



En Océanie, le sexe est un sujet tabou. La série *L'amour sous haute surveillance* contribue à libérer la parole dans les communautés.

Sommaire

L'AMOUR SOUS HAUTE SURVEILLANCE : arrivée d'un sujet tabou dans les foyers océaniques	2
Oui, c'est mon affaire ! Se créer un emploi pour sortir de la prostitution	5
Recherche sur le VIH sur l'île de Malaita (Îles Salomon) ..	6
Nouveau système de suivi des patients bénéficiant de soins contre l'infection à VIH dans le Pacifique.....	8
La tuberculose dans les États et Territoires insulaires océaniques	9
Action régionale en faveur de la suppression des lois sanctionnant la sodomie	12

Grandes lignes du débat national sur le VIH, les droits de la personne et le droit, lancé en Papouasie-Nouvelle-Guinée	13
Appel à l'égalité des sexes.....	16
Moment charnière dans l'évolution de l'épidémie de VIH dans la région Asie-Pacifique	17
L'Océanie à l'ICAAP	18
Activité à risque : prostitution à Port-Vila.....	19
Vies secrètes, autres voix.....	22
Expériences et perspectives des femmes vivant avec le VIH aux Fidji et en Papouasie-Nouvelle-Guinée	26
Inscription à la XIX ^e Conférence internationale sur le sida (AIDS 2012)	28

L'AMOUR SOUS HAUTE SURVEILLANCE : arrivée d'un sujet tabou dans les foyers océaniques

Robyn Drysdale, étudiante en doctorat, Université de Nouvelle-Galles du Sud (Australie)



L'intrigue de *L'amour sous haute surveillance* est centrée sur le commissariat de police d'une ville située quelque part en Océanie.

Il s'agit d'examiner les réactions suscitées par la série, son incidence sur les attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des autres groupes marginalisés, ainsi que l'évolution des opinions sur divers comportements sexuels et sur l'utilisation du préservatif. L'objectif est également d'évaluer dans quelle mesure *L'amour sous haute surveillance* favorise le dialogue sur le VIH dans les communautés, ainsi que son effet possible sur le changement social dans chaque contexte. Le présent article rend compte des premiers résultats de ces travaux.

À ne pas manquer

L'accueil du public est unanime : *L'amour sous haute surveillance* est plébiscité comme un support pédagogique crédible et divertissant.

« J'ADORE *L'amour sous haute surveillance*. Je trouve tous les épisodes géniaux. Il y a à chaque fois quelque chose de nouveau à apprendre, que je peux ensuite appliquer dans ma vie de tous les jours. » (télé spectateur fidjien de 24 ans)

Nombreux sont ceux qui affirment ne jamais manquer un épisode de la série : « Je ne rate jamais un seul épisode, jamais ! Je m'arrange toujours pour être à la maison quand elle passe ! » (télé spectatrice ni-Vanuatu de 29 ans). Les gens interrompent toutes leurs activités pour regarder la série et s'ils n'ont pas la télévision chez eux, ils mettent tout en œuvre pour trouver un écran accueillant. Dans le cadre de son travail, l'auteur a assisté à des scènes mémorables : maison d'un squat prise d'assaut, certains devant se contenter de regarder la série par la fenêtre, groupe de cinquante personnes se pressant autour du petit téléviseur d'une « roulotte », ou soirées DVD réunissant la totalité des habitants d'un village.

Dans le cadre de ses études de doctorat, Robyn Drysdale s'intéresse aux réactions suscitées chez les téléspectateurs par *L'amour sous haute surveillance*. Qui, en effet, n'a pas entendu parler de cette série plébiscitée par les Océaniques ?

L'amour sous haute surveillance est une série de télévision océanique qui traite du VIH et des autres IST sur le mode de la fiction. Produite pour la première fois en 2007 par la compagnie *Wan Smolbag Theatre* de Vanuatu, elle a été depuis distribuée dans toute l'Océanie avec beaucoup de succès et s'apprête à entamer sa quatrième saison.

L'objectif principal de la série est de faire mieux connaître et comprendre la problématique du VIH, ainsi que d'autres grandes questions intéressant l'Océanie, telles que les IST, la criminalité, l'inégalité des sexes, la décomposition des familles et la violence.

Certains facteurs culturels et traditionnels propres à l'Océanie peuvent constituer des obstacles considérables à la mise en œuvre des

actions de prévention du VIH. Les tabous empêchent toute discussion libre sur la sexualité et renforcent par là-même la vulnérabilité des populations de la région. Pour contourner cette difficulté, une solution envisageable est le « divertissement éducatif », qui consiste à concevoir et à transmettre des messages ayant un caractère à la fois divertissant et pédagogique. *L'amour sous haute surveillance* est le premier exemple de divertissement pédagogique télévisé en Océanie.

Le travail de recherche de Robyn Drysdale a pour objectif général d'étudier l'effet de la série sur les individus et sur leurs relations avec leur environnement social au sens large, dans le domaine de la prévention du VIH. Robyn mène des entretiens approfondis avec les téléspectateurs, ainsi que des entretiens semi-structurés avec des membres influents des communautés et des prestataires de services aux Fidji, à Vanuatu et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, dans le but d'évaluer la contribution de *L'amour sous haute surveillance* aux actions de lutte contre le VIH.

Les spectateurs s'identifient fortement aux personnages, au mode de vie et au décor océaniques de la série. « Ça change de ce qu'on voit d'habitude à la télé, parce que c'est un feuilleton océanien, qui me ressemble plus, et qui traite de notre culture à nous dans le Pacifique », explique une jeune fidjienne de 18 ans.

Ce que les gens semblent aimer dans *L'amour sous haute surveillance*, c'est que la série parle de leur vie et de leur quotidien : en cela, elle ne ressemble à aucune autre émission diffusée à la télévision.

Ouverture du dialogue

Nos premiers résultats indiquent que *L'amour sous haute surveillance* libère la parole sur les sujets traditionnellement tabous et stimule le dialogue dans les communautés.

« Au sein des familles, cette série met véritablement les Océanien·ne·s au défi d'accepter le changement, de parler librement de sujets difficiles normalement considérés comme tabous. Ainsi, le sexe, les préservatifs ou même le fait pour une jeune fille d'avoir un petit ami sont encore des sujets tabous, mais cette série a vraiment appris à ma communauté à faire preuve d'un esprit ouvert et à accepter le changement », déclare un téléspectateur fidjien de 48 ans.

Ils sont nombreux à déclarer que la série leur a permis d'avoir des discussions avec leur partenaire, leurs enfants et les membres de leur famille élargie, sur le VIH et d'autres sujets sensibles. Qu'il s'agisse de la grand-mère de 60 ans qui se met à discuter de préservatifs avec son petit-fils, ou du mari et de la femme qui prévoient d'aller faire un test de dépistage ensemble, il semble que tout le monde se soit mis à parler.

« Cela m'a aidée parce que maintenant, je sais comment il faut faire à la maison pour parler des IST, des attitudes que les gens ont par rapport aux personnages et à leurs actions. Tout ça se passe vraiment (dans la réalité) et quand il arrive des choses comme ça dans ma famille, je suis plus à l'aise

pour parler des IST. Ces choses-là peuvent nous arriver à tous », explique une Ni-Vanuatu de 39 ans.

Grâce à *L'amour sous haute surveillance*, les gens osent parler de ces sujets difficiles, que ce soit dans le cercle familial, à l'école, sur le lieu de travail, à l'église et dans la communauté. À Vanuatu, la série a même inspiré à plusieurs reprises des émissions de radio du type « Les auditeurs ont la parole ». Un agent du Ministère de la santé de Vanuatu explique : « S'ils ont évoqué ces questions, c'est grâce à la série, où ces sujets ont fait l'objet d'un véritable matraquage ces derniers mois. Ils se sont dit qu'il fallait y consacrer une émission pour voir ce qu'en pensent les gens. Cela a fait remonter des choses à la surface. »

Les amateurs de la série expliquent qu'en la regardant, ils s'informent sur la transmission du VIH, l'utilisation du préservatif, les moyens de se protéger contre le VIH et les autres IST, ainsi que sur l'importance du dépistage. « Je regardais la série avec d'autres filles. On a parlé de la nécessité de faire un test, parce que sinon on ne peut pas savoir si



Andy, premier personnage HSH de la télévision océanienne (3^e saison de *L'amour sous haute surveillance*).



Élizabeth, personnage séropositif et l'une des principales protagonistes de *L'amour sous haute surveillance*.

on a le VIH ou une IST, ça ne se voit pas. Je les ai encouragées à se faire dépister. » (Téléspectatrice fidjienne de 20 ans)

« On parle de la série au travail. [...] J'ai pris conscience des différentes IST qui peuvent être transmises d'une personne à une autre si on ne se protège pas. » (Téléspectatrice ni-Vanuatu de 60 ans)

Prendre son destin en main

De plus, *L'amour sous haute surveillance* incite le spectateur à sauter le pas et à se faire dépister, et éventuellement à se faire soigner et à chercher de l'aide. « Ma belle-sœur a fait un test de dépistage du VIH après avoir regardé la série. Il y a des années qu'elle participait à des actions de lutte contre le VIH, mais avant *L'amour sous haute surveillance*, elle n'avait jamais eu la motivation de se faire dépister », explique un membre de FJN+, le Réseau fidjien des personnes vivant avec le VIH.

Certains racontent également que la série les a influencés personnellement, en les incitant à se remettre en question et même en leur donnant la volonté d'agir. « La série m'a incité à avoir une attitude plus active, à ne plus me contenter de discuter de toutes ces questions avec mes amis, mais à essayer de faire la promotion d'une sexualité plus sûre, et à ne plus être un simple spectateur, mais à participer », déclare



Lorraine, professionnelle du sexe dans la série, est l'un des personnages principaux de la 3^e saison de *L'amour sous haute surveillance* qui aborde le thème du traitement par la police des travailleurs du sexe.

Certains éléments semblent indiquer que L'amour sous haute surveillance aurait une influence positive sur l'attitude du public envers les personnes vivant avec le VIH, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les professionnels du sexe.

un jeune fidjien de 24 ans. Il explique qu'il suit actuellement une formation pour devenir conseiller et éducateur pair. Il ne faut pas croire que les jeunes soient les seuls à être interpellés par la série ; un responsable communautaire de Vanuatu déclare : « La série m'interpelle en tant que responsable communautaire ; quand je dois prendre une décision, il faut que je pense à ma communauté. Quand je suis au sein de ma communauté, je dois réfléchir à mes actes et montrer l'exemple. »

Mettre fin à la stigmatisation

Il semble que *L'amour sous haute surveillance* influe également sur un autre aspect fondamental de la problématique : la levée des tabous et la réduction de la stigmatisation des populations marginalisées. Certains éléments semblent indiquer que *L'amour sous haute surveillance* aurait une influence positive sur l'attitude du public envers les personnes vivant avec le VIH, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les professionnels du sexe. En effet, à côté des personnages séropositifs récurrents, un des personnages principaux de la troisième saison de la série est une professionnelle du sexe du nom de Lorraine et l'on y voit également apparaître le premier personnage gay de l'histoire de la télévision océanienne, Andy. Dans le

contexte de l'Océanie, et en particulier de la Mélanésie, où la stigmatisation des HSH et des travailleurs du sexe est très forte, il s'agit d'un fait marquant. « La série a énormément influencé le regard des gens sur les HSH. [...] Ils font l'objet d'une discrimination à cause de ce qu'ils sont. *L'amour sous haute surveillance* contribue donc à ce changement positif dans la population », explique un membre d'une ONG des Fidji.

Selon les informations disponibles, *L'amour sous haute surveillance* contribue à lutter contre le mythe selon lequel la prostitution n'existerait pas et à encourager le dialogue sur cette question au sein des communautés, tout en incitant les professionnels du sexe à s'adresser aux services de santé. Depuis le début de la troisième saison à Vanuatu (fin octobre 2010), il arrive que l'actrice qui interprète le rôle de Lorraine soit arrêtée dans la rue par des prostituées de longue date, qui viennent lui parler de leur vie et lui demander conseil. Par ailleurs, pendant la période de diffusion de la série, le dispensaire *Kam Pusem Hed* (situé dans le *Wan Smolbag Theatre*) a reçu trois fois plus de professionnels du sexe qu'en temps normal.

La série influence également le travail des groupes ayant pour vocation

d'aider les populations marginalisées, tels que l'association *Solidarity* de Port-Vila. Il ressort d'entretiens avec des éducateurs pairs et des membres de *Solidarity* que le personnage d'Andy contribue à renforcer l'assurance et l'esprit d'initiative des HSH.

Remerciements

Wan Smolbag Theatre (WSB) de Vanuatu
Heather Worth, Maître de conférences, Université de Nouvelle-Galles du Sud.
Photos publiées avec l'autorisation d'Alison Moore, WSB

Pour plus d'informations sur cette étude, veuillez vous adresser à :
Robyn Drysdale, PhD candidate, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales (UNSW), Australie
Courriel : Robyn.Drysdale@gmail.com

Pour obtenir des DVD de la série et des exemplaires des manuels pédagogiques qui l'accompagnent, veuillez vous adresser à *Wan Smolbag Theatre* par courriel : kontaktem@wansmolbag.org ou par téléphone : (+678) 27119 ou 27464.

Vous pouvez aussi rejoindre les autres fans de la série sur sa page Facebook : *Wan Smol Bag Love Patrol*.

Oui, c'est mon affaire ! Se créer un emploi pour sortir de la prostitution

Fanny Fiteli, Services océaniques de conseil et d'action sociale (Fidji)

« Je ne dépends plus de la rue pour vivre et maintenant je connais mon statut sérologique et j'ai fait des tests de dépistage des IST. »

Le sujet de la prostitution suscite depuis toujours un vif intérêt et engendre de nombreuses discussions moralisatrices sur les « tenants et les aboutissants » de cette activité. En dépit de ces jugements de valeur s'étalant dans les pages de nombreuses publications, il n'en reste pas moins que le travail du sexe fait partie intégrante de notre société.

Plusieurs membres de *Pacific Rainbow\$*, association créée par des professionnels du sexe dans un but d'entraide et de renforcement des capacités, participent à des projets de création de revenus, animés par le Programme IGP (Création de revenus) de l'ONG Services océaniques de conseil et d'action sociale.

À ce jour, 20 membres de l'association ont obtenu des prêts à l'installation pour monter des micro-entreprises très variées : petite épicerie, boulangerie, étal au marché ou encore vente de pois, de condiments, de poisson et de kava.

Les Programmes IGP offrent aux travailleurs du sexe la possibilité de gagner leur indépendance financière, réduisant ainsi le risque pour eux de contracter le VIH et d'autres IST et les mettant en meilleure position pour s'occuper d'eux-mêmes et de leur famille en cas de maladie.



Des débuts modestes... Le magasin d'Ana

Pour beaucoup de ces entrepreneurs, l'idée de se mettre à son compte relevait du domaine du rêve avant que cette possibilité ne leur soit offerte par le Programme IGP.

Ana (un nom d'emprunt) en est un exemple. Elle est passée par une période très difficile quand il lui a fallu élever seule ses quatre enfants, après s'être séparée de son mari. Chaque jour était une nouvelle épreuve, contrainte qu'elle était d'aller de maison en maison dans l'attente de pouvoir s'installer définitivement avec ses enfants.

« J'aime profondément mes enfants et je ferais n'importe quoi pour leur donner ce dont ils ont besoin. À cette époque, c'est dans la rue que je suis allée chercher de l'argent pour survivre », explique-t-elle. « On devait changer constamment de logement et parfois les enfants ne pouvaient pas aller à l'école, parce qu'on n'avait pas d'argent pour payer l'autobus ou parce que je n'avais pas payé les frais de scolarité. »

Ana raconte qu'elle ne pouvait pas trouver d'emploi, parce qu'elle n'avait aucune qualification et qu'il était très dur de trouver du travail où que ce soit.

C'est alors que deux de ses enfants lui ont été retirés par leur père biologique. « J'étais effondrée quand il a pris les enfants. C'est à ce moment-là que j'ai compris que j'avais besoin d'aide », explique-t-elle.

« Une amie de la rue m'a parlé des Services océaniques de conseil et d'action sociale et j'ai décidé d'assister à une de leurs journées d'information, les Journées de la fleur ».

« J'en suis bien contente, car c'est là que j'ai entendu parler du Programme IGP et que j'ai décidé d'ouvrir une petite épicerie. »

« Le magasin a amélioré ma vie à bien des égards. Je peux maintenant envoyer les enfants à l'école normalement et payer leurs frais de scolarité. Cette année, j'ai aussi pu les envoyer à Suva participer à *Tandra kahani* (concours de

danse qui a lieu chaque année aux Fidji) et j'ai pu fêter le 16^e anniversaire de ma fille », ajoute-t-elle.

Non seulement Ana a pu faire des économies, mais elle a aussi acheté un emplacement permanent dans un squat pour y construire une maison. En attendant ce moment, elle a déjà fait l'acquisition des matériaux de construction nécessaires.

« La vie n'est plus une lutte quotidienne, car j'arrive à joindre les deux bouts et que j'ai des économies

pour les jours sans. Je suis davantage sûre de moi et de mes décisions. Je suis plus instruite et j'ai quitté la rue pour de bon. Je reste à la maison pour m'occuper de mon magasin et du bien-être de mes enfants. »

« Grâce aux agents du Programme IGP et à toutes les activités de renforcement des capacités dont j'ai bénéficié pendant ce programme, je suis capable de gérer mon commerce efficacement et de subvenir à mes besoins et à ceux de ma famille. Je ne dépends plus de la rue pour vivre et maintenant je connais mon statut sérologique et j'ai fait des

tests de dépistage des IST. »

D'autres membres du réseau Pacific Rainbow\$ ont des histoires semblables à raconter et subviennent désormais à leurs besoins en menant une activité indépendante, grâce à l'aide du Programme IGP des Services océaniques de conseil et d'action sociale.

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à : Fanny Fiteli, CDO Coordinator/Public Relations Officer, Pacific Counselling and Social Services, Lautoka, Fidji – Tél. : (679) 6650483 ; Courriel : cdo@pcss.com.fj

Recherche sur le VIH sur l'île de Malaita (Îles Salomon)

Michelle Redman-MacLaren, Université James Cook (Australie) ; Mme Rowena Asugeni, Hôpital adventiste d'Atoifi (Îles Salomon) ; Mme Relmah Timothy-Harrington, École d'infirmières d'Atoifi (Îles Salomon) ; D^r David MacLaren, Université James Cook (Australie)

Si l'on ne recense, aux Îles Salomon, qu'un nombre relativement peu élevé de personnes vivant avec le VIH (13 cas cumulés depuis 1994), la conjonction de la très forte prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST), de l'inégalité des sexes, de la multiplicité des croyances religieuses et culturelles, et des moyens sanitaires limités du pays est susceptible de favoriser une propagation rapide du VIH au sein de la population.

En avril 2011, un atelier de deux semaines sur le renforcement des capacités en matière de recherche médicale s'est tenu à l'Hôpital adventiste d'Atoifi, dans une région isolée de la partie orientale de l'île de Malaita. Cette formation s'inscrivait dans le prolongement d'un atelier d'introduction à la recherche, organisé dans le même hôpital par l'Université James Cook en septembre 2009. Une des activités pratiques inscrites au programme a consisté à concevoir

et à mener une petite enquête visant à déterminer ce que les habitants des villages environnants savent et pensent du VIH. On s'est appuyé sur un questionnaire structuré comportant des questions tant qualitatives que quantitatives. Dans le cadre de cette enquête, les participants à l'atelier venant de l'hôpital, de l'École d'infirmières d'Atoifi et des villages environnants ont appris à recueillir et à analyser des données pertinentes de manière très concrète.

Le questionnaire a été rempli par 53 personnes (26 hommes et 27 femmes), qui étaient des patients (ou des membres de leur famille) hospitalisés sur place ou venant des villages environnants. La majorité (64 %) des personnes interrogées déclarent n'avoir que peu ou pas de connaissances sur le VIH. Plus de 85 % d'entre elles affirment que les hommes et les femmes peuvent contracter le VIH en ayant des rapports hétérosexuels, mais moins de la moitié

pense qu'un homme peut contracter le VIH en ayant des rapports sexuels avec un autre homme. S'agissant du préservatif, 44 % des personnes interrogées ne sont pas convaincues, ou ne pensent pas que le préservatif puisse contribuer à la prévention contre le VIH s'il est utilisé correctement. En outre, 44 % des personnes interrogées déclarent que le VIH peut être transmis par une piqûre de moustique.

Dans leur discours, la plupart des personnes interrogées affichent une attitude négative envers les personnes vivant avec le VIH. En voici quelques exemples : « Personne n'a envie de rester ou de vivre avec quelqu'un qui a cette maladie (le VIH) » ou « Les gens ne peuvent pas aimer une personne comme ça. Ils vont forcément la chasser. Lui dire de partir. » En dépit de ces commentaires négatifs, les deux tiers des personnes interrogées déclarent que, si la possibilité leur en était offerte, elles viendraient à l'hôpital pour y subir un test confidentiel de

« Bien que le sexe soit un sujet tabou pour des raisons culturelles et religieuses, les travaux de recherche menés dans notre hôpital, qui est géré par une église, peuvent permettre de réunir des données essentielles sur le VIH auprès de celles et ceux que nous avons pour mission de servir. »



De gauche à droite : Relmah Timothy-Harrington, Michelle Redman-MacLaren, Kenny Moutoa, Rex Fo'olego, Silas Laubeu.

dépistage du VIH. « J'aimerais venir et obtenir davantage d'informations sur le VIH. J'aimerais connaître mon statut sérologique. » Une femme explique pourquoi elle souhaiterait se faire dépister : « Je ne suis pas sûre que mon mari me soit encore fidèle. J'ai donc vraiment envie de savoir si je suis séropositive ou pas. »

Cette modeste étude démontre tout l'intérêt de la formation à la recherche appliquée dans un hôpital isolé des Îles Salomon, car elle indique que, lorsqu'on les aborde dans ce contexte, les habitants des villages de la région du Kwaio oriental sont prêts à parler de ce qu'ils savent et de ce qu'ils pensent du VIH dans leur environnement. Mme Rowena Asugeni, Directrice des soins de l'Hôpital adventiste d'Atoifi

déclare : « Bien que le sexe soit un sujet tabou pour des raisons culturelles et religieuses, les travaux de recherche menés dans notre hôpital, qui est géré par une église, peuvent permettre de réunir des données essentielles sur le VIH auprès de celles et ceux que nous avons pour mission de servir. »

Dans les villages voisins de l'hôpital, certains ont des notions de base sur le VIH, mais il subsiste d'importantes lacunes, notamment sur les modes de transmission du VIH et sur le rôle des préservatifs dans sa prévention. Ces informations peuvent maintenant servir de base aux activités de promotion de la santé et aux travaux de recherche appliquée que les chercheurs de l'hôpital d'Atoifi et de l'École d'infirmières mèneront à l'avenir.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :
Rowena Asugeni,
Director of Nursing,
Atoifi Adventist Hospital, East
Kwaio, Malaita, Îles Salomon
- Téléphone : +677 411021,
courriel : rasugeni@jcu.edu.au

ou

Michelle Redman-MacLaren,
Research Officer, School of Public
Health, Tropical Medicine and
Rehabilitation Sciences,
James Cook University, Cairns,
Australie - Téléphone : +61 7 4042 1878,
courriel :
michelle.maclaren@jcu.edu.au

Fo'olego, Silas Laubeu.



Nouveau système de suivi des patients bénéficiant de soins contre l'infection à VIH dans le Pacifique

Alan Garvez, Division santé publique, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique



Alan Garvez et des participants à l'atelier de formation

de lutte contre le sida des Fidji et du Fonds pour la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) en Océanie, deux membres de la Fondation pour la lutte contre le sida dans les îles du Pacifique, un agent des Services océaniques de conseil et d'action sociale et 34 participants venant de 13 pays (Îles Cook, États fédérés de Micronésie, Fidji, Kiribati, Îles Marshall, Nauru, Niue, Palau, Samoa, Îles Salomon, Tonga, Tuvalu, Vanuatu), qui avaient bénéficié du concours financier du FMSTP.

Sur la base des directives de l'OMS sur le suivi des patients pour les soins du VIH et le traitement antirétroviral, huit modules ont été conçus et utilisés au cours de l'atelier :

L'accès au traitement antirétroviral s'améliorant dans les États et Territoires insulaires océaniques, il est essentiel que les services de santé soient en mesure d'administrer des soins de qualité contre l'infection à VIH et d'assurer l'observance du traitement à long terme. Cela nécessite la mise en place d'un système de suivi efficace au sein des services de soins cliniques, de traitement, de prévention et de soutien.

Pour répondre à cette nécessité, un atelier de formation sur un système de suivi des patients soignés pour une infection à VIH et sous traitement antirétroviral s'est tenu du 18 au 22 juillet 2011, à l'hôtel Novotel de Nadi (Fidji). Cet atelier était organisé par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) et financé par une subvention multipays octroyée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) à des fins de lutte contre le VIH dans le Pacifique occidental (série 7).

L'atelier, ouvert par Dennie Iniakwala, Directeur par intérim de l'Unité surveillance, recherche et lutte contre les maladies de la Division santé publique de la CPS, visait les objectifs suivants :

- ▶ faire en sorte que les participants disposent des outils nécessaires pour établir un système de suivi des patients séropositifs pris en soin et sous traitement antirétroviral dans leur pays d'origine ;
- ▶ utiliser les données recueillies pour assurer le suivi des patients et la prise en charge au niveau des services de soins, ainsi que le suivi des programmes aux échelons national, régional et international ; et
- ▶ examiner les possibilités de renforcement des programmes de soins pour le VIH et de traitement antirétroviral, en créant des passerelles et/ou en assurant une coordination harmonieuse entre les systèmes de surveillance, les services de santé existants, les actions de prévention et les autres services de soutien.

Quarante-deux professionnels (médecins, infirmiers, pharmaciens, conseillers et pairs offrant leur soutien) ont été formés dans le cadre de cet atelier. Parmi eux, figuraient cinq intervenants des Fidji, qui avaient reçu une aide du Comité national

- ▶ Module 1 – Panorama des systèmes de suivi des patients bénéficiant de soins contre l'infection à VIH et sous traitement antirétroviral
- ▶ Module 2 – Déclaration des cas d'infection à VIH
- ▶ Module 3 – Dossier du patient bénéficiant de soins contre l'infection à VIH ou sous traitement antirétroviral et carnet d'autoévaluation du patient
- ▶ Module 4 – Registre des patients n'ayant pas encore commencé le traitement antirétroviral et des patients sous traitement antirétroviral
- ▶ Module 5 – Registre de délivrance des médicaments et de gestion des stocks
- ▶ Module 6 – Rapport trimestriel sur les traitements antirétroviraux administrés
- ▶ Module 7 – Rapport d'analyse des cohortes
- ▶ Module 8 – Flux de données et utilisation des données

L'équipe de formation de la CPS comprenait notamment Alan Garvez, Conseiller en traitement du VIH et prise en charge des cas,

Olayinka Ajayi, Chargé du suivi et de l'évaluation, Jason Bower, Conseiller en gestion des achats et des approvisionnements, Robert Verebasaga et Sala Tupou-Tamani, tous deux Chargés du développement des activités programmatiques, et Sangeeta Prasad, Adjointe administrative. Elle a été soutenue dans son travail par des agents d'autres organismes partenaires, à savoir : Imran Khan, Assistant chargé de la gestion des stocks (Fiji Pharmaceutical and Biomedical Services), Salesh Kumar et Paulini Nanati Vakacegu (Services océaniques de conseil et d'action sociale), et Maire Bopp-Allport, Temo Sasau et Rebecca Kubuvanua (Fondation pour la lutte contre le sida dans les îles du Pacifique).

La formation a débouché sur l'élaboration, sous la conduite des pays, de plans d'action pour la mise en place du système de suivi des patients, l'établissement de la version finale du cadre régional pour la continuité des soins prodigués aux personnes séropositives défini en 2009, dans le droit fil des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et les IST des pays participants, ainsi que le renforcement des équipes soignantes qui s'occupent des séropositifs à l'échelon national. Ces résultats permettront de veiller à ce que des

« Le système de suivi des patients constitue la pierre angulaire de la prise en charge clinique et du traitement du VIH, du soutien aux séropositifs et de la prévention de la transmission du virus. »



soins et des services de soutien de qualité soient offerts aux personnes vivant avec le VIH dans la région. Outre les attestations de formation, les participants ont reçu des chemises contenant des fiches d'information sur les soins contre l'infection à VIH et le traitement antirétroviral, qui pourront servir de référence aux centres de soins des pays concernés.

Bien que le principal objet de l'atelier ait été de présenter les outils de suivi des soins prodigués aux patients, les participants ont estimé que celui-ci constituait également une occasion pour eux de renforcer leurs propres capacités en ce qui concerne le traitement et la prise en charge du VIH. Finalement, les parti-

cipants ont pu se rendre compte que le système de suivi des patients constitue la pierre angulaire de la prise en charge clinique et du traitement du VIH, du soutien aux séropositifs et de la prévention de la transmission du virus. C'est sur cet élément fondamental que reposent la continuité et la qualité des soins prodigués aux séropositifs dans la région.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez prendre contact avec Alan Garvez, Conseiller en traitement du VIH et prise en charge des cas, Division santé publique, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), par courriel à l'adresse suivante : AlanG@spc.int.

La tuberculose dans les États et Territoires insulaires océaniques

D^r Janet O'Connor, D^r Axel Wiegandt et Kerri Viney, Division santé publique, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique

Le troisième rapport annuel de la Section lutte contre la tuberculose de la CPS contient des informations sur les cas de tuberculose déclarés en 2008 et les issues de traitement des cas déclarés en 2007. Il fait notamment le point sur la situation épidémiologique de cette maladie dans l'ensemble de la région océanique, les trois sous-régions que sont la Mélanésie, la Micronésie et la Polynésie, et chaque État ou Territoire. Le lecteur trouvera ci-après un résumé de ce rapport.

Cas de tuberculose déclarés

En 2008, le nombre de cas déclarés au niveau des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose était inférieur de 8 % à celui enregistré en 2007. À l'exclusion de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, 1 459 cas de tuberculose ont été déclarés, ce qui représente un taux de déclaration de 48 pour 100 000 habitants. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, 13 984 autres cas ont été déclarés.

Le nombre de cas déclarés ainsi que les taux de déclaration varient considérablement selon les États et Territoires : à Niue, aucun cas n'a été recensé, tandis qu'aux Îles Salomon et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, on a enregistré respectivement 387 et 13 984 cas.

Si l'on exclut la Papouasie-Nouvelle-Guinée, 6 États et Territoires insulaires océaniques regroupent 80 % des cas de tuberculose déclarés dans la région

océanienne en 2008 : les Îles Salomon (387 cas, soit 26 % des cas), Kiribati (317 cas, soit 22 %), les États fédérés de Micronésie (156 cas, soit 11 %), les Îles Marshall (125 cas, soit 9 %), Vanuatu (103 cas, soit 7 %) et les Fidji (102 cas, soit 7 %). Dans tous les autres pays de la région, le nombre de cas déclarés était inférieur à 100.

Avec 326 cas pour 100 000 habitants, c'est Kiribati qui a enregistré le taux de déclaration le plus élevé, suivi des Îles Marshall et de Tuvalu, avec respectivement 232 et 136 cas pour 100 000 habitants.

Distribution par âge et par sexe des cas de tuberculose à frottis positif

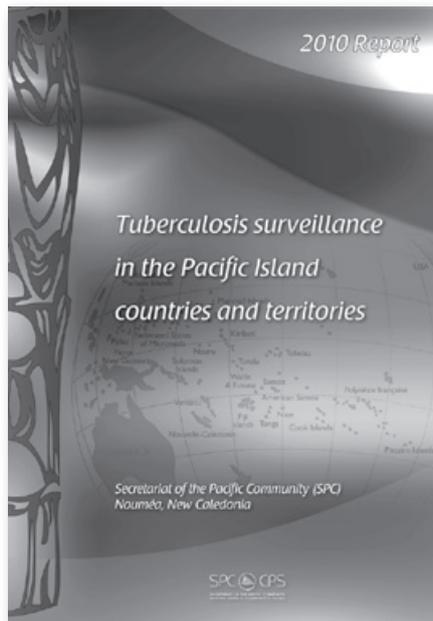
En 2008, le rapport femmes/hommes pour les cas de tuberculose à frottis positif était de 1 pour 1,15. C'est chez les 15-24 ans que l'on enregistrerait la plus forte proportion de cas à frottis positif (28 %). Les 45-54 ans représentaient 18 % des cas à frottis positif, et les groupes d'âges 35-44 ans et 45-54 ans, 16 %.

Les taux de déclaration les plus élevés ont été observés chez les hommes de plus de 65 ans (47/100 000 habitants) et chez les femmes âgées de 45 à 54 ans (32/100 000). Les taux les plus faibles ont quant à eux été observés chez les enfants âgés de 0 à 14 ans (2 et 3/100 000, respectivement pour les garçons et les filles).

En Océanie, où le diabète de type 2 est répandu et où il existe des facteurs de risque associés à la tuberculose, comme la pauvreté, la malnutrition et le tabagisme, les forts taux de tuberculose enregistrés chez les personnes âgées sont probablement dus à la réactivation d'une ancienne infection tuberculeuse causée par une baisse de l'immunité chez ce groupe d'âge.

La tuberculose dans les sous-régions océaniques

En 2008, c'est en Micronésie que l'on enregistrerait la plus forte proportion de cas de tuberculose (50 %), les taux observés en Mélanésie et en Polynésie étant de 43 et 7 % respectivement. Les taux de déclaration des cas de tuberculose sont restés relativement stables entre 2000 et 2008 en Mélanésie



et en Polynésie, mais ont nettement augmenté (de près de 50 %) en Micronésie durant cette période.

Cette tendance s'explique en grande partie par les forts taux de tuberculose enregistrés à Kiribati, aux Îles Marshall et aux États fédérés de Micronésie. Les raisons exactes de cette hausse relativement importante du nombre de cas de tuberculose déclarés en Micronésie ne sont pas connues et des études complémentaires devront probablement être menées pour en déterminer la cause. Le nombre de cas de tuberculose déclarés en Micronésie semble avoir atteint un niveau record en 2007, mais il conviendra de suivre les tendances au cours des prochaines années pour savoir s'il s'agissait bien là d'un pic.

Données de laboratoire sur la tuberculose

En 2008, 11 États et Territoires insulaires océaniques sur 19 ont transmis des données de laboratoire sur la tuberculose à la CPS. Au total, 3 197 cas suspects de tuberculose ont été identifiés, puis soumis à un dépistage par examen microscopique de frottis. Parmi eux, 14 % se sont révélés positifs. Les laboratoires de tous les États et Territoires insulaires océaniques ont été invités à prendre part au programme régional d'évaluation externe de la qualité, conduit dans le cadre du Projet océanien en faveur des laboratoires de bacilloscopie.

Issues de traitement des cas de tuberculose déclarés en 2007

En 2007, 87 % des patients ont achevé leur traitement antituberculeux de façon satisfaisante. Le taux de guérison des cas à frottis positif s'élevait à 88 %, ce qui est au-dessus de l'objectif de 85 % recommandé à l'échelon international.

Sur les 1 642 cas déclarés en 2007 qui ont été traités pour une tuberculose, 210 (13 %) n'ont pas guéri : 99 patients (47 %) sont décédés, 76 (36 %) ont interrompu leur traitement (abandon), 32 (15 %) ont été transférés et 3 (2 %) sont en échec thérapeutique.

Taux de dépistage des cas de tuberculose

En 2008, le taux de dépistage des cas de tuberculose à frottis positif s'élevait à 69 %, ce qui est légèrement en dessous de l'objectif de 70 % recommandé à l'échelon international. Les taux de dépistage enregistrés dans les États et Territoires insulaires océaniques variaient de 29 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée à 340 % à Nauru. Dans huit pays (Tuvalu, Tonga, Nouvelle-Calédonie, Guam, Polynésie française, Îles Mariannes du Nord, États fédérés de Micronésie et Îles Salomon), les taux affichés en 2008 étaient inférieurs à ceux enregistrés en 2007. Dans de nombreux cas, la différence était minime (3 %). Plusieurs raisons peuvent expliquer ces faibles taux de dépistage, notamment : le manque d'information sur la tuberculose au sein de la communauté, la mauvaise qualité des services de laboratoire, la non intégration des services antituberculeux dans les systèmes de soins de santé primaires, les erreurs de diagnostic et les décès de patients tuberculeux non diagnostiqués. Les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ont reçu des fonds pour améliorer le dépistage des cas en recherchant la maladie au sein des populations vulnérables.

Tuberculose pharmacorésistante

Au cours de la période 2004-2009, en tout, 45 cas de tuberculose multirésistante (probables ou confirmés) ont été déclarés en Océanie : 10 aux Îles Marshall, 1 au Samoa, 1 à Kiribati, 4 aux Îles Mariannes du Nord, 3 à Guam et 26 aux États fédérés de Micronésie. Bien que ces chiffres soient

bas (à l'exception de ceux enregistrés dans l'État de Chuuk, aux États fédérés de Micronésie), la résistance aux antituberculeux ne fait pas l'objet d'une surveillance rigoureuse dans la région.

Néanmoins, les échantillons d'expectoration prélevés sur les patients présentant une suspicion de tuberculose multirésistante (c'est-à-dire, en cas d'échec ou d'abandon du traitement, ou de rechute) sont généralement envoyés à des laboratoires de référence aux fins de culture et de test de pharmacosensibilité. Les politiques nationales doivent encore être renforcées afin d'assurer une surveillance rigoureuse et de veiller à ce que les cas de pharmacorésistance soient évités ou traités de manière appropriée, grâce au diagnostic précoce.

Un document-cadre visant à lutter contre la tuberculose multirésistante dans les États et Territoires insulaires

océaniens a été élaboré de façon à offrir des conseils simples et clairs aux directeurs et aux coordonnateurs des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, ainsi qu'aux autorités sanitaires, sur tous les aspects du traitement et de la prise en charge de la tuberculose multirésistante en Océanie.

Co-infection tuberculose/VIH

À ce jour, le nombre de patients tuberculeux diagnostiqués séropositifs pour le VIH est relativement limité, mais il faut noter que la proportion de sujets se soumettant à un test de dépistage du VIH reste faible. En 2009, 38 % des patients tuberculeux ont fait un test de dépistage du VIH. Parmi eux, deux cas étaient séropositifs aux Îles Marshall. Le pourcentage de patients tuberculeux ayant subi un test de dépistage du VIH n'a pas vraiment augmenté entre 2007 et 2009.

Définitions

Nouveau cas

Patient n'ayant jamais reçu de traitement antituberculeux ou ayant pris des médicaments antituberculeux pendant moins d'un mois.

Rechute

Patient déjà traité pour une tuberculose, qui a été déclaré guéri ou a achevé son traitement, et chez qui une tuberculose est de nouveau diagnostiquée et confirmée par des analyses bactériologiques (frottis positif ou culture).

La tuberculose en faits et chiffres

La tuberculose a probablement fait plus de victimes que n'importe quelle autre maladie dans l'histoire. Aujourd'hui encore, elle continue de tuer. Dans la Région OMS du Pacifique occidental, la tuberculose est l'infection la plus meurtrière : elle tue un millier de personnes par jour. Le drame, c'est qu'il existe un traitement depuis plus d'un demi-siècle.

L'infection

La tuberculose se propage par voie aérienne, exactement comme un rhume banal. Lorsqu'une personne malade contagieuse éternue, tousse ou parle, elle projette dans l'air les germes de la maladie, appelés bacilles tuberculeux. Ces bactéries peuvent rester en suspension dans l'air pendant six heures. C'est pourquoi la maladie est particulièrement contagieuse dans les lieux très fréquentés et mal ventilés. Une personne tuberculeuse non traitée peut infecter de 10 à 15 personnes en moyenne chaque année.

En bref

- Chaque minute, près de quatre personnes meurent de la tuberculose et 15 autres développent la maladie dans le monde.
- La tuberculose est à l'origine d'un décès évitable sur quatre chez l'adulte.
- Un traitement antituberculeux complet ne coûte pas plus de 15 dollars des États-Unis d'Amérique.
- La tuberculose est la principale cause de mortalité parmi les personnes touchées par le VIH/sida dans la région du Pacifique.
- Si l'épidémie n'est pas maîtrisée, un milliard de nouveaux cas d'infection pourraient être enregistrés, 200 millions de personnes pourraient développer la maladie et 35 millions d'individus pourraient en mourir d'ici à 2020.

La maladie

Bien qu'un tiers de la population mondiale soit infectée par

Mycobacterium tuberculosis, seule une personne sur dix développe une tuberculose active. Le risque de développer une tuberculose maladie, qui affecte généralement les poumons, augmente avec la fatigue physique, l'âge et le VIH/sida. Les symptômes de la maladie sont notamment les suivants : perte de poids, sueurs nocturnes, fièvre et toux.

La solution

La lutte contre la tuberculose repose sur la stratégie DOTS (c'est-à-dire, le traitement de brève durée sous surveillance directe), qui recommande l'application d'un schéma thérapeutique d'une durée de six mois, dans le cadre duquel des médicaments sont administrés gratuitement et l'observance du traitement est contrôlée pendant deux mois. Depuis 1999, la stratégie DOTS a permis de guérir trois millions de personnes dans la région.

Source : OMS, Bureau régional du Pacifique occidental

La version révisée du cadre de lutte contre la tuberculose et le VIH a été approuvée par les directeurs des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, lors de la quatrième réunion « Halte à la tuberculose » qui s'est tenue à Brisbane en 2008. Sa mise en œuvre doit encore être étendue à l'ensemble des États et Territoires insulaires océaniques, en particulier aux Îles Salomon, à Tuvalu, à Nauru et au Samoa.

Progrès accomplis au regard des cibles régionales

En matière de lutte contre la tuberculose, les cibles régionales consistaient à réduire de moitié la prévalence de la tuberculose et la

mortalité due à cette maladie entre 2000 et 2010. Le taux de prévalence de la tuberculose dans la région était de 120 cas pour 100 000 habitants en 2000 et devait tomber à 69 pour 100 000 habitants en 2010. S'agissant de la mortalité due à la tuberculose, elle était estimée à 13 pour 100 000 habitants en 2000 et devait passer à 8 décès pour 100 000 habitants en 2010. Si l'on s'en tient à ces projections, les cibles régionales n'ont pas été atteintes à la fin de l'année 2010, mais la tendance est à la baisse, et il est donc probable qu'elles le soient dans un avenir proche. Pour que les futures cibles soient atteintes, il conviendra toutefois d'intensifier les efforts de lutte contre la tuberculose dans toute la région.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez prendre contact avec Kerri Viney, Spécialiste des systèmes de lutte contre la tuberculose, Section lutte contre la tuberculose, Division santé publique, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS), par courriel à KerriV@spc.int.

Le rapport complet peut être téléchargé à l'adresse suivante : http://www.spc.int/tb/fr/publications/cat_view/75-surveillance-reports.

Action régionale en faveur de la suppression des lois sanctionnant la sodomie

D'après un article paru initialement dans le *Star Online* (Sydney), en octobre 2011

Palau et Nauru ont pris l'engagement de dépénaliser l'homosexualité à la suite d'une évaluation du respect des droits de la personne dans les États océaniques, conduite dans le cadre de l'examen périodique universel mené par le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies. Cette évaluation a débouché sur une action inédite en faveur de la suppression des lois sanctionnant la sodomie dans la région océanique.

Le Samoa, les Îles Salomon et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont quant à eux refusé de réformer leur législation, en dépit des critiques qui se sont élevées à l'échelon international, invoquant des raisons culturelles et religieuses. Devant ce refus, la représentante régionale du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme dans le Pacifique, Matilda Bogner, a qualifié les lois océaniques sanctionnant l'homosexualité de « violation des principes d'égalité et de non discrimination ». « De telles lois [...] attisent la haine et la violence, car, de fait, elles donnent à l'homophobie une légitimité juridique », a écrit Madame Bogner.

Toutes les nations océaniques ont été évaluées il y a peu dans le cadre de l'examen périodique universel. Aux Îles Cook, à Kiribati, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, au Samoa, aux Îles Salomon, aux Tonga et à Tuvalu, certaines lois datant de l'époque coloniale et interdisant la sodomie sont encore appliquées. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme a, par conséquent, exhorté tous les pays à promouvoir les droits des communautés lesbienne, homo- et bisexuelle, et transsexuelle. Madame Bogner a quant à elle félicité les autorités de Palau et de Nauru pour leur engagement en faveur d'une réforme de leur législation en la matière, en les encourageant vivement à poursuivre dans cette voie.

« La dépénalisation de l'homosexualité constitue un préalable indispensable à l'établissement d'une véritable égalité devant la loi », a écrit Madame Bogner. « Mais nous ne pourrons y parvenir de manière concrète et durable en changeant uniquement les lois. » « Nous devons également changer les mentalités. Au même titre

que le racisme et la misogynie, l'homophobie est un préjugé qui se nourrit de l'ignorance. L'arme la plus efficace à long terme est l'égalité juridique, associée à des campagnes d'information et à une action éducative. »

L'Australie, les Fidji, les Îles Marshall, les États fédérés de Micronésie, Nauru, la Nouvelle-Zélande, Palau, le Samoa, Tuvalu et Vanuatu ont signé une déclaration commune, ratifiée par plus de 80 pays réunis au Conseil des droits de l'homme des Nations Unies, en mars. Cette déclaration condamne les violences fondées sur l'orientation sexuelle et souligne la gravité des violations des droits de la personne commises en raison de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre (meurtres, viols, actes de torture et sanctions pénales, pour n'en citer que quelques-unes).

Article consulté en ligne le 14 novembre 2011, à l'adresse suivante : <http://www.starobserver.com.au/news/2011/10/26/regional-push-to-end-sodomy-laws/64045>.

Grandes lignes du débat national sur le VIH, les droits de la personne et le droit, lancé en Papouasie-Nouvelle-Guinée

Récapitulatif établi sur la base d'extraits du rapport de Michael Kirby¹ à l'intention de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, dirigée par le PNUD

Les 13 et 14 juin 2011, un débat national sur le VIH, les droits de la personne et le droit a eu lieu dans l'enceinte du Parlement national de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, à Port-Moresby.

Si ce débat avait, par nature, une assise nationale, il réunissait des représentants de nombreuses institutions spécialisées des Nations Unies présentes en Papouasie-Nouvelle-Guinée, dont le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation internationale du travail (OIT) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).

Dame Carol Kidu (Papouasie-Nouvelle-Guinée), députée décorée de l'Ordre de l'Empire britannique, et Michael Kirby (Australie), tous deux membres de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, dirigée par le PNUD, y ont également pris part.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la loi de 2003 sur la prise en charge et la prévention du VIH/sida apporte des précisions sur les dispositions du Code pénal relatives à la transmission volontaire du VIH, en limitant la responsabilité aux cas de transmission intentionnelle ou de tentative de transmission du virus.

Parmi les autres dispositions législatives applicables en la matière, citons la loi pénale : elle tire son origine du *Griffith Code* qui était en vigueur notamment dans l'État australien du Queensland, au moment de l'indépendance de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, qui avait été placée sous l'administration coloniale et la tutelle de l'Australie.



Michael Kirby

Cette loi condamne la propagation du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et les travestis et transsexuels. Elle érige notamment en infraction pénale les rapports sexuels entre hommes adultes et consentants s'inscrivant dans le cadre privé.

Le cadre juridique national, manifestement répressif et discriminatoire à l'encontre de ces groupes, est, dans une certaine mesure, exacerbé par l'attitude des églises, pour la plupart de confession chrétienne.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, certains aspects du travail des professionnels du sexe continuent d'être condamnés : le racolage et la tenue de maison de passe constituent notamment des infractions pénales. Les dispositions pénales qui s'appliquent aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont tendance à faire entrer les personnes touchées dans la clandestinité et à leur bloquer l'accès aux services, du fait de la discrimination ou du manque de professionnalisme et du harcèlement dont ils sont victimes lorsqu'ils font appel à ces services.

Les enseignements tirés de l'expérience en Australie et en Nouvelle-Zélande, et ailleurs dans le monde, permettent de penser que le fait de limiter l'accès des populations vulnérables aux messages

sur les soins de santé en faveur de la prévention, du dépistage, de la prise en charge et du traitement augmente la prévalence du VIH et déjoue les stratégies de prévention, qui revêtent une importance capitale.

Rencontres avec les populations clés

Le 13 juin 2011, des membres des groupes de population les plus touchés ont rencontré Michael Kirby.

« Nombre de représentants prenaient part pour la première fois à un débat ouvert et public autour de la sexualité (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes), de l'identité (travestis et transsexuels) ou du travail (professionnels du sexe) », a indiqué Monsieur Kirby. Dès le début du dialogue, de nombreuses personnes sont intervenues pour décrire les difficultés pratiques auxquelles se heurtent les groupes vulnérables en Papouasie-Nouvelle-Guinée, et en particulier :

- ▶ la violence sexiste qui frappe les professionnels du sexe et les conjoints des personnes vivant avec le VIH/sida ;
- ▶ le harcèlement fondé sur le principe selon lequel la possession de préservatifs constitue une preuve de racolage ;
- ▶ le mépris dont font l'objet les professionnels du sexe qui souhaitent effectuer des contrôles, se faire dépister ou suivre un traitement en rapport avec une éventuelle maladie sexuellement transmissible (MST) dans les hôpitaux et les autres services ; et
- ▶ le harcèlement auquel sont confrontés les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les travestis et transsexuels.

L'épidémie d'infection à VIH en Papouasie-Nouvelle-Guinée

Le premier cas de VIH signalé en Papouasie-Nouvelle-Guinée remonte à 1987. En 2003, cet État est devenu le quatrième pays de la région Asie-Pacifique à être classé parmi les pays touchés par une épidémie généralisée d'infection à VIH. Cette situation a été constatée suite à la publication de données sur la prévalence du VIH chez les femmes ayant recours aux services prénatals, prévalence qui dépassait alors les 1 %.

En 2009, les estimations faisaient état de 35 800 adultes vivant avec le VIH (âgés de 15–49 ans) sur l'ensemble de la population papouane-néo-guinéenne, ce qui tend à indiquer un taux de prévalence de 0,9 % à l'échelon national. Le nombre de personnes décédées des suites du sida dans le pays est quant à lui sujet à controverse. L'accès aux zones périphériques des régions isolées n'est pas aisé, et l'infection à VIH est stigmatisée. Il est, par conséquent, extrêmement difficile d'obtenir des statistiques précises. Au total, le nombre cumulé de décès officiellement recensés dans les documents des pouvoirs publics s'élève à 11 520, ce qui porte également le nombre d'orphelins à 5 610. D'après les estimations reposant sur des informations appropriées données dans le cadre du débat national, les taux d'infection ainsi que le nombre de décès et d'orphelins atteignent des chiffres nettement supérieurs. Plusieurs estimations font état de 30 000 décès réels.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, les rapports hétérosexuels représentent le principal mode de transmission du VIH. Dans une région (les Hauts-plateaux), le nombre de cas d'infection à VIH aurait récemment reculé. En revanche, dans deux autres régions (le Momase et les Îles de Nouvelle-Guinée), l'épidémie continue de s'aggraver. Dans tout le pays, certains groupes de population – notamment les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travestis et transsexuels, et les personnes séropositives – sont plus exposés au risque de transmission du VIH ou de surinfection VIH. Pour le moment, la consommation de drogues injectables n'est pas considérée comme un facteur majeur de l'épidémie.

Rencontre avec des représentants du secteur législatif et judiciaire

Michael Kirby s'est également entretenu avec le *Solicitor General* de Papouasie-Nouvelle-Guinée, le *Public Solicitor*, le *Public Prosecutor*, le *State Solicitor*, le *Deputy Chief Ombudsman* et le *Director of Village Courts*.

Plusieurs magistrats ont indiqué qu'ils comprenaient la nécessité de la réforme judiciaire préconisée par les institutions spécialisées des Nations Unies. Monsieur Kirby a souligné qu'il était urgent que les travaux y afférents soient engagés par la Commission de réforme constitutionnelle et législative.

Rencontre avec l'Alliance des églises

Pour Michael Kirby, la rencontre avec l'Alliance des églises aura été « la réunion la plus délicate de la journée ». Les principales églises de confession chrétienne de Papouasie-Nouvelle-Guinée (l'Église anglicane, l'Église catholique romaine, l'Église unie et l'Église évangélique de Pentecôte) étaient représentées lors de cette réunion.

Bien que les représentants de l'Église catholique aient déclaré qu'ils comprenaient l'appel lancé par Monsieur Kirby en faveur d'une réforme des lois qui s'appliquent aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux travestis et transsexuels, et aux professionnels du sexe, les autres églises ont manifesté une certaine « réserve ou hostilité ».

Au cours de la rencontre à huis clos avec l'Alliance des églises, deux participants étaient particulièrement opposés à toute proposition d'abrogation des dispositions du Code pénal qui sanctionnent pénalement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Michael Kirby a signalé que des « comparaisons injurieuses entre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les animaux » avaient été établies.

Lorsqu'on a tenté de leur expliquer les raisons pour lesquelles de telles dispositions pénales déjouaient les stratégies de prévention visant à limiter la propagation du VIH, les

participants ont, à plusieurs reprises, invoqué en réponse les interdits liés à l'immoralité mentionnés dans la Bible et les dispositions du préambule de la Constitution de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, précisant que le pays est « une nation guidée par les principes chrétiens ».

Michael Kirby a quant à lui tenté d'expliquer aux participants que :

- ▶ le fait que les principes chrétiens soient un guide ne leur confère aucun statut juridiquement contraignant ;
- ▶ la nature même de ces principes est en fait contestée à l'heure actuelle, à la lumière du contexte moderne et des progrès de la science contemporaine ; et que
- ▶ la Papouasie-Nouvelle-Guinée est une nation laïque et non une théocratie, et que le fait de donner un effet juridique à des croyances religieuses est contraire à la structure et aux dispositions de la Constitution.

« Pourtant, ces explications ont été récusées par certains représentants religieux », a précisé Monsieur Kirby.

À l'issue des discussions, Monsieur Kirby a préconisé une large convergence de vues sur les points suivants :

- a. toutes les formes de violence contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travestis et transsexuels, et les professionnels du sexe n'ont rien à voir avec les croyances chrétiennes ;
- b. les croyances chrétiennes se fondent avant tout sur l'amour de son prochain et sur le fait que seul Dieu peut juger les êtres humains d'un point de vue moral ;
- c. une nouvelle épidémie massive d'infection à VIH, la plus importante que l'Océanie ait connue, fait actuellement de nombreuses victimes en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Pour remédier durablement à cette situation, il est indispensable de prendre des mesures urgentes en vue de

prévenir la propagation du virus et de reconnaître la nécessité d'échapper à une dépendance totale par rapport aux thérapies onéreuses ;

- d. les autorités nationales, les églises et les citoyens ont l'obligation morale de soutenir les personnes infectées, ou risquant de contracter l'infection, et de faire tout leur possible pour promouvoir la suppression des obstacles, tels que la stigmatisation et la discrimination, qui compromettent l'efficacité des stratégies de lutte contre le VIH ; et
- e. le dialogue doit se poursuivre entre tous les acteurs : les différentes églises, l'Alliance des églises, toutes les communautés religieuses de Papouasie-Nouvelle-Guinée, les personnes chargées de promouvoir une lutte efficace contre l'épidémie d'infection à VIH à l'échelon national, et les personnes et les groupes vulnérables. Il est indispensable de maintenir le dialogue pour trouver un terrain d'entente et réduire la souffrance des personnes touchées.

Débat radiodiffusé

Monsieur Kirby et Madame la députée Carol Kidu ont participé à un débat radiodiffusé dans tout le pays et animé par Roger Hau'ofa. À cette occasion, Dame Carol Kidu a fait la distinction entre « légalisation » et « dépenalisation » de l'homosexualité, du travestisme, de la transsexualité et du commerce du sexe dans le contexte papouan-néo-guinéen. Elle a également expliqué que les sanctions pénales contre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travestis et transsexuels, et les professionnels du sexe ne relevaient pas du droit traditionnel autochtone, et qu'elles avaient été importées par les colons et promues par les missionnaires chrétiens envoyés en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

1. Michael Kirby, *Compagnon de l'Ordre d'Australie (AC) et de l'Ordre de Saint-Michel et Saint-Georges (CMG), est un ancien juge de la Haute Cour d'Australie (1996-2009), membre de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, dirigée par le PNUD (2010-2011), et du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits de l'homme (2002-).*

En conclusion

Pour conclure, Michael Kirby a noté que, exactement comme pour l'adoption de la Déclaration politique sur le VIH/sida (2011), lors de l'Assemblée générale des Nations Unies qui s'est tenue à New York la semaine précédente, certains aspects du débat national engagé en Papouasie-Nouvelle-Guinée étaient positifs, tandis que d'autres l'étaient moins.

Parmi les points positifs figurent la participation de l'Alliance des églises et le débat ouvert et public, qui a permis aux représentants religieux ainsi qu'aux membres des groupes vulnérables d'exprimer des points de vue divergents. Il faut espérer que ce dialogue public se poursuivra à l'avenir et qu'il favorisera une meilleure compréhension des différents points de vue sur des sujets déterminants pour l'évolution de l'épidémie qui sévit en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Autre première importante : les professionnels du sexe, les travestis et transsexuels, et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes présents ont pu s'exprimer ouvertement et avec force. C'était la première fois en Papouasie-Nouvelle-Guinée que les membres de ces groupes pouvaient, en tant que citoyens, monter au créneau, prendre la parole et demander aux pouvoirs publics de les aider et de les protéger.

« Le fait qu'un jeune homosexuel, sportif dans une équipe nationale de Papouasie-Nouvelle-Guinée, parle ouvertement et courageusement de ses espoirs et aspirations en tant qu'être humain et citoyen ne peut qu'avoir un effet positif sur le public qui l'écoute. C'est une grande victoire », a assuré Monsieur Kirby.

Adoption d'un nouveau décret sur le VIH aux Fidji

Équipe de la CPS chargée de suivre le Congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique, août 2011

L'adoption d'un nouveau décret sur le VIH aux Fidji représente une étape importante sur le chemin de la prévention et du traitement du VIH, a déclaré Nazhat Shameem, ancienne juge auprès de la Haute Cour des Fidji et conseillère juridique.

Au cours d'un colloque consacré à la région océanienne et organisé dans le cadre du dixième Congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique, qui s'est tenu à Pusan (Corée du Sud), Madame Shameem a expliqué qu'il existait une forte volonté politique aux Fidji en faveur d'une réforme de la législation relative au VIH, fondée sur un cadre viable et durable. « Le résultat : une législation qui sert de référence mondiale en la matière. D'ailleurs, de nombreux pays développés peuvent à cet égard prendre exemple sur les Fidji, a-t-elle précisé. Cependant, a souligné Madame Shameem, la stigmatisation et les obstacles d'ordre psychologique qui s'opposent à l'application d'une approche de la protection contre le VIH/sida et de la prévention axée sur le respect des droits de la personne continuent de faire peser une hypothèque sur la mise en œuvre d'une telle législation. »

Elle a également souligné que les inégalités hommes-femmes étaient en partie à l'origine des difficultés rencontrées en matière

de prévention du VIH. Le fait d'ériger le commerce du sexe en infraction pénale et l'attitude des policiers à l'égard du VIH constituent d'autres obstacles. « Pour une application efficace des lois sur le VIH/sida, il faut informer les forces de police des fondements du droit et leur faire comprendre l'approche de la prévention axée sur le respect des droits de la personne. Jusqu'à présent, la police ne s'occupait que des personnes qui transmettaient délibérément le virus aux autres », a-t-elle expliqué.

S'il est appliqué correctement, le décret permettra aux agents de santé et à la société civile de suivre une approche rationnelle de la prévention du VIH et des soins. Il permettra également aux autorités nationales de s'attaquer aux problèmes de la discrimination et de la stigmatisation, qui empêchaient l'application d'une telle approche.

Pour Madame Shameem, ce décret crée un environnement favorable à la modification des comportements sociaux et professionnels. Son adoption représente une étape importante et utile sur le chemin de l'application efficace d'une approche de la prévention et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, ou touchées par ce problème, axée sur le respect des droits de la personne aux Fidji.

Appel à l'égalité des sexes

Fondation pour la lutte contre le sida dans les îles du Pacifique

« Les inégalités hommes-femmes, les violences commises à l'encontre des femmes et l'absence de droits protégeant les femmes offrent un terrain propice à la transmission du VIH. » C'est ce qu'a déclaré Maire Bopp, Directrice générale de la Fondation pour la lutte contre le sida dans les îles du Pacifique, dans son discours prononcé le 26 octobre, à l'occasion de l'atelier sur l'égalité des sexes et les droits des femmes, organisé dans le cadre du Commonwealth People's Forum (CPF) qui s'est tenu à Perth (Australie).

En se référant à une étude menée par la Fondation en 2009 et intitulée *Experiences and perspectives of women living with HIV in Fiji and Papua New Guinea*, Madame Bopp a rappelé que la domination des hommes sur les femmes, sous toutes ses formes, est le principal facteur contribuant à la vulnérabilité des femmes face au VIH, la principale cause d'infection et l'une des raisons pour lesquelles celles-ci continueront de craindre de se faire dépister ou d'affronter les difficultés liées au fait de vivre avec leur séropositivité.

« Sans cette surdomination des hommes et cette violence, les femmes ne constitueraient pas aujourd'hui la moitié de la population séropositive. L'incidence du sida augmente désormais plus rapidement chez les femmes, qui, bien souvent, sont contaminées par leur propre partenaire

« Sans la surdomination des hommes et la violence, les femmes ne constitueraient pas aujourd'hui la moitié de la population séropositive. »



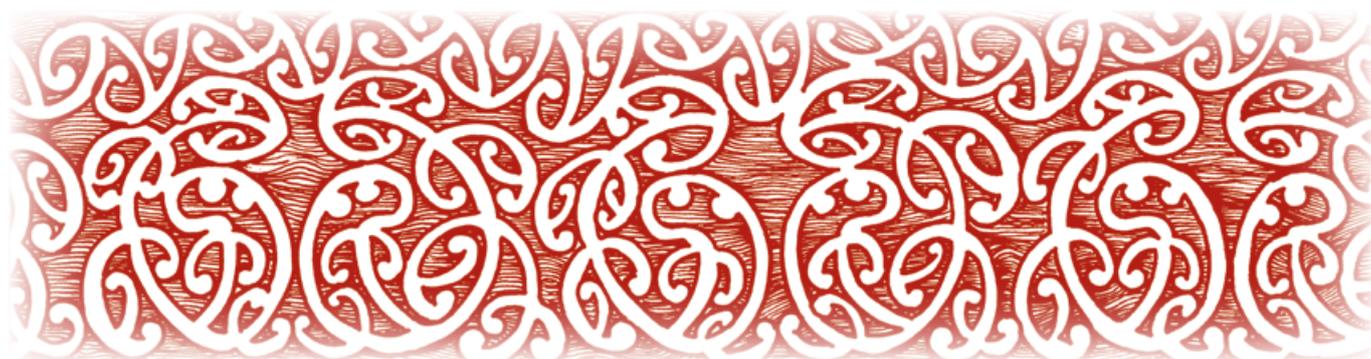
ou mari. Elles représentent 50 % des 34 millions de personnes vivant avec le VIH dans le Pacifique à l'heure actuelle et sont les plus nombreuses à s'occuper des patients atteints du sida et des enfants rendus orphelins par le VIH », a-t-elle expliqué.

Madame Bopp a pris part au CPF à l'invitation de la Fondation du Commonwealth et de l'Agence australienne pour le développement international (AusAID), et grâce à leur soutien, dans le but d'exhorter les autorités à redoubler d'efforts pour lutter contre le VIH dans les régions les plus touchées des 54 pays du Commonwealth.

« Soixante pour cent des cas mondiaux de sida sont recensés dans les pays du Commonwealth. Il est temps que les dirigeants de ces pays placent le VIH au centre des priorités en matière de santé, définissent des objectifs à court, moyen et long termes, et prennent

immédiatement les mesures qui s'imposent », a-t-elle indiqué. Et Madame Bopp de conclure : « Il est essentiel que le Commonwealth parvienne à obtenir de meilleurs résultats d'ici à la prochaine réunion, qui devrait avoir lieu dans deux ans, en améliorant le traitement, en réduisant la transmission du VIH de la mère à l'enfant et en opérant de toute urgence des réformes législatives pour lutter contre toutes les formes de discrimination. »

Par la suite, en réitérant son appel dans le cadre des débats entre la société civile et les ministres des Affaires étrangères du Commonwealth, Madame Bopp s'est félicitée d'avoir interpellé certains dirigeants, notamment le Ministre australien des Affaires étrangères, Kevin Rudd, qui a fait remarquer, dans son discours de clôture, que c'était un devoir pour les pays développés de continuer à soutenir les activités du Fonds mondial.



Moment charnière dans l'évolution de l'épidémie de VIH dans la région Asie-Pacifique

ICAAP 2011 : rapport de l'ONUSIDA

Bien que la région Asie-Pacifique ait « enregistré des progrès remarquables » dans la lutte contre le VIH, avec « notamment une chute de 20 % des nouveaux cas d'infections à VIH depuis 2001 et une multiplication par trois de l'accès à la thérapie antirétrovirale depuis 2006, ces avancées sont menacées parce qu'on ne cible pas les principales populations à risque et parce que le soutien financier des bailleurs de fonds, tant nationaux qu'internationaux, est insuffisant ». C'est ce qui ressort d'un rapport de l'ONUSIDA présenté lors du Congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique (ICAAP) organisé à Busan (Corée du Sud) en 2011.

Intitulé *HIV in Asia and the Pacific : Getting to zero* (Le VIH en Asie et dans le Pacifique – Objectif : zéro), le rapport conclut que, dans l'ensemble de la région, le nombre de personnes ayant accès aux services de lutte contre le VIH n'a jamais été aussi élevé. Cependant, la plupart des pays de la zone Asie-Pacifique sont encore loin des objectifs d'accès universel aux services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH et d'accompagnement des patients.

« Pour parvenir à un taux zéro de nouvelles infections à VIH en Asie-Pacifique, on ne pourra faire l'économie, à l'échelon national, de mesures s'appuyant sur des données scientifiques et sur les bases factuelles les plus solides qui soient », a déclaré le directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibe. « Les programmes de lutte contre le VIH doivent bénéficier d'un financement adéquat et cibler les populations prioritaires. Les investissements réalisés aujourd'hui porteront leurs fruits au centuple à l'avenir. »

On estime qu'en 2009, l'Asie-Pacifique comptait 4,9 millions de personnes vivant avec le VIH, chiffre relativement



ICAAP 2011
© ICAAP



ICAAP 2011
© ICAAP

« Pour parvenir à un taux zéro de nouvelles infections à VIH en Asie-Pacifique, on ne pourra faire l'économie, à l'échelon national, de mesures s'appuyant sur des données scientifiques et sur les bases factuelles les plus solides qui soient. »

stable depuis 2005. La majorité d'entre elles résident dans les onze pays suivants : Cambodge, Chine, Inde, Indonésie, Malaisie, Myanmar, Népal, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée,

Thaïlande et Viet Nam. Depuis 2006, le nombre de ceux bénéficiant dans la région du traitement antirétroviral salvateur a été multiplié par trois, pour atteindre un total de 740 000 à la fin 2009. Cependant, à la fin de cette même année, plus de 60 % des habitants de l'Asie-Pacifique pouvant prétendre au traitement n'y avaient pas encore accès.

Dans la région, les nouveaux cas d'infections à VIH restent concentrés dans certains groupes clés : clients et prestataires de rapports sexuels tarifés, consommateurs de drogues par voie intraveineuse, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et transsexuels. La plupart des programmes destinés à protéger ces populations et leurs partenaires intimes de l'infection à VIH n'ont ni l'ampleur ni la portée nécessaires.

Dans l'ensemble de la région, la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH et des populations à risque restent fortes. Environ 90 % des pays de la zone Asie-Pacifique conservent des lois et des politiques répressives, qui ont pour effet de barrer l'accès des personnes vivant avec le VIH et des populations clés aux services de prise en charge du VIH, pourtant essentiels à leur survie. De surcroît, le rapport conclut à l'insuffisance du financement de la lutte contre le sida en Asie-Pacifique. En 2009, on estime que la somme de 1,1 milliard de dollars É.-U. a été consacrée à la lutte contre le sida dans 30 pays de la région, ce qui correspond au tiers des fonds nécessaires à la concrétisation des objectifs d'accès universel aux services de prise en charge du VIH. Les réductions des contributions des bailleurs de fonds internationaux constituent une autre menace pour le progrès de la lutte contre le sida dans la région. D'après le rapport, les sommes investies dans la protection des populations prioritaires contre le VIH restent insuffisantes.

L'Océanie à l'ICAAP

Compte rendu préparé par l'équipe de la CPS présente à l'ICAAP

« Les dirigeants océaniques peuvent se féliciter d'avoir agi très tôt pour soutenir les mesures prises afin de contenir l'infection dans l'ensemble de la région », a déclaré le Président des Fidji, Ratu Epeli Nailatikau, à l'occasion du 10^e Congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique (ICAAP), organisé à Busan (Corée du Sud) en août 2011.

Évoquant le rôle des dirigeants politiques dans la lutte contre l'épidémie en Océanie, Ratu Epeli a déclaré que d'aucuns ont le sentiment que certains dirigeants politiques (dont le nombre diminue peu à peu) restent muets sur la question de la défense des droits des groupes les plus vulnérables et les plus gravement touchés par le VIH. « Il existe des raisons de penser que cette situation est en train d'évoluer », a-t-il expliqué.

Ratu Epeli a pris acte de la mise en place de réseaux de parlementaires en Papouasie-Nouvelle-Guinée, visant à sensibiliser les hommes politiques à la complexité et à la gravité de l'épidémie du VIH, ainsi que de la désignation, par l'Assemblée des parlementaires océaniques sur la population et le développement, de deux porte-drapeaux océaniques chargés de la mobilisation autour de la problématique du VIH/sida.

Aux Fidji, plus de 40 entreprises du secteur privé sont membres du réseau *Business Against HIV and AIDS - Fiji (BAHA - Fiji)* (Le monde de l'entreprise contre le VIH et le sida). Ratu Epeli a ajouté qu'il était essentiel que les dirigeants de l'ensemble de la région s'engagent de façon plus active, s'ils veulent traduire les engagements politiques régionaux en actions concrètes à l'échelon national, en s'inscrivant dans le renforcement des politiques publiques, en instaurant des conditions favorables aux actions de lutte et en programmant les activités des services médicosociaux.



« Dans l'ensemble de l'Océanie, les pouvoirs publics ont renforcé la participation de la société civile et des autres parties prenantes au processus de prise de décision. Le moment est venu de passer à la vitesse supérieure », a-t-il ajouté.

Ratu Epeli a déclaré que, sans la participation des églises, la riposte de l'Océanie face au VIH n'aurait pas le dynamisme qu'elle affiche aujourd'hui, notamment dans les régions isolées où les services publics sont peu présents. « Cependant, les interventions des églises ne se sont pas toujours inscrites dans une logique d'ouverture à l'ensemble de la communauté, ou de lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH », a-t-il ajouté.

Ratu Epeli a également exhorté les médias à jouer un rôle plus actif, en traitant des questions associées aux droits de la personne, en faisant la promotion de la prévention et de la prise de conscience du VIH, et en contribuant à l'évolution des comportements dans la région.

Recherche personnes investies et engagées

Pour la prévention de l'infection à VIH, on a besoin de personnes véritablement investies, a déclaré l'ancien vice-premier ministre du Samoa, Misa Telefoni Retzlaff, au cours d'un séminaire sur le Pacifique, organisé à l'occasion de la 10^e édition de l'ICAAP à Busan (Corée du Sud). M. Retzlaff, qui est également

président de la Commission sur le sida dans le Pacifique, a indiqué que cet investissement personnel est « un élément essentiel de l'équation. »

Il a ajouté qu'il y a environ 25 ans, il était impossible d'imaginer que l'on parlerait un jour de « zéro nouvelle infection à VIH » et de « zéro stigmatisation ».

« Or, les Nations Unies nous présentent aujourd'hui ces chiffres comme des objectifs réalistes, ce qui témoigne de tout le chemin parcouru et de la passion dont font preuve celles et ceux qui combattent le VIH », a-t-il ajouté.

M. Retzlaff a rendu hommage à la participation des églises, rappelant à quel point il est important de les intégrer dans le combat, plutôt que de les attaquer en leur reprochant ce qui est perçu comme une certaine passivité dans la lutte contre le VIH.

« C'est à nous qu'il appartient de les sensibiliser, afin qu'elles œuvrent à nos côtés à la réalisation des objectifs "zéro nouvelle infection à VIH", "zéro discrimination" et "zéro décès dû au sida" », a-t-il expliqué.

La jeunesse océanique doit mieux se faire entendre sur la scène mondiale

Pour l'Ambassadrice régionale de l'UNICEF pour le Pacifique, Mere Nailatikau, le thème choisi pour la 10^e édition de l'ICAAP, *Voix multiples, action unifiée*, est idéalement adapté à la jeunesse océanique, caractérisée par une grande diversité, aussi bien à l'échelon national qu'entre les 22 États et Territoires insulaires océaniques.

Pour Mme Nailatikau, un message ressort clairement de cette diversité. « La situation des jeunes Océaniques se dégrade. Ils souffrent de la pauvreté et de la faim et n'ont pas accès aux services les plus élémentaires. Dans 12 pays de la région, un jeune sur quatre vit en dessous du seuil national de pauvreté et beaucoup d'entre eux se trouvent dans une situation

sanitaire précaire, en raison de l'absence d'eau salubre et de services d'assainissement », a-t-elle expliqué aux participants du séminaire sur le Pacifique organisé dans le cadre de l'ICAAP.

Parlant au nom des jeunes de la région, Mme Nailatikau a affirmé qu'ils se trouvaient au cœur de l'épidémie de VIH/sida en Océanie. « Dans la région, le pourcentage des jeunes diagnostiqués séropositifs est en constante augmentation. Confrontés à l'influence de valeurs culturelles et religieuses puissantes, associées à la mutation de la société, les jeunes Océaniens, peu informés, doivent négocier une difficile transition les exposant à l'alcoolisme et à la toxicomanie, à la prostitution, au viol, ainsi qu'au VIH », a-t-elle expliqué.

Mme Nailatikau a également souligné la nécessité, pour les jeunes Océaniens, de faire entendre leur voix avec plus de force à l'échelle internationale. « Dans une région où la population jeune est en plein essor, les jeunes Océaniens doivent



ICAAP 2011
© ICAAP

« Confrontés à l'influence de valeurs culturelles et religieuses puissantes, associées à la mutation de la société, les jeunes Océaniens, peu informés, doivent négocier une difficile transition les exposant à l'alcoolisme et à la toxicomanie, à la prostitution, au viol, ainsi qu'au VIH. »

occuper la place qui leur revient sur la scène internationale. Face à l'ampleur des défis à relever, nous nous devons de saisir chaque occasion qui nous est donnée de participer activement à tous les niveaux, national, régional et international », a-t-elle déclaré.

Elle a ajouté que les pouvoirs publics, la société civile et les organisations œuvrant pour le développement pouvaient mobiliser des ressources et se concerter avec les représentants de la jeunesse, afin d'envoyer des jeunes Océaniens participer à des conférences internationales aux côtés des représentants des gouvernements. « Une telle expérience constituerait une occasion unique, pour les jeunes Océaniens, de renforcer leurs capacités et d'élargir leurs réseaux, afin d'intensifier la lutte contre le VIH/sida. »

Lors de la 10^e édition de l'ICAAP, la délégation océanienne comptait plus d'une demi-douzaine de jeunes, représentant des associations de la société civile de la région.

Activité à risque : prostitution à Port-Vila

Extraits du rapport Risky Business Vanuatu: Selling Sex in Port-Vila (Activité à risque : prostitution à Port-Vila) de Karen McMillan et Heather Worth, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales (Australie).

En novembre et décembre 2010, les auteurs ont mené des entretiens en tête à tête avec 18 femmes et 2 hommes ayant eu des relations sexuelles tarifées au cours des douze mois précédents. Les entretiens se sont déroulés à Port-Vila et dans les environs, en bichlamar et en anglais. Il s'agissait d'enquêter sur les paramètres et le contexte dans lesquels s'inscrit la prostitution à Port-Vila.

L'âge des participants s'échelonne de 16 à 36 ans, pour un âge moyen de 24 ans. Si la plupart d'entre eux ont commencé à se prostituer bien avant leur 18^e anniversaire, c'est une activité qu'ils

ont toujours menée volontairement : ils travaillent tous de manière autonome. Leur activité n'a rien de formel et ils se décrivent rarement explicitement comme des prostitués, même s'ils font régulièrement commerce de leur corps.

Les intéressés se prostituent parce qu'ils n'ont pas de travail ou d'argent. Les données recueillies indiquent en outre que, si la prostitution est considérée comme une activité quelque peu honteuse se déroulant dans la clandestinité, elle constitue également une pratique courante.

Deux modes de prostitution distincts sont mis en évidence. Dans le premier cas de figure, les prostitué(e)s fréquentent le soir, en petits groupes, des bars, des *nakamals* ou des discothèques, à la recherche de clients. Les rapports sexuels ont lieu dès négociation de la transaction. Dans le deuxième cas de figure, le/la prostitué(e) travaille seul(e) et sur rendez-vous. Les clients sont soit des habitués, soit des personnes rencontrées au cours d'excursions en ville pendant la journée et avec qui rendez-vous est pris pour plus tard. Ces deux modes opératoires ne s'excluent pas mutuellement et certains des participants à l'enquête utilisent l'un et l'autre.

La plupart des personnes interrogées ont commencé à se prostituer avant l'âge de 16 ans et certaines d'entre elles avaient à peine 11 ans. L'argent gagné est avant tout dépensé en ville pour l'achat de biens de consommation, mais aussi pour acheter à manger, à boire et du *kava* lors de sorties entre amis. Rares sont les participants qui ont besoin de cet argent pour se nourrir et se loger au quotidien. Dans la plupart des cas, l'argent gagné grâce à la prostitution est aussi synonyme d'un certain degré d'autonomie et d'indépendance.

Les participants à l'enquête disent préférer travailler avec préservatif, mais reconnaissent ne pas l'utiliser systématiquement avec leurs clients. Si l'on veut optimiser l'utilisation des préservatifs, les travailleurs du sexe doivent pouvoir se les procurer facilement et gratuitement. S'ils évoquent le problème de la qualité des préservatifs, la plupart des participants à l'enquête ne sont pas prêts à payer pour s'en procurer. Le respect de la vie privée et de la confidentialité sont des facteurs qui comptent pour beaucoup dans la décision des participants d'aller se procurer ou non des préservatifs gratuits. Ce n'est pas seulement que les intéressés éprouvent de la honte, mais qu'ils s'inquiètent des conséquences que cela peut avoir sur leur sécurité.

L'attitude des participants vis-à-vis des préservatifs est influencée par les informations dont ils disposent sur l'efficacité de ce mode de protection contre le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles. On détecte de nombreuses idées fausses sur le préservatif et une compréhension insuffisante de son rôle dans la prévention de la transmission des IST et du VIH. Il arrive aussi que les prostitués ou leurs clients ne sachent pas comment on met un préservatif masculin.

Les clients sont aussi bien des étrangers que des habitants locaux. Les clients locaux sont particulièrement hostiles au port du préservatif. C'est généralement en fonction des souhaits du client que le préservatif est utilisé ou non. Globalement, les personnes

interrogées dans le cadre de cette étude manquent d'assurance ou n'ont pas les qualités de négociation requises pour convaincre un client réticent d'utiliser un préservatif. Les prostitués bien informés sur le rôle et l'efficacité du préservatif dans la prévention de la transmission du VIH et des IST encouragent activement leurs clients au port du préservatif.

Les *nakamals*, les bars et les discothèques sont des lieux de prostitution habituels, et la consommation de *kava* et d'alcool est intrinsèquement liée au travail du sexe. L'association de l'alcool et du *kava* à la pratique de la prostitution peut exacerber les risques, car ces substances ont pour effet de fléchir la détermination d'utiliser le préservatif. La consommation d'alcool est également associée à une baisse des inhibitions et à des comportements sexuels plus aventureux que d'ordinaire. Le visionnage de films pornographiques avec les clients, généralement associé à la consommation d'alcool, est souvent l'occasion d'expérimentations sexuelles.

En dehors des dangers liés à une consommation excessive d'alcool et de *kava*, et de l'augmentation de la prise de risque chez les personnes sous emprise, un autre risque inhérent à la prostitution est celui des rapports sexuels sous contrainte. Cependant, l'augmentation de la vulnérabilité face au viol et aux agressions sexuelles semble être une conséquence de la divulgation du statut de prostitué(e).

Les personnes interrogées disent avoir été encouragées par leur église ou par des professionnels de santé à abandonner la prostitution. Certaines ont été passées à tabac par des proches qui cherchaient à les convaincre de s'arrêter. Celles qui ont accepté d'abandonner ostensiblement la prostitution continuent à exercer cette activité de manière plus discrète.

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à Karen McMillan, courriel : k.mcmillan@unsw.edu.au

Adresse de téléchargement du rapport complet en anglais : [http://www.med.unsw.edu.au/SPHCMWeb.nsf/resources/Risky_Business_Vanuatu.pdf/\\$file/Risky_Business_Vanuatu.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/SPHCMWeb.nsf/resources/Risky_Business_Vanuatu.pdf/$file/Risky_Business_Vanuatu.pdf)

Prostitution et prévention du VIH

C'est en 2007 que le premier cas d'infection à VIH a été déclaré à Vanuatu. Si ce pays affiche actuellement une faible prévalence de l'infection, le nombre de cas déclarés restant limité, les taux de dépistage et de surveillance sont faibles.

Cependant, la Papouasie-Nouvelle-Guinée voisine est en proie à une grave épidémie, et on peut lire dans le plan stratégique de lutte contre le VIH de Vanuatu que les nombreux indicateurs de risque communs aux deux pays constituent une source de préoccupation.

À Vanuatu, la stratégie nationale de lutte contre le VIH est fondée sur la prévention. Les interventions ciblant des groupes spécifiques constituent l'un des aspects fondamentaux et les plus rationnels, sur le plan économique, de la prévention du VIH, et tant le plan stratégique national que le récent rapport de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida sur le Vanuatu insistent sur la nécessité de mettre en place des actions ciblant les travailleurs du sexe et les personnes utilisant le sexe comme moyen de « troc ».

Pour être efficace, toute action visant à diminuer le risque de transmission du VIH associé à la prostitution doit s'inscrire dans la durée et bénéficier de l'adhésion des professionnels du secteur.

La stratégie adoptée et la conception des interventions doivent s'adapter au contexte dans lequel s'exerce la prostitution à Vanuatu, ainsi qu'à la réalité du quotidien des professionnels.

Entrée dans la prostitution

La plupart des personnes interrogées ont commencé à se prostituer bien avant leur 18^e anniversaire. Certaines expliquent avoir commencé à la fin d'une relation de longue durée, mais la plupart ont débuté peu de temps après leurs premiers rapports sexuels. Certaines avaient à peine dix ou onze ans au moment de leurs premiers rapports.

Un certain nombre de participants à l'enquête expliquent avoir été rémunérés lors de leurs premiers rapports sexuels. Plusieurs jeunes femmes disent avoir appris de leurs camarades de classe que le sexe était un moyen d'obtenir l'argent qu'on ne leur donnait pas dans leur famille. Certaines disent que l'une des premières choses qu'elles aient apprises au sujet des relations sexuelles, c'est que « les garçons sont prêts à payer ».

Pour certaines jeunes filles, le début précoce de l'activité sexuelle a eu des conséquences graves, qu'elles aient reçu ou non de l'argent en échange. De nombreuses participantes à l'enquête expliquent que, lorsqu'une jeune fille a la réputation d'être active sexuellement, même si elle a été victime d'un viol, et surtout si elle a été victime d'un viol collectif, elle est considérée comme étant à la disposition de tout un chacun ; et qu'une telle réputation l'expose à d'autres viols.

Leanne* (aujourd'hui âgée de 25 ans) a été forcée de quitter l'école et d'aller s'installer en ville après avoir été violée dans son village. À l'âge de 13 ans, Tina* (29 ans aujourd'hui) a eu des rapports sexuels avec son petit ami beaucoup plus âgé, portant ainsi un coup fatal à sa réputation dans son village. Elle estime

que c'est pour cette raison qu'elle a ensuite été victime d'un viol collectif commis par des garçons de son village et que ses relations avec sa famille se sont dégradées.

La désintégration de la vie familiale est une autre cause de départ du foyer pour aller s'installer en ville, débouchant sur la nécessité, ou la possibilité, de se livrer à la prostitution. Plusieurs personnes interrogées expliquent qu'à la mort de leur mère, ou de leurs deux parents, elles se sont trouvées isolées, mises à l'écart ou en butte aux mauvais traitements de leur famille élargie. Elles ont alors quitté l'école et leur domicile et se débrouillaient déjà toutes seules dès l'âge de 16 ans. Peu d'autres ressources étant par ailleurs disponibles, la prostitution constitue pour elles une source de revenus et souvent d'un peu de divertissement.

D'autres femmes expliquent qu'elles étaient malheureuses au sein de leur couple, dans leur village, victimes des coups, de l'infidélité et des absences prolongées de leur mari, qui ne leur donnait pas d'argent pour faire tourner le ménage. Certaines femmes évoquent le comportement des hommes de manière plus générale et expliquent qu'étant donné qu'elles se voyaient souvent contraintes d'avoir des rapports sexuels avec des hommes qui n'admettent aucun refus, elles préféraient autant se faire payer.

Beaucoup de femmes jugent préférables leurs relations tarifées actuelles aux relations sexuelles non rémunérées au sein desquelles elles se sentent vulnérables et impuissantes. En dehors du gain financier, elles citent d'autres avantages présentés par les

relations tarifées : maintien de leur indépendance, distraction, absence de jalousie et de concurrence avec d'autres femmes, et disparition de la crainte d'être trompées. De plus, certaines d'entre elles affirment être mieux traitées par leurs clients que par leurs anciens partenaires. Un reproche couramment entendu porte sur l'incapacité de leurs partenaires passés ou présents à leur apporter un soutien financier. La prostitution est alors considérée comme une solution au manque d'argent, un moyen d'accéder à l'autonomie et parfois même un moyen d'obtenir réparation.

Il semble difficile d'établir une distinction nette entre les rapports sexuels occasionnels rémunérés et non rémunérés, en particulier si l'on tient compte de l'attente d'une participation financière dans les deux cas.

Si les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête disent aspirer à un emploi et à une relation stables, elles pensent que, vu la situation socioéconomique actuelle, ces objectifs sont difficiles, voire impossibles à réaliser. Par ailleurs, la plupart d'entre elles sont restées sur des expériences professionnelles ou relationnelles plutôt décevantes. La prostitution permet de surmonter les problèmes causés par l'absence d'emploi ou de partenaire, ou par leur caractère insatisfaisant. Elle est perçue comme une réponse, ou une issue, à des circonstances hostiles et souvent aussi comme une mesure temporaire ou comme la voie vers une situation plus stable et plus sûre.

* nom d'emprunt



Vies secrètes, autres voix...

Extraits du rapport *Secret lives, other voices* préparé par Ben Bavinton, Niraj Singh, Dipesh Shrinil Naiker, Marcus Navin Deo, Metuisela Talala, Moji Brown, Rishi Raj Singh, Sanjay Dewan et Simione Navokavokadrau.

En 2011, la Cellule fidjienne de lutte contre le sida (AIDS Task force of Fiji) a publié une étude de proximité traitant des rapports sexuels entre hommes, de l'identité sexospécifique et des risques de transmission du VIH aux Fidji. Ce travail a bénéficié du soutien financier du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

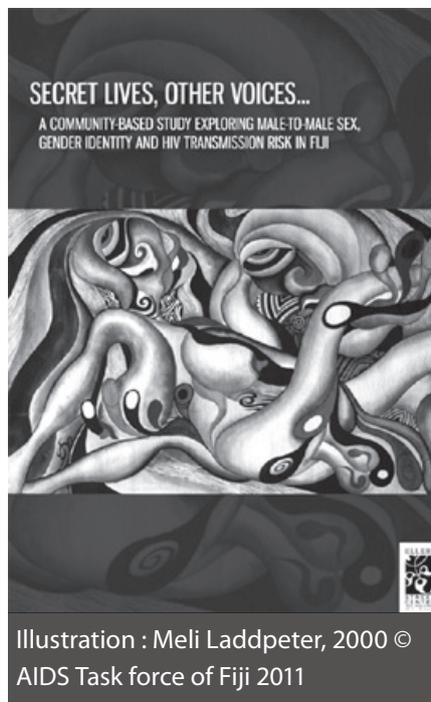
Il s'agit de la première étude réalisée depuis 1998 aux Fidji auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et de transsexuels. Elle a pour objectif de conférer une base factuelle aux mesures de santé publique de lutte contre le VIH et de promotion de la santé génésique chez les HSH et les transsexuels fidjiens, tout en contribuant à la mise en place d'activités en milieu communautaire. L'étude a été réalisée au sein même des communautés, les données étant recueillies par des assistants de recherche communautaires HSH et transsexuels.

Conception de l'étude

Au total, 212 HSH et transsexuels ont répondu à un questionnaire administré par un enquêteur (taux de réponse : 89,6 %) et 25 HSH et transsexuels ont participé à des discussions de groupe (enquête qualitative). L'âge des participants s'échelonne de 18 à 51 ans, pour un âge médian de 25,5 ans. Environ la moitié des personnes interrogées vivent dans l'agglomération de Suva, les autres résidant dans les localités de Lautoka et Nadi, situées à l'ouest de l'île de Viti Levu.

Des HSH et des transsexuels d'origines ethniques diverses ont participé à chacune des étapes du travail de recherche, qu'il s'agisse du lancement, de la planification et de la conception de l'étude, de la collecte, de la saisie et de l'analyse des données, ou encore de l'élaboration du rapport final.

Ce projet est un exemple réussi de mise en réseau international d'organisations



représentant les HSH, les homosexuels, les lesbiennes, les bisexuels et les transsexuels. Il a vu la participation d'agents et de bénévoles de la Cellule de lutte contre le sida du projet Amithi implanté à Suva (Fidji) et du Conseil de lutte contre le sida de Nouvelle-Galles du Sud (ACON), basé à Sydney (Australie).

Conclusions relatives à l'identité sexuelle et à l'identité sexospécifique, ainsi qu'à l'expression de l'identité sexospécifique

La manière dont les HSH et les transsexuels fidjiens emploient les termes d'identité sexuelle et d'identité sexospécifique obéit à des règles complexes et peu cohérentes. Bien que ces expressions soient souvent les mêmes que celles qu'on emploie dans d'autres pays, leur signification en est parfois assez éloignée. On a demandé aux participants de définir eux-mêmes leur sexualité et leur sexospécificité. Leurs réponses ont permis de les classer en quatre catégories : hommes hétérosexuels (32,4 %), bisexuels (14,8 %), homosexuels (19,5 %) et transsexuels (33,3 %).

Les personnes interrogées expriment leur masculinité et leur féminité à des degrés divers.

Dans leur habillement et l'expression de leur sexospécificité, les hétérosexuels se déclarent exclusivement masculins, les bisexuels plus masculins que féminins, les homosexuels à la fois masculins et féminins, et les transsexuels plus féminins que masculins. La majorité des transsexuels portent à la fois des habits d'homme et de femme.

L'un des résultats notables de l'étude a trait à la coexistence, aux Fidji, des versions « internationales » et « locales » de l'identité sexuelle et de l'identité sexospécifique. Certains HSH et transsexuels s'identifient plutôt à l'acceptation internationale de ces termes, alors que d'autres privilégient une interprétation plus « locale », en adéquation avec la vision traditionnelle de la sexualité et des sexospécificités. Ces deux groupes ont souvent des difficultés à se comprendre et à communiquer. Cette conclusion a des conséquences en matière de politique générale et de promotion de la santé dans la pratique.

La différence entre les versions locales et internationales de ces identités se manifeste clairement dans les attitudes des uns et des autres face aux relations amoureuses. Les personnes se réclamant de la définition locale ont tendance à moins accorder la priorité aux relations durables et leurs relations tendent à se conformer aux rôles traditionnellement dévolus à chacun des deux sexes, le partenaire qui se déclare hétérosexuel jouant le rôle de l'homme et le partenaire homosexuel/transsexuel celui de la femme. On peut y voir un signe indicateur de la vulnérabilité spécifique des HSH et des transsexuels qui choisissent d'exprimer leur sexospécificité de manière plus féminine. Ces différences de conception des identités sexospécifiques/sexuelles font en outre

peser quelques doutes sur la possibilité d'unifier les HSH/transsexuels ou homosexuels, lesbiennes, bisexuels et transsexuels au sein d'une même communauté. Cependant, il est généralement reconnu que de nombreux HSH et transsexuels ne souhaitent pas voir l'émergence d'une communauté homosexuelle « à part » aux Fidji, préférant rester intégrés dans la société ordinaire.

Attirance sexuelle

Globalement, 62,7 % des participants se disent attirés par les hommes, 46,7 % par les homosexuels, 25 % par les transsexuels et 42 % par les femmes. Les hommes qui se déclarent hétérosexuels sont surtout attirés par les femmes et, dans une moindre mesure, par les homosexuels et les transsexuels, mais ils n'éprouvent généralement aucune attirance pour les autres hommes hétérosexuels. Ce sont les bisexuels qui affichent le plus de variété dans leurs attirances. La quasi-totalité des homosexuels et des transsexuels se disent attirés par les hommes hétérosexuels, et un petit pourcentage par les homosexuels, mais aucun d'entre eux n'éprouve une quelconque attirance pour les femmes. Il semble que les hétérosexuels ne considèrent pas les bisexuels, les homosexuels ou les transsexuels comme des « hommes », ce qui leur permet d'avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes (dans l'acception biologique du terme) sans pour autant remettre en question leur identité sexospécifique hétérosexuelle. Il convient cependant de garder à l'esprit que ces catégories sexuelles/sexospécifiques sont fluides et évolutives.

Partenaires sexuels

Globalement, 48,1 % des participants ont déjà eu des rapports sexuels avec une femme, alors que ce n'est pas le cas pour 51,9 % d'entre eux. En pourcentage, les hommes hétérosexuels et les bisexuels sont les plus nombreux à avoir eu des relations avec une femme. Au cours des six mois précédant l'enquête, 62,3 % des participants ont eu des rapports sexuels avec des hommes hétérosexuels, 50,5 % avec des homosexuels et 23,1 % avec

Il semble que les hétérosexuels ne considèrent pas les bisexuels, les homosexuels ou les transsexuels comme des « hommes », ce qui leur permet d'avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes (dans l'acception biologique du terme) sans pour autant remettre en question leur identité sexospécifique hétérosexuelle.

des transsexuels. Au cours de la même période, la majorité des participants (72,6 %) a entretenu une ou plusieurs relations régulières, et 84,9 % d'entre eux ont eu au moins un partenaire occasionnel.

Ce sont les discothèques et les bars (67 %) qui constituent les lieux privilégiés pour trouver un partenaire sexuel, suivis du domicile d'amis/membres de la famille (51,4 %), d'Internet (50,5 %) et des réceptions ou des soirées (38,7 %). Les rapports sexuels des participants se déroulent le plus souvent au domicile de leur partenaire sexuel (64,2 %), à l'hôtel (44,8 %) et à leur propre domicile (43,4 %). Les HSH et les transsexuels sont nombreux à douter de la possibilité pour eux d'avoir un jour une relation stable et de longue durée avec un homme.

Pratiques sexuelles

Le questionnaire porte également sur la nature des rapports sexuels des participants avec leurs partenaires hétérosexuels, homosexuels et transsexuels, occasionnels ou réguliers. Les réponses obtenues montrent que le rapport anal est une pratique extrêmement courante, 98,1 % des participants indiquant avoir eu de tels rapports au cours des six mois précédents. Dans le cadre de cette pratique, les hétérosexuels assument pour la plupart le rôle du partenaire actif (91,2 %), les transsexuels jouant généralement celui du partenaire passif (80 %). Les homosexuels

interrogés sont soit exclusivement passifs, soit polyvalents, tandis que les bisexuels tendent à afficher une plus grande polyvalence (61,3 %) ou à être exclusivement actifs (22,6%). Il semble que la sexualité de groupe soit une pratique courante chez les HSH et les transsexuels fidjiens.

Port du préservatif

L'étude réalisée offre une image assez contrastée de l'emploi du préservatif chez les HSH et les transsexuels fidjiens. Le taux d'utilisation du préservatif n'est peut-être pas aussi faible qu'on pourrait s'y attendre, mais une amélioration est incontestablement possible. Les participants ayant eu un rapport anal avec un partenaire HSH ou transsexuel sont 21,6 % à avoir utilisé systématiquement un préservatif, et 57,7 % occasionnellement. Les participants sont 14,8 % à toujours mettre un préservatif quand ils ont des rapports avec un hétérosexuel, tandis qu'un tiers d'entre eux y a recours systématiquement avec des partenaires homosexuels ou transsexuels. Ceci met en évidence la vulnérabilité potentielle de ceux qui ont des rapports sexuels avec des hommes se déclarant hétérosexuels. Dans les villes, il n'est pas difficile de se procurer des préservatifs. Les résultats de l'enquête montrent que bien qu'ils soient bien informés sur le VIH, beaucoup de Fidjiens n'ont pas la motivation nécessaire pour utiliser les préservatifs.

Quand on compare la consommation de drogues et d'alcool des participants à l'enquête lors de leurs derniers rapports sexuels *avec* préservatif et *sans* préservatif, on ne note pratiquement aucune différence : ce n'est donc sans doute pas là qu'il faut chercher la cause des comportements sexuels à risque.

Prostitution

Il est manifeste que la pratique consistant à échanger des rapports sexuels contre de l'argent, des cadeaux ou des faveurs est courante au sein de notre échantillon de HSH et de transsexuels, puisque les deux tiers d'entre eux affirment donner ou recevoir de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports

Recommandations

1. Prévention du VIH et santé

Les interventions doivent être respectueuses du contexte culturel et cibler les différents groupes de HSH/transsexuels. Il convient en outre de mobiliser des financements supplémentaires pour accroître le nombre et le rayon d'action des services qui s'adressent à eux.

2. Services cliniques de santé sexuelle

On doit améliorer l'accès des HSH et des transsexuels à des services conviviaux et compétents de conseil et de dépistage confidentiels librement consentis, et de prise en charge des IST. Il faut en outre dispenser des formations aux professionnels de santé sur les besoins spécifiques des HSH et des transsexuels, en matière d'accompagnement médical et social.

3. Information stratégique

Il convient de mener des recherches complémentaires sur les HSH et les transsexuels aux Fidji, dans le cadre de partenariats fondés sur le respect entre les organisations communautaires et les organismes de recherche.

4. Stigmatisation et discrimination

Il apparaît clairement qu'il faut s'attaquer à l'homophobie, à la discrimination à l'égard des transsexuels et à la violence sexiste à l'échelle de la société dans son ensemble et mettre en place des services de santé et d'accompagnement psychiatriques pour les HSH et les transsexuels.

5. Réseaux sociaux et communauté

Notre étude souligne l'absence de sentiment d'appartenance communautaire chez les HSH et les transsexuels fidjiens. Il existe indéniablement des réseaux sociaux dynamiques de HSH/transsexuels, du moins chez les homosexuels efféminés et les transsexuels, mais l'on constate l'absence de sentiment communautaire général. Il est recommandé d'aider les HSH et les transsexuels fidjiens à se doter de la capacité d'organiser leur communauté et de mettre en place des activités de proximité visant à constituer des communautés de HSH/transsexuels dans diverses localités des Fidji.

sexuels. La pratique la plus courante consiste à recevoir des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels. Un des principaux enseignements à tirer porte sur la complexité de l'expression « en échange de rapports sexuels ». Ainsi, s'il qualifie son partenaire hétérosexuel de « petit ami », l'homosexuel ou le transsexuel n'admettra vraisemblablement pas que l'aide financière qu'il apporte à son partenaire vient « en échange de rapports sexuels ».

Les homosexuels et les transsexuels ont fréquemment recours à l'alcool pour inciter les hétérosexuels à avoir des rapports sexuels avec eux. Deux scénarios sont envisageables : a) dans un bar, l'homosexuel/transsexuel offre de nombreux verres à un hétérosexuel (ce dernier s'attend d'ailleurs souvent à ce qu'on l'invite) ou b) l'homosexuel/transsexuel donne de l'alcool à l'hétérosexuel une fois qu'ils ont eu des rapports sexuels.

Globalement, les résultats obtenus montrent que la frontière entre les « rapports ordinaires » et « les rapports tarifés » est assez difficile à déterminer. Aux Fidji, la pratique sociale veut que de l'argent et des cadeaux soient échangés dans le cadre de relations occasionnelles ou régulières, sans qu'il soit pour autant question de « prostitution ». Par ailleurs, il existe également une filière bien définie de la prostitution, au sein de laquelle le caractère tarifé des relations sexuelles est explicite.

Connaissances sur la transmission du VIH

Les participants à l'enquête sont très bien informés sur la transmission du VIH : 65,7 % d'entre eux répondent sans faute à l'ensemble des questions à ce sujet. Le taux de réponses correctes est meilleur chez les homosexuels et les bisexuels que chez les hétérosexuels et les transsexuels. Cependant, le fait d'être bien informé ne va pas forcément de pair avec une sexualité protégée et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour affiner ces résultats.

Dépistage du VIH et infections sexuellement transmissibles (IST)

Il ne fait aucun doute que les taux de dépistage du VIH chez les HSH et les transsexuels fidjiens peuvent encore être améliorés. Globalement, 27,6 % des personnes interrogées ont fait un test de dépistage du VIH au cours des douze mois précédant l'enquête. Cependant, ils ne sont que 10,5 % à avoir effectué un test de dépistage au cours des 12 derniers mois et à en connaître le résultat. Les participants mettent en évidence les obstacles principaux au dépistage : méfiance envers les dispensaires, problèmes de confidentialité et de respect de la vie privée, sentiment d'être jugé par le personnel peu amène des dispensaires, temps nécessaire à la réalisation du test, difficultés posées par les heures d'ouverture du dispensaire et nécessité de prendre un deuxième rendez-vous pour obtenir les résultats du test.

Pour les participants, les taux de dépistage du VIH et des IST augmenteraient parmi les homosexuels et les transsexuels s'il existait un dispensaire à l'écoute des besoins des HSH. Au cours de la présente enquête, seul un nombre très faible de participants (5,5 %) dit avoir eu une IST par le passé : il est possible que ce chiffre soit en dessous de la réalité.

Stigmatisation et discrimination

La majorité des participants se sent vulnérable (65,7 %) ou mal à l'aise (63,2 %) dans l'expression de sa sexualité et/ou de sa sexospécificité aux Fidji.

La stigmatisation et la discrimination dues à la sexualité ou à la sexospécificité sont des phénomènes courants : 66,2 % des participants disent avoir fait l'objet de commentaires désobligeants, 57,2 % ont subi des agressions verbales et 30,3 % ont été agressés physiquement au cours des six derniers mois. Les homosexuels et les transsexuels sont victimes d'agressions plus graves et plus fréquentes que les bisexuels et (surtout) que les hétérosexuels.

En tout, 26,8 % des participants disent avoir déjà été contraints à avoir des relations sexuelles. Une fois encore, ce

cas de figure est plus fréquent chez les homosexuels et les transsexuels : 50 % de ceux qui ont été forcés à avoir des rapports sexuels sont des transsexuels et 31 % des homosexuels. Ces résultats mettent en évidence l'impérieuse nécessité de mettre en place des services d'accompagnement et de soutien psychologique en faveur des HSH et des transsexuels.

Réseaux sociaux et communauté

Dans les zones urbaines des Fidji, les HSH et les transsexuels sont intégrés dans la société ordinaire, tout en disposant de réseaux d'amis homosexuels et transsexuels. En général, les hétérosexuels ont moins de liens avec les réseaux homosexuels/transsexuels. On ressent l'absence de « communauté » chez les HSH et les transsexuels fidjiens. Il existe malgré tout des réseaux sociaux fluides pouvant être mis à contribution pour la mise en œuvre de programmes de développement communautaire. Les participants font état de nombreuses divisions entre les groupes de HSH et de transsexuels aux Fidji. Ils signalent cependant aussi que la volonté existe de voir se développer un sentiment communautaire plus marqué entre les HSH et les transsexuels du pays.

Programmes et services

Aux Fidji, les services s'adressant spécifiquement aux HSH et aux transsexuels sont limités. La majorité des participants n'a jamais été abordée par des animateurs de terrain travaillant sur le VIH, qui leur auraient par exemple distribué des préservatifs ou des lubrifiants. Ils sont moins de la moitié à pouvoir citer le nom d'au moins une organisation travaillant avec les HSH, les homosexuels ou les transsexuels aux Fidji. Les homosexuels et les transsexuels sont plus nombreux à pouvoir répondre à cette question que les hétérosexuels ou les bisexuels. Ces résultats montrent la nécessité d'offrir davantage de services de ce type.

Conclusion et recommandations

Si notre enquête n'est pas forcément représentative de tous les HSH et transsexuels des Fidji, les données recueillies n'en sont pas moins d'une grande utilité pour comprendre les

comportements à risque et les autres paramètres propres aux HSH et aux transsexuels et pour permettre l'élaboration de recommandations pour les activités futures de prévention du VIH et de promotion de la santé. Se voulant un travail de proximité, l'enquête avait avant tout pour but d'obtenir des informations permettant de répondre à la question suivante : « Et maintenant, qu'est-ce qu'on fait ? »

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à : Niraj Singh, Project Manager, AIDS Task Force of Fiji, 2nd Floor, Narsey's Building, Ellery Street, Suva, Fidji. Téléphone : +679 331 3844, Courriel : amithi.fiji.project@gmail.com

On pourra télécharger l'intégralité du rapport à l'adresse suivante : http://www.undppc.org.fj/_resources/article/files/Secret_Lives_Other_Voices_%20Research_Report.pdf

« Les cinq indicateurs relatifs aux HSH et aux transsexuels, définis par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida n'ont été calculés aux Fidji ni en 2008 ni en 2010. »

Le VIH aux Fidji

Les Fidji comptent parmi les pays à faible prévalence du VIH, avec un taux de 0,05 % de la population totale, soit 333 cas confirmés à la fin 2009. En août 2010, le Conseil national consultatif sur le sida (National Advisory Council on AIDS - NACA) a annoncé 21 nouveaux cas, faisant passer le total à 354. Malgré la faible prévalence du virus au sein de la population, on peut craindre une augmentation rapide des nouveaux cas d'infection à VIH. Aux Fidji, le VIH se transmet dans la majorité des cas par la voie sexuelle et la plupart des cas déclarés concernent des personnes se définissant comme hétérosexuelles. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les transsexuels sont cependant considérés comme deux des principaux groupes à risque au sein de la population.

Les Fidji sont le premier pays océanien à avoir officiellement dépénalisé les rapports homosexuels librement consentis (au 1^{er} février 2010). En dépit de cette avancée importante, le déficit d'informations sur les HSH et les transsexuels du pays est criant. Malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics, les HSH et les transsexuels ne sont toujours pas pris en compte dans les études de surveillance sur le VIH. Les cinq indicateurs relatifs aux HSH et aux transsexuels, définis par la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida n'ont été calculés aux Fidji ni en 2008 ni en 2010.



Expériences et perspectives des femmes vivant avec le VIH aux Fidji et en Papouasie-Nouvelle-Guinée

Hilary Gorman, Fondation pour la lutte contre le sida dans les îles du Pacifique.

A lors que toutes les études consacrées au VIH en Océanie montrent que l'inégalité des sexes renforce la vulnérabilité des femmes face au virus, on ne s'intéresse que rarement à la situation des femmes une fois qu'elles ont appris qu'elles étaient séropositives. **La restriction des choix économiques, la violence sexiste, ainsi que le caractère discriminatoire des stéréotypes sexospécifiques et des préjugés sur ce qu'est une sexualité normale sont quelques-uns des problèmes qui se répercutent sur la vie des femmes vivant avec le VIH, tout en désavantageant les femmes séronégatives et en aggravant leur vulnérabilité face au VIH.**

Cette étude consacrée à la vie des femmes séropositives aux Fidji et en Papouasie-Nouvelle-Guinée se propose d'examiner le lien existant entre le VIH et l'inégalité des sexes à partir du vécu de ces femmes. L'objectif recherché est de comprendre l'incidence des programmes passés et présents de prévention, de traitement, de prise en charge et d'accompagnement, sur la vie des séropositives. Il s'agit également de formuler des recommandations à l'appui de la promotion du changement dans les politiques, pratiques et programmes, afin de faire respecter les droits et les besoins des femmes et des hommes séropositifs et d'œuvrer à la prévention de la propagation du VIH.

Afin de mieux connaître la vie des femmes séropositives, on a fait le choix d'une enquête qualitative. Des entretiens ont été menés avec 25 femmes, dont 8 aux Fidji et 17 en Papouasie-Nouvelle-Guinée : elles ont été recrutées par le biais de réseaux de soutien aux séropositifs et d'organisations non gouvernementales (ONG) œuvrant pour les personnes vivant avec le VIH. Aux Fidji, les entretiens ont eu lieu dans des centres urbains et des villes de l'île de Viti Levu. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, ils se sont déroulés à Port-Moresby,



Le docteur Jiko Luveni lors du lancement du rapport.

Les femmes sont nombreuses à penser qu'on les rend responsables de leur séropositivité et qu'on les juge plus durement que les hommes.

dans la province de la Baie de Milne et dans la province des Hautes-Terres méridionales.

Les conclusions du rapport s'articulent en six chapitres consacrés aux thèmes suivants : regard des femmes sur le VIH et les personnes vivant avec le VIH ; diagnostic et révélation de la séropositivité ; traitement et services sanitaires ; stigmatisation et discrimination ; maternité ; et relations amoureuses, violence, sexualité et utilisation du préservatif. Chaque chapitre présente une étude de cas dépeignant l'histoire d'une femme séropositive, avant de formuler des recommandations spécifiques.

Principales conclusions

L'étude conclut que le vécu des femmes séropositives est influencé par de

nombreux paramètres : messages d'information sur la prévention du VIH, normes sociales et rôles dévolus à chacun des deux sexes, traitement (en particulier la thérapie antirétrovirale), stigmatisation et discrimination, et divers aspects de l'inégalité hommes-femmes.

Les messages d'information sur la prévention du VIH jouent beaucoup sur le regard que portent les participantes sur les relations entre les femmes et le VIH, ainsi que sur les personnes vivant avec le VIH. Quand elles évoquent le thème des femmes et du VIH, les participantes expliquent qu'on a tendance à rejeter sur les femmes la responsabilité de l'infection à VIH. Elles sont nombreuses à avoir intériorisé cette culpabilité, ainsi que les attitudes discriminatoires visant les personnes vivant avec le VIH en général, ce qui conduit à une autostigmatisation. Ceci concerne toutes les femmes interrogées ; elles sont nombreuses à penser qu'on les rend responsables de leur séropositivité et qu'on les juge plus durement que les hommes : le rapport met ce phénomène en relation avec les normes sociales et les rôles dévolus à chacun des deux sexes.

Dans la majorité des cas, les participantes ont effectué un test de dépistage, car elles étaient souvent malades : c'est alors qu'elles ont découvert leur séropositivité. Peu d'entre elles ont bénéficié d'une prise en charge psychologique avant ou après le test. Cependant, elles sont nombreuses à faire état de l'effet extrêmement positif du traitement antirétroviral sur leur santé et sur leur qualité de vie en général.

Les participantes mettent également en évidence des obstacles au dépistage tels que la distance et le coût du déplacement jusqu'aux dispensaires, les violations du secret médical par certains professionnels de santé, ainsi que d'autres formes de discrimination, allant d'actes diffus

« La violence est un comportement usuel chez les maris ou les partenaires masculins de ces femmes. »

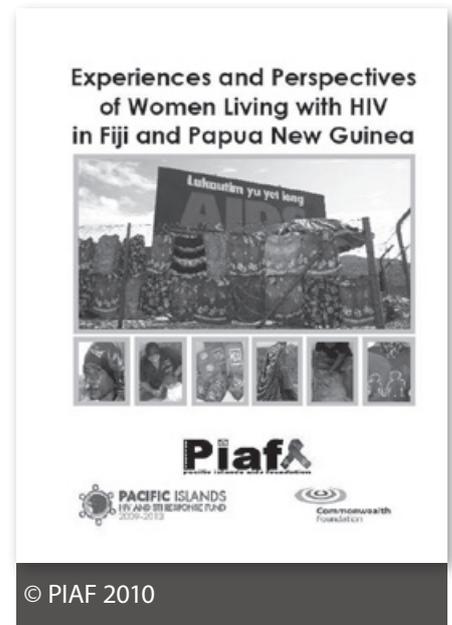


tels que les commérages, jusqu'à un isolement physique total. Cependant, les participantes disent également bénéficier du soutien de leur famille, de leurs amis, de leur partenaire, des ONG et des réseaux d'accompagnement des personnes vivant avec le VIH, ce qui les aide généralement à mieux vivre avec le VIH.

La violence est un comportement usuel chez les maris ou les partenaires masculins de ces femmes et l'infidélité est monnaie courante dans leurs relations amoureuses. L'utilisation du préservatif est peu fréquente. Les femmes citent plusieurs facteurs intervenant dans la décision d'utiliser ou non le préservatif : préférence de l'homme pour des rapports sans préservatif, association du préservatif à la prostitution, opposition religieuse, et mauvaise connaissance de l'emploi du préservatif. Si les femmes interrogées au cours de l'enquête sont nombreuses à continuer à avoir des relations avec des hommes, ou à souhaiter en avoir, elles nourrissent certaines craintes relatives à la révélation de leur séropositivité, à l'utilisation du préservatif et à l'acceptation, par la société, d'une relation avec une femme séropositive.

Le rapport propose des recommandations clés visant à atténuer l'autostigmatisation, à créer un environnement favorable reconnaissant les droits des femmes et des personnes vivant avec le VIH et à remédier à l'inégalité des sexes et à ses effets sur la vulnérabilité des femmes face au VIH, ainsi que sur la vie des femmes séropositives.

Pour obtenir des informations complémentaires ou une copie papier du rapport, veuillez vous adresser à :
Hilary Gorman, Research Officer,
Pacific Islands AIDS Foundation (PIAF) Rarotonga, Îles Cook,
 Téléphone : +682 23102,
www.pacificaids.org,
 Courriel : research@pacificaids.org ou
hil.gorman@gmail.com



Le rapport *Expériences et perspectives des femmes vivant avec le VIH aux Fidji et en Papouasie-Nouvelle-Guinée* a été officiellement présenté le 22 juillet 2011 à l'occasion de la quatrième Conférence ministérielle sur la condition féminine, organisée par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) à Nadi (Fidji). Le docteur Jiko Luveni, Ministre des affaires sociales, de la condition féminine et de la lutte contre la pauvreté, a procédé au lancement officiel du rapport, en exhortant les dirigeants océaniques à agir pour remédier à l'inégalité et à la vulnérabilité dont souffrent de nombreuses femmes en Océanie.

L'événement a été couvert par plusieurs organes médiatiques, dont Radio Australia, Radio New Zealand International et le quotidien *Fiji Times*.

À la fin 2011, la Fondation pour la lutte contre le sida dans les îles du Pacifique publiera une version abrégée du rapport, rédigée dans un langage simple, afin d'en faciliter l'accès à un large public. Actuellement, la Fondation travaille en collaboration avec la société *One Productions* de Papouasie-Nouvelle-Guinée à la production d'une pièce de théâtre radiophonique (en pidgin, fidjien, samoan et anglais) à partir des grandes conclusions du rapport. Il a été décidé de recourir au divertissement éducatif pour faire passer des messages sur l'inégalité des sexes et le VIH, afin de sensibiliser les populations tout en s'adaptant aux différents contextes socioculturels locaux.

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de la Fondation du Commonwealth et du Fonds pour la lutte contre le VIH et les IST en Océanie. La production de la pièce de théâtre radiophonique bénéficie d'un financement du Fonds d'accélération programmatique pour l'Océanie de l'ONUSIDA.

Les femmes citent plusieurs facteurs intervenant dans la décision d'utiliser ou non le préservatif : préférence de l'homme pour des rapports sans préservatif, association du préservatif à la prostitution, opposition religieuse, et mauvaise connaissance de l'emploi du préservatif.

Inscription à la XIX^e Conférence internationale sur le sida (AIDS 2012)



Depuis le 1^{er} décembre 2011, il est possible de s'inscrire en ligne (www.aids2012.org) à la Conférence AIDS 2012, qui se tiendra du 22 au 27 juillet 2012 à Washington D.C. (États-Unis d'Amérique). C'est également à cette adresse que l'on peut soumettre des résumés d'articles et des propositions d'activités.

Plus de 25 000 participants et 2 000 journalistes de quelque 200 pays sont attendus à l'occasion de cet événement. Selon les organisateurs, le thème choisi cette année, *Inverser la tendance ensemble*, met en évidence le fait que « nous sommes arrivés à un moment charnière et [que] pour saisir cette chance et inverser véritablement la tendance dans la propagation du VIH et du sida, des mesures et des engagements doivent être pris à une multitude de niveaux ». La conférence sera « l'occasion unique de mener une réflexion de haut niveau sur les tensions existant entre, d'une part, les récentes avancées scientifiques, qui pourraient en théorie signifier la fin de l'épidémie, et, d'autre part, la crise économique mondiale actuelle, qui remet en question les financements nécessaires à la mise en œuvre de ces nouvelles connaissances scientifiques ».

Les participants et les représentants des médias peuvent d'ores et déjà s'inscrire en ligne, et envoyer des résumés de communication. La date butoir pour le dépôt des résumés en ligne est fixée au 15 février 2012, mais le site sera rouvert le 19 avril 2012 pour les soumissions tardives. Parallèlement aux séances de travail de la conférence, AIDS 2012 proposera une série d'ateliers de formation ouverts aux participants, dans les domaines du perfectionnement professionnel,

de l'animation communautaire et de la capacité d'impulsion. La date limite d'inscription en ligne aux ateliers est fixée au 15 février 2012.

AIDS 2012 ouvrira également un Village mondial aux participants et au grand public, afin de favoriser la participation des populations touchées au premier chef et des autres parties prenantes à la conférence. Cette dernière proposera également un Programme jeunesse, visant à renforcer la participation des jeunes, ainsi que la prise en compte des questions les concernant. Les demandes de participation au Village mondial et au Programme jeunesse peuvent être soumises jusqu'au 15 février 2012.

Plusieurs réunions parallèles se tiendront dans le même centre de conférences que les séances plénières d'AIDS 2012, leur organisation et leur coordination relevant exclusivement de l'institution initiatrice. L'organisation des conférences parallèles est soumise au paiement d'une redevance et les organisations intéressées doivent soumettre leurs demandes le 31 mars 2012 au plus tard.

À compter du 8 décembre, il sera possible de soumettre une demande de bourse en ligne. Un programme de bourses internationales est ouvert aux ressortissants de tous les pays, son objectif étant de permettre la participation de personnes ou de communautés aux moyens limités. Priorité sera donnée à celles et ceux dont la participation contribuera à renforcer leurs propres interventions dans leur communauté d'origine. Un nombre limité de bourses sera en outre offert aux représentants des médias. Pour de plus amples informations, veuillez consulter : www.aids2012.org/registration.aspx.

© Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2011 – Texte original : anglais
Alerte au SIDA en Océanie est un bulletin du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) — Section Lutte contre le VIH et les IST.



Site Web: www.spc.int/hiv – courriel : NicoleG@spc.int – Coordonné par Nicole Gooch

Maquette et mise en page : Muriel Borderie – Illustrations : Jipé Le-Bars – Section Publications de la CPS – Photos : personnel de la CPS

Traduit par la Section Traduction et interprétation de la CPS – Impression : Imprimerie de la CPS, Nouméa

Produit avec le concours financier de l'AusAID et de la France.

Les opinions exprimées dans les articles de ce bulletin sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément celles de la CPS.

La publication d'une photographie dans ce bulletin n'a aucune implication quant au statut sérologique de la personne photographiée.

Dans l'espoir que la diffusion de ces informations devance la propagation du virus, le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique autorise la reproduction, même partielle, de ce document, sous quelque forme que ce soit, à condition qu'il soit fait mention de la CPS et de la source. Il est interdit de modifier ou de publier séparément des graphismes originaux de la CPS sans autorisation préalable.