A Case Study Collection, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2003. www.aidsalliance.org

The Rights of Children and Youth Infected and Affected by HIV/AIDS: Trainers' Handbook, Save the Children (Royaume-Uni), 2001. www.savethechildren.org.uk

Les enfants au bord du gouffre 2002 : Rapport commun sur le nombre estimatif d'orphelins et les stratégies de programmes, ONUSIDA/UNICEF/USAID, 2002. www.unicef.org

Orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le VIH/sida Principes et lignes directrices pour la conception des programmes (Orphans and Other Children Made Vulnerable by HIV/AIDS: Principles and Operational Guidelines for Programming), Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2002. www.ifrc.org

Les jeunes et le VIH/sida : une solution à la crise, UNICEF, ONUSIDA et OMS, 2002. www.who.int

Forgotten Families: Older People as Carers of Orphans and Vulnerable Children, Alliance internationale contre le VIH/sida et HelpAge International, 2003. www.aidsalliance.org

Ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le VIH/sida, UNICEF, ONUSIDA, World Conference of Religions for Peace, 2003. www.unicef.org

HIV/AIDS and Aging: A Briefing Paper, HelpAge International, May 2003. www.helpage.org

Le sida et les rapports sexuels entre hommes, Actualisation ONUSIDA, 2000. www.unaids.org

HIV/AIDS Prevention and Care: A Handbook for the Design and Management of Programs, chapitre 8: «Reducing HIV Risk in Sex Workers, Their Clients and Partners », Family Health International (FHI), 2004. www.fhi.org

Sex Workers: Part of the Solution: An Analysis of HIV Prevention Programming to Prevent HIV Transmission During Commercial Sex in Developing Countries, Network of Sex Worker Projects, 2002. www.nswp.org

The Provision of HIV-Related Services to People Who Inject Drugs: A Discussion of Ethical Issues, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002. www.aidslaw.ca

« Transgender and HIV: Risks, Prevention, and Care », *The International Journal of Transgenderism*, 1997. www.symposion.com

Pros and Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV/AIDS Programs for Prisoners, Prisoners' HIV/AIDS Support Action Network, 2002. www.pasan.org

Kantor, E., *HIV Transmission and Prevention in Prisons*, HIV InSite, Knowledge Base. <http://hivinsite.ucsf.edu>

Série de 13 feuillets d'information sur le VIH/sida dans les prisons, Réseau juridique canadien VIH/sida. www.aidslaw.ca

Mobilité des populations et sida, Actualisation ONUSIDA, ONUSIDA, 2001. www.unaids.org

Population Mobility and HIV/AIDS, Organisation internationale pour les migrations, juillet 2004. www.iom.int

Keeping Up With the Movement: Preventing HIV Transmission in Migrant Work Settings, The Synergy Project and the University of Washington Centre for Health Education and Research, 2002. www.synergyaids.com

Ressources organisationnelles

HIV/AIDS NGO/CBO Support Toolkit, CD-ROM et site Internet, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2e édition, décembre 2002. www.aidsalliance.org

Code of Good Practice in Management and Support of Aid Personnel, People in Aid, 2^e édition, 2003. www.peopleinaid.org

Working Positively: A Guide for NGOs Managing HIV/AIDS in the Workplace, UK Consortium on AIDS and International Development, décembre 2003. Fournit également une liste excellente de documents disponibles en ligne. www.aidsconsortium.org.uk

Developing HIV/Workplace and Medical Benefits Policies Draft Summary, Alliance internationale contre le VIH/sida, décembre 2003. www.aidsalliance.org

NGO Capacity Analysis A Toolkit for Assessing and Building Capacities for High Quality Responses to HIV/AIDS, Alliance internationale contre le VIH/sida, 2004. www.aidsalliance.org

Évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida (prévention, soins, assistance) dans les pays en développement Guide à l'intention des directeurs de programme et des décideurs, Family Health International, 2003. www.fhi.org

Documents de l'ONUSIDA sur les programmes, le suivi et l'évaluation : www.unaids.org

Overseas Development Institute, Research and Policy in Development (RAPID). "Bridging Research and Policy on HIV/AIDS, Framework for Assessing Research-Policy Links". www.odi.org.uk

Expanding Community Action on HIV/AIDS NGO/CBO Strategies for Scaling Up, Alliance internationale contre le VIH/sida, juin 2001. www.aidsalliance.org

DeJong, J., *A Question of Scale? The Challenge of Expanding the Impact of Non-Governmental Organisations' HIV/AIDS Efforts in Developing Countries*, Programme Horizons et Alliance internationale contre le VIH/sida, août 2001.

Prévention du VIH

Global Mobilization of HIV Prevention: A Blueprint for Action, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, juillet 2002. www.kff.org

Access to HIV Prevention: Closing the Gap, Groupe de travail mondial sur la prévention du VIH, mai 2003. www.kff.org

Dying to Learn: Young people, HIV and the Churches, Christian Aid, octobre 2003. www.christianaid.org.uk

Best Practices in HIV/AIDS Prevention Collection, Family Health International (FHI) et ONUSIDA, 2004. Cet ouvrage aborde des sujets très divers, notamment les populations mobiles, les secours en cas de catastrophe, la prévention, les soins et le CTV. www.fhi.org

Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use, OMS 2004

- *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*
- *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission through Drug-Dependence Treatment*
- *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons*

www.who.int

Evidence for Action: Effectiveness of Community-Based Outreach in Preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users, OMS, 2004. www.who.int

Diffuser la lumière de la science Lignes directrices sur la réduction des risques liés à la consommation de drogues injectables, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2003. www.ifrc.org

Skills Training and Capacity Building in Harm Reduction Work, Open Society Institute (OSI), mai 2004. www.soros.org

Unintended Consequences: Drug Policies Fuel HIV Epidemic in Russia and Ukraine, OSI, International Harm Reduction Development, 2003. www.soros.org

Documents de l'ONUSIDA: www.unaids.org

- *Partners in Prevention: International Case Studies of Effective Health Promotion Practices in HIV/AIDS*, 1998.
- *Sex Work and HIV/AIDS*, juin 2002.
- *Gender and AIDS: Best Practices/Programmes That Work*, août 2002.
- *Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant Options stratégiques*, 1999.

Alliance internationale contre le VIH/sida : www.aidsalliance.org

- *An Introduction to Promoting Sexual Health for Men Who Have Sex with Men and Gay Men A Training Manual*, novembre 2001.
- *Developing HIV/AIDS Work with Drug Users A Guide to Participatory Assessment and Response*, août 2003.
- *Positive Prevention: Prevention Strategies for People with HIV/AIDS*, juillet 2003.
- *Beyond Awareness Raising: Community Lessons about Improving Responses to HIV/AIDS*, juillet 1998.

Family Health International (FHI) a produit une série de cadres stratégiques, notamment :

- *Behaviour Change Communication*
 - *Sexually Transmitted Infections*
- www.fhi.org/en

Les feuilles d'information de FHI offre des informations sur de nombreux aspects de la prévention du VIH, concernant notamment les populations mobiles, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, la transmission mère-enfant et les consommateurs de drogues injectables : www.fhi.org.

Meeting the Behavioural Data Collection Needs of National HIV/AIDS and STD Programmes, IMPACT, FHI et ONUSIDA, mai 1998. www.fhi.org

Conseil et test volontaires

The Right to Know New Approaches to HIV Testing and Counselling, OMS, 2003. www.emro.who.int

Scaling Up HIV Testing and Counselling Services A Toolkit for Programme Managers, Alliance internationale contre le VIH/sida et OMS, 2004. <http://who.arvkit.net>

Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers, Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF/IPPF) et Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), 2004. www.ippf.org

Traitement, soins et soutien

The Involvement of People Living with HIV/AIDS in Community-Based Prevention, Care and Support Programmes in Developing Countries, Programme Horizons et Alliance internationale contre le VIH/sida, juillet 2003. www.aidsalliance.org

Scaling up Antiretroviral Therapy: Experience in Uganda, OMS, 2003. www.who.int

HIV Care and Support: A Strategic Framework, Family Health International, juin 2001. Rechercher par le titre : www.fhi.org

Care, Involvement and Action: Mobilising and Supporting Community Responses to HIV/AIDS Care and Support in Developing Countries, Alliance internationale contre le VIH/sida, juillet 2000. www.aidsalliance.org

La Vision de ICW: *Accès à la Prise en charge, au Traitement et au Soutien (APTS)*, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida (ICW), 2004. Rechercher par titres : www.icw.org.

Community Home-Based Care for People Living with HIV/AIDS, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2003. www.ifrc.org

Soins et Traitement du VIH/SIDA Cours à l'intention de ceux qui prennent soin des personnes vivant avec le VIH/SIDA, FHI, 2005. www.fhi.org

Improving Access to HIV/AIDS-Related Treatment A Report Sharing Experiences and Lessons Learned on Improving Access to HIV/AIDS-Related Treatment, Alliance internationale contre le VIH/sida. www.aidsalliance.org

Improving Access to Care in Developing Countries, ONUSIDA, CD-ROM, et *Guide sur l'accès aux traitements liés au VIH/SIDA Recueil d'informations, d'outils et de références à l'intention des ONG, des organisations communautaires (OC) et des groupes de PVS*, Alliance internationale contre le VIH/sida, OMS et ONUSIDA, 2003. www.unaids.org

A Public Health Approach to Antiretroviral Treatment: Overcoming Constraints, OMS, 2003. www.who.int

Breaking Down Barriers: Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users, Open Society Institute, juillet 2004. www.soros.org

Sauver des mères, sauver des familles: l'initiative PTME-Plus, OMS 2003. www.who.int

Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Khayelitsha Programme in South Africa, OMS, 2003. www.who.int

Gender, AIDS and ARV Therapy: Ensuring that Women Gain Equitable Access to Drugs Within US-Funded Treatment Initiatives, Centre for Health and Gender Equity (CHANGE), février 2004. www.genderhealth.org

Approaches to Caring for OVC: Essential Elements for Quality Service, Institute of Primary Health pour l'UNICEF, février 2001. www.unicef.org

Stigmatisation et discrimination

HIV and AIDS-Related Stigmatization, Discrimination and Denial: Forms, Contexts and Determinants, ONUSIDA, juin 2000. www.unaids.org

HIV-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action, Programme Horizons, mai 2002. www.popcouncil.org

Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia, Centre international de recherche sur les femmes (CIRF), 2003. www.icrw.org

Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit For Action, CHANGE et CIRF, septembre 2003. www.changeproject.org

Protocol for Identification of Discrimination against People Living with HIV/AIDS, ONUSIDA, 2000, et *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de*

l'homme, ONUSIDA 1999, www.unaids.org.

AIDS Discrimination in Asia, Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida (APN+), 2003. www.gnpplus.net

Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail, 2001, et *Mise en oeuvre des directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail: un manuel de formation*, 2002, Organisation internationale du travail. www.ilo.org

The Role of Stigma and Discrimination in Increasing Vulnerability of Children and Youth Infected With and Affected by HIV/AIDS, Save the Children (Royaume-Uni), novembre 2001. www.savethechildren.org.uk

Men Who Have Sex with Men in Cambodia: HIV/AIDS Vulnerability, Stigma and Discrimination, The POLICY Project, 2004. www.policyproject.com

Signs of Hope, Steps for Change, Alliance œcuménique « agir ensemble » (Ecumenical Advocacy Alliance), 2003. CD-ROM de documentation multilingue soulignant en particulier l'importance de mobiliser et d'intensifier le rôle des communautés fondées sur la foi et des dirigeants religieux pour la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida. www.e-alliance.ch

Intégrer le VIH

Holden, S., *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, Oxfam GB, ActionAid et Save the Children, 2004. www.oxfam.org.uk

Holden, S., *AIDS on the Agenda: Adapting Development and Humanitarian Programmes to Meet the Challenge of HIV/AIDS*, Oxfam GB, décembre 2003. www.oxfam.org.uk

Wilkins, M. et Vasani, D., *Mainstreaming HIV/AIDS: Looking Beyond Awareness*, Voluntary Services Overseas (VSO), 2002. www.vso.org.uk

Le Projet Sphère: *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes*, 2^e édition, 2004. www.sphereproject.org

Directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence, Comité permanent interorganisations, 2003. www.humanitarianinfo.org

Documents publiés par Oxfam pour appuyer l'intégration du VIH dans les activités des organisations de développement et d'aide humanitaire. www.oxfam.org.uk

Learning Through Practice: Integrating HIV/AIDS into NGO Programmes: A Guide, The POLICY Project et Futures Group International, 2002. www.policyproject.com

Mainstreaming Checklist and Tools: Mainstreaming HIV/AIDS into our Sexual and Reproductive Health and Rights Policies, Plans, Practices and Programmes, Fédération internationale pour la planification familiale, 2004. www.ippf.org

Multisectoral Responses to HIV/AIDS: A Compendium of Promising Practices from Africa, USAID et Support for Analysis and Research in Africa (SARA), 2003. Ce document contient des chapitres sur le microfinancement, l'agriculture, le développement des capacités et les activités menées auprès des populations vulnérables, telles que les enfants, les femmes et les réfugiés. <http://sara.aed.org>

Bâtissons l'espoir : notes thématiques pour l'Afrique, Alliance internationale contre le VIH/sida, janvier 2003. Série de brochures sur le soutien psychologique, la santé et la nutrition, le renforcement économique, l'éducation et l'inclusion sociale, les communautés menant des

activités en faveur des orphelins et le soutien aux personnes âgées qui s'occupent d'orphelins et d'enfants vulnérables (dispensateurs de soins). www.aidsalliance.org

The Framework for the Protection, Care and Support of Orphans and Vulnerable Children Living in a World with HIV and AIDS, UNICEF, juillet 2004. www.unicef.org

Learning to survive: How education for all would save millions of young people from HIV/AIDS, Oxfam, 2004. www.oxfam.org.uk

Documents de politique générale (*Policy Papers*) du Programme alimentaire mondial des Nations Unies, dont *Food Security and HIV/AIDS* et *WFP's Role in Improving Access to Education for OVC*. www.wfp.org

5.4 Glossaire

Acronymes

ABC	stratégie de prévention ABC : abstinence, bannir l'infidélité, condoms (Préservatifs)
ARV	antirétroviraux (médicaments), antirétrovirale (thérapie)
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CDI	consommation de drogues injectables ou consommateur de drogues injectables
CIRF	Centre international de recherche sur les femmes
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)
FHI	Family Health International
FIPF/IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GIPA	principe de participation accrue des personnes vivant avec le VIH
GNP+	Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida
HCDH	Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
IASC	Comité permanent interorganisations
ICASO	Conseil international des organisations d'action contre le sida
ICW	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le sida
IST	infection sexuellement transmissible
NSPs	needle and syringe programmes, programmes d'échange de seringues et d'aiguilles
OC	organisations à assise communautaire
OEV	orphelins et autres enfants devenus vulnérables à cause du sida
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisations non gouvernementales
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSI	Open Society Institute
PAM	Programme alimentaire mondial
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
PVV	personnes vivant avec le VIH
TME	transmission mère-enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNRISD	Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social
USAID	Agence internationale des États-Unis pour le développement international
VSO	Voluntary Services Overseas, Volontaires en service outre-mer

Terminologie

Communautés touchées cette expression recouvre l'ensemble des personnes affectées par le VIH et le sida notamment les personnes présentant un risque particulier d'infection à VIH et celles qui doivent supporter de façon disproportionnée le poids des conséquences du VIH et du sida. Ces groupes varient d'un pays à l'autre, selon la nature de l'épidémie sévissant dans le pays.

Discrimination manifestation de la stigmatisation (voir plus loin). La discrimination est toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraires, par action ou omission, fondée sur une caractéristique que l'on stigmatise.

Environnement habilitant (ou favorable) environnement dans lequel les lois et les politiques publiques protègent et s'attachent à promouvoir les droits des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées, et sont propices à la mise en œuvre de programmes efficaces.

Intégration du VIH expression désignant le fait d'adapter les programmes de développement et d'aide humanitaire de telle façon qu'ils s'attaquent aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité à l'infection à VIH et agissent sur les conséquences de cette infection. Ces programmes restent toutefois centrés sur leur objectif premier (par exemple, améliorer les revenus des ménages ou la sécurité alimentaire, ou élever les taux d'alphabétisation).

Intensification ce terme recouvre différentes stratégies visant à élargir l'éventail, la portée et l'impact de nos ripostes au VIH. Nous l'utilisons pour désigner l'élargissement des zones géographiques ou des populations couvertes par des programmes spécifiquement consacrés à la riposte à l'épidémie, l'intégration de mesures axées sur le VIH dans d'autres programmes de santé, tels que les programmes de santé sexuelle et reproductive ou de santé maternelle et infantile, et enfin l'intégration du VIH dans les programmes de développement et d'action humanitaire.

ONG sigle recouvrant le large éventail d'organisations qui peuvent être qualifiées de « non gouvernementales », qu'il s'agisse d'organisations à assise communautaire (OC), d'organisations confessionnelles ou d'organisations de communautés touchées, notamment de personnes vivant avec le VIH, de professionnel(le)s du sexe, de femmes et bien d'autres, qui sont actives dans la riposte à l'épidémie de VIH.

ONG de soutien ONG qui fournissent un appui à d'autres ONG mettant en œuvre des programmes au plan national ; il peut s'agir d'un ou plusieurs des types d'appui suivants : technique, financier, développement des capacités ou plaidoyer.

Orphelins et autres enfants devenus vulnérables à cause du sida (OEV) nous utilisons cette expression parce que les enfants sont affectés de multiples façons, et pas seulement lorsqu'un de leurs parents ou les deux décèdent du sida. Un nombre croissant d'enfants vivent avec des parents malades ou mourants, et il arrive souvent qu'ils doivent quitter l'école pour s'occuper d'eux ou gagner un revenu pour la famille.

Plaidoyer méthode et processus consistant à influencer le point de vue des décideurs et du public sur un sujet préoccupant, et à mobiliser l'action communautaire en vue de parvenir aux changements sociaux nécessaires notamment une réforme des législations et des politiques pour s'attaquer aux problèmes posés.

Programmes de riposte au VIH expression désignant des programmes spécifiquement axés sur le VIH et le sida tels que prévention du VIH ou traitement, soins et soutien destinés aux personnes vivant avec le VIH ou des activités axées sur le VIH et le sida mais intégrées dans des programmes de santé plus généraux ou des programmes connexes. Le but de ces programmes de riposte a spécifiquement trait au VIH et au sida (par exemple prévention du VIH, ou réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH).

Réduction des risques cette expression s'applique à des politiques et des programmes visant à prévenir ou réduire les risques associés à la consommation de drogues injectables.

Stigmatisation processus instaurant et perpétuant des relations de pouvoir inéquitables, dans lesquelles des attitudes négatives envers un groupe de personnes, au motif de caractéristiques telles que leur statut sérologique VIH, leur sexe, leurs préférences sexuelles ou leur comportement, sont suscitées et entretenues afin de légitimer des groupes dominants dans la société.

5.5 Remerciements

Le projet du Code de bonnes pratiques pour les ONG intervenant dans la riposte au VIH est divisé en deux phases : la phase 1 comprend le développement du document du Code de bonnes pratiques, et la phase 2 est axé sur l'assistance technique à apporter aux ONG pour sa mise en œuvre.

Phase 1

Consultations

Le projet provisoire de Code de bonnes pratiques pour les ONG intervenant dans la riposte au VIH a fait l'objet d'un vaste processus de consultation qui s'est déroulé entre mars et août 2004. Des contributions au contenu du Code ont été fournies par des consultations de vive voix, par e-mail ou par courrier. Le Comité directeur remercie pour leurs efforts les nombreuses organisations et personnes qui l'ont fait bénéficier de leur compétence et lui ont ainsi permis d'améliorer le Code.

Les organisations du Comité directeur du projet

- ActionAid International
- Alliance internationale contre le VIH/sida
- Association internationale de réduction des risques (IHRA)
- CARE (États-Unis)
- Conseil international des organisations d'action contre le sida (ICASO)
- Conseil mondial de la Santé
- Conseil œcuménique des Églises
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Grupo Pela Vidda
- Hong Kong AIDS Foundation
- Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+)

Organisation hôte du projet

La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a hébergé les première et deuxième phases du projet Code de bonnes pratiques. Elle applique en outre les principes du Code dans l'action qu'elle mène pour répondre aux besoins de ceux qui sont le plus vulnérables à cause de situations qui menacent leur survie ou leur capacité de vivre en jouissant d'un niveau acceptable de sécurité économique et de respect de leur dignité humaine. La Fédération internationale est une organisation humanitaire mondiale plutôt qu'une ONG, car ses Sociétés nationales membres agissent en tant qu'auxiliaires des pouvoirs publics de leurs pays respectifs dans le domaine humanitaire.

Personnel du projet

Directrice du projet et auteur du Code: Julia Cabassi (octobre 2003 - décembre 2004)
Stagiaire: Karen Proudlock (septembre - octobre 2004)

Consultants du projet

Facilitation des consultations : Isobel Mc Connan

Recherche et recommandations sur les diverses modalités possibles de mise en œuvre du Code : Sara Davidson

Financement

L'aide financière a été fournie par: la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, l'Alliance internationale contre le VIH/sida, Care (États-Unis), ActionAid, GNP+, ICASO, le Conseil œcuménique des Églises et la Croix-Rouge canadienne.

L'aide en nature a été fournie par : la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, InterAction, l'Alliance ukrainienne contre le VIH/sida, le Grupo Pela Vidda, la Hong Kong AIDS Foundation, le Conseil œcuménique des Églises, le Forum des ONG sur la santé (Genève), Odysseus, le Réseau d'Europe centrale et orientale pour la réduction des risques, le UK Consortium on AIDS and International Development, la Croix-Rouge canadienne et la Coalition interagence sida développement (Canada).

Phase 2

Les organisations du Comité directeur du projet

- Alliance internationale contre le VIH/sida
- CARE Internationale
- Conseil international des organisations d'action contre le sida (ICASO)
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
- Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF)
- Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+)

Organisation hôte du projet

La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Personnel du projet

Directrice du projet: Susan Fox

Coordonnatrice Communication: Melissa Isles

Financement

Nous sommes très reconnaissants pour l'assistance financière qui a rendu possible la phase de mise en œuvre de ce projet. L'aide financière a été fournie par: le Department for International Development (DFID) et la Fondation Ford.

Questionnaire

Code de bonnes pratiques pour les ONG intervenant dans la riposte au VIH

Tous les commentaires seront conservés à la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, en prévision d'une nouvelle édition révisée du Code.

Nom : _____

Fonction/organisation : _____

Adresse: _____

Téléphone/courriel: _____

Date: _____

1. Quels commentaires généraux ou réactions auriez-vous à formuler au sujet du Code ou d'une partie du Code ? Il peut s'agir d'observations aussi bien sur le contenu que sur la forme.
2. Selon vous, quelles modifications faudrait-il apporter pour améliorer le Code ? Veuillez être précis et indiquer sur quels éléments se fonde votre point de vue.
3. Existe-t-il selon vous des informations ou des faits nouveaux qui devraient figurer dans le Code ?
4. Avez-vous connaissance de nouveaux documents importants qui devraient être mentionnés dans le Code ?

**Veillez envoyer ce questionnaire à : Projet Code de bonnes pratiques pour les ONG
intervenant dans la riposte au VIH, département Santé et assistance,
Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant- Rouge,
BP 372, 1221 Genève 19, Suisse.
Fax : +41 22 733 03 95**

Cette page est continuée de la page 2

Renewing our voice: Code of Good Practice for NGOs Responding to HIV/AIDS

This book was first published in the United Kingdom in English in December 2004
by The NGO HIV/AIDS Code of Practice Project under
Oxfam ISBN 978-0-85598-553-0

English text © The NGO HIV/AIDS Code of Practice Project 2004

French edition first published
by EPP Books Services, Oxfam GB and AfriCASO
for The NGO HIV/AIDS Code of Practice Project March 2008 under
EPP Books Services ISBN 978-9988-0-7446-3 and
Oxfam GB ISBN 978-0-85598-620-9

French translation © The NGO HIV/AIDS Code of Practice Project 2008

This French edition © EPP Books Services and Oxfam GB 2008

All rights reserved. This publication is copyright but may be reproduced by any method without fee for teaching purposes but not for resale. Formal permission is required for all such uses to enable the publisher to evaluate the impact of its publications but will normally be granted immediately. For copying in any other circumstances or for reuse in other publications, or for translation or adaptation, prior written permission must be obtained from the publisher and a fee may be payable.

EPP Books Services
44 A/7 La Education
P. O. Box TF490
Trade Fair Centre
Accra
Ghana
www.eppbookservices.com

Oxfam GB
John Smith Drive
Oxford OX4 2JY
United Kingdom
www.oxfam.org.uk/publications

Code de Bonnes Pratiques pour les
ONG ripostant au VIH/SIDA
Boîte Postale 372
Chemin des Crêts
1211 Genève
Suisse
www.hivcode.org

African Council of AIDS Service
Organisations (AfriCASO)
Boîte Postale 28366
Dakar - Medina
Senegal
www.africaso.net

Imprimé en/Printed in Ghana by
Exellent Publishing & Printing