



Les barrières à l'accès au préservatif : l'élaboration d'un programme de plaidoyer



Exposé de plaidoyer d'ICASO



Main photo : Éducation par les pairs : démonstration de l'utilisation du préservatif, Afrique du Sud © Students Partnership Worldwide

Les personnes vivant avec le VIH et celles qui sont les plus à risque et particulièrement vulnérables à l'infection à VIH ont droit d'avoir accès à des produits et services complets. Cela inclut des approches de prévention telles que la promotion et l'utilisation des préservatifs. Cependant, l'incapacité à éliminer les obstacles qui empêchent l'accès au préservatif et son utilisation est l'une des raisons les plus importantes de l'incapacité à prévenir des millions de nouvelles infections à VIH.

La recherche communautaire de « première ligne » soutenue par l'ICASO dans 14 pays a permis d'analyser certains de ces obstacles à l'accès au préservatif. Il apparaît particulièrement évident que les gouvernements et les donateurs mondiaux doivent affecter de nouvelles ressources à la lutte contre le VIH tout en adoptant et en modifiant les lois, les politiques et les programmes afin qu'ils garantissent l'accès au préservatif et la disponibilité de celui-ci. Il est plus nécessaire que jamais d'avoir un secteur communautaire mobilisé pouvant préconiser vigoureusement l'accès au préservatif.

Table des matières :

Méthodologie	2
Prévention du VIH et préservatifs	2
Obstacles à l'accès au préservatif :	4
1. Obstacles socioculturels	4
2. Obstacles d'ordre légal et politique	10
3. Obstacles économiques et financiers	14
4. Obstacles structurels	19
Prochaines étapes	24

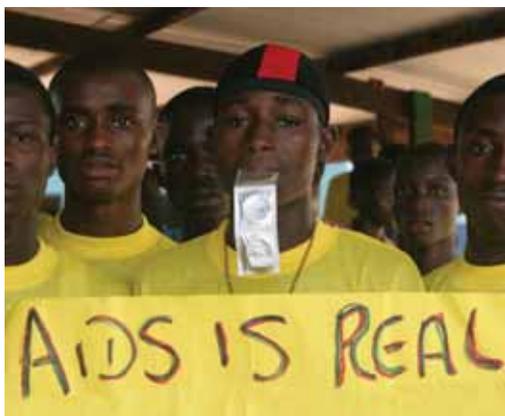
Rédacteurs : Jenny Drezin, Mary Ann Torres (ICASO) et Kieran Daly (ICASO).

Nous sommes reconnaissants à Franck Deroose, Melissa Ditmire, Kate Hawkins, Andrew Hunter, Khadija Moalla, Tim Thomas, Alejandra Trossero, et à plusieurs autres défenseurs des droits. Nous sommes aussi reconnaissants à Population Action International (PAI) pour son soutien financier. Les opinions exprimées dans cette publication ne sont pas nécessairement conformes à celles de PAI ou de ses donateurs.

Photo de l'en-tête © AIDS Committee of Toronto



Méthodologie



Éducateurs de pairs durant un événement de la Journée mondiale du sida, Sierra Leone © Students Partnership Worldwide

Cet exposé de plaidoyer fournit une analyse de certains des obstacles à l'accès au préservatif, laquelle repose sur les résultats d'une recherche communautaire de « première ligne » appuyée par l'ICASO. Cette information a été recueillie par un projet de suivi organisé par le secteur communautaire en 2005 et 2006 évaluant la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS)¹.

Les groupes communautaires de 14 pays² ont recueilli et analysé des données et des renseignements sur la réponse globale au VIH et au SIDA, et ont préparé des rapports nationaux sur les résultats et sur les enjeux importants pour les communautés de leur pays. En ce qui a trait à l'accès au préservatif, une grande partie de l'analyse traite du préservatif masculin, bien que certains chercheurs du secteur communautaire aient aussi abordé des questions relatives au préservatif féminin.

Puisque le présent document repose essentiellement sur les résultats d'une analyse communautaire, nous ne prétendons pas qu'il constitue une analyse détaillée de tous les obstacles à l'accès aux préservatifs. Cependant, lorsque cela s'avérait nécessaire, l'analyse a été étoffée de renseignements sur les pratiques exemplaires actuelles qui sont mentionnées dans la documentation sur la prévention du VIH et de commentaires provenant de consultations avec les défenseurs du secteur communautaire.

Prévention du vih et préservatifs

Le SIDA est la troisième cause de décès dans le monde, et cela pourrait être évité. Malgré cela, il y a chaque jour 14 000 personnes nouvellement infectées par le VIH, la majorité d'entre elles par les rapports sexuels non protégés³. Plusieurs de ces cas d'infection pourraient être évités⁴ si ce n'était des restrictions et des obstacles qui

empêchent l'utilisation de stratégies de prévention efficaces et éprouvées, telles que les préservatifs. Il a été estimé qu'environ les deux tiers des nouvelles infections qui auront lieu durant les dix prochaines années pourraient être évités par la mise en œuvre d'un ensemble de mesures de prévention éprouvées⁵.

¹ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, adoptée le 27 juin 2001.

² Cameroun, Canada, El Salvador, Honduras, Indonésie, Irlande, Jamaïque, Maroc, Népal, Nigeria, Pérou, Roumanie, Serbie et République du Monténégro, et Afrique du Sud.

³ ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006* (mai 2006, version originale anglaise).

⁴ Human Rights Watch, *Access to Condoms and HIV/AIDS Information: A Global Health and Human Rights Concern* (Décembre 2004).

⁵ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006* (mai 2006, version originale anglaise).

Les préservatifs masculins et féminins⁶, s'ils sont utilisés correctement et de façon systématique, peuvent réduire le risque de transmission par voie sexuelle de 80 à 90 %⁷. En fait, les préservatifs sont les seuls produits qui offrent une protection efficace contre le VIH et les autres infections **sexuellement** transmissibles (IST)⁸. Les **préservatifs** sont aussi essentiels aux efforts de prévention des personnes vivant avec le VIH, offrant à la fois une protection contre les IST et contre la réinfection, et protégeant leurs partenaires sexuels.

Il y a cependant un grand manque de préservatifs et d'information sur la façon de les utiliser efficacement⁹. Dans les dernières années, moins de la moitié de toutes les personnes à risque d'une transmission **sexuelle** du VIH avaient accès à des préservatifs, et moins d'un quart avaient accès à une formation de base sur le VIH/SIDA¹⁰. Les chercheurs projettent qu'en Afrique **sub-saharienne** seulement, il y aura un manque d'une ampleur d'un milliard de préservatifs masculins¹¹. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) estime les besoins des pays en développement à 10 milliards de préservatifs par année **actuellement**, et à plus de 18 milliards d'ici 2015¹².

Le manque de préservatifs est non seulement causé par des limites financières, mais aussi par des politiques gouvernementales restreignant la fabrication, **l'approvision-**

nement, la distribution du préservatif ainsi que l'information sur son utilisation. De telles politiques sont des violations des droits de l'homme fondamentaux, tels que le droit à la santé, parce que les États sont tenus d'éviter de « limiter l'accès à des contraceptifs [...] et de censurer, de ne pas informer ou de dénaturer toute question de santé publique¹³. »

Ainsi, les limites concernant **l'approvisionnement** ne constituent qu'un des aspects du « problème lié au préservatif ». La **documentation** sur la santé démontre que les déterminants de la santé comprennent un grand éventail de facteurs interreliés, notamment les facteurs biologique, **comportemental**, culturel, politique, légal et socio-économique¹⁴. Ces facteurs **détermineront** les niveaux de risque individuel et de vulnérabilité à l'infection à VIH, et influenceront même le choix d'un individu d'utiliser le préservatif correctement et de façon systématique.

La recherche communautaire de « première ligne » appuyée par l'ICASO a fourni des preuves de l'influence de ces déterminants et de la façon dont ils deviennent des obstacles à l'utilisation du préservatif dans les pays étudiés. Dans la présente **communication**, ces obstacles à l'accès au préservatif ont été divisés en quatre catégories. « Voir l'illustration de ces catégories à la page suivante. »



Robe faite de préservatifs, par Adriana Bertini, XV^e Congrès international sur le SIDA (AIDS 2004) © ICASO

⁶ Le **préservatif masculin** doit être mis sur le gland et le pénis, et il est offert en latex, en peau d'agneau, et en polyuréthane. Le **préservatif féminin** est une enveloppe résistante, molle et transparente qui doit être insérée dans le vagin avant les rapports sexuels; il comprend un anneau flexible à chaque extrémité et est offert en polyuréthane et nitrile.

⁷ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006* (mai 2006, version originale en anglais).

⁸ Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card* (2002).

⁹ GTZ, *HIV/AIDS Prevention through Social Marketing of Condoms* (non daté).

¹⁰ Human Rights Watch, *Access to Condoms and HIV/AIDS Information: A Global Health and Human Rights Concern* (Décembre 2004).

¹¹ Les estimations vont de 1,9 à 13 milliards. Shelton, JD, et al, *Condom gap in Africa: evidence from donor agencies and key informants*. (2006); voir aussi la feuille d'information produite par The Supply Initiative : *Access to Condoms and Contraceptives – Vital for the Prevention of HIV* (2005).

¹² Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card* (2002).

¹³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint: 11/03/2000. E/C. 12/2000/4 (General comments), Observation générale no 14 (22^e session, 2000, version originale en anglais).*

¹⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Healthy Public Policy: Assessing the impact of law and policy on human rights and HIV prevention and care* (2002).



Le présent document vise à fournir une analyse des obstacles à l'utilisation du préservatif et à son accès, obstacles ayant été précisés par la recherche communautaire. Dans la mesure du possible, il fait aussi des recommandations

Obstacles à l'accès au préservatif

1 | 1 | Idoyer du secteur communau-
t

les sexes

Obstacles socioculturels

Alors que le sexe est une expérience profondément personnelle, l'utilisation du préservatif durant les rapports sexuels est souvent liée à des normes religieuses et culturelles ainsi qu'aux croyances **personnelles**. De telles normes aident les gens à définir leurs propres concepts de moralité ou à intérioriser les comportements **acceptables**. Cette section aborde les obstacles à l'utilisation du préservatif qui résultent des croyances personnelles et des **connaissances**, de la culture, des relations sociales et de la religion.

Obstacle 1.1

Manque d'autonomisation des femmes et d'égalité entre

La promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes est essentielle à une prévention efficace du VIH, luttant à la fois contre les obstacles à l'autonomisation et contre les obstacles au plaisir sexuel et à la **performance**. Au sein d'une relation hétérosexuelle, les relations de pouvoir entre les sexes sont liées directement à la capacité d'une femme de négocier des pratiques sexuelles à moindre risque avec son partenaire. Dans plusieurs cultures, les femmes n'ont pas le pouvoir d'insister sur l'utilisation du **préservatif**, que ce soit au sein d'un mariage ou à l'extérieur du mariage.

La violence contre les femmes au sein d'un mariage ou à l'extérieur d'un mariage, y compris le viol et l'agression sexuelle, prive celles-ci de leur contrôle sur le moment, sur le choix du partenaire, sur la façon dont se dérouleront les rapports sexuels, et sur la possibilité de négocier l'utilisation du condom durant les rapports sexuels. De

surcroît, plusieurs femmes ne sont pas à l'aise de parler de sexe avec leurs **partenaires** ou sont susceptibles d'arrêter d'utiliser les préservatifs par manque de confiance ou de fidélité lorsqu'elles sont engagées dans une relation à long terme.

Le fait d'utiliser ou non un moyen de protection – et le type de moyen utilisé – est souvent décidé par l'homme. Parfois, le seul fait de suggérer l'utilisation d'un préservatif sera perçu comme une accusation d'infidélité du partenaire ou la reconnaissance d'adultère par la femme elle-même. De telles insinuations peuvent provoquer la violence et empêcher une femme de suggérer l'**utilisation** du préservatif, même si elle doute de la fidélité de son partenaire. En Afrique du Sud, par exemple, la peur de la violence est mentionnée comme l'obstacle principal à l'utilisation du préservatif¹⁵. Au Maroc, l'apparence de fidélité est si importante que les femmes peuvent rarement insister pour l'utilisation du préservatif même si leur partenaire est séropositif au VIH et qu'elles ne le sont pas¹⁶.

Les femmes refusent aussi d'utiliser les préservatifs parce que plusieurs d'entre elles les associent seulement à la **contraception** (et non à une forme de protection contre les IST); ainsi, puisque dans plusieurs cultures le fait d'être enceinte est un **indicateur** d'intimité et d'engagement, les femmes craignent des répercussions négatives de la part de leur partenaire si elles insistent pour utiliser le préservatif. Les couples mariés sont parmi les groupes les moins susceptibles d'utiliser les préservatifs¹⁷, et le mariage **lui-même** est devenu un facteur principal de risque pour les femmes. Au Maroc, comme ailleurs, la majorité des femmes positives au VIH ont été infectées par leur mari (65 %) ¹⁸. Dans certaines cultures où la polygamie ou

l'adultère sont fréquents¹⁹, les rapports sexuels non protégés au sein d'un mariage sont fondamentalement risqués. Les mariages précoces (parfois forcés) ainsi que le désir et la pression sociale d'avoir des enfants sont des facteurs additionnels qui entravent l'utilisation du préservatif.

Les normes de genre entourant la masculinité suggèrent que l'homme doit prendre des risques sexuels et être agressif durant les rapports sexuels. Ceci affecte bien sûr la dynamique de pouvoir au sein de la relation, qu'elle soit hétérosexuelle ou homosexuelle. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les hommes efféminés et les personnes transgenres éprouvent aussi des difficultés avec la négociation du préservatif et vivent des niveaux élevés de violence sexuelle²⁰. La stigmatisation et l'**exclusion** sociale paralysent ces populations, augmentant leur vulnérabilité à l'infection à VIH. Pour nombre de ces personnes, les jeux sexuels et de genre auxquels ils participent dans leurs pratiques sexuelles masculines entraînent un nombre important de partenaires sexuels « dominants », et une fréquence élevée d'abus sexuel, de violence, de viol et de harcèlement, souvent à partir d'un âge précoce²¹. Et, bien sûr, de tels rapports sexuels sont généralement non protégés, et causent souvent des blessures internes, ce qui augmente la vulnérabilité de ces personnes à une infection à VIH.

Malgré les effets de l'inégalité entre les genres sur l'utilisation du préservatif, très peu de rapports nationaux appuyés par l'ICASO ont relevé la présence de programmes sur le VIH/sida luttant expressément pour les droits et l'égalité de genre des femmes et des minorités sexuelles²². Et ce, malgré les engagements des gouvernements, y compris

¹⁵ Mellors, S. *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: South Africa Country Report (2005)* [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS (Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/sida) pour l'Afrique du Sud].

¹⁶ Association de lutte contre le SIDA (ALCS), *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Morocco Country Report (2005)* [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc].

¹⁷ Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card (2002)*.

¹⁸ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.

¹⁹ Network of People Living with HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN), *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Nigeria Country Report (2005)* [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Nigeria].

²⁰ NAZ Foundation International, *The impact of social, legal and judicial impediments to sexual health promotion, and HIV and AIDS related care and support for males who have sex with males in Bangladesh and India (2005)*.

²¹ *Ibid.*

²² Dans les 14 études de cas d'ICASO, les pays qui ont mentionné avoir des programmes de VIH/SIDA tenant compte des questions de genre sont l'Afrique du Sud, El Salvador, la Jamaïque et le Nigeria.

« D'ici à 2005, veiller à l'élaboration et à l'application accélérée de stratégies nationales visant à renforcer le pouvoir d'action des femmes, à promouvoir et protéger la pleine jouissance de tous leurs droits fondamentaux et à réduire leur vulnérabilité face au VIH/sida, par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de toutes les formes de violence contre les femmes et les filles [...] »

-Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001 (alinéa 61).

ceux qu'ils ont pris dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001.

Les techniques de négociation sexuelle, enseignées dans le cadre de programmes complets axés sur la compréhension de ce qu'est le VIH, des rôles de genre et sur la promotion de l'implication des hommes dans la santé sexuelle et génésique, peuvent avoir un impact important sur l'utilisation du préservatif. Les femmes et les hommes peuvent recevoir de la formation, d'une part, pour améliorer leurs habiletés de **communication**, d'écoute et leurs compétences relationnelles; d'autre part, pour apprendre à respecter leurs désirs et besoins mutuels quant à l'utilisation des préservatifs. Au Salvador, par exemple, il s'est tenu des ateliers sur les rôles des hommes et des femmes et sur l'autonomisation des femmes, mettant l'accent sur le droit des femmes de négocier des pratiques sexuelles sans risque et sur la responsabilité conjointe de l'homme et de la femme quant à la prise de décision en matière de sexualité²³. En Jamaïque, des ONG de femmes ont travaillé étroitement avec le ministère de la Santé au

développement du National Strategic Plan (plan stratégique national) et à la National HIV/AIDS Policy (politique nationale **concernant** le VIH/sida)²⁴. Les stratégies adoptées dans cette politique comprennent notamment la fourniture et l'utilisation accrues de préservatifs féminins et le renforcement des techniques de négociation pour l'utilisation du préservatif.

Au Maroc, des programmes conçus pour les travailleuses de l'industrie du sexe mettent l'accent sur le renforcement de leur confiance en elles, laquelle constitue une condition préalable à une négociation réussie de l'utilisation du préservatif avec leurs clients. En plus de distribuer des préservatifs et de la gelée lubrifiante et d'informer les travailleurs de l'industrie du sexe des mesures préventives, les travailleurs sociaux aident les travailleurs de l'industrie du sexe à améliorer leur **confiance** en eux. Le fait de développer une image de soi positive est une condition préalable à l'adoption de pratiques sexuelles à moindre risque²⁵.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements et les donateurs à augmenter les sommes investies, les politiques budgétaires et les mesures directrices visant à promouvoir l'égalité entre les sexes dans leur réponse nationale au VIH/SIDA. Cela comprend notamment des mesures pour soutenir l'autonomisation des femmes et des minorités sexuelles et pour favoriser leur habileté à négocier l'utilisation du préservatif.
- Encourager les gouvernements à adopter des lois et à établir des mesures efficaces d'application de la loi qui soutiennent l'égalité entre les sexes (par exemple, des droits successoraux).
- Encourager les gouvernements à abolir les lois et politiques qui criminalisent les comportements des minorités sexuelles, tels les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres.

²³ Asociación Atlacatl Vivo Positivo, *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: El Salvador Country Report* (2006) [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Salvador].

²⁴ Jamaican AIDS Support (JAS), *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Jamaica Country Report* (2005) [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Jamaïque].

²⁵ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.



Atelier sur la prévention du VIH et sur l'utilisation du préservatif, collectivité autochtone de Yukpa, Venezuela © AMAVIDA 2007

Obstacle 1.2

Religion et moralité

Une vision de la sexualité trop rigide ou moraliste et la croyance que la promotion du préservatif encourage l'activité sexuelle sont des éléments dissuasifs quant à l'utilisation du préservatif. Certaines notions culturelles et religieuses de la « moralité », selon lesquelles les préservatifs sont associés à la promiscuité sexuelle, restreignent à la fois la disponibilité des préservatifs et le degré de confort qu'ils inspirent. Bien que les enseignements catholiques officiels ne disent rien sur l'utilisation des préservatifs pour se protéger contre l'infection à VIH²⁶, ils s'opposent à l'utilisation des préservatifs pour la régulation des naissances, et plusieurs représentants de l'Église ont interprété cela comme une opposition au préservatif pour tout motif que ce soit.

De nombreuses organisations à fondements religieux ainsi que des gouvernements influencés par l'idéologie religieuse ont adopté des programmes centrés sur l'ABC de la prévention : abstinence, monogamie; et utilisation des préservatifs²⁷. Souvent, l'accent n'est mis que sur l'abstinence et la monogamie, associant ainsi l'utilisation du préservatif à l'incapacité d'atteindre les « standards moraux ». Cet ABC de la prévention ne répond pas au besoin pour une approche préventive plus complète comprenant, par exemple, de l'éducation sur l'autonomisation, la sexualité et les aptitudes à la vie quotidienne. Cette approche

en particulier est très problématique parce qu'elle contribue à la stigmatisation des individus qui utilisent les préservatifs ainsi qu'à la discrimination dont ils sont l'objet²⁸.

Au Nigeria, nombreux sont ceux qui craignent d'acheter des préservatifs de peur de paraître comme une « personne de mœurs légères »²⁹. Au Salvador, des pharmaciens ont refusé de vendre des préservatifs en raison de croyances religieuses, ce qui a aussi fait hésiter les travailleurs de la santé à promouvoir l'utilisation du préservatif³⁰. Dans certains pays, les préservatifs sont surtout associés aux groupes marginalisés comme les travailleurs de l'industrie du sexe : jusqu'à tout récemment au Maroc, le fait d'avoir sur soi des préservatifs était perçu comme une « preuve » de sollicitation sexuelle³¹.

En Indonésie, les efforts de prévention ont été sévèrement critiqués par certaines organisations religieuses déclarant que de tels messages – y compris la promotion du préservatif – encouragent l'activité sexuelle³². En plus de certaines idéologies religieuses qui rendent difficile la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque, certains chefs religieux ont diffusé des messages inexacts sur l'efficacité du préservatif³³. Le statut social élevé qu'ont les chefs religieux dans plusieurs sociétés les place dans une situation d'influence qui se doit d'être mobilisée en vue de prévenir le VIH et de promouvoir le préservatif.

²⁶ Human Rights Watch, *Access to condoms and HIV/AIDS Information: A Global Health and Human Rights Concern* (2004).

²⁷ ONUSIDA, *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention* (2006).

²⁸ International HIV/AIDS Alliance and Reproductive Health Matters, *Emerging Issues: Condom policy and programming*, (2006)

²⁹ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Nigeria.

³⁰ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Salvador.

³¹ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.

³² PITA Foundation, *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Indonesia Country Report* (2006) [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour l'Indonésie].

³³ Human Rights Watch, *Access to Condoms and HIV/AIDS Information: A Global Health and Human Rights Concern* (Décembre 2004).

« Amis sud-africains, je suis l'archevêque Desmond Tutu. Notre grande nation fait face à un terrible défi avec le VIH et le SIDA qui se répandent si rapidement. Nous, représentants de l'Église, croyons que les rapports sexuels ne devraient avoir lieu qu'au sein du mariage. Cependant, à ceux d'entre vous qui ont des rapports sexuels à l'extérieur du mariage, j'aimerais vous encourager à prendre les bonnes précautions et à adopter des pratiques sexuelles à moindre risque. S'il vous plaît, utilisez des préservatifs . » [trad.]³⁴

- Dr. Desmond Tutu, archevêque anglican
 Primat de l'Église de la province d'Afrique du Sud
 (Church of the Province of Southern Africa)

Au Maroc, un projet du ministère des Affaires islamiques vise à faire des imams les intervenants principaux d'une lutte contre le SIDA³⁵. Il prévoit la formation et la **mobilité** de 30 000 imams marocains. Cette initiative résulte du Regional Cairo Colloquium for Religious Leaders in Response to

HIV/AIDS (rassemblement régional au Caire de chefs religieux en réponse au VIH/sida), auquel ont participé 80 principaux chefs religieux, musulmans et chrétiens. Ces chefs ont produit une déclaration progressiste et, d'une certaine façon, révolutionnaire³⁶.

Au Nigeria, un nouveau programme éducatif complet sur la sexualité a été élaboré en collaboration avec les chefs religieux et les dirigeants communautaires, puis mis en place³⁷. Bien que l'ancien programme éducatif approuvé dans l'ensemble du pays pour la prévention du VIH comprenait de l'information sur le préservatif parmi ses stratégies **complètes** d'éducation, ce programme éducatif était rarement enseigné. Le gouvernement local, cédant sous la pression des groupes religieux, avait freiné sa mise en œuvre³⁸.

En Mozambique, un projet regroupant des prêtres et des sœurs catholiques locaux a fait la promotion de pratiques sexuelles à moindre risque chez les couples mariés. Les consultations de couple mettaient l'**accent** sur le plaisir, facilitaient une meilleure communication au sein des couples mariés et les encourageaient à parler plus **ouvertement** de ce qu'ils aimaient et n'aimaient pas relativement à la sexualité³⁹.

Recommendations for community sector advocacy

- Encourager les chefs religieux à promouvoir une approche préventive plus complète qui inclurait le droit des personnes à une information sur la prévention du VIH qui soit complète, exacte, fondée sur des faits, touchant la sexualité, l'enseignement des aptitudes à la vie quotidienne et l'utilisation du préservatif.

³⁴ ONUSIDA et Population Services International (PSI), *Le marketing social : Élargir l'accès aux services et aux produits essentiels pour assurer la prévention du VIH/SIDA et limiter l'impact de l'épidémie* (2000).

³⁵ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.

³⁶ Network of Arab Religious Leaders Responding to AIDS (CHAHAMA) *The Cairo Declaration of Religious Leaders in the Arab States in Response to the HIV/AIDS Epidemic* (2004).

³⁷ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Nigeria.

³⁸ Human Rights Watch, *Access to condoms and HIV/AIDS information: A Global Health and Human Rights Concern* (2004).

³⁹ Anne Philpott, et al, *Pleasure and Prevention: When Good Sex Is Safer Sex*, *Reproductive Health Matters*, Vol 14, No.28 (nov 2006)

Obstacle 1.3:

Croyances personnelles et plaisir

Une incompréhension de ce qu'est le VIH, y compris une perception erronée du risque qui lui est associé, nuit aux efforts de promotion du préservatif. Les recherches ont démontré que l'utilisation du préservatif est plus basse chez les personnes mariées, lesquelles ont tendance à faire confiance à leur partenaire régulier, et chez les jeunes, qui se croient invincibles à l'égard de la maladie⁴⁰. Les taux d'utilisation du préservatif sont encore plus bas, dans la population générale, chez les femmes et les hommes qui n'ont pas été exposés à la promotion du préservatif. Ces données démontrent aussi que les hommes sont moins enclins à vouloir utiliser les préservatifs avec leurs partenaires de longue date qu'avec leurs partenaires occasionnels ou avec des partenaires sexuels payés⁴¹.

Dans la plupart des cultures, un « vrai homme » se définit par ses conquêtes sexuelles. Certains hommes considèrent la sexualité comme un droit, et le plaisir comme un résultat évident des rapports sexuels. Cependant, dans le monde entier, les gens, et particulièrement les hommes, se préoccupent du fait que les préservatifs peuvent réduire la sensation et le plaisir retiré de l'acte sexuel, et affecter la **performance** sexuelle. Les hommes de divers milieux comparent le port du préservatif au fait de « prendre un bain avec ses bottes » ou « sentir une rose avec un masque à gaz »⁴². Les pressions sociales exercées sur les hommes afin qu'ils éprouvent du plaisir sexuel et prouvent leur masculinité pourraient entraver l'utilisation du préservatif, même dans les situations comportant un risque élevé. Au Nigeria, par exemple, les faibles taux d'utilisation du préservatif parmi les travailleurs de l'industrie du sexe **provi-**

ennent d'un rejet de celui-ci par les clients masculins⁴³, en raison des croyances personnelles de ces derniers.

La recherche du plaisir est une des raisons principales d'avoir des rapports sexuels. Il apparait de plus en plus évident que le fait d'associer le plaisir à l'utilisation des préservatifs masculins et féminins amène une augmentation de leur utilisation⁴⁴. À l'inverse, le fait de mettre l'accent sur la maladie et les conséquences négatives potentielles des rapports sexuels pourrait limiter l'efficacité de la prévention et de la promotion du préservatif⁴⁵. Le fait de mettre l'accent sur les approches positives et d'érotiser l'utilisation du préservatif est donc un bon moyen de surmonter les inquiétudes concernant le plaisir et la performance.

Les efforts de marketing social peuvent tirer avantage de ces renseignements. Mettre de la gelée lubrifiante dans l'emballage des préservatifs afin de diminuer la friction et l'inconfort, et faire la promotion des préservatifs avec celle d'autres accessoires sexuels érotiques ne sont que quelques-unes des façons qui ont été utilisées pour augmenter les ventes de préservatif. En Mongolie, par exemple, les ventes de la marque de préservatifs féminins Lady Trust, mise sur le marché pour augmenter le plaisir sexuel masculin et féminin, ont eu une forte croissance⁴⁶.

L'utilisation du divertissement pendant l'éducation sexuelle est une autre des stratégies utilisées pour promouvoir l'**utilisation** du préservatif. Les émissions de radio et de télévision, les festivals de rue et de musique⁴⁷, l'art et les représentations en sont des exemples⁴⁸. La plupart de ces moyens de divertissement s'adressent aux jeunes et véhiculent des messages de prévention du VIH, particulièrement par l'utilisation du préservatif.

⁴⁰ Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card* (2002).

⁴¹ Global Campaign for Microbicides, *Addressing Questions and Common Misperceptions about Microbicide Clinical Trials* (Fiche d'information no 18) (non datée).

⁴² International HIV/AIDS Alliance, Reproductive Health Matters, *Emerging Issues: Condom Policy and Programming* (2006).

⁴³ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Nigeria.

⁴⁴ Anne Philpott, *Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy*, *The Lancet* Volume 368 (2006).

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Par exemple, 48 Fest, une initiative de la Staying Alive Foundation (<http://eu.staying-alive.org/48fest/index.html>).

⁴⁸ The Condom Project. Voir le site Web : www.thecondomproject.org.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements et les parties intéressées à mettre en œuvre des programmes pour éduquer les gens de façon amicale et non menaçante au sujet de l'utilisation du préservatif. Ces programmes doivent mettre l'accent sur des incitatifs positifs à l'utilisation du préservatif, particulièrement sur la façon dont les préservatifs peuvent rehausser l'expérience sexuelle et augmenter le plaisir.
- Encourager les gouvernements à développer et à mettre en œuvre des plans de lutte contre le SIDA qui renforcent le marketing social, l'approvisionnement du milieu communautaire en préservatifs ainsi que les consultations sur le préservatif, notamment en soutenant l'éducation par les pairs.



2 Obstacles d'ordre légal et politique

« Les pays et les donateurs devraient abolir les lois et les conditionnalités qui restreignent ou criminalisent l'utilisation ou la promotion de produits et services de lutte contre le VIH, y compris [...] les préservatifs masculins et féminins [...] »⁴⁹.

- [trad.] Défenseurs du secteur communautaire, 2006

La culture, la religion et les croyances **personnelles** au sujet de l'utilisation du **préservatif** sont intimement liées aux politiques nationales. De telles politiques reflètent les traditions et les normes, tout en les **influençant**. Cette partie traite des obstacles à l'utilisation du préservatif qui émanent des politiques et des lois nationales. Parmi celles-ci se retrouvent les politiques et les lois qui bannissent ou qui restreignent la distribution des préservatifs, qui favorisent une discrimination à l'égard de ceux qui sont les plus vulnérables à l'infection à VIH, et qui criminalisent certains comportements.

préservatifs au secteur public à partir des fonds nationaux, les préservatifs étaient interdits dans les dispensaires de santé publique, et le service de police intervenait activement contre la promotion du préservatif⁵⁰.

Dans d'autres pays, le gouvernement est divisé sur les politiques relatives au SIDA, le travail d'un secteur annulant le travail de l'autre. Au Maroc, par exemple, le personnel et les prestataires travaillant à des **programmes** créés et soutenus par le ministère de la Santé ont été arrêtés pour avoir fait la promotion du préservatif⁵¹. Même des **travailleurs** sociaux intervenant auprès de **populations** à risque ont été arrêtés et accusés d'« incitation au vice »⁵². Au Népal, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ainsi que les travailleurs de l'industrie du sexe – les groupes les plus à risque – ont été arrêtés pour possession de préservatifs⁵³. En Jamaïque, le ministère de la Santé a développé des messages de prévention ciblant les jeunes et les femmes, alors qu'il ne s'est pas adressé aux hommes

Obstacle 2.1 :

La législation et les politiques sur la disponibilité du préservatif

Dans certains pays, les mesures restrictives relatives aux préservatifs sont **institutionnalisées** et font partie de la politique officielle du gouvernement. Aux Philippines, par **exemple**, le gouvernement refuse de fournir des

⁴⁹ ICASO, *A Call for Political Leadership: Community Sector recommendations for the UN Political Declaration on HIV/AIDS* (2006).

⁵⁰ Human Rights Watch, *Unprotected: sex, condoms and the human right to health* (2004)

⁵¹ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.

⁵² Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.

⁵³ Blue Diamond Society, *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Nepal Country Report* (2006) [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Népal].

qui ont des rapports sexuels avec des hommes ou aux travailleurs de l'industrie du sexe⁵⁴.

Même au Canada, un pays avec un système de santé universel, une qualité de vie élevée, et une sensibilisation aux droits de la **personne**, certaines des populations les plus vulnérables - les jeunes, les Autochtones, les petites communautés rurales, les réfugiés, les victimes de la traite des femmes - ont un accès limité aux préservatifs **masculins** et féminins⁵⁵. En Roumanie, bien que le gouvernement ait mené des campagnes pour les jeunes des milieux urbains, les jeunes non scolarisés et ceux des milieux ruraux sont pratiquement exclus des activités de promotion du préservatif⁵⁶. En Jamaïque, malgré le taux élevé d'adolescents **sexuellement** actifs, les travailleurs sociaux ne peuvent proposer librement aux jeunes des mesures de prévention. Ils doivent plutôt **travailler** dans le meilleur intérêt des enfants en

tenant compte du droit au consentement des parents⁵⁷.

Les détenus constituent, eux aussi, un groupe exclu puisqu'ils n'ont souvent pas accès aux préservatifs de façon régulière. Des rapports provenant de nombreux pays, du Honduras à la Roumanie, font état du manque de distribution de préservatifs dans les prisons, et la nécessité d'efforts de prévention accrus dans ces endroits⁵⁸. Au Canada, les préservatifs et la gelée lubrifiante ne sont pas offerts dans certaines prisons provinciales, et dans plusieurs d'entre elles, ils ne le sont pas facilement ou de façon discrète⁵⁹. Au Maroc, ce n'est que de façon cachée que les détenus **peuvent** obtenir des préservatifs, par l'entremise de leur famille ou des gardiens, et il est courant de dissimuler des préservatifs dans les paniers de nourriture apportés par la famille en visite⁶⁰.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements à abolir les lois et les conditionnalités qui restreignent ou criminalisent la promotion ou l'utilisation des préservatifs, y compris pour les personnes qui sont les plus vulnérables ou à risque d'infection à VIH, et dans certains milieux.



« Khote »/personnes transgenres travaillant dans l'industrie du sexe, à un entrepôt de camionnage
© The Condom Project

⁵⁴ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Jamaïque.

⁵⁵ AIDS Calgary Awareness Association, *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Canada Country Report (2005)* [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Canada].

⁵⁶ ARAS, *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Romania Country Report (2005)* [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Roumanie].

⁵⁷ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Jamaïque.

⁵⁸ ICASO, *Suivi et évaluation au niveau communautaire – Mise en œuvre de la Déclaration d'Engagement de l'UNGASS sur le VIH/SIDA (2006)*.

⁵⁹ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Canada.

⁶⁰ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.

Obstacle 2.2 :

Marginalisation, discrimination et criminalisation des populations vulnérables

En 2001, par l'entremise de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida⁶¹, les gouvernements se sont engagés à prendre des mesures pour éliminer toutes les formes de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et les membres des groupes les plus vulnérables au VIH. D'autres résolutions, déclarations et traités internationaux, et plusieurs systèmes juridiques nationaux sont conçus de façon à protéger – en théorie – le droit fondamental de ne pas subir de discrimination.

« D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès [...] aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention [...], à l'information et à la protection juridique [...]; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie. »

- Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001 (alinéa 58).

Cependant, il continue d'y avoir un grand écart entre ce qui existe sur papier sur le plan des politiques et des lois non discriminatoires et ce qui se passe en réalité. De nombreux rapports font état de discrimination dans la fourniture des services, particulièrement envers les groupes les plus marginalisés, y compris les travailleurs de l'industrie du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, qui sont davantage à risque et qui sont plus vulnérables à une infection à VIH, ainsi qu'envers les personnes vivant avec le VIH⁶². L'un des plus grands obstacles à la fourniture de services et de produits et à l'accès à ceux-ci (y compris aux préservatifs) par ces populations est l'absence de protection contre la discrimination exercée contre elles par certains travailleurs de la santé et



Rodrigo et Carlos, militants des droits des homosexuels et de la lutte contre le VIH, défilé de la fierté lesbienne, gaie, bisexuelle et transgenre (LGBT), Mexico (2005) © AVE de México

certaines personnes travaillant à la prévention du VIH.

Le fait que la moralité et les normes sociales incitent à la criminalisation de certains comportements et professions, tels la consommation de drogues, les rapports sexuels entre personnes de même sexe (particulièrement entre les hommes) ou le commerce du sexe, rend le portrait encore plus sombre. Par exemple, bien que les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale incluent, dans leurs programmes, le travail auprès des groupes marginalisés et vulnérables, d'autres ministères et paliers de gouvernement (tel que celui de la justice et des affaires internes) promulguent des lois qui criminalisent ces comportements.

Dans les pays où le commerce du sexe est illégal (il l'est dans la plupart des 14 pays

⁶¹ United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, adoptée le 27 juin 2001.

⁶² ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2006* (mai 2006, version originale anglaise).

qui ont été examinés pour cette étude de l'ICASO)⁶³, les travailleurs de l'industrie du sexe ont de la difficulté à avoir accès aux services de santé, à obtenir un nombre suffisant de préservatifs des dispensaires, ou à insister auprès de leurs clients pour que le préservatif soit utilisé. Les travailleurs de l'industrie du sexe de la rue, en particulier, ont peu de temps pour négocier l'utilisation du préservatif avec les clients avant de partir avec eux en voiture de peur d'être

arrêtés⁶⁴. Dans plusieurs pays, une arrestation peut mener à la violence et au viol. Dans de tels contextes, les services de police ou le personnel militaire ne devraient recevoir, au sein des programmes de prévention et de promotion des préservatifs, aucune forme de contrôle sur les travailleurs de l'industrie du sexe, ou sur d'autres groupes vulnérables [voir l'encadré Programmes d'utilisation du préservatif à 100 %].

Programmes d'utilisation du préservatif à 100 % : violations des droits de la personne

Les programmes d'utilisation du préservatif à 100 % sont une approche de prévention du VIH qui est sévèrement critiquée par les travailleurs de l'industrie du sexe en raison des violations des droits de la personne qu'elle entraîne. Il s'agit de programmes de collaboration entre les autorités locales et les établissements de divertissement sexuel afin de réduire la transmission sexuelle du VIH en garantissant l'utilisation du préservatif par les travailleurs de l'industrie du sexe et leurs clients⁶⁵. Cependant, ces programmes ont été conçus sans qu'il y ait consultation avec les travailleurs de l'industrie du sexe et leurs défenseurs⁶⁶.

Les programmes d'utilisation du préservatif à 100 % mis en œuvre en Thaïlande et au Cambodge comprennent des mécanismes de contrôle des travailleurs de l'industrie du sexe par un personnel armé, dont les services de police et les militaires. Les travailleurs de l'industrie du sexe du monde entier citent régulièrement ces groupes comme ceux qui violent le plus souvent leurs droits, notamment en les forçant à des rapports sexuels où le préservatif n'est généralement pas utilisé. Alors que l'on peut remarquer une baisse de la prévalence des infections à VIH à court terme, les réseaux de travailleurs de l'industrie du sexe sont préoccupés du fait que cette approche continue d'avoir des répercussions négatives sur les travailleurs de l'industrie du sexe puisqu'elle augmente le risque qu'ils soient victimes de violence et d'abus et qu'ils soient ainsi exposés à l'infection à VIH⁶⁷.

Ce programme a pour prémisse que les travailleurs de l'industrie du sexe ont la capacité, ou même le pouvoir, de négocier l'utilisation du préservatif, bien qu'il y ait plusieurs cas documentés où les travailleurs de l'industrie du sexe ont été battus pour avoir défendu le principe « pas de préservatif - pas de rapports sexuels »⁶⁸. Ce type de programme ne permet pas non plus de contrer les violations des droits de la personne résultant du fait que les services de police et les militaires sont mandatés pour le faire respecter. Le programme ne tient pas compte des travailleurs de l'industrie du sexe qui sont renvoyés des « établissements » (parce qu'ils ont une infection sexuellement transmissible, y compris le VIH, ou parce qu'ils n'ont pas collaboré au programme d'utilisation du préservatif à 100 %). Ces travailleurs de l'industrie du sexe se retrouvent souvent dans des conditions de travail où ils sont encore plus vulnérables et davantage à risque d'une infection à VIH⁶⁹.

⁶³ ICASO, *Suivi et évaluation au niveau communautaire – Mise en œuvre de la Déclaration d'Engagement de l'UNGASS sur le VIH/SIDA* (2006).

⁶⁴ Business Day, Johannesburg. *Old Law a Curse on South Africa's Sex workers*, March 3, 2006.

⁶⁵ Wiwat R., *The 100% condom use programme in Asia*, Reproductive Health Matters, Vol 14, No.28 (Nov 2006).

⁶⁶ Loff, B., Over C., and Longo, P., *Can health programmes lead to mistreatment of sex workers?* 361 *The Lancet* 1982 (2003).

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ Business Day, Johannesburg. *Old Law a Curse on South Africa's Sex workers*, March 3, 2006.

⁶⁹ *Ibid.*

Plus d'efforts sont nécessaires pour donner les moyens nécessaires aux travailleurs de l'industrie du sexe - et aux autres groupes marginalisés - de négocier l'utilisation du préservatif et d'avoir des pratiques sexuelles à moindre risque. Parmi ces moyens, **mentionnons** des formations où des **comportements** risqués sont simulés, où des pratiques alternatives sans pénétration sont encouragées, et où les préservatifs sont érotisés. D'autres méthodes de

promotion du préservatif sans violation des droits de la personne ou sans réduction des revenus des travailleurs de l'industrie du sexe (afin d'éviter qu'ils recherchent davantage de clients) sont recommandées pour l'ensemble des personnes concernées : pour les travailleurs de l'industrie du sexe eux-mêmes, mais aussi pour leurs clients et pour les souteneurs et les intermédiaires⁷⁰.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements à revoir, à mettre en œuvre et à adopter des lois et des politiques supplémentaires tout en instaurant des mécanismes efficaces visant à faire respecter et à soutenir l'égalité entre les sexes et la non-discrimination des personnes les plus à risque et les plus vulnérables. Cela comprend les personnes vivant avec le VIH, les femmes, les jeunes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs de l'industrie du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les **transgenres**, les détenus et les migrants⁷¹.
- Encourager les gouvernements à « connaître leur épidémie » pour s'assurer qu'ils élaborent des programmes qui seront les plus efficaces possible⁷², en fournissant notamment des préservatifs et de l'information sur leur mode d'utilisation aux personnes les plus à risque d'une infection à VIH.
- Encourager les gouvernements à abolir les lois qui criminalisent certains comportements ou types de travail, comme les relations sexuelles avec des personnes de même sexe, la consommation de drogue et le commerce du sexe.
- Encourager les gouvernements à veiller à ce que les protections légales et politiques soient étendues aux travailleurs des services d'approche et aux défenseurs des droits, afin d'éviter qu'ils ne soient emprisonnés ou harcelés parce qu'ils distribuent des préservatifs ou qu'ils fournissent de l'information sur la prévention du VIH.
- Encourager les gouvernements et les donateurs à fournir un soutien financier pour que les personnes les plus à risque et les plus vulnérables participent à l'élaboration de stratégies de prévention, de programmes de sensibilisation et à la promotion et la distribution de préservatifs et de gelée lubrifiante.



3 Obstacles économiques et financiers

L'utilisation du préservatif est l'une des méthodes les moins coûteuses et les plus rentables de prévention du VIH. Par ailleurs, le fait d'éviter maintenant des infections à VIH permet d'économiser des millions de

dollars qui auraient été dépensés plus tard pour les traitements, la perte de productivité, et les vies brisées. Malgré tout, les coûts continuent d'être un obstacle prépondérant dans l'accès aux préservatifs. De nombreux gouvernements n'ont pas su maintenir les préservatifs à des prix abordables en raison de l'imposition de taxes et d'un manque d'investissement dans le marketing social.

⁷⁰ Deanna Kerrigan, et al, *Environmental-Structural Interventions to Reduce HIV/STI Risk Among Female Sex Workers in the Dominican Republic*, 96 American Journal of Public Health (2006).

⁷¹ ICASO, *A Call for Political Leadership: Community Sector Recommendations for the UN Political Declaration on HIV/AIDS* (2006).

⁷² ONUSIDA, *Practical Guidelines for Intensifying HIV prevention*, (2006).



Robe faite de préservatifs, par Adriana Bertini, XVe Congrès international sur le SIDA (AIDS 2004) © ICASO

Ce manque de soutien a aussi été causé par l'influence financière de certains **donateurs** internationaux qui ont imposé leurs restrictions idéologiques contre la promotion du préservatif.

Barrier 3.1 :

Taxes, restrictions économiques et coût

Les taxes et les redevances sur les **préservatifs** importés et même sur ceux qui sont produits localement ou sur les matières premières requises pour les produire entraînent une hausse des prix des **préservatifs** dans certains pays. En Irlande, malgré la prévalence élevée d'infections sexuellement transmissibles, les préservatifs sont encore perçus comme des articles de luxe, plutôt que comme une marchandise essentielle. Ils sont donc sujets à une taxe sur la valeur ajoutée de 21 %, l'une des plus élevées en Europe, qui entraîne une hausse du prix des préservatifs, et qui constitue un obstacle à leur utilisation, particulièrement chez les populations à faible revenu⁷³.

Au Brésil, au début des années quatre-vingt-dix, des tarifs douaniers élevés pour l'**importation** du latex (la matière première **utilisée** pour les préservatifs) et de nombreuses

taxes à tous les niveaux de la vente au détail ont fait des préservatifs un produit extrêmement cher, ce qui a entraîné, par habitant, une faible utilisation du préservatif. En reconnaissant cet obstacle, un partenariat entre des organisations internationales, des fabricants, des importateurs, le secteur privé, des syndicats, les médias, et le secteur public a permis la mise sur pied d'une campagne pour l'élimination des taxes sur les préservatifs et pour les rendre plus abordables. Leur plaidoyer a amené le gouvernement brésilien à éliminer les taxes sur les marques de préservatifs importées et à diminuer de façon significative le prix de ceux qui sont produits localement. Les ventes de préservatif sont passées de 53 millions en 1995 à 300 millions en 1998⁷⁴.

Il est, de plus, essentiel d'investir dans l'augmentation du marketing social **concernant** les préservatifs, les rendant ainsi **abordables** et accessibles aux personnes à faible revenu⁷⁵. Ceci est encore plus vrai en ce qui a trait aux préservatifs féminins, pour lesquels une méconnaissance du produit et une faible demande contribuent à maintenir les prix élevés [voir l'encadré **Le préservatif féminin**].

⁷³ Gay HIV Strategies – Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) and Health and Development Networks, *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Ireland Country Report* (2006) [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour l'Irlande].

⁷⁴ FHI, *Involving the Private Sector in HIV Prevention in Brazil* (non daté).

⁷⁵ ONUSIDA et PSI, *Le marketing social : Élargir l'accès aux services et aux produits essentiels pour assurer la prévention du VIH/SIDA et limiter l'impact de l'épidémie* (2000).

Le préservatif féminin - un produit à coût élevé et pour lequel il y a peu d'efforts de marketing

Le coût du préservatif féminin demeure l'obstacle principal à son utilisation et à son accès dans la plupart des pays⁷⁶. Même lorsqu'il est offert en faible quantité comme au Pérou ou dans certaines régions de l'Indonésie, le prix du préservatif féminin est souvent si élevé qu'il le rend inaccessible à la majorité de la population⁷⁷. Les préservatifs féminins coûtent plus cher que les préservatifs masculins et souvent beaucoup plus que la personne moyenne peut dépenser; il en est ainsi à travers le monde. Au Pérou, par exemple, le préservatif féminin coûte près de 8,50 \$ US, alors que plus de la moitié de la population péruvienne vit avec moins de 2 \$ US par jour⁷⁸.

Cependant, le coût élevé de ce produit est dû en partie à la faible demande dont il fait l'objet et à un marché mondial limité. En 2004, par exemple, 346 millions de préservatifs masculins étaient offerts en Afrique du Sud, comparativement à 2,6 millions de préservatifs féminins⁷⁹. Si la commercialisation des préservatifs féminins était meilleure, qu'elle les présentait à la fois comme une méthode préventive et comme des stimulants sexuels, la demande pour ce type de préservatifs augmenterait, les rendant ainsi plus abordables à l'échelle mondiale.



Éducation par les pairs : démonstration de l'utilisation du préservatif, Afrique du Sud © Students Partnership Worldwide

Des approches innovantes sont nécessaires pour veiller à ce que le coût des préservatifs ne soit pas un obstacle à leur utilisation. La segmentation du marché est l'une des approches qui pourrait être utilisée, de façon à ce que les subsides soient limités à ceux qui sont dans le besoin, les programmes de marketing social étant utilisés pour rejoindre les pauvres, et le secteur

commercial fournissant ceux qui peuvent payer davantage⁸⁰. En Roumanie, par exemple, les marques commerciales de préservatif occupent des parts de marché importantes pendant que le secteur privé et les ONG distribuent gratuitement des préservatifs sans marque dans les zones rurales et urbaines⁸¹.

⁷⁶ ICASO, Participation communautaire à la surveillance et à l'évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS (2006).

⁷⁷ Asociación Via Libre, *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Peru Country Report* (2006) [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Pérou]. Voir aussi le Rapport de surveillance de l'UNGASS pour l'Indonésie.

⁷⁸ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Pérou.

⁷⁹ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour l'Afrique du Sud.

⁸⁰ Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card* (2002).

⁸¹ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Roumanie.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements à abolir les taxes de douane et autres taxes sur les préservatifs masculins et féminins et sur les autres produits de prévention, lesquelles peuvent augmenter le prix des préservatifs et en restreindre l'accès.
- Encourager les fabricants à réduire le prix des préservatifs féminins, et inciter les gouvernements et les donateurs à augmenter le financement affecté au marketing et à la distribution des préservatifs féminins.
- Encourager un financement accru pour le développement de méthodes préventives sur lesquelles les femmes peuvent exercer leur contrôle, notamment sur les microbicides⁸².

Obstacle 3.2 :

Influence des donateurs sur l'accès aux préservatifs

Les gouvernements des pays en développement ont constamment omis de prioriser adéquatement l'achat de préservatifs dans leurs budgets⁸³. Par conséquent, dans le monde en développement, la disponibilité du préservatif a été démesurément dépendante d'un petit groupe de donateurs bilatéraux et multilatéraux tels que les États-Unis, l'Allemagne, le Royaume-Uni et le FNUAP, ainsi que des organisations internationales comme le PSI [voir l'encadré Nombre annuel de préservatifs distribués par les donateurs]. En 2004, les gouvernements donateurs ont fourni moins de quatre préservatifs masculins par homme par année dans le monde en développement⁸⁴.

Cela a créé un important problème d'approvisionnement. Durant l'année 2000, les donateurs ont fourni au monde en développement du soutien pour moins d'un milliard de préservatifs, seulement un huitième de ce qui était nécessaire⁸⁵. En 2002, ce chiffre s'est élevé à 3,6 milliards, ou un tiers du besoin estimé en préservatifs. Cependant, cette hausse était seulement due à des contributions uniques du Canada, des Pays-Bas et du Royaume-Uni⁸⁶. Si les gouvernements donateurs donnent le même pourcentage en 2015 qu'en 2002, il y aura quand même un manque à gagner de 12,6 milliards de préservatifs⁸⁷.

À ce manque de financement s'ajoute la dépendance vis-à-vis d'un petit nombre de donateurs, ce qui fait en sorte que les politiques et les programmes des donateurs individuels réussissent à influencer l'accès aux préservatifs et leur disponibilité. Cela se traduit notamment par l'imposition de

⁸² Les microbicides sont des produits conçus pour une application vaginale afin de réduire les risques de transmission du VIH durant les rapports sexuels. Ils sont offerts sous forme de gel, de crème, de suppositoires, d'éponge, ou même d'anneau vaginal qui libère progressivement l'ingrédient actif. Veuillez consulter à ce sujet le site Web du International Partnership for Microbicides au : www.ipm-microbicides.org.

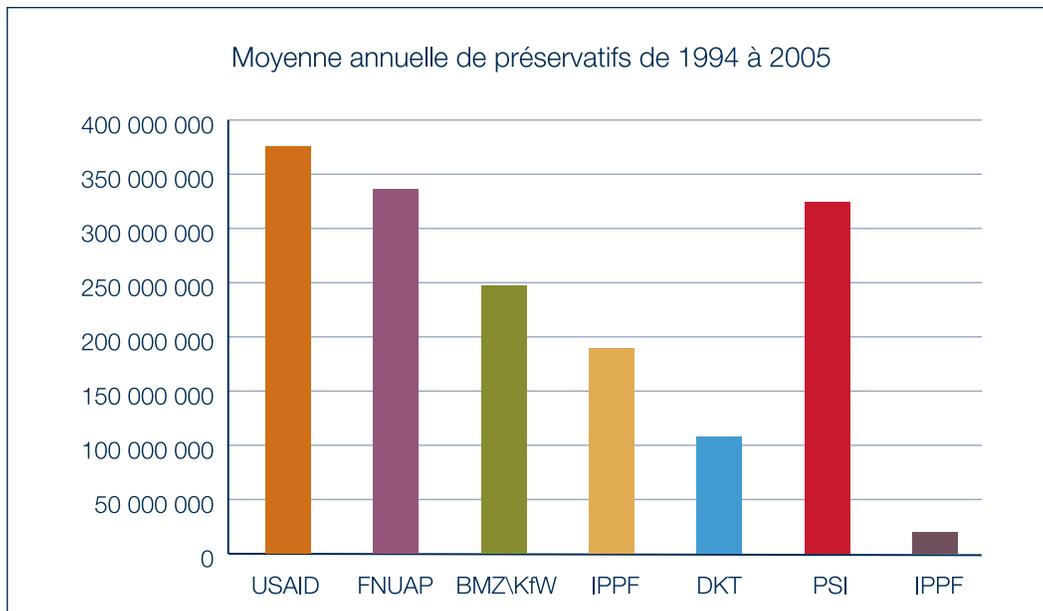
⁸³ Interact Worldwide, *Condom shortage: counting the cost in lives* (2006).

⁸⁴ *Ibid.*

⁸⁵ The Supply Initiative, *Access to Condoms and Contraceptives – Vital For the Prevention of HIV* (2005).

⁸⁶ Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card* (2002).

⁸⁷ The Supply Initiative, *Access to Condoms and Contraceptives – Vital For the Prevention of HIV* (2005).



(Source: PAI, Condom count 2006 Data Update)

restrictions idéologiques sur la promotion du préservatif aux dépens des approches préventives reposant sur des faits; cette situation constitue une violation de droits de la personne pourtant reconnus⁸⁸. Par exemple, bien que les États-Unis aient été la plus grande source de préservatifs pour le monde en développement, des changements récents dans les politiques, par l'entremise du President's Emergency Program for AIDS Relief (PEPFAR, un programme du président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA), ont entraîné une augmentation des budgets alloués à la promotion de l'abstinence et de la fidélité plutôt que de l'utilisation du préservatif.

Selon le PEPFAR, un tiers du financement alloué à la prévention doit être dépensé pour favoriser l'abstinence avant le mariage. Le PEPFAR favorise la promotion du préservatif, mais seulement pour des groupes soi-disant à risque élevé tels les travailleurs de l'industrie du sexe, les camionneurs et les couples de statut sérologique VIH discordant⁸⁹. Cette approche ne reconnaît pas suffisamment que les mariages sont un facteur de risque et ne s'adresse donc pas assez aux couples mariés dans ses pro-

grammes d'intervention. En désignant certains groupes « à risque élevé », cela stigmatise l'utilisation du préservatif par les autres groupes et sous-entend aussi que les autres groupes sont, d'une certaine façon, immunisés contre le VIH et qu'ils n'ont pas besoin de préservatifs. En outre, l'attention que le programme porte aux couples de statut sérologique VIH discordant est futile dans les pays où la majorité des gens ne connaissent pas leur état sérologique relativement au VIH.

Constituant la plus grande allocation jamais accordée pour la santé mondiale par un gouvernement donateur, le programme VIH/SIDA de 15 milliards de dollars américains constitue, pour les pays où l'épidémie est importante, particulièrement ceux d'Afrique du Sud, un très grand apport de ressources nouvelles. Cependant, avec la dépendance actuelle envers le financement international pour l'obtention de préservatifs, PEPFAR affecte dramatiquement les politiques et les priorités des programmes préventifs basés sur l'utilisation du préservatif.

Certains acteurs de la société civile et certains gouvernements ont réagi à ces restrictions budgétaires en changeant la direction de leur

⁸⁸ Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR), *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* : 11/08/2000. E/C. 12/2000/4. (General comments), Observation générale no 14 (22e session, 2000, version originale en anglais).

⁸⁹ Center for Health and Gender Equity (CHANGE), *New Analysis Shows U.S. Global AIDS Policy Further Undermining HIV Prevention in Sub-Saharan Africa* (2005).

travail et en faisant plutôt la promotion de l'abstinence et de la fidélité que celle des préservatifs et au détriment aussi des approches préventives plus complètes. Au Nigeria, par exemple, il est évident qu'il y a eu un changement de cap majeur au sein du budget de prévention des projets soutenus par le PEPFAR pour favoriser

davantage des approches basées sur l'abstinence et la fidélité (alors que 40 % du budget était consacré à ce type d'approches en 2004, la proportion a grimpé à 70 % en 2005)⁹⁰.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements à allouer des sommes précises dans les budgets nationaux pour l'achat de préservatifs et d'autres fournitures médicales, tout en établissant des mécanismes de suivi permettant de surveiller les dépenses afin de prédire et d'éviter les pénuries de préservatifs.
- Encourager les donateurs à accroître leur financement pour les achats de préservatifs, et s'adresser à des donateurs alternatifs afin d'obtenir un financement lorsque les donateurs actuels imposent des restrictions idéologiques sur la promotion du préservatif et sur les programmes complets de prévention du VIH.
- Encourager tous les donateurs à abolir les conditionnalités restreignant l'utilisation ou la promotion des préservatifs et des services connexes.



Obstacles structurels

L'infrastructure relative au VIH/SIDA peut être définie comme tout ce qui est nécessaire à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien des gens qui en ont besoin; cela comprend aussi les ressources humaines; les produits et fournitures, ainsi que les systèmes de santé et d'éducation ou les autres systèmes nécessaires à garantir des services uniformes et de qualité.

En ce qui a trait à l'accès aux préservatifs, les associations communautaires ont défini certains obstacles systémiques dans l'infrastructure. L'absence d'éducation sexuelle de qualité, des difficultés relativement à la disponibilité, à l'approvisionnement et aux systèmes de distribution de préservatifs, ainsi qu'une intégration limitée entre les services de santé génésique et sexuelle et ceux liés au VIH/SIDA.

Obstacle 4.1 :

Disponibilité et qualité de l'éducation sexuelle

Lorsqu'elles sont bien enseignées, les notions concernant la sexualité, la santé et les aptitudes à la vie quotidienne peuvent donner le pouvoir aux filles et aux garçons de faire des choix éclairés et sains relativement aux comportements sexuels et au fait de se protéger contre le VIH. Les jeunes, tout particulièrement, peuvent manquer d'information sur la façon dont le VIH se transmet ou sous-estimer les conséquences associées à la séropositivité. En Serbie, 29 % des jeunes âgés de 18 à 28 ans croient que le VIH peut être transmis en embrassant une personne séropositive, et 28 % pensent qu'ils peuvent être infectés par les piqûres de moustiques⁹¹. Au Canada, près de 50 % des étudiants âgés de 14 et 15 ans ne savent pas qu'il n'y a aucun remède au SIDA⁹².

⁹⁰ Center for Health and Gender Equity (CHANGE), *Risk and Reality: U.S. Funding of HIV Prevention Programs in Nigeria* (2006).

⁹¹ Yugoslav Youth Information center (YYIC), *Monitoring the Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment: Serbia and Montenegro Country Report* (2005) [ci-après Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Serbie et la République du Montenegro].

⁹² Conseil des ministres de l'Éducation, Canada, *Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada : Facteurs influant sur les connaissances, les attitudes et les comportements* (2002).

Au Maroc, bien que la majorité des jeunes connaissent l'existence du VIH/SIDA, leur connaissance des moyens de prévention est extrêmement limitée, même en zones urbaines. Des études faites auprès des étudiants de niveau collégial ont démontré que moins des deux tiers des hommes et seulement un tiers des femmes pouvaient nommer les préservatifs comme un moyen de protection. Le niveau des connaissances parmi les jeunes du Maroc sans éducation ou peu instruits est grandement inférieur⁹³. Une récente étude internationale⁹⁴ a démontré que les filles qui avaient terminé des études secondaires étaient moins à risque d'une infection à VIH et adoptaient des pratiques sexuelles à moindre risque comparativement à celles qui n'avaient qu'une éducation de niveau primaire.



Travail d'approche pour sensibiliser les jeunes à l'utilisation du préservatif, Éthiopie © The Condom Project

« D'ici à 2005, veiller à ce qu'au moins 90 p. 100 et d'ici à 2010 au moins 95 p. 100 des jeunes, hommes et femmes, âgés de 15 à 24 ans, aient accès à l'information, à l'éducation, y compris l'éducation par les pairs et l'éducation concernant le VIH axée sur les jeunes, et aux services nécessaires pour acquérir les aptitudes requises pour réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH [...] »

- Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, 2001 (alinéa 53).

Les écoles sont devenues l'endroit principal pour l'éducation sexuelle, qu'elle soit intégrée au curriculum existant ou offerte comme une matière indépendante. En raison des rôles changeants que la famille et la communauté sont appelées à jouer relativement à la transmission de lignes directrices en matière de sexualité, l'éducation offerte dans les écoles sur les préservatifs et sur la prévention du VIH est particulièrement importante. Par exemple, tandis que la diffusion d'information sur la sexualité se faisait auparavant de façon formelle en Afrique à l'occasion d'une « initiation » à la vie adulte, actuellement, cette information est souvent obtenue par les médias, l'école ou les amis⁹⁵.

Cependant, dans une étude récente, le POLICY Project a estimé que le pourcentage d'étudiants de niveau secondaire recevant

de l'éducation sur le VIH/SIDA dans 69 pays (à revenu intermédiaire et bas) était inférieur à 50 %, même si près de 90 % des pays avaient inclus le VIH/SIDA dans le curriculum de leurs écoles secondaires⁹⁶.

Dans certains pays, il n'y a aucune éducation sexuelle, ce qui prive les enfants des bénéfices de l'information et les rend plus vulnérables à la mésinformation concernant le VIH. Dans d'autres pays comme la Jamaïque, l'information sur les préservatifs est parfois exclue des programmes d'éducation sanitaire, en réponse aux plaintes des parents ou des enseignants qui craignent que l'enseignement au sujet des préservatifs constitue une promotion des rapports sexuels⁹⁷. En Inde, par exemple, même dans les écoles où l'information sur le VIH/SIDA est offerte, on omet parfois de fournir les

⁹³ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour le Maroc.

⁹⁴ Hargreaves J., et al (Action Aid International), *Girl power: The impact of girls' education on HIV and sexual behaviour* (2005).

⁹⁵ Rivers, K, Aggelton, P. *Adolescent Sexuality, Gender and the HIV Epidemic* (non daté).

⁹⁶ Policy Project, et al, *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003* (2004).

⁹⁷ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Jamaïque.

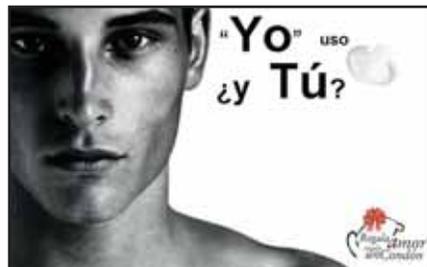
renseignements concernant la transmission du VIH et l'utilisation du préservatif. Souvent, les étudiants n'apprennent pas qu'ils **peuvent** contracter le VIH par contact sexuel, ou comment se protéger. De tels programmes mettent plutôt l'accent sur l'art d'être parent, sur les maladies et sur l'abstinence⁹⁸.

Dans les écoles du Nigeria, la promotion du préservatif est restreinte. Bien que le **curriculum** national au sujet de la prévention du VIH comprenne une éducation complète et

des messages de promotion du préservatif, peu de gouvernements d'État l'ont adopté et mis en œuvre dans leurs écoles⁹⁹. À l'**inverse**, le Sénégal, avec ses campagnes de prévention active du VIH, comprenant notamment une éducation sexuelle offerte dans les écoles, a réussi à maintenir les taux de prévalence du VIH les plus bas en Afrique¹⁰⁰.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements à revoir le contenu du curriculum relatif au VIH dans les écoles et à mettre en œuvre une éducation sexuelle et une éducation sur la santé génésique qui soit complète, exacte et basée sur des faits, et qui comprenne de l'information sur l'utilisation du préservatif.
- Encourager les gouvernements à augmenter les efforts pour rejoindre les jeunes qui ne font pas partie du système scolaire, comme les enfants de la rue et les jeunes adultes qui ont terminé l'école.



« Je l'utilise, et toi? », Campagne visant à promouvoir l'utilisation du préservatif chez les jeunes homosexuels, Cuernavaca, Mexico © Edgar Marquez Ortega (2006)

⁹⁸ Human Rights Watch, *Access to condoms and HIV/AIDS information: A Global Health and Human Rights Concern* (2004).

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ CHANGE, *Barrier Methods For HIV Prevention: Science, Evidence, and Politics in Global AIDS Prevention* (non daté).

Obstacle 4.2 :**Systèmes d'approvisionnement et de distribution**

Les préservatifs doivent passer par de multiples systèmes d'approvisionnement avant d'arriver à leur point de vente ou de distribution final. Passant du fabricant au contrôle de la qualité, puis des donateurs aux gouvernements et au secteur privé, les préservatifs font l'objet de normes particulières d'entreposage, de logistique et d'achat. Les politiques d'approvisionnement des donateurs et des gouvernements des pays en développement manquent souvent d'uniformité et ne sont souvent pas coordonnées, ce qui mène à un gaspillage des ressources et à des approvisionnements inadéquats¹⁰¹.

Des systèmes de distribution limités, particulièrement en zone rurale, réduisent leur disponibilité et restreignent leur accès. En Irlande, par exemple, l'information et les produits de prévention sont surtout offerts dans les zones urbaines et sur la côte est, tandis que les zones rurales sont pauvrement desservies¹⁰². En Roumanie, selon le lieu de résidence, le point de vente et la région, d'énormes différences existent en ce

qui a trait à la disponibilité du préservatif. Les préservatifs sont en vente dans la plupart des pharmacies et des supermarchés (dans plus de 80 % d'entre eux) ainsi que dans les stations-service (dans plus de 60 % d'entre elles), mais ils ne sont offerts que dans près de 40 % des hôtels, et dans seulement 25 % des points de vente au détail en zone rurale¹⁰³.

La diversification des points de distribution peut aider à résoudre les problèmes relatifs à l'approvisionnement et à l'accès aux préservatifs. Par exemple, des préservatifs pourraient être fournis gratuitement aux clients dans les centres offrant le traitement du VIH et les services de conseil et de test volontaires. En plus d'offrir des préservatifs dans les centres de soins et de faire en sorte qu'ils soient vendus dans les supermarchés et les pharmacies, les préservatifs devraient être distribués par les éducateurs de pairs ainsi que dans des points de vente non traditionnels comme les hôtels, les boîtes de nuit, les stations de taxi¹⁰⁴. En Afrique du Sud, des groupes communautaires ont recommandé l'approvisionnement en préservatifs dans les « SPAZA shops », des entreprises non officielles dans les cantons et les zones défavorisées¹⁰⁵.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les gouvernements à améliorer et à simplifier les systèmes d'approvisionnement, d'achat et de distribution de préservatifs pour faciliter à la fois les services de planification familiale et les services de prévention du VIH.
- Préconiser des programmes faisant en sorte que les préservatifs et les renseignements concernant leur utilisation seront accessibles dans une variété d'endroits fréquentés par les personnes les plus à risque et vulnérables à l'infection à VIH.

Obstacle 4.3 :**Intégration des services en matière de santé sexuelle et génésique et des services relatifs au VIH/SIDA**

La communauté internationale a pris des engagements afin de renforcer les liens relativement aux politiques et aux programmes, entre la santé sexuelle et génésique, d'une part, et le VIH/SIDA, d'autre part¹⁰⁶. Des liens forts devraient

¹⁰¹ Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card* (2002).

¹⁰² Rapport de surveillance de l'UNGASS pour l'Irlande.

¹⁰³ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour la Roumanie.

¹⁰⁴ Population Action International, *Condoms count. Meeting the need in the era of HIV/AIDS. The PAI report card* (2002).

¹⁰⁵ Rapport de surveillance de l'UNGASS pour l'Afrique du Sud.

¹⁰⁶ Parmi les exemples de ces engagements, citons le *Policy Position Paper on Intensifying HIV Prevention (2006)* de l'ONUSIDA et le *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in women and children* (2004).

entraîner des bénéfices considérables pour la santé publique, tels qu'un meilleur accès aux services et un intérêt plus grand pour ceux-ci, particulièrement par les personnes vivant avec le VIH, qui se verront offrir des services de santé sexuelle et génésique spécialement conçus pour répondre à leurs besoins. Ces liens étroits permettraient aussi d'offrir un meilleur soutien à l'utilisation des préservatifs, lesquels constituent une protection contre les grossesses non désirées, mais aussi contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH.

La plupart des infections à VIH que l'on retrouve à l'échelle mondiale résultent de rapports sexuels ou sont associées à la grossesse, à l'accouchement ou à l'allaitement¹⁰⁷. De plus, la présence d'infections sexuellement transmissibles augmente le risque de contracter le VIH. Plusieurs des moyens utilisés pour favoriser une bonne santé sexuelle et génésique, y compris l'utilisation du préservatif, peuvent aussi être utilisés pour contrer le VIH et le SIDA.

Une meilleure intégration des services en matière de santé sexuelle et génésique et des services relatifs au VIH/SIDA pourrait favoriser une réduction des coûts, une efficacité accrue, et pourrait aussi mieux répondre aux besoins des clients. La faiblesse des liens existant entre les agences fournissant les préservatifs pour la prévention

du VIH et celles qui offrent des services de planification familiale contribue à l'inefficacité des systèmes d'approvisionnement.

Au niveau opérationnel, une meilleure intégration pourrait se traduire par la coordination nécessaire pour que les services en matière de santé sexuelle et génésique (tels que la planification familiale ou le diagnostic des maladies sexuellement transmissibles) fassent partie des services de conseil et de test volontaires, et pour que les préservatifs masculins et féminins soient offerts à tous les points de service. Les sessions de consultation pré-test et post-test offertes dans le cadre des services de conseil et de test volontaires pourraient promouvoir une utilisation efficace du préservatif et même permettre de rejoindre des personnes qui n'utiliseraient pas les services traditionnels de planification familiale, comme les hommes et les adolescents. Les intervenants offrant des services de conseil et de test volontaires pourraient aussi utiliser le marketing social du préservatif et la distribution gratuite de préservatifs comme une façon de promouvoir leurs services. Le fait de travailler ensemble et d'unir les ressources humaines peut aussi être un moyen de contrer le manque de conseillers formés faisant la promotion de l'utilisation du préservatif.

Recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire

- Encourager les fournisseurs de services relatifs au SIDA à offrir des services de santé sexuelle et génésique, tels que le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles, ainsi que des services de consultation pour une grossesse sans risque pour les personnes vivant avec le VIH.
- Encourager les fournisseurs de services de santé sexuelle et génésique à offrir des services relatifs au SIDA à leurs clients, y compris la consultation sur le VIH et le dépistage du VIH, des recommandations, la consultation sur les préservatifs, l'approvisionnement en préservatifs.

¹⁰⁷ Fédération internationale pour le planning des naissances (IPPF), et al, *Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS: A framework for Priority Linkages* (2005).

Prochaines étapes

De nombreuses recommandations faites dans ce programme de plaidoyer du secteur communautaire pour la promotion de l'accès au préservatif reposent sur des appels lancés par les représentants du secteur communautaire aux gouvernements nationaux et à la communauté internationale. Le présent document se veut donc l'un des éléments d'une vaste mobilisation communautaire visant à garantir que les gouvernements, donateurs et autres parties intéressées travailleront à éliminer les principaux obstacles à l'accès aux préservatifs. En travaillant en collaboration, le secteur communautaire doit veiller à ce que les personnes les plus à risque et vulnérables au VIH puissent se protéger eux-mêmes, et que les gouverne-

ments respectent les engagements qu'ils ont pris concernant la prévention du VIH.

L'ICASO travaille de concert avec les **organisations** communautaires du monde entier afin que le présent appel à l'action et les autres appels du secteur communautaire mènent à des résultats tangibles. Si vous désirez vous joindre à l'ICASO pour **promouvoir** l'accès aux préservatifs ou si vous avez des suggestions concernant des recommandations et des actions **supplémentaires**, veuillez communiquer directement avec nous (voir nos coordonnées ci-dessous).



Conseil international des ONG
de lutte contre le sida (ICASO)

Secrétariat international
65 Wellesley Street E., Suite 403
Toronto, Ontario, Canada M4Y 1G7
t: +1 416 921 0018 f: +1 416 921 9979
icaso@icaso.org www.icaso.org