

ONUSIDA 2020

RÉFÉRENCE

Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

Conseils aux pays pour mettre en œuvre des programmes
efficaces visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination
liées au VIH dans six contextes

Table des matières

| | |
|-----------|--|
| 2 | Résumé |
| 7 | Introduction |
| 10 | Comment les principaux programmes de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme et les six contextes s'assemblent |
| 12 | Comment la stigmatisation et la discrimination nuisent |
| 14 | Comment le processus de stigmatisation fonctionne dans le contexte du VIH |
| 17 | Utilisation du cadre sur la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé |
| 17 | Conception des interventions |
| 20 | Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans six contextes |
| 20 | Base des recommandations dans chaque contexte |
| 21 | Contexte communautaire |
| 21 | Exemples d'interventions et recommandations |
| 24 | Contexte des lieux de travail |
| 25 | Exemples d'interventions et recommandations |
| 29 | Contexte éducatif |
| 31 | Exemples d'interventions et recommandations |
| 34 | Contexte des structures sanitaires |
| 35 | Exemples d'interventions et recommandations |
| 38 | Contexte juridique |
| 40 | Exemples d'interventions et recommandations |
| 44 | Contexte des urgences |
| 46 | Exemples d'interventions et recommandations |

| | |
|-----------|---|
| 49 | Considérations pertinentes dans tous les contextes |
| 49 | Lois et politiques |
| 49 | Protection sociale et services sociaux |
| 50 | Inégalités sociales et économiques |
| 50 | Inégalité entre les sexes et normes de genre inégales |
| 51 | Normes sociales et culturelles |
| 51 | Violence sexuelle et sexiste |
| 51 | Communication et médias |
| 52 | Suivi et évaluation des progrès réalisés pour éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH |
| 52 | Exemple 1 |
| 53 | Exemple 2 |
| 54 | Suivi et évaluation des meilleures pratiques |
| 55 | Conclusion |
| 58 | Références |
| 68 | Annexe 1 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte communautaire |
| 72 | Annexe 2 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte des lieux de travail |
| 73 | Annexe 3 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte éducatif |
| 75 | Annexe 4 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte des structures sanitaires |
| 78 | Annexe 5 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte juridique |

Résumé

En décembre 2017, le Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH (Partenariat mondial) a été créé pour inciter les pays à prendre des mesures afin d'éliminer les principaux obstacles aux services liés au VIH. Le Partenariat mondial est coorganisé par les responsables d'agences du Réseau mondial des Personnes vivant avec le VIH (GNP+), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de l'entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) et du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), et avec le leadership et le support technique de la délégation des organisations non gouvernementales au Conseil de Coordination du Programme (CCP) ONUSIDA, « il crée une opportunité d'exploiter la puissance combinée des gouvernements, de la société civile, des donateurs bilatéraux et multilatéraux, des académies et des Nations Unies pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH » (1).

Ce rapport passe en revue les dernières preuves sur ce qui fonctionne pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH par le biais de programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à améliorer l'accès à la justice dans les six contextes visés par le Partenariat mondial (2). Il comprend des orientations pour les gouvernements nationaux et les principales parties prenantes sur (a) la manière dont la stigmatisation et la discrimination nuisent ; (b) le fonctionnement du processus de stigmatisation et la manière dont nous pouvons l'arrêter ; (c) les principes clés des efforts de réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; (d) un aperçu des approches d'intervention communes ; (e) des recommandations basées sur les dernières preuves visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les six contextes et (f) un aperçu des considérations pour le suivi du succès des interventions programmatiques recommandées pour chaque contexte. Les six contextes sont les suivants :

- La communauté.
- Le lieu de travail.
- L'éducation.
- Les soins de santé.
- La justice.
- Les urgences.

L'accent mis sur les contextes est destiné à aider les pays à élaborer des ripostes globales pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH en précisant comment la stigmatisation et la discrimination opèrent dans chaque contexte, qui est touché et ce qui peut être fait pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination sur la base des données et des meilleures pratiques disponibles.

Les interventions recommandées dans chaque contexte ont été tirées des dernières données probantes sur les interventions et programmes couronnés de succès pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ou des données probantes sur l'impact des changements de lois et de politiques sur l'épidémie de VIH. Pour tous les contextes, en particulier ceux dans lesquels le socle de preuves était absent ou moins solide (lieu de travail, justice, urgences), des experts techniques travaillant dans ces contextes ont fourni des apports sur les meilleures pratiques. Les points importants de la définition de recommandations spécifiques sont les suivants :

Dans le contexte communautaire :

- Augmenter les services de conseil au niveau individuel pour atténuer la stigmatisation intériorisée.
- Engager les familles et les ménages dans des activités de réduction de la stigmatisation et de la discrimination parmi les populations clés et les personnes vivant avec le VIH.
- Mettre en œuvre des services et des programmes pour les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés afin de protéger leur santé et leur bien-être.
- Engager les responsables dans les communautés et mettre en œuvre des programmes et des stratégies pour modifier les normes communautaires qui entraînent la stigmatisation et la discrimination.

Dans le contexte du lieu de travail :

- Fournir aux travailleurs une formation sur leurs droits sur le lieu de travail ainsi que sur les outils et services de recours.
- Mettre en œuvre et appliquer des politiques sur le lieu de travail qui favorisent un environnement sain, exempt de stigmatisation et de discrimination des populations clés et des personnes vivant avec le VIH. Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de ces politiques applicables à l'ensemble du secteur officiel.
- Informer les communautés sur le lieu de travail sur le VIH, les comorbidités et les connaissances juridiques afin de promouvoir des normes sociales positives en rapport avec le VIH.

Dans le contexte éducatif :

- Veiller à ce que les adolescents aient accès à des services de lutte contre le VIH favorables à la jeunesse et à une éducation complète à la sexualité.
- Fournir aux éducateurs la formation et le soutien institutionnel nécessaires pour répondre aux besoins psychosociaux des étudiants vivant avec le VIH et qui font partie des populations clés et pour faciliter un environnement éducatif exempt de stigmatisation et de discrimination des populations clés et des personnes vivant avec le VIH.
- Engager les familles et l'ensemble de la communauté dans des activités de réduction de la stigmatisation et de la discrimination.
- Élaborer et appliquer des politiques qui répondent aux besoins des jeunes vivant avec le VIH ou qui s'identifient comme membres de populations clés, par exemple en créant une politique de tolérance zéro dans le secteur de l'éducation par rapport à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH, ou en révisant les restrictions d'âge liées aux services et au dépistage du VIH.

Dans le contexte des soins de santé

- Intégrer des parajuristes dans les centres de santé afin de fournir des conseils sur place et de sensibiliser les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – à leurs droits et aux normes de qualité en matière d'accès aux services et aux soins de santé exempts de discrimination.
- Instaurer une formation initiale et sur le lieu de travail sur le VIH, les droits de l'homme, les populations clés, la réduction de la stigmatisation, la non-discrimination, la sensibilisation aux questions sexospécifiques et l'éthique médicale pour tout le personnel des centres de santé. Évaluer régulièrement les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé à l'égard des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les

adolescentes et les jeunes femmes – pour soutenir les administrateurs des centres de santé à identifier et à traiter les problèmes éventuels.

- Veiller à ce que les fournitures de précaution universelles et la prophylaxie post-exposition soient toujours de stock afin de réduire les craintes des prestataires concernant l'exposition professionnelle au VIH, ce qui permettra de réduire les comportements d'évitement avec les personnes vivant avec le VIH.

Dans le contexte juridique :

- Appliquer des programmes destinés à émanciper les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – avec des connaissances juridiques et un accès aux services de recours.
- Supprimer les lois qui criminalisent la consommation de drogues ou la possession de drogues pour usage personnel, tous les aspects du commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'exposition au VIH, la non-divulgaration et la transmission.
- Informer et sensibiliser régulièrement les responsables sur les aspects juridiques, sanitaires et relatifs aux droits de l'homme du VIH, sur les lois nationales pertinentes et sur les implications pour l'application de la loi, les enquêtes et les procédures judiciaires.
- Examiner régulièrement les lois, les réglementations et les politiques en vigueur concernant le VIH et les comparer aux engagements mondiaux. Traiter les lois et les politiques qui sont discriminatoires vis-à-vis des membres des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans le cadre de la riposte nationale au VIH.

Dans le contexte des urgences :

- Appliquer des programmes et des services destinés à réduire la stigmatisation intériorisée et à soutenir les besoins des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans les situations de conflit et de crise en fournissant un accès sûr aux soins et aux traitements.
- Renforcer les capacités des agents de santé communautaires en assurant des liens appropriés entre les communautés et les systèmes de santé officiels dans les situations d'urgence.
- Appliquer des programmes destinés à prévenir, traiter, suivre et rapporter les situations de violence vis-à-vis des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans les contextes d'urgence.
- Inclure des dispositions pour les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans les plans d'urgence nationaux.

Pour tous les contextes :

- Permettre aux réseaux locaux de populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – de suivre l'impact des lois et des politiques sur les services liés au VIH, de plaider pour les changements nécessaires et de s'engager dans le développement de programmes et de politiques.
- Suivre les situations de stigmatisation, discrimination et violation des droits que rencontrent les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.
- Fournir des formations initiales et sur le lieu de travail pour les responsables et les responsables communautaires sur le VIH, les droits de l'homme, les populations clés, la réduction de la stigmatisation, la non-discrimination, la sensibilisation aux questions sexospécifiques et l'éthique pour travailler avec les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.

Introduction

Au niveau mondial, nous gagnons du terrain. Nous avons fait d'énormes progrès dans l'extension de l'accès aux traitements vitaux contre le VIH, et le nombre de nouvelles infections est en baisse. Pourtant, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH font obstacle à la réalisation de nos objectifs. La réalisation des objectifs 90-90-90 de la Stratégie d'accélération ONUSIDA (90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes qui connaissent leur statut positif au VIH ont accès à un traitement, et 90 % des personnes sous traitement ont supprimé leur charge virale) et la réduction des nouvelles infections à VIH à moins de 500.000 cas par an resteront hors de portée si ces obstacles persistent (3). La stigmatisation et la discrimination entravent les services liés au VIH à chaque étape, limitant l'accès et l'acceptation des services de prévention, l'engagement dans les soins et l'observance de la thérapie antirétrovirale (4). Alors que les outils de prévention du VIH et l'accès aux médicaments antirétroviraux se développent, on peut se demander comment il est possible que la stigmatisation et la discrimination puissent nous barrer la route. Il y a trois raisons à cela.

Premièrement, la stigmatisation est persistante et insidieuse. Une stigmatisation est une différence qui est distinguée et étiquetée (5), ce qui permet ensuite toute une série d'actions discriminatoires qui, en fin de compte, refusent aux personnes concernées une pleine acceptation sociale, réduisant leurs chances dans la vie (6) et alimentant les inégalités sociales. Deuxièmement, la stigmatisation est intersectionnelle (7). Dans le contexte du VIH, la « différence » concerne souvent non seulement le fait qu'une personne vive avec le VIH, mais aussi où elle vit, combien d'argent elle a, de quelle couleur elle est, de quel genre elle est, avec qui elle choisit d'avoir des rapports sexuels et de quelle manière, si elle consomme des drogues, si elle est en prison, et si elle est un immigrant, un réfugié, un agent de santé, un éducateur ou un professionnel du sexe. Les identités sociales stigmatisées se chevauchent, ce qui entraîne des formes multiples et convergentes de stigmatisation qui aggravent les effets négatifs de la stigmatisation sur la santé et le bien-être (8, 9). La stigmatisation liée au VIH a été définie par l'ONUSIDA comme étant les croyances, les sentiments et les comportements négatifs envers les personnes vivant avec le VIH, les groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (leurs familles, par exemple) et d'autres populations clés présentant un risque accru d'infection à VIH, comme les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres.

La discrimination, telle que définie par le droit international des droits de l'homme, est toute distinction, exclusion ou restriction fondée indirectement ou directement sur des motifs interdits par le droit international, qui a pour effet ou pour but de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, dans des conditions d'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine.¹ La discrimination liée au VIH est donc toute distinction, exclusion ou restriction (parfois appelée actes ou omissions) fondée indirectement ou directement sur le statut VIH réel ou perçu d'une personne. La discrimination dans le contexte du VIH comprend également les actes et omissions visant d'autres populations clés et groupes à risque élevé de VIH. La discrimination peut être institutionnalisée par les lois, les politiques et les pratiques existantes qui dévalorisent les personnes vivant avec le VIH et les groupes marginalisés, notamment les populations criminalisées.

¹ Commentaire général n° 20 du Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels : Non-discrimination dans les droits économiques, sociaux et culturels. Art. 2, paragraphe 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 2 juillet 2009, E/C.12/GC/20 (<https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>).

Troisièmement, la stigmatisation et la discrimination sont des formes de pouvoir et de contrôle rendues possibles par « les forces sociales, culturelles, politiques et économiques plus larges qui structurent la stigmatisation » (7). Elles ne sont pas seulement quelque chose qu'une personne impose à une autre. Par conséquent, notre riposte doit présenter plusieurs facettes. En plus de travailler avec les individus, les familles et les communautés, nous devons également travailler avec les organisations et les institutions. Nous devons nous efforcer de modifier les lois et les politiques néfastes et de créer des systèmes judiciaires favorables.

Encadré 1

La stigmatisation et la discrimination peuvent entraîner des violations de nos droits de l'homme de base

La stigmatisation, lorsqu'elle permet la discrimination, peut entraîner des violations de notre droit à vivre une vie exempte de discrimination, comme le prévoient la Déclaration universelle des Droits de l'homme et d'autres traités internationaux et régionaux sur les droits de l'homme. L'article 2 stipule que toute personne peut faire valoir ses droits, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de tout autre statut.

Bien que le lancement d'une riposte mondiale visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH puisse sembler intimidant, nous disposons d'une base solide sur laquelle nous pouvons nous appuyer. Les cadres et engagements politiques visant à soutenir une vaste riposte à la stigmatisation et à la discrimination sont en place, y compris (a) l'objectif de la Stratégie d'accélération de l'ONUSIDA visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH d'ici 2020 (3) ; (b) les objectifs de développement durable (ODD) 5, 10 et 16 visant à réduire les inégalités entre les sexes, à réduire les inégalités au sein des pays et entre eux, et à promouvoir des sociétés justes, pacifiques et inclusives ; et (c) la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA ainsi que la Déclaration politique des Nations Unies sur la fin du sida de 2016, qui incluent toutes les deux l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH comme objectif.

Les pays se sont engagés à financer l'éradication du sida, y compris en investissant dans le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). En 2017, le Fonds mondial a lancé l'initiative « Breaking Down Barriers », comprenant 45 millions de dollars américains de fonds catalytiques destinés à 20 pays² pour soutenir largement l'intensification des ripostes globales visant à supprimer les obstacles liés aux droits de l'homme pour les services de lutte contre le VIH, la tuberculose (TB) et le paludisme. Les interventions recommandées pour l'intensification sont basées sur les sept programmes clés de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à accroître l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH (voir tableau 1) (2).

2 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Honduras, Indonésie, Jamaïque, Kenya, Kirghizistan, Népal, Mozambique, Ouganda, Philippines, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Tunisie et Ukraine.

Tableau 1.

Exemples d'interventions des principaux programmes de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme

| Programme principal de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme | Exemples d'interventions |
|--|---|
| 1 : Réduire la stigmatisation et la discrimination | Sensibiliser à la stigmatisation et à ses conséquences néfastes par des campagnes médiatiques (par exemple, radio, télévision, ludo-éducatif), des stratégies de contact (par exemple, interactions positives entre les personnes vivant avec le VIH et le grand public ou les responsables), et l'engagement avec les responsables communautaires et religieux. Introduction de la non-discrimination dans les politiques institutionnelles et professionnelles. Mesure de la stigmatisation liée au VIH via l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. La mobilisation et le soutien des pairs développés par et pour les personnes vivant avec le VIH et destinés à promouvoir la santé, le bien-être et les droits de l'homme. |
| 2 : Améliorer l'accès aux services juridiques liés au VIH | Informations juridiques et orientations. Représentation et conseils juridiques. Formes alternatives/communautaires de résolution des différends. Implication des systèmes juridiques traditionnels (ex. les tribunaux de village) et des chefs traditionnels ou religieux en vue de résoudre les différends et de changer les normes traditionnelles néfastes. Litige stratégique |
| 3 : Contrôler et réformer les lois, règlements et politiques | La vérification des lois et des pratiques d'application des lois pour voir si elles ont un impact positif ou négatif sur la riposte au VIH. Évaluation de l'accès à la justice pour les personnes vivant avec ou vulnérables au VIH. Sensibilisation et lobbying pour une réforme de la loi. Engagement des parlementaires, des ministres et des chefs religieux et traditionnels. Promotion de la promulgation et de l'application des lois, règlements et lignes directrices interdisant la discrimination et soutenant l'accès à la prévention, au traitement et à l'appui médico-social liés au VIH. |
| 4 : Améliorer les connaissances juridiques | Des campagnes de sensibilisation apportant des informations au moyen des médias (par ex. TV, radio, presse écrite, Internet) sur les lois et les droits liés au VIH. La mobilisation et l'éducation communautaires. Sensibilisation par les pairs Assistance téléphonique |
| 5 : Sensibilisation des législateurs et agents des forces de l'ordre | Sensibilisation de la police au VIH et à ses modes de transmission. Importance d'atteindre et d'accéder aux populations à risque et de traiter de manière appropriée les cas de violence domestique et sexuelle dans le contexte du VIH. Les conséquences négatives des activités illégales de la police sur la riposte au VIH et la justice. Des sessions de sensibilisation pour les parlementaires, le personnel des ministères de la Justice et de l'Intérieur, les juges, les procureurs, les avocats et les chefs religieux et traditionnels sur les aspects juridiques, sanitaires et liés aux droits de l'homme du VIH et sur les lois nationales pertinentes et les incidences sur l'application, les enquêtes et les procédures devant les tribunaux. Des programmes sur le VIH au travail pour les législateurs et les agents des forces de l'ordre. |
| 6 : Formation des prestataires de soins de santé aux droits de l'homme et à l'éthique médicale en rapport avec le VIH | Formation aux droits de l'homme et à l'éthique menée avec des prestataires de soins de santé, des administrateurs, des régulateurs et des prestataires de soins de santé en formation dans des écoles de médecine et d'infirmier. |
| 7 : Réduction de la discrimination envers les femmes dans le contexte du VIH | Renforcer l'environnement juridique et politique pour garantir que les lois protègent les femmes et les filles contre l'inégalité entre les sexes et la violence. Fournir des efforts pour réformer les lois sur les relations et la violence domestiques et application de la loi lorsque celles-ci ne protègent pas les femmes ou entravent l'accès aux services VIH. Fournir des efforts pour réformer les lois sur la propriété, l'héritage et le droit de garde afin de garantir l'égalité de droits des femmes, des enfants et des aidants non professionnels affectés par le VIH. Des programmes d'apprentissage des compétences psychosociales et de la sexualité adaptés à l'âge ayant aussi pour but de réduire l'inégalité entre les sexes et la violence sexiste. Des programmes visant à réduire les normes de genre néfastes qui exposent les femmes, les filles, les hommes et les garçons au risque d'infection à VIH, y compris le renforcement des capacités des groupes de la société civile qui œuvrent pour les droits de la femme et l'égalité de genre. Des programmes pour améliorer l'accès à l'éducation et aux opportunités d'autonomisation économique pour les femmes vivant avec le VIH ou vulnérables au virus. Des services de santé intégrés avec un système d'orientation-recours efficace, y compris les soins aux victimes de viol et la prophylaxie post-exposition. |

Le Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH (le Partenariat mondial), organisé conjointement par les responsables d'agences du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), avec la direction et le support technique de la délégation des organisations non gouvernementales au Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, stimule ce dynamisme. Le Partenariat mondial « crée une opportunité d'exploiter le pouvoir combiné des gouvernements, de la société civile, des donateurs multilatéraux et bilatéraux, des universités et des Nations Unies pour reléguer à l'histoire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH » (1).

Ce document d'orientation passe en revue les dernières preuves sur ce qui fonctionne pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les six contextes visés par le Partenariat mondial. Il comprend des orientations pour les gouvernements nationaux et les principales parties prenantes sur (a) la manière dont la stigmatisation et la discrimination nuisent ; (b) le fonctionnement du processus de stigmatisation et la manière dont nous pouvons l'arrêter ; (c) les principes clés des efforts de réduction de la stigmatisation et de la discrimination ; (d) un aperçu des approches d'intervention communes ; (e) des recommandations basées sur les dernières preuves visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les six contextes ; et (f) un aperçu des considérations pour le suivi du succès des interventions programmatiques recommandées pour chaque contexte. Les six contextes sont les suivants :

- La communauté.
- Le lieu de travail.
- L'éducation.
- Les soins de santé.
- La justice.
- L'urgence.

L'accent mis sur les contextes est destiné à aider les pays à élaborer des ripostes globales à la stigmatisation et à la discrimination et à d'autres obstacles liés aux droits de l'homme aux services en rapport avec le VIH et autres services sanitaires, en précisant comment la stigmatisation et la discrimination opèrent dans chaque contexte, qui est touché et ce qui peut être fait pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination sur la base des données et des meilleures pratiques disponibles.

Comment les principaux programmes de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme et les six contextes s'assemblent

Les programmes de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme définissent les sept programmes clés dans lesquels des interventions sont nécessaires pour réduire la stigmatisation et la discrimination et accroître l'accès à la justice en général. Cependant, les interventions sont souvent développées pour et pilotées dans les six contextes énumérés ci-dessus, et les preuves de ce qui fonctionne sont souvent spécifiques à ces contextes. Les interventions peuvent porter sur un ou plusieurs programmes clés en matière de droits de l'homme (généralement plus d'un), qui, combinés, forment un ensemble se renforçant mutuellement.

Les orientations actualisées sur les interventions visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ont été basées sur un examen des données probantes sur ce qui fonctionne, et sur l'apport d'experts techniques lorsque les données probantes faisaient défaut. Par conséquent, les nouvelles orientations recommandées par le Partenariat mondial sont organisées par les six contextes. Alors que certains programmes relatifs aux droits de l'homme doivent être mis en œuvre dans tous les contextes, d'autres ne sont pertinents que pour certains contextes (voir tableau 2). Il est important de noter que les recommandations pour les interventions dans les six contextes visés par le Partenariat mondial ne remplacent pas les programmes de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme ; elles servent plutôt à orienter l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des interventions dans les pays.

Tableau 2.

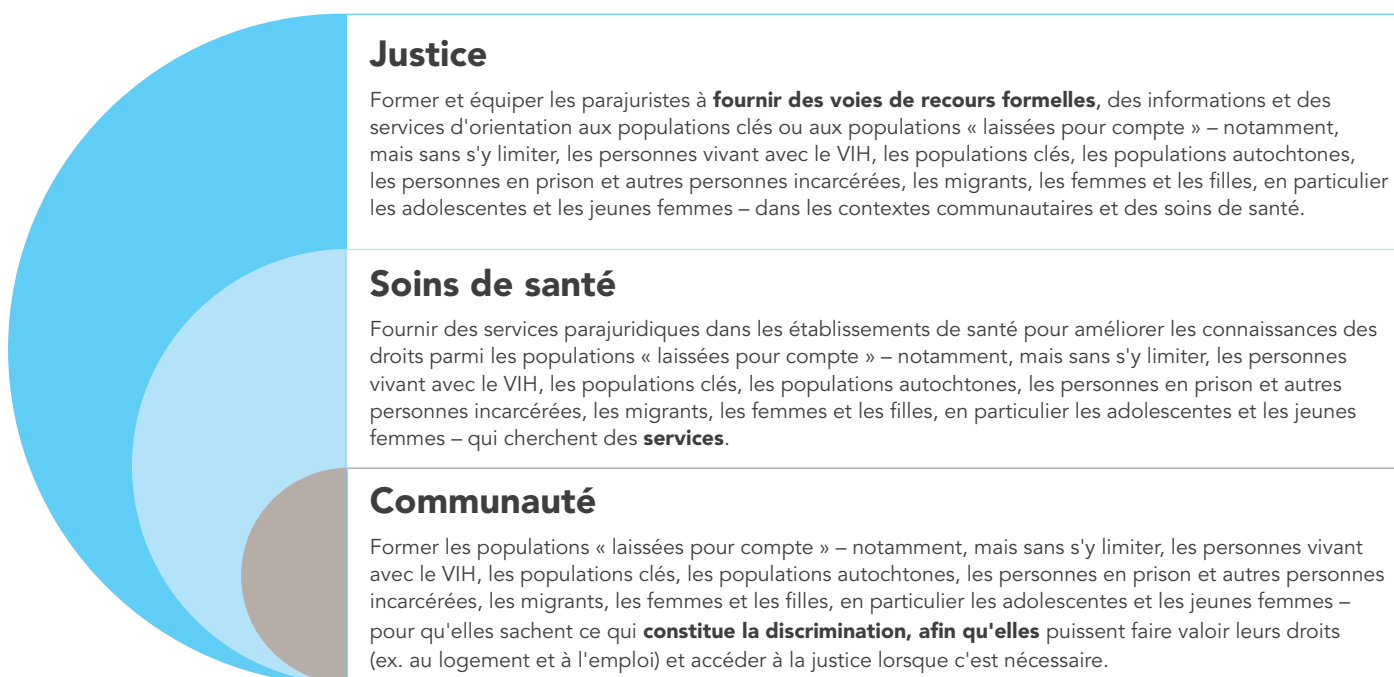
Relations entre les domaines du programme des droits de l'homme de l'ONUSIDA et les six contextes du Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH

| Programmes de l'ONUSIDA en matière de droits de l'homme | Paramètres de mise en œuvre des interventions des programmes sur les droits de l'homme |
|--|--|
| 1 : Réduire la stigmatisation et la discrimination | Tous les contextes : communauté, lieu de travail, éducation, soins, justice, urgences |
| 2 : Améliorer l'accès aux services juridiques liés au VIH | Communauté, soins, justice, urgences ¹ |
| 3 : Contrôler et réformer les lois, règlements et politiques | Communauté Plaider pour des changements et le suivi de l'impact des lois, des politiques et des règlements Justice, lieu de travail, éducation, soins, réaliser et mettre en œuvre des changements |
| 4 : Améliorer les connaissances juridiques | Communauté, soins, justice |
| 5 : Sensibilisation des législateurs et agents des forces de l'ordre | Justice, éducation, lieux de travail |
| 6 : Formation des prestataires de soins de santé aux droits de l'homme et à l'éthique médicale en rapport avec le VIH | Soins, éducation, lieux de travail |
| 7 : Réduction de la discrimination envers les femmes dans le contexte du VIH | Tous les contextes : communauté, lieux de travail, éducation, soins, justice, urgences |

¹ Human rights and gender programming in challenging operating environments (COEs): guidance brief. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2017 (https://www.theglobalfund.org/media/6346/fundingmodel_humanrightsgenderchallengingoperatingenvironments_guidance_en.pdf?u=637153281250000000).

À titre d'exemple, considérons le programme 2 des droits de l'homme. La figure 1 donne des exemples d'interventions fondées sur des données probantes qui pourraient être mises en œuvre dans les contextes de la communauté, des soins et de la justice pour accroître l'accès aux services juridiques liés au VIH.

Figure 1. Amélioration de l'accès aux services juridiques liés au VIH selon le contexte : exemples d'interventions



Comment la stigmatisation et la discrimination nuisent

Les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à toute une série d'expériences stigmatisantes, notamment des comportements d'évitement (par exemple le refus de partager la nourriture, de tenir la main ou de s'asseoir à proximité), des commérages et des agressions verbales (par exemple des injures, l'utilisation d'un langage désobligeant), et le rejet social (par exemple le fait de tenir à l'écart des événements sociaux, des opinions ignorées, la perte de respect et de position sociale). Les expériences de discrimination peuvent inclure des abus physiques, le refus de services de santé, le refus ou la perte d'un emploi, le refus d'un logement et l'arrestation lorsque la transmission du VIH ou des comportements spécifiques sont criminalisés (10, 11). Prises ensemble, toutes ces formes de stigmatisation et de discrimination se combinent pour entraver l'accès aux services de lutte contre le VIH et pour réduire l'adhésion à la médication et la rétention dans les soins, ce qui entraîne souvent une mauvaise santé mentale et physique (10-13). Les personnes vivant avec le VIH sont souvent confrontées à des stigmates multiples et croisés liés à d'autres problèmes de santé stigmatisés (par exemple la tuberculose) ou à leur identité (par exemple la race, le milieu économique, la sexospécificité, la profession, la sexualité). Les personnes confrontées à d'autres identités et conditions stigmatisées sont décrites comme des populations clés ou des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – selon leur position centrale dans la riposte ou la dynamique de l'épidémie (9, 14).

Les populations clés sont les plus susceptibles d'être exposées au VIH. L'ONUSIDA estime que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les personnes transgenres, les personnes qui consomment des drogues injectables ainsi que les personnes en prison et autres populations incarcérées constituent les principaux groupes de population clés (15, 16).

Dans de nombreux contextes, les populations clés sont criminalisées et sont de ce fait confrontées à une stigmatisation et une discrimination accrues. Dans le contexte de la justice, la criminalisation de certains comportements (par exemple, la consommation de drogues, la non-divulgence de la séropositivité) ou de certaines professions (par exemple, le commerce du sexe) peut alimenter la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés en favorisant les attitudes et les actions préjudiciables des forces de l'ordre (par exemple, l'arrestation de personnes consommant des drogues sur des sites de réduction des risques, la coercition exercée sur les professionnels du sexe pour qu'ils offrent des rapports sexuels gratuits aux policiers afin d'éviter une arrestation), ce qui expose les populations clés à un risque accru d'infection à VIH. Ces lois portent atteinte aux droits de l'homme des populations clés et à leur capacité d'accéder à la justice et aux services de santé. Un environnement juridique discriminatoire empêche les populations clés de recourir aux services de réduction des risques et d'adopter des comportements qui réduisent le risque de contracter le VIH, par crainte d'être arrêtées, harcelées ou de subir d'autres réactions négatives de la part des forces de l'ordre (17-23).

Par exemple, dans certains pays, les professionnels du sexe peuvent être arrêtés pour possession de plusieurs préservatifs, car cela peut servir de « preuve » qu'ils se livrent au commerce du sexe. Par conséquent, les professionnels du sexe ne portent plus de préservatifs sur eux, ce qui réduit leur utilisation de préservatifs lorsqu'ils se livrent au commerce du sexe, les rendant ainsi plus vulnérables au VIH (19, 20).

Les personnes vivant avec le VIH en prison peuvent ne pas recevoir les soins dont elles ont besoin pour suivre un traitement. En outre, elles sont souvent soumises à des conditions surpeuplées et insalubres, ce qui peut avoir un impact supplémentaire sur leur système immunitaire ou augmenter leur risque d'exposition à la tuberculose (24-26).

Les membres des populations clés sont souvent confrontés à la stigmatisation, quel que soit leur statut VIH, ce qui contribue à un traitement discriminatoire dans les structures sanitaires (27). Une étude réalisée en Afrique du Sud et en Zambie a révélé que la majorité des agents de santé interrogés avaient une attitude négative à l'égard des populations clés (28). Des études menées au Botswana,

« LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION GÉNÉRALISÉES, LA VIOLENCE ET LE HARCÈLEMENT ÉTATIQUES ET NON ÉTATIQUES, LES LOIS ET POLITIQUES RESTRICTIVES, ET LA CRIMINALISATION DES COMPORTEMENTS OU PRATIQUES EXPOSENT LES POPULATIONS CLÉS À DES RISQUES ACCRUS ET COMPROMETTENT LEUR ACCÈS AUX SERVICES » (POPULATIONS CLÉS. GENÈVE : FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME ; 2019).

au Malawi et en Namibie ont démontré que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes avaient deux fois plus de chances d'avoir peur de se faire soigner et plus de six fois plus de chances de se voir refuser des services que les hétérosexuels (29). En raison de la stigmatisation et de la discrimination, les membres des populations clés peuvent éviter complètement les structures sanitaires ou choisir de ne pas divulguer des informations vitales les concernant (par exemple, la consommation de drogue, la santé sexuelle) s'ils ont recours à des services, ce qui peut entraîner des soins et des traitements inadéquats (27, 30, 31).

Pour les personnes qui ont la possibilité de se faire dépister et traiter, la stigmatisation et la discrimination constituent des obstacles supplémentaires au maintien d'une bonne santé. Un manque de soutien de la part de la famille et des membres de la communauté peut entraver l'observance du traitement et interférer avec la gestion du VIH. Cela est particulièrement notable pour les personnes transgenres vivant avec le VIH. Une étude a observé que les femmes transgenres vivant avec le VIH aux États-Unis avaient deux fois moins de chances de prendre au moins 90 % de leurs médicaments antirétroviraux que les femmes vivant avec le VIH qui ne s'identifiaient pas comme transgenres (32).

Comme cela a été démontré, les populations clés peuvent être confrontées à une stigmatisation et à une discrimination croisées accrues dans les différents contextes. À cette fin, les ripostes à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH ne doivent pas se concentrer uniquement sur les personnes vivant avec le VIH, mais doivent plutôt examiner les formes de stigmatisation et de discrimination subies par les groupes vulnérables au VIH et la manière dont elles affectent leur capacité à prévenir l'infection et à accéder aux services, aux traitements et aux soins liés au VIH (33).

Les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – sont sujettes aux pressions sociétales, aux circonstances sociales ou aux inégalités structurelles et à la discrimination pouvant les confronter à un risque accru d'exposition au VIH et à d'autres problèmes de santé. Les populations vulnérables varient selon les pays et les contextes, mais elles comprennent souvent des adolescents vivant avec le VIH, des personnes âgées vivant avec le VIH, des réfugiés, des personnes déplacées et des migrants, des personnes handicapées, des personnes atteintes de tuberculose, des populations victimes de racisme et des personnes vivant dans des zones rurales.

Comme les populations clés, les populations vulnérables peuvent hésiter à se faire dépister ou à demander un traitement et des soins pour le VIH. Cela peut être dû à des craintes de mauvais traitements. Par exemple, les agents de santé peuvent traiter les femmes et les filles vivant avec le VIH comme si elles ne pouvaient pas et ne devaient pas avoir de rapports sexuels ou avoir des enfants, leur refusant parfois les services de planification familiale (34). Cela peut entraîner une stérilisation ou un avortement forcé (19, 34-41). Les personnes vivant avec la tuberculose peuvent éviter les établissements de santé en général parce qu'elles craignent d'être confrontées à la stigmatisation liée au VIH, quel que soit leur statut VIH (42).

La confidentialité est une autre préoccupation notable, car la divulgation non désirée de la séropositivité peut avoir de graves conséquences pour certaines populations clés plus exposées aux risques d'infection. Par exemple, dans les communautés rurales, où les structures sociales sont étroitement liées et où l'accès aux services et aux ressources en matière de VIH est limité, il est plus difficile pour les personnes d'accéder aux services de lutte contre le VIH en toute confidentialité. La fourniture de services liés au VIH dans ces communautés peut également entraîner une stigmatisation secondaire pour les prestataires. Selon l'attitude de la communauté à l'égard des personnes vivant avec le VIH, cela peut avoir un effet dissuasif direct sur les personnes qui cherchent à se faire dépister et traiter contre le VIH. Une étude menée dans les zones rurales d'Afrique du Sud a révélé que même lorsque l'accès à la thérapie antirétrovirale était assuré, les personnes concernées ne s'engageaient pas par crainte de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. Les inquiétudes concernant les commérages des prestataires de soins de santé semblaient être particulièrement notables dans de tels contextes (43).

Les populations vulnérables peuvent être confrontées à des obstacles importants pour accéder aux soins et à d'autres contextes. Le racisme et la discrimination systématiques peuvent constituer une barrière et un moyen de dissuasion formidables pour les populations victimes de racisme (par exemple, les minorités, les migrants, les populations autochtones) envisageant de s'engager dans des services et des programmes de lutte contre le VIH (7, 44, 45). Les besoins des personnes vivant avec un handicap sont souvent négligés, de sorte que les structures sanitaires ne sont pas toujours physiquement accessibles ou équipées pour fournir des soins suffisants aux personnes vivant avec un handicap et le VIH (46, 47).

Dans les contextes judiciaires, la santé et le bien-être des populations vulnérables vivant avec le VIH ne sont pas toujours défendus. Les lois discriminatoires peuvent également présenter des défis pour les populations vulnérables. Il existe encore plus de 40 pays où le statut VIH d'une personne peut affecter sa capacité à demander l'asile ou à y émigrer (48). Par conséquent, un réfugié, une personne déplacée ou un migrant peut être plus hésitant à interagir avec les services gouvernementaux, y compris les services d'aide sociale et de santé, de peur d'être expulsé. Même dans les contextes où de telles restrictions n'existent pas, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être des réfugiés, des personnes déplacées et des migrants. Une évaluation des migrants vivant avec le VIH au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord a observé que la stigmatisation avait un impact sur le sentiment de sécurité personnelle des personnes interrogées et les incitait à y faire face notamment en évitant de s'engager auprès des services sociaux et de santé (49).

En règle générale, les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH sont plus graves pour les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. Par exemple, les femmes et les filles dont on sait qu'elles vivent avec le VIH peuvent être rejetées par leur partenaire et leur famille (34, 50, 51). Dans certains contextes, cela pourrait les placer dans une situation d'insécurité économique et menacer leur survie (51). Les femmes et les filles peuvent également être victimes de violence de la part de leur partenaire, de leur famille ou de leur communauté en raison de leur séropositivité (34, 50, 52). Les expériences de stigmatisation et de discrimination peuvent nuire à l'estime de soi et au bien-être mental des membres des populations vulnérables et peuvent conduire à la dépression ou à des pensées ou tentatives de suicide (46, 50, 53, 54). Une étude menée aux États-Unis a révélé que la solitude et la stigmatisation liée au VIH étaient les principales causes de dépression chez les personnes âgées vivant avec le VIH (54).

NOUS.
RESPONSABILISÉS.
RÉSILIENTS. FORTS.

Vu la stigmatisation et la discrimination accrues que rencontrent les populations clés et vulnérables, il est primordial que les pays encouragent des environnements juridiques de soutien et développent des programmes et des stratégies appropriés pour atteindre et engager les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans les services de prévention, de soins et de traitements liés au VIH. Lors de la planification de leurs ripostes au VIH, notamment la riposte à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH, les pays devraient identifier (sur la base de preuves, de données de surveillance, de consultations, et en partenariat avec les femmes, les filles et les communautés vulnérables) les populations spécifiques qui sont essentielles à leur riposte au VIH et à l'épidémie en fonction du contexte épidémiologique et social.

Comment le processus de stigmatisation fonctionne-t-il dans le contexte du VIH ?

Une première étape essentielle dans l'élaboration d'une riposte appropriée à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH consiste à comprendre le fonctionnement du processus de stigmatisation. Une telle compréhension permettra aux pays de cibler des programmes afin de mettre fin au processus ou de réduire les impacts négatifs de la stigmatisation que rencontrent les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants,

les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. Le processus peut être décomposé en trois composantes principales : les moteurs et les facilitateurs, le « marquage de la stigmatisation » et les manifestations de la stigmatisation (Figure 2).

Les moteurs ou les causes de la stigmatisation sont négatifs (13) ; ils comprennent la crainte de l'infection par un contact qui ne présente aucun risque de transmission du VIH (par exemple, le fait de toucher, d'embrasser), les préoccupations relatives à la productivité en raison d'une mauvaise santé, ainsi que le jugement social et le blâme. Les facilitateurs peuvent être positifs ou négatifs (55). Par exemple, la présence ou l'absence de matériel de protection et de normes de sécurité au travail dans les centres de santé peut minimiser ou aggraver les comportements d'évitement stigmatisants (par exemple, le port de doubles gants) des agents de santé envers les personnes vivant avec le VIH (56).

Les moteurs et les facilitateurs influencent l'application d'une stigmatisation aux personnes ou aux groupes (marquage de la stigmatisation) en rapport avec leur statut VIH ou à toute autre différence perçue, comme la race, la classe sociale, le statut socio-économique, la sexospécificité, l'orientation sexuelle ou la profession. La stigmatisation croisée se produit lorsque des personnes sont « marquées » de stigmatisations multiples. Une fois qu'une stigmatisation est appliquée, elle se manifeste par une série d'expériences (réalités vécues) et de pratiques (croyances, attitudes, actions) stigmatisantes.

Les expériences stigmatisantes comprennent la discrimination, c'est-à-dire des actions ou omissions stigmatisantes (par exemple, le fait de ne pas inclure de rampes d'accès pour les personnes handicapées) qui sont interdites par le droit international des droits de l'homme (par exemple, le fait de perdre un logement ou un emploi en raison de sa séropositivité, ou le fait qu'une femme soit agressée physiquement par son partenaire en raison de sa séropositivité). La stigmatisation vécue fait référence à des comportements stigmatisants qui ne relèvent pas du droit international des droits de l'homme, comme le port de doubles gants ou le fait d'éviter de fréquenter l'entreprise de quelqu'un.

Une autre expérience de stigmatisation concerne la stigmatisation intériorisée (auto-stigmatisation), qui se produit lorsqu'une personne vivant avec le VIH accepte les attitudes négatives associées au VIH et les accepte comme applicables à elle-même. La stigmatisation perçue, qui fait référence aux perceptions sur la façon dont les groupes stigmatisés sont traités dans un certain contexte, et la stigmatisation anticipée, qui fait référence aux attentes de préjugés commis par d'autres personnes si leur état de santé est connu, sont également des expériences de stigmatisation.

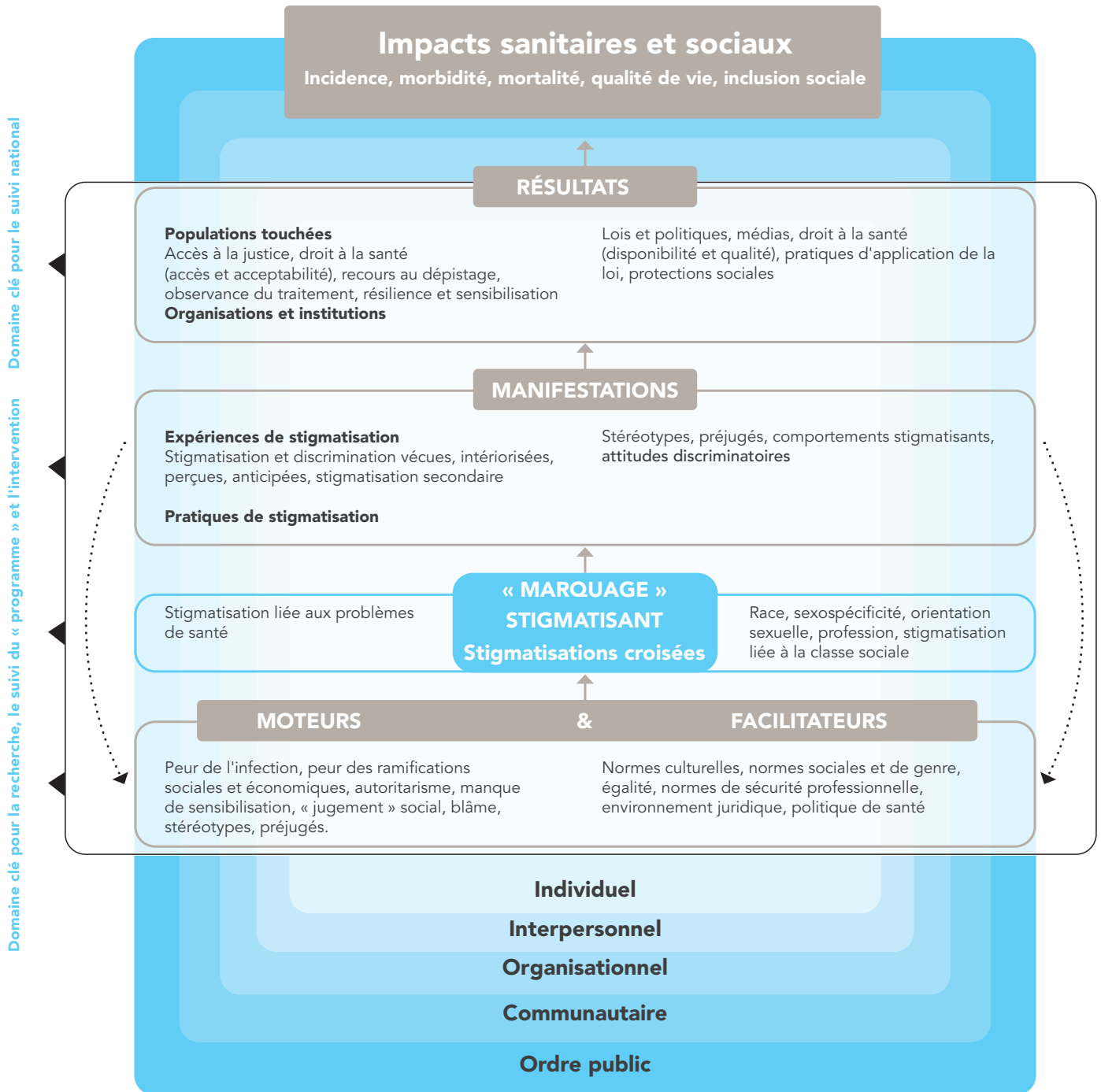
La stigmatisation secondaire fait référence à l'expérience de stigmatisation par la famille ou les amis des membres de groupes stigmatisés, ou parmi les soignants qui prodiguent des soins à des membres de groupes stigmatisés (14).

Les pratiques de stigmatisation comprennent les stéréotypes, les préjugés et les attitudes et comportements stigmatisants. Les stéréotypes et les préjugés agissent à la fois comme des moteurs et des manifestations, car ils alimentent et sont renforcés par le processus de stigmatisation.

Ces manifestations (expériences et pratiques stigmatisantes) influent sur un certain nombre de résultats pour les populations touchées, y compris l'accès à la justice, l'accès aux et l'acceptabilité des services de santé et à d'autres formes de soutien (par exemple l'aide alimentaire, les mesures de protection sociale), le recours au dépistage, l'observance du traitement, la résilience (ou le pouvoir de défier la stigmatisation) et la sensibilisation. Les manifestations de la stigmatisation influencent également les résultats pour les organisations et les institutions, y compris les lois et les politiques, la disponibilité et la qualité des services de santé, les pratiques d'application de la loi et les protections sociales (14).

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent se produire à de nombreux niveaux différents, notamment parmi les individus, entre les membres de la famille et les pairs (relations interpersonnelles), au sein des organisations (par exemple les centres de santé, le lieu de travail, les écoles, les postes de police) et des communautés, et dans les politiques publiques (par exemple les lois et politiques discriminatoires) (voir figure 2). Cela signifie que les ripostes nationales à la stigmatisation et à la discrimination doivent cibler les moteurs, les facilitateurs et les manifestations de la stigmatisation à de multiples niveaux et avec de multiples acteurs, tels que les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les familles, les membres de la communauté, les agents de santé, les employeurs, les agents des forces de l'ordre et les décideurs (10, 55, 57, 58).

Figure 2. Le cadre de la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé



Réimprimé de Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. BMC Med. 2019;17:31.

Utilisation du cadre sur la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé

Le cadre sur la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé peut être utilisé pour informer le développement des interventions. Nous voulons idéalement empêcher le marquage de la stigmatisation, c'est pourquoi les interventions se concentrent souvent sur les moteurs et les facilitateurs de la stigmatisation. Par exemple, les efforts de communication de masse peuvent être utilisés pour aider les populations à mieux comprendre un problème de santé et à dissiper les mythes sur la façon dont une maladie est transmise et sur les personnes à risque. De même, de nouvelles politiques pourraient être élaborées et mises en œuvre dans les établissements de santé pour garantir que les personnes vivant avec le VIH ne soient en aucune façon identifiées, par exemple par l'utilisation de dossiers de certaines couleurs. Si nous voulons éviter la stigmatisation, nous devons également être prêts à faire face à ses manifestations. Cela pourrait inclure un soutien psychosocial pour les personnes vivant avec le VIH ou une aide juridique pour faire face à la discrimination. Les interventions pourraient également se concentrer sur des populations clés spécifiques, les femmes ou les filles qui sont confrontées à une stigmatisation et une discrimination accrues dans un contexte donné. Les efforts pourraient inclure la formation des soignants, des travailleurs communautaires ou des agents de police pour surmonter les stéréotypes et les attitudes stigmatisantes, ou l'élaboration de nouvelles lois ou politiques de protection contre la discrimination.

Le Cadre peut également mettre en évidence des domaines dans lesquels les cliniciens, les responsables de la mise en œuvre des programmes et les décideurs politiques peuvent accorder une plus grande attention à la meilleure satisfaction des besoins et à l'amélioration des résultats en matière de santé au niveau de leurs clients, des communautés et des sociétés de manière plus générale. Les approches scientifiques de la mise en œuvre peuvent faire progresser la façon dont nous adaptons et appliquons le cadre pour guider les interventions et les politiques de réduction de la discrimination et de la stigmatisation liées au VIH – par exemple, en définissant qui est le public cible du changement, quels sont les moteurs et les facilitateurs spécifiques de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH qui devraient être abordés, quelles sont les composantes de l'intervention ou de la politique qui sont appropriées pour les aborder, et comment mesurer le changement dans des résultats spécifiques au fil du temps.

Conception des interventions

Si les interventions doivent être adaptées à des contextes et à des populations spécifiques, il existe une multitude de preuves sur ce qui fonctionne pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, dont sont issus quelques principes de réduction de la stigmatisation (55, 59-61). Ces principes sont détaillés dans le Tableau 3 et brièvement passés en revue ici. Tout d'abord, il est primordial que tous les efforts soient menés par, ou impliquent de manière significative, les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. Il est également important de s'attaquer aux causes profondes ou aux moteurs de la stigmatisation et aux principales préoccupations des populations touchées. Dans la mesure du possible, les interventions doivent s'attaquer aux multiples stigmates croisés auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter. Un certain nombre d'outils sont disponibles et peuvent être adaptés pour être utilisés dans de multiples contextes. Le « Understanding and Challenging HIV Stigma Toolkit » en est un exemple (62) ; d'autres se trouvent dans les annexes 1 à 5. Lorsque l'on travaille avec des groupes pour modifier les normes, les stéréotypes et les tabous sous-jacents, il est essentiel d'utiliser des méthodes participatives qui permettent de créer un espace sûr pour le partage et la discussion. Pour avoir le plus d'impact possible, un ensemble d'interventions doit être utilisé avec de multiples parties prenantes à différents niveaux (par exemple, individuel, interpersonnel, organisationnel), conçu en collaboration avec les populations concernées. Une planification suffisante est nécessaire pour avoir le temps de s'engager avec les principaux éléments influents (par exemple, les responsables dans les communautés et religieux, les parties prenantes au niveau du gouvernement) et d'obtenir leur appui. Lors de la planification des interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination, il convient de veiller particulièrement à ce que l'intervention et ses composantes n'intensifient pas involontairement la stigmatisation et la discrimination. Par exemple, dans certains contextes, la promotion d'une aide alimentaire spécifique au VIH a en fait accru la stigmatisation, car les personnes emmenant des rations alimentaires étaient qualifiées de « séropositives » et stigmatisées par les membres de la communauté (63).

Tableau 3.

Principes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination

| Principe de réduction de la stigmatisation | Description |
|--|--|
| Les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – devraient diriger ou être significativement engagées. | <p>Les efforts de réduction de la stigmatisation et de la discrimination fonctionnent le mieux lorsque les interventions sont menées par ou impliquent activement des membres des communautés affectées, dont les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> <p>Les membres de la communauté sont les mieux placés pour mener des programmations qui s'inspirent de leurs expériences et des défis qu'ils ont rencontrés en matière de stigmatisation et de discrimination liées au VIH.</p> |
| Utiliser ou promouvoir des approches qui s'attaquent aux moteurs, aux facilitateurs et aux manifestations de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi qu'aux principales préoccupations des populations touchées. | <p>Les interventions doivent directement traiter les moteurs et les facilitateurs, idéalement en combinaison, afin de mettre un terme au processus de stigmatisation. Les interventions visant à atténuer les manifestations de stigmatisation et de discrimination et à répondre aux besoins et aux préoccupations des populations touchées sont également nécessaires pour réduire efficacement la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.</p> <p>Les approches d'intervention peuvent être combinées en une seule intervention ou plusieurs interventions peuvent être mises en œuvre, mais tous ces aspects du processus de stigmatisation doivent être abordés.</p> <p>Nous pouvons citer parmi les moteurs le manque de sensibilisation et de connaissance du VIH, notamment la stigmatisation et la discrimination et leurs effets néfastes, ou encore la peur et les idées fausses concernant la manière dont on attrape le VIH. Les facilitateurs peuvent inclure des lois qui criminalisent la transmission du VIH, des comportements spécifiques ou des identités de populations clés.</p> <p>Les manifestations peuvent inclure la stigmatisation et la discrimination vécues et intériorisées.</p> |
| Traiter la stigmatisation et de la discrimination croisées | <p>Les populations clés telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les personnes qui consomment des drogues et les professionnels du sexe sont souvent confrontés à la stigmatisation et à la discrimination, en plus de celles liées au VIH.</p> <p>La race, la sexospécificité, le statut économique et d'autres problèmes de santé, comme le fait de vivre avec la tuberculose ou un handicap, peuvent aggraver et amplifier la stigmatisation dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH. Par exemple, les interventions visant à réduire la stigmatisation liée au VIH dans des contextes où la consommation de drogues est le principal facteur de transmission doivent traiter la stigmatisation associée à la consommation de drogues, car ces stigmatisations sont très étroitement liées.</p> |
| Profiter des outils existants | <p>Il existe un certain nombre d'outils et de ressources utiles pour atténuer ou suivre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, qui peuvent être adaptés à différents contextes et milieux ; bon nombre de ces outils sont mentionnés dans le présent document.</p> |
| Utiliser des méthodes participatives | <p>Les méthodes participatives (par exemple, les jeux, les jeux de rôle, les discussions) sont optimales pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, car elles améliorent les connaissances et les attitudes de manière accessible et qui ne porte pas de jugement.</p> |
| Utiliser des stratégies d'intervention multiples avec diverses parties prenantes à travers de multiples niveaux socio-écologiques (individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel, politique publique). | <p>Une série d'activités (par exemple, l'émancipation des personnes vivant avec le VIH, la formation des agents de santé, la communication de masse, la réforme des lois et des politiques) sont souvent nécessaires pour lutter de manière sensée et durable contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.</p> <p>Les parties prenantes sont encouragées à travailler ensemble, en adoptant les approches de réduction de la discrimination et de la stigmatisation les plus adaptées à leur organisation ; par exemple, les gouvernements nationaux peuvent prendre l'initiative de réviser les lois et les politiques, tandis que la société civile peut soutenir ces révisions par des actions de sensibilisation fondées sur des preuves et des contributions de la communauté.</p> <p>Parallèlement, les organisations basées sur la communauté peuvent prendre l'initiative de mettre en œuvre des campagnes médiatiques de masse pour modifier les normes sociales néfastes, de mettre en place des formations sur la réduction de la stigmatisation et les droits de l'homme pour les éducateurs et les agents de santé, ou de fournir des services de responsabilisation et de soutien social aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés pour surmonter la stigmatisation anticipée et intériorisée.</p> |
| Prévoir du temps pour la planification pour assurer le succès (par exemple, six mois). | <p>Les approches les plus prometteuses demandent du temps avant de commencer à engager des personnes clés et des guides, à mener des évaluations formatives sur les différents publics, à former des équipes et à développer de nouveaux partenariats.</p> <p>Les activités augmentent l'adhésion et inspirent la coopération ; il est essentiel de prévoir du temps pour ces activités afin de garantir le succès des interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.</p> |

Sources :
 Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes—a resource for national stakeholders in the HIV response. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2007. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? J Int AIDS Soc. 2009;12:15.
 Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Washington, DC: Banque mondiale ; 2010.

Six approches de la réduction de la discrimination et de la stigmatisation sont couramment utilisées, souvent en combinaison les unes avec les autres (55). Il s'agit d'interventions fondées sur l'information, de développement des compétences, de conseil et de soutien, de contact, structurelles et biomédicales (voir Tableau 4).

Tableau 4.

Aperçu des approches d'intervention

| Approche d'intervention (domaine de stigmatisation clé abordé) | Description | Exemple |
|---|--|---|
| Basé sur l'information (moteurs) | Fournir des informations sur le VIH et la stigmatisation liée au VIH | Brochures délivrées par les responsables communautaires contenant des informations sur les modes de transmission du VIH, sur la stigmatisation et sur les raisons pour lesquelles elle est néfaste (64). |
| Développement des compétences (moteurs et facilitateurs) | Activités visant à améliorer les compétences des communautés touchées par le VIH et des responsables (par exemple, les policiers, les agents de santé, les éducateurs). | Séances d'apprentissage participatif avec des agents de santé, des policiers et des enseignants sur la stigmatisation, les droits de l'homme et les connaissances scientifiques actuelles sur le VIH, et sur la manière de fournir des services culturellement compétents aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés (65-69). Donner aux communautés les moyens de concevoir et de mettre en œuvre des programmes de réduction de la stigmatisation (70) |
| Conseil, soutien (manifestations) | Services de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés | Groupes de soutien dirigés par des pairs avec des femmes vivant avec le VIH pour surmonter la stigmatisation intériorisée et anticipée (71). Services de conseil personnalisés pour les jeunes vivant avec le VIH (72). |
| Contact (moteurs et manifestations) | Interactions entre les personnes vivant avec le VIH et le grand public ou les principaux responsables (par exemple, les professionnels de santé, les policiers). | Des réseaux de professionnels du sexe vivant avec le VIH offrant des roses aux soignants et aux policiers qui les ont aimablement traités pour les remercier et les encourager à poursuivre leur soutien (70). Des jeunes vivant avec le VIH co-animant une session de formation avec des éducateurs sur la manière d'aborder l'éducation sexuelle de manière sensible pour les jeunes vivant avec le VIH (68). |
| Structurel (facilitateurs) | Les activités visant à supprimer, réduire ou améliorer les facteurs structurels qui influencent le processus de stigmatisation, tels que les lois qui criminalisent le VIH, les politiques appliquées dans les hôpitaux ou sur les lieux de travail qui institutionnalisent la discrimination des personnes vivant avec le VIH ; ou le manque de fournitures pour permettre aux professionnels de santé de pratiquer les précautions universelles. | Litige stratégique pour élargir la jurisprudence autour des pratiques discriminatoires dans le contexte du VIH (61). Réviser ou supprimer les lois néfastes (par exemple, décriminaliser la transmission du VIH) (61). Développer des lois protectrices (par exemple, légaliser les programmes d'échange de seringues) (61). |
| Biomédical (facilitateurs) | Des approches universelles en matière de dépistage et de traitement, un accès gratuit à la prophylaxie pré-exposition et autres interventions. | Rendre l'accès à la thérapie antirétrovirale gratuit et universel pour toutes les personnes vivant avec le VIH, y compris dans les situations d'urgence et humanitaires (73-75). |

Basé sur Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013;6(3 Suppl. 2):18-734.

Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans six contextes

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent se manifester différemment selon les contextes et peuvent nécessiter des approches et des considérations différentes lors des interventions (76, 77). Ce document d'orientation comprend des discussions, des interventions, des études de cas et des recommandations spécifiques au contexte pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Base des recommandations dans chaque contexte

Les interventions recommandées dans chaque contexte ont été tirées des dernières données probantes sur les interventions et programmes couronnés de succès pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, telles qu'elles ont été rapportées dans de récents examens systématiques, notamment un examen des interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH (55) ; un examen des interventions visant à lutter contre l'auto-stigmatisation ou la stigmatisation intériorisée (78) ; un examen des interventions à plusieurs niveaux visant à réduire la stigmatisation (60) ; et un examen de certains programmes de défense des droits de l'homme visant à améliorer les résultats en matière de VIH (61). Les preuves sur l'impact des changements dans les lois et les politiques sur l'épidémie de VIH ont également été prises en compte. Des preuves supplémentaires provenant de la littérature grise et de la littérature examinée par les pairs ont été recueillies par le biais d'une recherche documentaire ciblée par contexte. Les interventions fructueuses identifiées sont incluses dans les annexes 1 à 5. Il convient de noter que les exemples d'interventions présentés dans ce rapport ne constituent pas une représentation exhaustive des options d'intervention, mais plutôt des options qui reflètent les connaissances actuelles et les meilleures pratiques. En outre, la littérature examinée portait principalement sur les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Bien que la stigmatisation et la discrimination croisées aient été prises en considération dans chaque contexte, les recommandations se fondent principalement sur des données probantes pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Pour tous les contextes, y compris ceux dans lesquels le socle de preuves était absent ou moins solide (lieu de travail, justice, urgences), des experts techniques travaillant dans ces contextes ont fourni des apports sur les meilleures pratiques.

Contextes communautaires

Dans ce document, les contextes communautaires sont constitués de personnes et de ménages situés dans une zone géographique commune. Les communautés abritent également des institutions telles que des lieux de travail, des écoles et des établissements de santé. Les environnements partagés sont des sources et des facilitateurs communs de normes et de pratiques sociales, notamment la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Dans les contextes communautaires, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent se manifester par des gestes subtils (par exemple, refuser de partager de la nourriture ou des ustensiles avec des personnes vivant avec le VIH) ou par des actions plus manifestes (par exemple, l'agression verbale envers une personne vivant avec le VIH, les ragots à son sujet, son rejet ou son évitement). Le jugement social des membres du foyer et de la communauté peut entraîner une stigmatisation intériorisée chez les personnes vivant avec le VIH ou une stigmatisation anticipée chez les personnes qui pensent vivre avec le VIH. De telles expériences peuvent provoquer l'auto-isollement et dissuader la divulgation et la participation aux services de dépistage, de soins et de traitement du VIH, ce qui peut à son tour nuire à la santé et au bien-être mental et physique d'une personne (79-82).

Les familles et les ménages peuvent être victimes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH via l'association. Cela est particulièrement pertinent dans les contextes où une famille dont un membre vit avec le VIH est tenue responsable du comportement de ses membres et est collectivement confrontée à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH. Ainsi, une famille peut être moins favorable à ce qu'un membre révèle son statut positif au VIH et cherche à bénéficier de services de santé (79, 83, 84). La stigmatisation et la discrimination dans les contextes communautaires peuvent être liées au VIH ainsi qu'aux identités des populations clés et vulnérables, notamment la sexospécificité. Ces stigmatisation et discrimination croisées peuvent confronter les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – à d'autres défis et obstacles pour conserver leur bien-être et leur santé (84). Par exemple, parmi les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, ceux qui vivent avec le VIH peuvent être ostracisés et isolés de ceux qui ne sont pas séropositifs (84).

D'autre part, grâce à un environnement communautaire non stigmatisant et non discriminatoire, les services et les systèmes de soutien liés au VIH peuvent être plus disponibles et plus accessibles aux personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter. Par exemple, les membres du ménage peuvent servir d'aidants non professionnels ou soutenir le traitement, en jouant un rôle actif pour assurer la réussite du traitement. Ce support peut contribuer à atténuer la stigmatisation intériorisée et anticipée d'un individu (79-82, 85).

Les interventions au niveau communautaire doivent être mises en œuvre non seulement à grande échelle, mais aussi directement au sein des communautés spécifiques qui ont une influence sur le renforcement ou le changement des normes et des pratiques (par exemple, les groupes religieux, spirituels, de femmes, de jeunes) et parmi les responsables communautaires influents. Par exemple, les organisations religieuses et spirituelles influencent souvent les normes sociales, notamment la manière dont les personnes vivant ou supposées vivre avec le VIH sont traitées dans les communautés (85).

Exemples d'interventions et recommandations

L'annexe 1 présente 28 études qui ont évalué les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les contextes communautaires. L'encadré 3 présente une étude de cas de l'une de ces études d'intervention. La majorité des interventions se sont concentrées sur

les personnes vivant avec le VIH ou les membres du grand public ; d'autres interventions se sont concentrées sur les responsables communautaires, les membres des populations clés et les aidants non professionnels des personnes vivant avec le VIH.

La majorité des interventions étaient fondées sur des informations ou visaient à développer les compétences ; d'autres interventions impliquaient des contacts avec des personnes vivant avec le VIH, des services de conseil et de soutien, des considérations biomédicales et des composants structurels. Toutes les interventions se sont avérées efficaces pour réduire la stigmatisation liée au VIH. Dans certains cas, la réduction de la stigmatisation s'est manifestée par une diminution de la stigmatisation intériorisée ou par une amélioration des attitudes, des comportements ou des connaissances.

Encadré 2

Intervention communautaire visant à réduire la stigmatisation liée au VIH en Afrique du Sud

Une étude a évalué une intervention basée sur la communauté visant à réduire l'expérience de la stigmatisation parmi les personnes vivant avec le VIH et la perpétration de la stigmatisation par les proches des personnes vivant avec le VIH dans la province du Nord-Ouest, en Afrique du Sud (86). L'intervention de cinq mois comportait trois composants différents :

- Un atelier de deux jours avec des personnes vivant avec le VIH, qui comprenait des présentations et des activités sur la compréhension de la stigmatisation liée au VIH, l'évaluation des forces personnelles et la gestion de la divulgation.
- Une série d'ateliers de trois jours pour chacun des groupes suivants : partenaires, enfants plus âgés, membres de la famille, amis, chefs spirituels et membres de la communauté. Ces ateliers ont été dirigés par une personne vivant avec le VIH et une personne ne vivant pas avec le VIH et se sont concentrés sur la compréhension de la stigmatisation liée au VIH et des relations entre les personnes vivant avec le VIH et leurs proches.
- Donner aux participants les moyens de concevoir et de mettre en œuvre un programme de réduction de la stigmatisation liée au VIH au sein de leur communauté, avec le soutien des intervenants.

Une enquête prédépistage et quatre enquêtes post-dépistage ont été réalisées au cours de l'année auprès de personnes vivant avec le VIH et de personnes vivant à proximité de personnes séropositives en milieu urbain et rural. Des réductions significatives de la stigmatisation vécue et de la perpétration d'actes de stigmatisation ont été observées dans les deux contextes. L'équipe d'évaluation a conclu que cette intervention constituait un outil utile de réduction de la stigmatisation liée au VIH pour les communautés et a encouragé l'application future de cette approche tout en maintenant les principes de base et en intégrant plusieurs recommandations.

Tableau 5.

Recommandations pour les contextes communautaires

| Niveau (populations cibles) | Recommandations |
|--|--|
| <p>Individuel (personnes vivant avec le VIH, membres de populations clés)</p> | <p>Accroître le nombre et l'accessibilité des groupes de pairs et de soutien en tant qu'élément fondamental de la prestation de services liés au VIH afin de lutter contre la stigmatisation intériorisée et vécue.</p> <p>Fournir des services de santé mentale pour réduire la stigmatisation intériorisée et améliorer l'estime de soi, les compétences personnelles, les capacités d'adaptation et la qualité de vie.</p> <p>Former les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – pour qu'elles sachent ce qui constitue la discrimination, afin qu'elles puissent faire valoir leurs droits (ex. au logement et à l'emploi) et accéder à la justice lorsque c'est nécessaire.</p> |
| <p>Interpersonnel (membres de la famille, pairs, partenaires)</p> | <p>Sensibiliser et améliorer les connaissances parmi les familles d'adultes et de jeunes vivant avec le VIH sur les modes de transmission du VIH afin de réduire les comportements d'évitement stigmatisants et sur les moyens non stigmatisants de soutenir les membres de la famille vivant avec le VIH (par exemple, stratégies de soutien à l'adhésion, divulgation soutenue aux membres de la famille et aux pairs en qui ils ont confiance).</p> |
| <p>Organisationnel (organisations de sensibilisation, réseaux de personnes vivant avec le VIH, centres de santé, organisations basées sur la communauté, organisations non gouvernementales).</p> | <p>Appliquer des programmes visant à renforcer les compétences et à créer des espaces pour les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – pour engager, influencer, sensibiliser et participer de manière significative au processus décisionnel pour le développement de programmes.</p> <p>Mobiliser les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – pour développer, appliquer et évaluer des stratégies pour promouvoir la santé, le bien-être et les droits de l'homme parmi les populations clés et vulnérables.</p> <p>Veiller à ce que des services de soutien de bonne qualité soient disponibles, acceptables et accessibles pour les personnes victimes de manifestations de stigmatisation (par exemple, la violence sexiste, la discrimination, la stigmatisation vécue) en développant des infrastructures suffisantes, en formant le personnel et en s'attaquant aux obstacles à l'utilisation des services (par exemple, l'emplacement des services, les préoccupations concernant la confidentialité, l'accueil du personnel).</p> |
| <p>Communauté (grand public, chefs de l'opinion, familles de personnes vivant avec le VIH)</p> | <p>Mettre en œuvre des programmes qui s'attaquent aux moteurs de stigmatisation et de discrimination au sein du public et qui favorisent le soutien des communautés.</p> <p>Utiliser des stratégies de communication de masse, des campagnes dans les médias sociaux, des campagnes publicitaires et des divertissements éducatifs (« ludo-éducatif »).</p> <p>Travailler avec les chefs de l'opinion et de la communauté (par exemple les chefs spirituels, les groupes de femmes, les dirigeants locaux, les célébrités).</p> <p>Utiliser des stratégies de contact permettant l'interaction entre les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – et les membres de la communauté plus large.</p> <p>Mettre en œuvre des programmes de réduction de la stigmatisation qui utilisent des moyens culturels et religieux, diffusés par le biais de grands événements publics, associés à des actions de sensibilisation et d'engagement menées par les populations clés.</p> <p>Appliquer des programmes visant à réduire les normes de genre néfastes qui exposent les femmes, les filles, les hommes et les garçons au risque d'infection à VIH, y compris le renforcement des capacités des groupes de la société civile qui œuvrent pour les droits de la femme et l'égalité de genre.</p> |
| <p>Politique publique (responsables locaux et nationaux)</p> | <p>Revoir et réviser régulièrement les politiques et les pratiques dans la communauté pour s'assurer qu'elles protègent contre la discrimination des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> <p>Mesurer régulièrement la stigmatisation liée au VIH dans la communauté en utilisant des évaluations qualitatives (par exemple, des discussions de groupe avec des représentants des personnes vivant avec le VIH et de la communauté au sens large) et la collecte de données quantitatives (par exemple, enquête démographique et de santé, indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH) pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.</p> <p>Mettre en place un système de suivi national pour saisir la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits subies par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés afin de leur apporter soutien et réparation.</p> |

Contextes du lieu de travail

La majorité des personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale sont en âge de travailler (15 ans et plus) et, avec des soins et un soutien appropriés, elles ont le potentiel d'être des membres précieux de la population active pendant toute leur vie professionnelle (87, 88). Les lieux de travail comprennent tous les contextes dans lesquels les travailleurs travaillent, en ce compris les économies formelles (emploi salarié traditionnel) et informelles (par exemple, vente dans la rue, commerce du sexe, nettoyage de maison). L'économie formelle comprend l'emploi dans les secteurs privé et public. Les personnes vivant avec le VIH ont trois fois plus de chances d'être sans emploi que les personnes de la population générale (89). De même, certaines populations clés, les femmes et d'autres populations vulnérables (par exemple les personnes transgenres, les femmes pauvres, les migrants) sont exclues du travail dans l'économie formelle et doivent souvent se livrer au commerce du sexe pour survivre. Cela est dû en partie à la stigmatisation et à la discrimination croisées et liées au VIH en rapport avec la race, la sexospécificité et la pauvreté persistant dans de nombreux contextes de lieux de travail formels dans le monde entier. Les expériences de stigmatisation et de discrimination sur le lieu de travail peuvent prendre la forme de refus d'embaucher une personne vivant avec le VIH, de harcèlement, d'intimidation, de dépistage ou de divulgation forcé(e), de refus d'opportunités d'emploi ou de promotion, de pressions pour démissionner ou de licenciement abusif (90-92). Un rapport de 2018 basé sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH de 10 pays ³a noté qu'en moyenne, 40 % des personnes vivant avec le VIH récemment sans emploi avaient perdu leur emploi ou une opportunité de revenu en conséquence directe de leur séropositivité (93).

Les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sur le lieu de travail sont d'une grande importance. Travailler sans stigmatisation liée au VIH est un droit. L'accès à et l'expérience du lieu de travail ont des implications incommensurables sur les moyens de subsistance et le bien-être d'une personne vivant ou supposée vivre avec le VIH, de sa famille et de sa communauté. En outre, dans de nombreux contextes, le lieu de travail peut être le site des programmes de santé publique visant à soutenir la prévention, le dépistage et le traitement du VIH. La présence de la stigmatisation et de la discrimination sur le lieu de travail peut saper l'effet de ces programmes, ce qui a des répercussions sur les efforts de santé publique axés sur le VIH.

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte du lieu de travail formel peuvent avoir un effet négatif sur la santé des employés vivant avec le VIH en décourageant le dépistage, les liens avec les soins, l'adhésion au traitement et les visites de soins de routine (12, 31, 57, 87, 88, 90-92, 94). Il existe de nombreux exemples de ce type d'impact parmi les employés dans des contextes éducatifs et de soins, où la stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent être particulièrement répandues. Les enquêtes sur les attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH menées auprès du grand public demandent souvent si les éducateurs vivant avec le VIH devraient être autorisés à enseigner (95, 96).

Certains lieux de travail exigent un dépistage obligatoire du VIH. Le dépistage obligatoire ou forcé n'est jamais approprié, quelle que soit l'origine de la contrainte (par exemple les soignants, les partenaires, les membres de la famille, les employeurs, les agents des forces de l'ordre). Ses ramifications sur le lieu de travail comprennent le déni d'emploi potentiel et la perte des moyens de subsistance (97). Pour certains groupes de travailleurs, les conséquences peuvent également être plus graves ; par exemple, les travailleurs migrants peuvent perdre leurs moyens de subsistance et être expulsés s'ils sont séropositifs (98).

3 Belize, Costa Rica, Fidji, Grèce, Honduras, Malawi, Nicaragua, République de Corée, Timor-Leste, Ukraine.

Le dépistage VIH obligatoire peut limiter les options d'emploi des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. Cela peut conduire au choix ou à la nécessité de travailler dans le secteur informel, ce qui est généralement associé à des revenus plus faibles, une moindre sécurité de l'emploi, une protection sociale plus faible et une plus grande vulnérabilité. Le secteur informel n'est cependant pas exempt de défis : si la séropositivité d'une personne est divulguée au sein d'une communauté, les moyens de subsistance de la personne en question peuvent être affectés en raison de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (par exemple, les vendeurs de nourriture et les professionnels du sexe peuvent perdre des clients) (34).

Les travailleurs qui ne vivent pas avec le VIH peuvent également être victimes de stigmatisation et de discrimination par association. Par exemple, les agents de santé peuvent être confrontés à des conséquences sociales et professionnelles pour les soins qu'ils prodiguent aux personnes vivant avec le VIH (94, 99).

Certaines formes de travail présentent un risque plus élevé d'exposition professionnelle au VIH et aux maladies stigmatisées qui y sont liées, comme la tuberculose. Par exemple, les agents de santé et les professionnels du sexe sont plus susceptibles, sur le plan professionnel, d'entrer en contact direct avec du sang et des liquides porteurs du VIH (94, 100). Les personnes transgenres, qui, en raison de la stigmatisation intersectionnelle, sont souvent limitées dans leurs options d'emploi au commerce du sexe sont confrontées à un risque accru de violence et d'exposition au VIH (101). Les conditions entourant certaines formes de travail et certains contextes de lieu de travail peuvent contribuer indirectement à l'infection à VIH, comme le démontre l'industrie minière en Afrique subsaharienne et d'autres industries qui dépendent de la main-d'œuvre migrante saisonnière (102-104). L'exploitation et les conditions inhumaines peuvent accroître le risque de VIH en incitant à des comportements sexuels à haut risque ou à la consommation de drogues, ou en augmentant la vulnérabilité à la violence sexuelle (98, 102-104). Il est particulièrement important de garantir l'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH de manière confidentielle et non stigmatisante dans ces contextes de lieu de travail. Les programmes de santé au travail ne sont pas toujours complets ou fondés sur les droits ; en outre, leurs directives peuvent ne pas s'aligner sur les normes minimales nationales ou internationales.

Les employés et les employeurs ont un rôle important à jouer dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et aux populations clés et vulnérables sur le lieu de travail et dans la promotion d'un environnement de travail sûr et favorable pour tous. Les employeurs peuvent façonner des politiques et des pratiques organisationnelles, tandis que les comportements des collègues peuvent influencer les normes sociales sur le lieu de travail (92, 105-107).

Exemples d'interventions et recommandations

L'annexe 2 présente deux interventions pertinentes pour les contextes des lieux de travail qui ont cherché à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Au-delà des interventions axées sur les responsables dans les domaines de l'éducation, des soins de santé et de la justice, il existe peu d'interventions officiellement évaluées qui soient spécifiques aux lieux de travail ou qui soutiennent directement l'accès à l'emploi pour les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, ainsi que les femmes et les filles,

en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. Cela souligne le besoin des pays de prioriser la recherche pour développer et tester des interventions de réduction de la stigmatisation et de la discrimination pour les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans différents types de lieux de travail formels et informels pour étendre les preuves sur ce qui fonctionne dans ces contextes.

Les interventions identifiées étaient basées sur des informations, de nature à développer les compétences et se concentraient sur les employés sur le lieu de travail. L'une de ces interventions visait à améliorer les attitudes et les connaissances sur le VIH ainsi que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ; il semble qu'elle ait réussi à atteindre ces résultats d'après l'évaluation réalisée. L'intervention est décrite dans l'encadré 4 (108). L'autre intervention, une session de formation d'une journée sur la sexospécificité et la diversité sexuelle menée auprès de 2825 employés du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida dans 38 pays (109), a permis d'aborder certains des stigmates croisés dans le contexte du VIH. La formation comprenait quatre modules qui abordaient (a) les considérations sanitaires et politiques relatives à la sexospécificité et aux minorités sexuelles ; (b) les concepts de la sexospécificité et de la sexualité ; (c) les expériences et les points de vue des membres et des défenseurs de la communauté lesbienne, gay, bisexuelle et transgenre ; et (d) la discussion sur un engagement significatif. Une série d'approches et d'activités pédagogiques ont été utilisées pour appuyer l'objectif visant à améliorer les attitudes et à répondre aux besoins des personnes issues de minorités sexuelles et sexospécifiques sur le lieu de travail. L'intervention a permis d'améliorer de 30 % « la capacité de réduction de la stigmatisation et de la discrimination (des minorités sexuelles et sexospécifiques) sur le lieu de travail ».

Bien qu'il existe peu d'évaluations publiées sur les interventions sur le lieu de travail en dehors des secteurs de l'éducation, des soins de santé et de l'application de la loi, une attention particulière a été accordée à ce sujet, notamment dans le contexte de l'Afrique du Sud. Deux études de cas portant sur les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail en Afrique du Sud ont mis en évidence l'importance de l'implication des parties prenantes et des syndicats comme moyen essentiel d'instaurer la confiance. En outre, on estime que les politiques de confidentialité sur le lieu de travail auraient plus d'effet pour atténuer les craintes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH si ces politiques étaient communiquées plus clairement aux employés. Il a été recommandé que les lieux de travail offrent aux employés un accès à des services médicaux en dehors de l'entreprise afin d'encourager les employés à accéder aux services de santé et d'offrir une plus grande garantie de confidentialité.

Une autre évaluation réalisée à Durban, en Afrique du Sud, a porté sur huit entreprises de construction dont les politiques visaient à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Ces politiques comportaient des dispositions telles que l'interdiction du dépistage obligatoire avant ou pendant l'emploi et la spécification de procédures de recours à l'encontre des travailleurs qui font preuve de discrimination à l'égard d'un collègue en raison de son statut VIH réel ou supposé. Dans l'ensemble, l'inclusion de ces politiques a été bénéfique, et les employés ne craignaient plus de perdre leur emploi en raison de leur statut VIH. Cependant, les employés vivant avec le VIH craignaient toujours de subir la stigmatisation et la discrimination de la part de leurs collègues. Cela souligne l'importance des politiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sur le lieu de travail, à tous les niveaux. Cela inclut non seulement le personnel sur le lieu de travail au sens large, qui peut avoir besoin d'une formation spécifique au VIH, mais aussi les employés vivant avec le VIH, qui peuvent avoir besoin d'un soutien pour faire face à la stigmatisation intériorisée et anticipée et la combattre (105).

Encadré 3

Intervention et évaluation sur le lieu de travail multi-pays en Afrique subsaharienne.

Une évaluation de l'intervention sur le lieu de travail StopAIDS d'ExxonMobil en Angola, au Cameroun, au Tchad, en Côte d'Ivoire, en Guinée équatoriale,

au Kenya et au Nigeria a été publiée en 2010 (108). L'initiative, qui a débuté en 2005 sur les sites d'ExxonMobil en Afrique subsaharienne, comprenait les éléments suivants :

- Composante d'éducation par les pairs développée par Population Services International : outre l'amélioration des connaissances sur le VIH et de la capacité à prévenir l'infection à VIH et la transmission du VIH, les objectifs de cette composante comprenaient la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans ce contexte et au-delà, et le soutien positif des personnes vivant avec le VIH. Dans le cadre de cette intervention, des groupes de pairs d'environ 15 employés ont été formés. Dans chaque groupe, trois pairs-éducateurs ont été sélectionnés pour animer 15 séances d'une demi-heure sur une période de 12 à 18 mois. Ces pairs-éducateurs ont reçu trois jours de formation avant le début de l'intervention et deux jours de formation de recyclage six mois après le début de l'intervention. Vers la fin de l'intervention, des pairs-éducateurs ont été sélectionnés pour servir de formateurs afin de soutenir le programme.
- Plan d'assurance médicale : ExxonMobil a pris des mesures pour s'assurer que les plans médicaux des pays locaux supprimaient les exclusions concernant la couverture et le traitement des maladies associées au sida au VIH. Dans le cadre de cette intervention, des centres locaux appropriés de dépistage et de traitement du VIH ont été identifiés et promus auprès du personnel d'ExxonMobil.

L'évaluation s'est concentrée sur les 7 plus grands des 21 sites. Une évaluation quasi-expérimentale sans groupe témoin a été réalisée, recueillant des données à l'aide d'enquêtes auto-administrées auprès de 993 employés exposés à l'intervention. L'intervention a été bien accueillie, les seuls commentaires constructifs ayant trait à l'augmentation de la fréquence et à l'élargissement du public (par exemple pour inclure les membres de la famille du personnel) des sessions éducatives. L'évaluation a observé des améliorations significatives de plusieurs indicateurs de connaissances (méthodes de prévention du VIH, symptômes des infections sexuellement transmissibles liés au genre, modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant), mais pas d'autres indicateurs (modes de transmission du VIH, mythes concernant la transmission du VIH). Des améliorations significatives des attitudes ont été observées ; plus particulièrement, les répondants étaient « deux fois plus nombreux à n'exprimer aucune attitude discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida » (108). Après l'intervention, les personnes interrogées étaient plus susceptibles de demander un test de dépistage du VIH. Les participants étaient également plus susceptibles d'avoir eu des comportements sexuels à risque (par exemple partenaires multiples, rapport sexuel rémunéré, utilisation irrégulière du préservatif), mais cette « augmentation » a peut-être été attribuée à une volonté accrue de discuter et de signaler ces comportements.

Tableau 6.

Recommandations pour les contextes du lieu de travail

| Niveau (populations cibles) | Recommandations |
|--|--|
| Individu (travailleurs) | <p>Informer le personnel sur les possibilités de recours.</p> <p>Sensibiliser les travailleurs aux possibilités de faire valoir leurs droits.</p> <p>Fournir des informations sur les liens avec les partenaires extérieurs, comme les hotlines nationales et les prestataires de services juridiques (par exemple les organisations non gouvernementales) dans l'économie informelle, le cas échéant.</p> <p>Fournir une formation sur les droits de l'homme et les compétences en matière d'égalité entre les sexes à tous les travailleurs, notamment des informations sur les politiques existantes sur le lieu de travail en matière de VIH et de non-discrimination.</p> |
| Organisationnel (employeurs) | <p>Baser les politiques et pratiques en matière de VIH sur le lieu de travail sur les principes de non-discrimination, d'égalité entre les sexes, d'environnement de travail sain, de dialogue social, de non-sélection aux fins d'emploi, de confidentialité, de relation d'emploi continue, de prévention, de soins et d'appui ; ces politiques et pratiques devraient être intégrées dans d'autres politiques existantes telles que les politiques de santé et de sécurité au travail.</p> <p>Dans la mesure du possible, veiller à ce que les chaînes d'approvisionnement en amont et en aval disposent de telles politiques et pratiques.</p> <p>Les politiques et pratiques pourraient comprendre les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux employés d'accéder aux services de lutte contre le VIH ou développer des partenariats avec les prestataires de services de lutte contre le VIH afin de contribuer à réduire la stigmatisation qui entoure le dépistage et le traitement du VIH. • Promouvoir le dépistage du VIH et les initiatives visant à « connaître son statut » sur le lieu de travail, seul ou par le biais d'un dépistage multi-maladies. • Fournir un accès aux services de traitement du VIH afin de réduire la stigmatisation entourant le dépistage et le traitement du VIH. • Proposer des politiques de congé flexibles pour permettre les visites médicales ou offrir des plans d'assurance qui répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des membres des populations clés. • Veiller à ce que les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, ainsi que les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – ne se voient pas refuser des aménagements raisonnables ; à ce qu'elles ne soient pas victimes de violence et de harcèlement sur le lieu de travail ; et à ce que des mesures soient mises en place pour garantir la confidentialité des données (y compris les données personnelles et médicales). • Veiller à ce qu'il n'y ait pas de discrimination fondée sur le statut VIH réel ou perçu dans le recrutement, l'emploi continu, la recherche de l'égalité des chances ou la résiliation du contrat. • Diffuser des informations sur les politiques et dispositions existantes en matière de VIH sur le lieu de travail à tous les membres du personnel afin qu'ils comprennent leurs droits et les moyens de traiter toute violation de la politique ; cela inclut la formation de pairs-éducateurs à tous les niveaux du lieu de travail pour diffuser les informations. • Revoir et réviser régulièrement les politiques et les pratiques sur le lieu de travail pour s'assurer qu'elles protègent contre la discrimination des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. • Intégrer une formation sur la diversité sexospécifique et sexuelle pour les responsables (par exemple, les médecins, les infirmières, les avocats, les juges, les agents des forces de l'ordre) afin de réduire la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH. • Mesurer régulièrement les connaissances, les attitudes et les comportements des éducateurs et du personnel scolaire afin d'informer sur la portée de la formation sur le lieu de travail concernant le VIH et les droits de l'homme. |
| Communauté (travailleurs, familles, membres de la communauté) | <p>Former, sensibiliser et fournir aux travailleurs, à leurs familles et aux membres des communautés environnantes des informations précises, actualisées, pertinentes et éclairées par des données probantes sur le VIH, les comorbidités et les connaissances juridiques.</p> |
| Politique publique (gouvernement national, législateurs) | <p>Mettre en place un système de suivi national pour saisir la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits subies par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés dans le cadre du lieu de travail afin de leur apporter soutien et réparation.</p> <p>Renforcer le soutien aux politiques de protection et de non-discrimination sur le lieu de travail en encourageant les législateurs et autres décideurs à accroître leur capacité à comprendre et à élaborer des politiques non discriminatoires.</p> |

Contextes éducatifs

Dans le contexte éducatif, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont influencées par des facteurs allant des politiques scolaires à l'attitude des enseignants, en passant par l'exhaustivité du programme d'éducation sexuelle. Les étudiants et les éducateurs vivant avec le VIH peuvent anticiper ou subir la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les écoles, notamment le harcèlement et la violence, la négligence, l'évitement et l'isolement, les violations de la confidentialité et le refus d'inscrire les étudiants ou la perte d'emploi des éducateurs (95, 96, 110-113). Ces manifestations de stigmatisation et de discrimination peuvent avoir de graves répercussions sur la santé et le bien-être des étudiants et des éducateurs vivant avec le VIH.

Le fait de vivre dans la crainte d'une divulgation accidentelle, de ne pas bénéficier d'un soutien social et structurel suffisant ou de devoir faire face à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH peut entraîner une mauvaise santé mentale chez les étudiants et les éducateurs vivant avec le VIH (112, 114, 115). L'adolescence est une période particulièrement difficile pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH. Pendant cette période de transition, les enfants ne disposent pas toujours des connaissances et des compétences sociales nécessaires pour faire face à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH (110). En outre, les jeunes et les adolescents vivant avec le VIH peuvent être confrontés à des vulnérabilités qui se croisent et s'aggravent en raison de leur séropositivité, comme le statut socio-économique, la sexospécificité et la sexualité, ou encore l'exposition à la violence dans leur foyer, leur communauté ou leur école (53, 114, 116). Les jeunes touchés par le VIH par association ou par perte peuvent être confrontés à des difficultés connexes et ont des besoins de soutien uniques pour faire face à la situation. Il est particulièrement important de s'attaquer à ces facteurs collectifs qui contribuent à une mauvaise santé mentale, car ils peuvent conduire à la dépression et aux pensées suicidaires (116).

Les étudiants et les éducateurs vivant avec le VIH peuvent avoir une mauvaise santé physique s'ils ne se sentent pas à l'aise avec le fait d'accorder la priorité à leur santé dans les contextes du lieu de travail ou de l'éducation. Les étudiants et les éducateurs qui vivent avec le VIH sont confrontés à des défis en matière d'observance du traitement, qui peuvent inhiber la suppression virale et entraîner des symptômes physiques et une résistance aux médicaments. Les élèves vivant avec le VIH peuvent éviter de prendre leurs médicaments à l'école ou en présence de leurs camarades de classe (117-119). L'observance du traitement peut être particulièrement problématique pour les étudiants en internat ou à l'université, car ils peuvent manquer d'espace privé pour stocker et prendre leurs médicaments. Les étudiants et les enseignants vivant avec le VIH peuvent éviter les rendez-vous médicaux ou le retrait de leurs ordonnances afin d'éviter les soupçons ou les punitions pour avoir manqué l'école ou le travail ou pour avoir été vus dans des environnements associés au VIH (95, 96, 118-120). Pour les éducateurs, les effets de la stigmatisation sur le bien-être physique et mental, combinés à l'exclusion sociale et au manque de soutien, peuvent se combiner pour entraver leur capacité à accomplir leurs tâches à un niveau optimal (115).

Les résultats scolaires des étudiants vivant avec le VIH peuvent pâtir de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et de la mauvaise santé mentale et physique qui en découle (112). Certains élèves vivant avec le VIH peuvent devoir changer d'école ou abandonner l'école en raison de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH ou de la violence intime ou sexiste suite à une divulgation intentionnelle ou accidentelle (117-119). Ces expériences peuvent compromettre leur formation, ce qui peut à son tour compromettre leurs moyens de subsistance et leur bien-être futurs (112, 117-119).

Grâce à l'amélioration des dépistages, des traitements et de la couverture, de plus en plus d'enfants nés avec le VIH survivent jusqu'à l'adolescence. Cela signifie que, plus que jamais, il est important que les écoles servent d'environnement de soutien aux étudiants vivant avec le VIH (121). Les étudiants vivant avec le VIH, comme tous les étudiants atteints de maladies chroniques, ont besoin d'un environnement éducatif favorable et stimulant pour s'épanouir. Selon l'International Technical Guidance on Sexuality Education, les écoles sont des lieux importants pour aider les jeunes à mener une vie heureuse et saine en encourageant l'engagement dans les services de santé et en réduisant la stigmatisation et la discrimination au sein de la communauté (122). Malheureusement, de nombreuses écoles ne disposent pas des politiques, des structures et du personnel formé nécessaires pour soutenir les étudiants vivant avec le VIH dans leur éducation et la gestion de leur santé. Les efforts programmatiques et politiques dans le secteur de l'éducation doivent se concentrer sur la création d'un environnement favorable pour tous les étudiants, y compris les étudiants vivant avec le VIH, les filles et les membres des populations clés et vulnérables, que leur état de santé ou leur identité ait été divulgué ou non. Ces efforts dans le domaine de l'éducation devront tenir compte de l'accessibilité des services, notamment en ce qui concerne l'âge du consentement. Par exemple, le gouvernement sud-africain a mis en place une politique intégrée de santé scolaire qui permet de mettre des services de lutte contre le VIH, notamment l'accès au dépistage du VIH et aux préservatifs, à la disposition des élèves âgés de 12 ans et plus sans le consentement des parents (123).

L'adolescence est une période au cours de laquelle les gens commencent à explorer leur sexualité (124). Les adolescents vivant avec le VIH ont besoin de soutien pour avoir des rapports sexuels sûrs et consensuels, mais la stigmatisation qui entoure les discussions sur la sexualité avec les adolescents vivant avec le VIH peut empêcher la diffusion appropriée de ces informations (118, 119, 124-127). De grands progrès ont été réalisés dans ce domaine par des agences internationales comme l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et le Fonds des Nations Unies pour la population, grâce à l'amélioration de l'accès à une éducation sexuelle complète dans les écoles et en dehors de celles-ci. Toutefois, dans de nombreux contextes, un soutien supplémentaire est nécessaire pour mettre en œuvre pleinement et efficacement ce programme, et il convient d'inclure et de prioriser les dispositions relatives aux étudiants vivant avec le VIH, en particulier dans les contextes à forte prévalence (122, 128).

Les éducateurs servent de modèles à leurs étudiants et à la communauté au sens large. Par conséquent, la manière dont les éducateurs discutent de sujets liés au VIH et traitent les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – a une très grande influence (68, 129). Les éducateurs peuvent discuter du VIH et de la sexualité avec de fortes nuances moralisatrices qui jugent les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – et les comportements qui exposent la population au risque d'infection à VIH (68, 118, 119). Ces discussions ne sont pas nécessairement malveillantes – il se peut plutôt que les éducateurs ne connaissent pas les derniers messages sensibles d'un point de vue culturel sur la prévention, les soins et le traitement liés au VIH ; qu'ils soient influencés par des normes culturelles, religieuses ou traditionnelles qui soutiennent ces messages ; ou qu'ils utilisent un langage de jugement dans le but de s'assurer que les étudiants n'adoptent pas de comportements susceptibles d'entraîner une infection à VIH. Dans certains cas, les programmes et les politiques de santé sexuelle et reproductive dont ils tirent leurs leçons peuvent avoir des tons stigmatisants et discriminatoires et peuvent négliger les besoins des étudiants qui s'identifient comme une minorité sexuelle ou sexospécifique. Ces messages ne sont ni précis, ni sensibles, ni favorables aux étudiants qui vivent avec le VIH ou qui s'identifient comme une minorité sexuelle ou sexospécifique (68, 118, 119, 129). Il est important que les éducateurs et les établissements d'enseignement traitent les besoins spécifiques des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – tout en protégeant leurs droits à la confidentialité, à la non-stigmatisation et à la non-discrimination, et à un traitement égal (130).

Encadré 4

Divulgence

Les jeunes d'âge scolaire vivant avec le VIH peuvent avoir des sentiments et des expériences compliqués en matière de divulgation. Les personnes de cette tranche d'âge reçoivent souvent des messages contradictoires concernant la divulgation. Les membres de la famille ou les aidants non professionnels peuvent expressément interdire la divulgation afin de protéger un jeune ou l'ensemble du ménage des répercussions réelles ou perçues de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (118). En même temps, il n'est pas rare que les aidants non professionnels révèlent la séropositivité d'un jeune à l'école ou à d'autres membres de la famille sans le consentement de la personne.

Les prestataires de soins de santé peuvent encourager une divulgation limitée afin de soutenir l'adhésion au traitement ou de prévenir la transmission potentielle aux partenaires sexuels actuels ou futurs de l'adolescent. Les jeunes vivant avec le VIH peuvent avoir le sentiment de ne pas être autonomes en matière de divulgation, ce qui peut être une source de détresse et de mécontentement. Les jeunes peuvent vouloir partager leur séropositivité avec un proche pour les aider à faire face au fait qu'ils vivent avec le VIH. Une telle divulgation peut avoir un succès variable. La divulgation du statut sérologique ne doit pas être une mesure de réussite d'une intervention visant à réduire la stigmatisation et peut ne pas être recommandée aux jeunes vivant avec le VIH dans les contextes éducatifs.

La divulgation est une préoccupation permanente et un processus décisionnel continu pour toutes les personnes vivant avec le VIH. Les jeunes vivant avec le VIH ont besoin de soutien et de conseils pour prendre de telles décisions et pour faire face au processus de divulgation, en particulier lorsqu'ils commencent à avoir des rapports sexuels (131).

Si certains éducateurs peuvent perpétuer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les écoles, nombre d'entre eux sont également des sources de soutien essentielles pour les étudiants vivant avec le VIH. Par exemple, les éducateurs peuvent discrètement rappeler aux élèves vivant avec le VIH de prendre leurs médicaments ou les dispenser de cours pour les rendez-vous médicaux afin de préserver la confidentialité de leur statut (119). Il est très important de fournir ce type de soutien pratique, social et émotionnel aux étudiants et il devrait être encouragé dans tous les contextes éducatifs. Il est important que les éducateurs reçoivent une formation et des ressources suffisantes pour être en mesure d'être des sources de soutien. Une étude menée au Zimbabwe a souligné que les éducateurs se sentent souvent mal préparés et peu sûrs de la meilleure façon de soutenir les jeunes vivant avec le VIH (129).

Exemples d'interventions et recommandations

L'annexe 3 présente 13 interventions pertinentes pour les contextes éducatifs qui ont cherché à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. L'encadré 6 présente une étude de cas de l'une de ces études d'intervention. La majorité des interventions étaient fondées sur des informations ou visaient

à développer les compétences. Quelques interventions comprenaient également des contacts avec des groupes touchés par le VIH et un soutien via des conseils. La réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH a principalement pris la forme d'une amélioration des attitudes et des connaissances concernant le VIH. Parmi les autres résultats notables, nous pouvons citer une volonté accrue de soutenir les personnes vivant avec le VIH lorsque cela est nécessaire, un intérêt pour en savoir plus sur le VIH, une amélioration au niveau des comportements personnels concernant les risques et la santé par rapport au VIH (par exemple, demander un dépistage, utiliser des préservatifs), ainsi qu'une amélioration de la capacité et de l'intention d'appliquer ces comportements.

Bien qu'elles ne soient pas mentionnées dans l'annexe 3, dans un certain nombre de pays, il existe des lois et des politiques au niveau national et au niveau des écoles pour garantir que les élèves vivant avec le VIH puissent avoir accès à l'éducation (132, 133) – mais ces politiques ne sont pas toujours appliquées de manière adéquate (134). Dans certains cas, les administrateurs peuvent être confrontés à des pressions de la part des familles des enfants scolarisés pour refuser l'admission d'étudiants séropositifs. Dans d'autres cas, le personnel de l'école peut ne pas être informé de ces politiques. Cela souligne comment les politiques visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les contextes éducatifs peuvent ne pas être fructueuses seules sans des composantes d'intervention qui tiennent compte de ou opèrent à des niveaux socio-écologiques multiples (64).

Encadré 5

Programme scolaire en Zambie pour soutenir la prévention du VIH et la santé reproductive au niveau des étudiants

Une étude réalisée en 2012 a évalué le modèle dirigé par les jeunes du programme éducatif concernant le VIH de la Restless Development School via une conception quasi-expérimentale non randomisée dans 15 écoles d'intervention et 15 écoles de contrôle en Zambie (135). Le programme comprenait deux stratégies :

- Mise en place de paires de pairs-éducateurs volontaires formés dans les écoles pour une année académique : les volontaires ont généralement 18-25 ans et ont au moins un diplôme d'études secondaires. Ils reçoivent une allocation mensuelle de 80-90 dollars US et une supervision mensuelle.
- Offrir un programme complet de compétences psychosociales et de santé sexuelle par le biais de leçons participatives hebdomadaires de 40 minutes en classe : ce programme s'étend au-delà de la classe en offrant aux étudiants l'accès à un centre de documentation pour les jeunes avec une bibliothèque et des conseils, ainsi que des activités extrascolaires coordonnées par les pairs-éducateurs volontaires ; l'organisation d'événements éducatifs communautaires sur des sujets spécifiques (par exemple, la prévention du mariage précoce) ; et le développement des capacités des enseignants par le biais d'ateliers périodiques sur des sujets spécifiques.

Des données d'enquête quantitatives ont été analysées sur un total de 2133 élèves de huitième et neuvième année (1088 élèves des écoles de l'intervention, 1045 élèves des écoles témoins). Le programme semble avoir une influence positive sur les connaissances et le comportement des étudiants. Il a été observé que les étudiants des écoles de l'intervention avaient une meilleure connaissance des sujets liés au VIH et à la santé reproductive, étaient moins dans la stigmatisation et faisaient preuve d'une plus grande auto-efficacité en matière de sexe (utilisation d'un préservatif, refus des rapports sexuels non désirés).

L'engagement réfléchi des jeunes adultes, la durée de l'intervention et les composantes à plusieurs niveaux ont contribué au succès du programme. Les coûts étaient modestes, à environ 21 dollars US par bénéficiaire atteint.

Tableau 7.

Recommandations pour les contextes éducatifs.

| Niveau (populations cibles) | Recommandations |
|---|--|
| <p>Individuel (étudiants vivant avec le VIH)</p> | <p>Mettre en œuvre des programmes (par exemple, des programmes de mentorat par les pairs, des groupes de soutien, des clubs d'adhésion) en dehors du cadre scolaire pour les étudiants vivant avec le VIH (par exemple, dans les centres de santé ou les centres communautaires) afin d'apporter les compétences et la confiance nécessaires pour gérer la vie avec le VIH et réduire la stigmatisation intériorisée.</p> |
| <p>Organisationnel (écoles, centres de santé)</p> | <p>Offrir aux adolescents l'accès à des services VIH adaptés aux jeunes, qui garantissent la confidentialité et un environnement exempt de stigmatisation et de discrimination.</p> <p>Veiller à ce qu'une éducation sexuelle complète soit dispensée dans toutes les écoles, dès le niveau d'éducation primaire. Cette éducation devrait fournir aux apprenants les connaissances, les compétences et les valeurs dont ils ont besoin pour éliminer les idées fausses liées au VIH, à la sexualité et à la sexospécificité ; pour promouvoir l'égalité entre les sexes, la non-discrimination, l'inclusivité et les droits de l'homme ; et pour réduire les stigmatisations croisées concernant le VIH, la sexualité et les comportements sexuels.</p> <p>Mettre en œuvre une formation sur le lieu de travail pour permettre aux éducateurs de dispenser une éducation sexuelle complète, en ce compris la formation des éducateurs pour qu'ils soient sûrs d'eux et soient prêts à communiquer avec les apprenants sur le dépistage, le traitement, les soins et la prévention du VIH, les droits des personnes vivant avec le VIH et les questions liées à la prévention de la violence sexiste, de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des populations « laissées pour compte » – y compris, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants et les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> <p>Mettre en œuvre des programmes sur le VIH sur le lieu de travail pour les éducateurs et le personnel qui offrent une formation sur le VIH et les pratiques non discriminatoires, un accès aux services et aux avantages pour le personnel vivant avec ou affecté par le VIH, et des politiques visant à prévenir la stigmatisation et la discrimination et à garantir la confidentialité.</p> <p>Utiliser des stratégies de contact dans les cadres éducatifs (par exemple, inviter des personnes vivant avec le VIH à faire des présentations dans les écoles ou lors de sessions de formation des enseignants) afin de sensibiliser à la stigmatisation et à ses effets néfastes et de réduire les attitudes négatives à l'égard des populations « laissées pour compte », notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants et les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> <p>Mettre en œuvre et maintenir des politiques visant à prévenir et à traiter toutes les formes de violence, de harcèlement et de cyberharcèlement à l'école, notamment sur la base du statut VIH, de la sexospécificité ou d'un comportement non conforme aux normes de genre.</p> <p>Mettre en place des mécanismes de signalement et de réaction aux incidents de stigmatisation et de discrimination et de fourniture de soins et d'un appui psychosociaux.</p> <p>Revoir et réviser régulièrement les politiques et les pratiques dans les contextes éducatifs pour s'assurer qu'elles protègent contre la discrimination des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> |
| <p>Communauté (parents, responsables communautaires, communautés confessionnelles et autres communautés religieuses)</p> | <p>Mettre en œuvre des programmes communautaires pour soutenir les étudiants et les éducateurs vivant avec le VIH afin de réduire la stigmatisation intériorisée et d'appuyer la gestion du VIH, comme des réseaux de soutien et le mentorat par les pairs.</p> <p>Engager les parents et la communauté au sens large dans la réduction de la stigmatisation (par exemple, réunions communautaires, stratégies de contact, sensibilisation par le biais des médias culturels) pour s'attaquer aux moteurs de la stigmatisation dans les milieux éducatifs.</p> <p>Appliquer des programmes pour améliorer l'accès aux opportunités d'éducation pour les adolescentes et les jeunes femmes vivant avec le VIH ou vulnérables à l'infection à VIH.</p> |
| <p>Politique publique (ministères de l'éducation, ministères des protections sociales, écoles de formation des enseignants).</p> | <p>Intégrer la sensibilisation au VIH, la sensibilisation à la sexospécificité, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et la sensibilisation aux droits de l'homme dans les programmes des écoles de formation des enseignants.</p> <p>Mettre en œuvre une formation initiale pour permettre aux éducateurs de dispenser une éducation sexuelle complète, en ce compris la formation des éducateurs pour qu'ils soient sûrs d'eux et soient prêts à communiquer avec les apprenants sur le dépistage, le traitement, les soins et la prévention du VIH, les droits des personnes vivant avec le VIH et les questions liées à la prévention de la violence sexiste, de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des populations « laissées pour compte » – y compris, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants et les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> <p>Élaborer et appliquer une politique de tolérance zéro dans le secteur de l'éducation par rapport à la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH ; dans les milieux à faible prévalence, il peut être plus approprié d'intégrer le VIH dans une politique générale de non-discrimination.</p> <p>Réviser les directives nationales du secteur de l'éducation afin de promouvoir l'adhésion au traitement, de soutenir les programmes de santé scolaires et les liens avec les services de santé, et de veiller à ce que les jeunes vivant avec le VIH aient accès à un appui sûr et confidentiel pour l'adhésion au traitement.</p> <p>Adapter, adopter ou appliquer des lois pour garantir aux adolescents un accès légal aux dépistages et aux services liés au VIH en supprimant les restrictions liées à l'âge.</p> <p>Veiller à ce que les politiques d'éducation et de protection sociale soient en accord avec et sensibles aux besoins spécifiques des jeunes touchés par le VIH, notamment les orphelins et autres enfants qui sont confrontés à la stigmatisation et aux vulnérabilités croisées ; cela implique de garantir l'accès aux subventions pour les frais de scolarité et aux programmes d'alimentation scolaire qui tiennent compte du VIH.</p> <p>Revoir et réviser régulièrement les politiques et les pratiques dans le secteur éducatif pour s'assurer qu'elles protègent contre la discrimination des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> |

Contextes sanitaires

Les structures sanitaires peuvent être une source de stigmatisation et de discrimination, ainsi que de soins et de traitement, pour les personnes vivant avec le VIH (12, 30, 136, 137). Les exemples comprennent les retards inutiles dans le traitement, les soins différentiels (par exemple, éviter le contact physique, la gestion inadéquate de la douleur, la séparation des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant des autres services de santé maternelle et infantile), les soins conditionnels (par exemple, n'accorder l'accès à la thérapie antirétrovirale qu'à condition d'utiliser un préservatif ou un moyen de contraception), la négligence (par exemple, refuser la nourriture, l'eau ou l'hygiène) ou le refus de service – tous ces éléments entravent directement l'accès à des soins de santé appropriés. La stigmatisation peut se manifester par le fait que les agents de santé utilisent un langage de jugement, effectuent des dépistages du VIH sans consentement, prennent des précautions inutiles (par exemple, porter des doubles gants, des masques, brûler les draps de lit) ou violent la confidentialité (par exemple, commérage, divulgation aux membres de la famille sans autorisation). De telles manifestations de stigmatisation et de discrimination peuvent entraver l'accès aux soins de santé en décourageant les personnes vivant avec le VIH (ou qui soupçonnent qu'elles peuvent vivre avec le VIH) de demander le dépistage et le traitement nécessaires (12, 30, 31, 57, 136-141). L'augmentation récente de l'indice de dépistage du VIH et de la notification des partenaires, en particulier chez les adolescentes, dans les milieux à forte prévalence peut accroître la stigmatisation, la discrimination et la violence parmi les populations vulnérables, les femmes et les filles et dissuader les comportements de recherche de soins de santé (142).

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les structures sanitaires en tant que violation des droits de l'homme peuvent avoir un impact négatif sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ainsi que des populations clés et vulnérables, et entraver les efforts visant à stopper la transmission du VIH (136, 143, 144). Les personnes qui s'inquiètent de contracter le VIH peuvent être moins enclines à chercher des informations sur le VIH ou à discuter de pratiques sexuelles sûres avec un prestataire par crainte de la stigmatisation (57, 140). Le manque d'amabilité du personnel soignant et le manque de confidentialité ont été cités par les personnes qui ne sont pas sûres de leur statut VIH comme une raison de ne pas accéder aux services de dépistage du VIH (145). Les personnes victimes de stigmatisation et de discrimination dans les structures sanitaires sont plus susceptibles d'avoir des interruptions de soins ou une mauvaise observance du traitement, ce qui augmente la probabilité de résistance aux médicaments et complique la gestion de l'épidémie (140, 141).

Lorsque les soignants et les travailleurs du secteur de la santé font preuve de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, cela est souvent attribué aux préjugés à l'égard des « comportements marginalisés » (141), à la crainte de la transmission du VIH et aux idées fausses sur le VIH et sur la façon dont il se propage ou non (30, 57, 141).

Les adolescents vivant avec le VIH sont confrontés à de nombreux défis en rapport avec la stigmatisation et la discrimination liées au VIH en termes d'accès aux soins de santé et de réception de services de santé de bonne qualité. Les adolescents peuvent éviter le dépistage du VIH dans certains milieux parce que le consentement des parents est nécessaire pour bénéficier du dépistage (113). La confidentialité est une préoccupation particulière des adolescents qui cherchent à obtenir des soins et des informations sur le VIH et la santé sexuelle, et ils ne peuvent pas demander ces soins et ces informations aux structures sanitaires si leur vie privée ne peut être préservée (113). Dans certains milieux, les prestataires de soins et autres adultes peuvent donner aux adolescents vivant avec le VIH des informations incomplètes, subjectives ou simplistes sur la gestion du VIH et la santé sexuelle. Par exemple, une étude

menée en Zambie a révélé que les adolescents vivant avec le VIH se faisaient dire par les prestataires de soins et les membres de leur famille de ne pas avoir de rapports sexuels, de ne pas se marier et de ne pas fonder de famille. Non seulement ces conseils violent les droits des adolescents vivant avec le VIH, mais ils peuvent également nuire à leur santé mentale et émotionnelle (118, 119). Ces préoccupations collectives sont renforcées pour les adolescents et les jeunes qui s'identifient comme une minorité sexuelle ou sexospécifique en raison de la stigmatisation croisée et des services de santé qui négligent souvent les besoins spécifiques des minorités sexuelles et sexospécifiques (44, 72).

Exemples d'interventions et recommandations

L'annexe 4 présente 20 interventions fructueuses visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte des structures sanitaires. L'une de ces études est développée dans l'encadré 7.

Ces interventions impliquaient principalement des soignants (médecins, infirmières, techniciens de laboratoire) ou des agents de santé (tout le personnel employé dans un centre de santé). Quelques-unes des interventions se sont concentrées sur les étudiants en soins infirmiers ou en médecine, les personnes vivant avec le VIH ou les personnes recherchant des services liés au VIH. La majorité des interventions étaient basées sur des informations ou visaient à développer les compétences, tandis que d'autres comprenaient des contacts avec des groupes touchés par le VIH et des approches structurelles englobant des activités visant à traiter les facteurs structurels qui influencent les manifestations de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, comme les politiques dans les structures sanitaires.

La réduction de la stigmatisation et de la discrimination a principalement pris la forme d'une amélioration des attitudes envers les personnes vivant avec ou supposées vivre avec le VIH, d'une meilleure connaissance du VIH et d'une diminution de la peur de l'infection. Il a également été constaté que certaines de ces interventions présentaient l'avantage supplémentaire d'améliorer les comportements personnels des agents de santé en matière de dépistage du VIH et de réduction des risques (94, 127).

Il manque notamment à l'Annexe 4 des interventions aux niveaux politique et institutionnel. Cela est dû en partie au fait que les effets de ces initiatives sont difficiles à évaluer de manière approfondie, mais leur importance a été établie dans la littérature (146). Il existe des exemples notables d'interventions politiques à cette fin. En Thaïlande, le ministère de la Santé publique cherche à instituer une formation pour tous les agents de santé afin de réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. L'étude pilote de ce programme a fourni des résultats positifs dans l'hôpital participant et chez 30 agents de santé. Ces résultats ont incité à étendre ce programme aux hôpitaux de quatre provinces de Thaïlande (147, 148).

Encadré 6

Formation d'étudiants infirmiers en Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong

Une étude réalisée en 2008 a évalué si un programme de connaissances-contact serait plus efficace qu'un programme de connaissances uniquement pour réduire la stigmatisation liée au VIH chez les étudiants en soins infirmiers de premier cycle (149). Les programmes ont été différenciés comme suit :

- Programme connaissances uniquement : conférence d'information de 50 minutes, avec une session de questions-réponses, sur la

transmission, la progression et la prévention du VIH. Cette conférence a été donnée par une infirmière à la retraite ayant l'expérience de la diffusion d'informations sur le VIH dans les contextes communautaires.

- Programme connaissances-contact : la même conférence d'information de 50 minutes que ci-dessus a été donnée, suivie immédiatement d'une session de contact de 50 minutes, avec une session de questions-réponses. La session de contact a été donnée avec deux hommes vivant avec le VIH (un qui s'est identifié comme hétérosexuel et un autre qui s'est identifié en tant qu'homme ayant des rapports sexuels avec des hommes) et une animatrice. Ces trois personnes ont été formées pour faciliter les activités de réduction de la discrimination et de la stigmatisation liées au VIH. Au cours de la session de contact, les hommes vivant avec le VIH ont souligné (a) leurs interactions positives et négatives passées avec le personnel infirmier afin de faire ressortir le puissant impact des attitudes et des comportements du personnel infirmier sur le bien-être des personnes vivant avec le VIH ; (b) les changements physiques et les luttes psychologiques auxquels ils ont dû faire face avant de pouvoir vivre avec le VIH afin de susciter l'empathie des étudiants en soins infirmiers ; et (c) leurs espoirs et leurs souhaits d'élargir les perspectives des étudiants en soins infirmiers sur les personnes vivant avec le VIH (149). Au total, 89 étudiants infirmiers de deux universités ont participé à l'étude (39 dans le programme de connaissances uniquement, 50 dans le programme de connaissances-contact). Les deux programmes ont observé des améliorations significatives dans les connaissances du VIH, les attitudes stigmatisantes, la peur de l'infection, la volonté de traiter et le bien-être émotionnel. En comparaison avec le programme de connaissances uniquement, le programme de connaissances-contact a présenté des avantages à court terme bien plus importants concernant l'amélioration des attitudes stigmatisantes. Cette étude donne un aperçu des composantes d'un programme de formation efficace pour réduire la stigmatisation liée au VIH chez les étudiants en soins infirmiers. L'avantage de faciliter le contact avec les personnes vivant avec le VIH et de fournir des connaissances sur le VIH a été démontré.
-

Tableau 8.

Recommandations pour les contextes des structures sanitaires

| Niveau (populations cibles) | Recommandations |
|---|--|
| <p>Individuel (personnes vivant avec le VIH et populations clés)</p> | <p>Intégrer des parajuristes dans les centres de santé afin de fournir des conseils sur place et de sensibiliser les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – à leurs droits et aux normes de qualité en matière d’accès aux services et aux soins de santé exempts de discrimination.</p> <p>Les parajuristes pourraient soutenir les clients à obtenir réparation si nécessaire.</p> |
| <p>Organisationnel (administrateurs des soins de santé, personnel des centres de santé, populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes)</p> | <p>Fournir des sessions de formation régulières sur le lieu de travail concernant le VIH, les droits de l’homme, les populations clés, la réduction de la stigmatisation, la non-discrimination, la sensibilisation aux questions sexospécifiques et l’éthique médicale pour tout le personnel des centres de santé, y compris le personnel non soignant, comme les réceptionnistes et les personnes chargées des données.</p> <p>Engager des administrateurs et identifier les champions au sein du secteur de la santé ou des infrastructures pour assurer la durabilité et le suivi.</p> <p>Engager les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans la conception, la mise en oeuvre et l’évaluation des services afin de s’assurer que les sessions de formation sur le lieu de travail sont acceptables, accessibles, de bonne qualité et basées sur les principes de l’éthique médicale.</p> <p>Veiller à ce que les fournitures de précaution universelles et la prophylaxie post-exposition soient toujours de stock afin de réduire les craintes des prestataires concernant l’exposition professionnelle au VIH, ce qui permettra de réduire les comportements d’évitement avec les personnes vivant avec le VIH.</p> <p>Développer et maintenir des politiques non discriminatoires pour soutenir et protéger les droits des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – qui travaillent dans les structures sanitaires.</p> <p>Revoir et réviser régulièrement les politiques et les pratiques dans les structures sanitaires pour s’assurer qu’elles protègent contre la discrimination des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> <p>Mettre en place un système de suivi au niveau de l’infrastructure afin de saisir la stigmatisation, la discrimination et les violations des droits subies par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés afin d’obtenir un soutien et une réparation ; cela pourrait inclure un feed-back anonyme sur les expériences des utilisateurs dans le centre de santé ou un système formel pour signaler et résoudre les violations des droits.</p> <p>Évaluer régulièrement les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de la santé à l’égard des personnes vivant avec le VIH et d’autres populations clés afin de soutenir les administrateurs des centres de santé à identifier et à résoudre les problèmes éventuels.</p> <p>Intégrer des services de santé avec un système d’orientation-recours efficace, y compris les soins aux victimes de viol et la prophylaxie post-exposition.</p> |
| <p>Politiques publiques (ministères de l’Éducation et de la Santé, écoles de médecine et de soins infirmiers)</p> | <p>Intégrer la sensibilisation au VIH, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et les approches des droits de l’homme dans les programmes des écoles de formation des prestataires de soins (par exemple, les écoles de médecine et de soins infirmiers).</p> <p>Revoir et réviser régulièrement les politiques et les pratiques dans le secteur des soins de santé pour s’assurer qu’elles protègent contre la discrimination des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> |

Contextes juridiques

Les personnes vivant avec le VIH sont souvent confrontées à un certain nombre de difficultés pour accéder à la justice en raison de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. La stigmatisation et la discrimination peuvent en particulier se manifester sous la forme de lois, de politiques et de pratiques discriminatoires concernant le VIH (restrictions et interdictions de voyage, poursuites pour non-divulgateur du VIH et exposition ou transmission potentielle ou perçue), de harcèlement et de mauvais traitements de la part des agents des forces de l'ordre, et d'arrestation et d'emprisonnement injustifiés de personnes vivant avec le VIH et de populations clés (17, 19-21, 48, 150). Ces pratiques juridiques discriminatoires sont non seulement nuisibles, mais constituent également une violation des droits de l'homme, une validation tacite de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans d'autres domaines, et vont à l'encontre des efforts visant à réduire l'incidence du VIH (151). L'application de ces lois et pratiques augmente la vulnérabilité d'une personne au VIH en entravant l'accès aux services liés au VIH et en décourageant leur utilisation (17, 19-21).

Les lois sur la criminalisation du VIH peuvent avoir un impact sur le recours aux services liés au VIH, car la connaissance de la séropositivité d'une personne peut être utilisée contre elle dans des contextes juridiques (19). Dans certains contextes, les policiers se positionnent à proximité des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et arrêtent les personnes qui consomment des drogues injectables lorsqu'elles accèdent aux programmes ; cette activité contre-productive décourage les consommateurs de drogues injectables à s'engager dans des services de réduction des risques (22). À l'inverse, lorsque les consommateurs de drogues se voient garantir un accès légal aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, ils sont plus susceptibles de recourir à ces services (23).

La criminalisation empêche les populations clés de demander justice lorsqu'elles sont harcelées, blessées physiquement ou victimes d'autres formes de discrimination. Par exemple, les professionnels du sexe ne signalent souvent pas les abus de leurs clients pour éviter d'autres mauvais traitements ou abus de la part de la police en raison de leur profession stigmatisée (152). L'arrestation injustifiée de personnes vivant avec le VIH peut avoir des conséquences directes sur la santé des personnes vivant avec le VIH et l'ensemble de la communauté en raison de l'interruption du traitement. Lorsqu'une personne vivant avec le VIH est arrêtée, ses médicaments peuvent lui être refusés, ce qui entraîne une résistance aux médicaments et compromet le succès de son traitement (19).

De nouvelles preuves suggèrent que la décriminalisation des professions et des comportements qui augmentent le risque d'exposition au VIH d'une personne, dont le commerce du sexe, l'homosexualité et la consommation de drogues, est essentielle pour enrayer l'épidémie de VIH. Par exemple, de récents efforts de modélisation suggèrent que la décriminalisation du commerce du sexe permettrait d'éviter 33 à 46 % des infections à VIH chez les professionnelles du sexe au cours de la prochaine décennie, tous milieux confondus (153). De même, la décriminalisation et la réduction de l'incarcération pourraient éviter de nouvelles infections à VIH chez les consommateurs de drogues. Les données de modélisation du Mexique suggèrent que la mise en œuvre d'une réforme législative réduirait de 80 % l'incarcération des personnes consommatrices de drogues injectables depuis 2018, évitant ainsi 9 % de nouvelles infections à VIH entre 2018 et 2030, dont 21 % seraient évitées si les consommateurs de drogues injectables étaient orientés vers un traitement aux agonistes opioïdes⁴ au lieu d'être incarcérés (154). La décriminalisation de l'homosexualité est également susceptible d'avoir un impact sur l'incidence du VIH. Un examen systématique et une méta-analyse des données mises en commun sur le dépistage du VIH et l'engagement dans la cascade de traitement du VIH chez les hommes africains ayant des rapports sexuels avec des hommes ont révélé que les niveaux de

⁴ La thérapie aux agonistes opioïdes est un traitement efficace contre la dépendance aux drogues opioïdes. La thérapie consiste à prendre un agoniste opioïde (méthadone ou buprénorphine) pour prévenir les états de manque et réduire les envies de drogues opioïdes. Les personnes dépendantes aux opioïdes peuvent utiliser un traitement aux agonistes opioïdes pour stabiliser leur vie et réduire les dangers liés à leur consommation de drogue.

dépistage au cours des 12 derniers mois et la sensibilisation au statut étaient sensiblement plus faibles dans les pays ayant la législation la plus sévère à l'encontre des lesbiennes, des gays, des bisexuels et des personnes transgenres, par rapport aux pays ayant la législation la moins sévère (155).

Restreindre ou interdire les voyages des personnes vivant avec le VIH est un autre défi à relever dans le contexte judiciaire. En 2019, environ 48 pays et territoires maintiennent encore une certaine forme de restriction de voyage liée au VIH. L'ONUSIDA s'oppose au dépistage obligatoire du VIH et aux restrictions qui limitent ou restreignent les déplacements sur la base de la séropositivité. Rien ne prouve que les restrictions de voyage liées au VIH protègent la santé publique ; au contraire, elles sont susceptibles d'entraver les efforts de protection de la santé publique en créant des obstacles à l'accès aux services pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes plus exposées au VIH. Les restrictions de voyage basées sur le statut VIH alimentent la stigmatisation et génèrent l'impression trompeuse pour le grand public que le VIH est un problème « étranger », qui interfère donc avec l'efficacité des messages de santé publique sur la prévention du VIH (150).

Il est de plus en plus reconnu qu'une riposte nationale efficace au VIH doit inclure des lois non discriminatoires. Un certain nombre d'engagements internationaux sont en place pour soutenir ces lois. Depuis 1979, les États membres des Nations Unies ont accepté de respecter la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Depuis 2001, des pays se sont engagés à supprimer les lois discriminatoires relatives au VIH et à faciliter l'accès à la justice pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés (18-20, 120, 156) ; les ODD 5, 10 et 16 demandent des lois non discriminatoires. En outre, la situation des droits de l'homme dans les 193 États membres des Nations Unies est examinée tous les cinq ans dans le cadre de l'examen périodique universel afin d'améliorer la situation des droits de l'homme sur le terrain.

S'assurer que les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – soient capables d'accéder à la justice si leurs droits ne sont pas respectés (157, 158), le public doit être conscient de ses droits et pouvoir accéder à des mécanismes de recours si nécessaire. Ces mécanismes peuvent servir d'outil supplémentaire pour la responsabilisation et l'application des lois et politiques anti-discriminatoires en matière de VIH (159). Dans de nombreux pays, des initiatives et des agences sont en place à cette fin (157, 158). En Jamaïque, le système national de signalement et de réparation des discriminations liées au VIH « recueille les cas de discrimination liée au VIH et les transmet à un partenaire de recours pour enquêter, servir de médiateur ou accorder des dommages et intérêts aux personnes qui ont subi une discrimination » (158). Ces mécanismes doivent être disponibles et accessibles, indépendamment d'obstacles tels que le statut socio-économique (157-160). Toutefois, la simple existence des systèmes de signalement ne signifie pas que les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – les utiliseront, surtout dans les contextes présentant des niveaux de stigmatisation et de discrimination élevés.

Il existe également des exemples de justice accessible par le biais de structures informelles. Par exemple, au Kenya, le Conseil des Aînés de Luo a traité 500 cas qui ont rétabli l'héritage légitime à des veuves et leurs enfants dans le contexte du VIH (161).

Les responsables (par exemple, les hommes politiques, les législateurs, les policiers, les avocats) sont en mesure d'être des agents de changement positifs en ce qui concerne la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et l'accès à la justice. Cependant, dans les pays où l'environnement juridique est discriminatoire, les responsables à de multiples niveaux d'influence peuvent avoir besoin de formation et de sensibilisation (concernant le VIH, la stigmatisation et la discrimination, les droits de l'homme et les lois et politiques actuelles concernant ces sujets) afin de soutenir de manière cohérente et efficace la riposte nationale au VIH (17-21). Il existe des exemples de juges qui manquent de

connaissances sur le VIH et qui traitent les personnes vivant avec le VIH de manière stigmatisante (par exemple, en leur faisant porter des masques ou en les tenant à distance dans la salle d'audience) (19).

Bien que 123 pays disposent de lois contre la discrimination liée au VIH, l'application de ces lois fait souvent défaut, ce qui annule l'effet des lois et compromet les efforts de santé publique concernant le VIH (20, 21).

Les responsables doivent être engagés à plusieurs niveaux pour mieux garantir que les lois et pratiques non discriminatoires sont pleinement appliquées (17, 19, 21, 162). Une étude menée au Kirghizistan a noté que si les agents de police supérieurs étaient évalués et connaissaient ces lois et pratiques, les agents de police subalternes, qui ont tendance à être actifs sur le terrain, ne l'étaient pas. Cet exemple souligne l'importance de l'engagement direct et ajoute une mise en garde : les effets de cascade ne sont pas toujours fiables (162).

Il est possible que, pour un certain nombre de raisons, les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – ne comprennent pas pleinement, ne soient pas conscientes ou sûres de leurs droits ou devoirs conformément à la loi. Les personnes vivant avec le VIH bénéficieraient de services visant à renforcer leurs connaissances juridiques, à leur donner les moyens de se prendre en charge et à leur fournir un soutien juridique pour demander réparation si leurs droits de l'homme et juridiques ne sont pas respectés (19, 163).

Les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants vivant avec le VIH peuvent nécessiter des considérations particulières. En plus d'être soumises à des lois et politiques restrictives en matière d'entrée, de séjour et de résidence, ces personnes déracinées peuvent être confrontées à des obstacles supplémentaires (par exemple linguistiques, financiers) pour accéder à des mécanismes de recours (98).

Exemples d'interventions et recommandations

L'annexe 5 présente des études qui évaluent les interventions visant à améliorer l'accès à la justice en réduisant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. L'encadré 9 présente une étude de cas de l'une de ces études.

La majorité des interventions reprises se concentraient sur les législateurs, les agents des forces de l'ordre ou les membres de populations clés. Les agents de santé, les personnes vivant avec le VIH, les journalistes et la population générale ont également été inclus dans les populations étudiées pour certaines études. Les approches d'intervention étaient principalement axées sur le développement des compétences et structurelles. Nous pouvons citer parmi d'autres approches celles qui étaient basées sur l'information, qui fournissaient un service de conseil ou qui facilitaient le contact avec les personnes vivant avec le VIH ou les membres de populations clés. La plupart de ces interventions ont servi à améliorer les attitudes envers les populations clés et les efforts de réduction des risques liés au VIH, ainsi qu'à réduire les pratiques discriminatoires de la part des agents des forces de l'ordre. Parmi les autres résultats notables, citons l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH et des membres des populations clés et l'amélioration des connaissances et de la capacité d'autres parties prenantes clés à soutenir les personnes vivant avec le VIH.

Il est important de réviser non seulement les lois et les politiques spécifiques aux populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – mais aussi les lois et les politiques qui peuvent contredire ou empiéter autrement sur ces efforts (19, 21). Il est en outre recommandé d'inclure de multiples parties prenantes (par exemple, les législateurs, les agents chargés de l'application de la loi, les populations « laissées pour compte » – y compris, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones,

les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes) dans les discussions et les efforts de collaboration visant à réviser les lois néfastes existantes et à garantir l'application de lois et de politiques non discriminatoires. Ces différentes parties prenantes peuvent apporter des perspectives précieuses pour mieux maximiser l'efficacité de la réforme juridique et d'autres interventions visant à améliorer l'environnement juridique (17, 19).

Encadré 7

Programmes visant à améliorer l'accès à la justice au Kenya

Une étude de 2013 a proposé une évaluation de trois programmes d'intégration juridique au Kenya (164) :

- Le Legal AID Centre d'Eldoret fournit une aide et des services juridiques aux personnes ayant un accès limité à la justice, comme les personnes vivant avec le VIH.
- La Coalition on Violence Against Women propose des services, notamment le paiement direct de l'aide juridique et l'orientation vers des services spécialisés, ainsi que des formations sur les droits de l'homme, la violence sexiste et des sujets connexes à l'intention des clients et des prestataires de services.
- La Christian Health Association of Kenya propose des services liés au VIH, des services juridiques et des actions de sensibilisation.

Ces programmes fonctionnent au sein de différents établissements et centres de santé. Le programme de la Christian Health Association of Kenya est actif dans plus de 435 endroits.

L'étude a évalué les programmes en utilisant des données d'enquête recueillies auprès du personnel des programmes, des dossiers et des données des programmes existants, des entretiens semi-structurés et des discussions de groupes cibles avec les clients et les prestataires de services. Il a été observé que les programmes amélioraient les connaissances, la sensibilisation et la capacité des clients en ce qui concerne leurs droits et l'accès à l'aide juridique, aux soins de santé et à la justice. Il a été constaté que les trois programmes amélioraient la connaissance des prestataires de services en matière de pratiques discriminatoires et de violations des droits de l'homme, ainsi que leur capacité à informer, servir et orienter les clients. Il est important de noter que l'existence de ces centres d'aide juridique a permis aux personnes vivant avec le VIH et aux membres de populations clés d'accéder à la justice, qui n'était peut-être pas aussi accessible auparavant en utilisant uniquement le soutien juridique standard.

Certains facteurs externes ont limité l'efficacité de ces programmes, notamment (a) la corruption réelle et perçue de la part des officiers ministériels et des agents chargés de l'application des lois et les représailles des opposants juridiques, et (b) les difficultés logistiques concernant la rotation du personnel et les liens avec les centres de santé. Quoiqu'il en soit, les programmes ont été identifiés comme ayant un grand potentiel. Cette étude démontre que l'intégration de services juridiques et de santé peut offrir un meilleur accès à la santé et à la justice pour

les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.

Tableau 9.

Recommandations pour les contextes liés à la justice

| Niveau (populations cibles) | Recommandations |
|--|--|
| <p>Individuel (les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes).</p> | <p>Émanciper les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – avec des connaissances juridiques et un accès aux services de recours.</p> |
| <p>Communauté (grand public, populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – les organisations communautaires, les réseaux des populations clés).</p> | <p>Étendre le système des agents parajuridiques à toutes les prisons du pays en formant les personnes incarcérées au VIH et aux droits de l'homme et en leur permettant de travailler comme parajuristes ; après la formation, ces personnes peuvent apporter un soutien à leurs pairs, notamment en orientant vers des services de dépistage du VIH et d'autres services de santé.</p> <p>Étendre la fourniture de conseils et d'assistance juridiques, la sensibilisation et les campagnes visant à connaître ses droits à chaque district parmi les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes, ainsi que dans les établissements de santé.</p> <p>Les efforts devraient inclure la fourniture d'informations juridiques et d'orientations ; le conseil et la représentation juridiques ; des formes alternatives et communautaires de résolution des conflits ; l'engagement des chefs religieux ou traditionnels et le recours à des systèmes juridiques traditionnels (par exemple, les tribunaux de village) en vue de résoudre les conflits et de modifier les normes traditionnelles néfastes ; et les litiges stratégiques.</p> <p>Fournir des programmes de connaissances juridiques, comme des campagnes de sensibilisation qui fournissent des informations sur les lois et les droits liés au VIH par le biais des médias (p. ex., la télévision, la radio, la presse, Internet), la mobilisation communautaire et l'éducation, l'information par les pairs et les lignes téléphoniques d'urgence.</p> <p>Encadrer et renforcer la capacité des organisations de services communautaires travaillant avec les personnes vivant avec le VIH, les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes qui consomment des drogues injectables et les personnes transgenres, afin de continuer à les impliquer dans la programmation de services liés au VIH.</p> <p>Effectuer des évaluations de routine de l'accès à la justice pour les personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH dans le cadre des enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et d'autres enquêtes spécifiques aux professionnels du sexe, aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux personnes qui consomment des drogues injectables.</p> <p>Permettre aux réseaux locaux de populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – de suivre l'impact des lois problématiques (code civil et code pénal) entravant l'action des services liés au VIH – et tout changement dans les politiques et les lois – et de plaider pour le changement si nécessaire.</p> <p>Financer des groupes de sensibilisation pour soutenir le processus de réforme juridique et plaider pour et surveiller la mise en œuvre de politiques et de lois de soutien, plaider pour des changements, tels qu'un financement public plus important pour améliorer la qualité des services de conseil ainsi que la disponibilité des services liés au VIH et à la TB assurés par des professionnels dûment formés dans les centres de santé des prisons.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Organisationnel (administrateurs de la police et des prisons, membres du secteur judiciaire, populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes -les organisations de la société civile).</p> | <p>Offrir une formation sur le lieu de travail aux policiers, aux membres du système judiciaire et au personnel pénitentiaire sur les politiques en matière de VIH, la violence sexiste et les populations clés, ainsi que sur le maintien de l'ordre responsable et solidaire dans le contexte du VIH.</p> <p>La formation devrait couvrir les dernières données scientifiques sur le VIH ; l'importance d'atteindre les populations à risque ; l'importance d'appréhender de manière adaptée toutes les formes de violence, y compris la violence sexuelle et domestique, et notamment dans le cadre du VIH et pour les membres des populations clés ; et les conséquences négatives d'une activité policière illégale sur la justice et sur la riposte au VIH.</p> <p>Étendre la formation du personnel pénitentiaire pour inclure les informations sur la prévention du VIH et les besoins en soins de santé et par rapport aux droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH ou qui risquent d'être infectées par le VIH.</p> <p>Mesurer régulièrement les connaissances, les attitudes et les comportements des agents de police, des agents correctionnels et des membres du pouvoir judiciaire afin d'éclairer la portée de la formation sur le lieu de travail.</p> <p>Faciliter l'engagement des populations « laissées pour compte » – y compris, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, et les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans l'application de la loi (par exemple, via des formations et des réunions de sensibilisation) afin de prévenir les pratiques policières préjudiciables, telles que l'arrestation des professionnels du sexe et des pairs-éducateurs parce qu'ils ont des préservatifs sur eux et l'incarcération des personnes qui consomment des drogues injectables pour possession de stupéfiants plutôt que de les orienter vers des programmes de réduction des risques.</p> <p>Étendre l'aide juridique afin que toutes les organisations de services communautaires travaillant avec des adolescentes et des jeunes femmes, des populations clés et des personnes vivant avec le VIH aient accès à des avocats abordables ou bénévoles pour le traitement des dossiers, la défense juridique et les litiges stratégiques, le cas échéant.</p> <p>Mettre en œuvre des programmes visant à prévenir la violence à l'égard des femmes et des populations clés et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, en partenariat avec des organisations dirigées par des femmes et des populations clés ; toutes les violences à l'égard des femmes et des personnes appartenant à des populations clés doivent être surveillées et signalées, et des mécanismes de recours doivent être mis en place pour rendre justice.</p> |
| <p>Politique publique (ministères, parlementaires)</p> | <p>Des lois et des politiques doivent être dérivées des normes des droits de l'homme pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s’y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> <p>Supprimer les lois qui criminalisent la consommation de drogues ou la possession de drogues pour usage personnel, tous les aspects du commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'exposition au VIH, la non-divulgation et la transmission.</p> <p>Renforcer l'environnement juridique et politique afin de garantir que les lois protègent les femmes et les filles contre les inégalités entre les sexes et la violence – par exemple, réformer la loi de la famille et les lois sur la violence domestique et l'application de la loi lorsque celles-ci ne protègent pas les femmes ou créent des obstacles aux services de lutte contre le VIH ; et réformer les lois sur la propriété, l'héritage et la garde des enfants afin de garantir l'égalité des droits pour les femmes, les enfants et les aidants non professionnels touchés par le VIH.</p> <p>Intégrer la sensibilisation au VIH, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et la sensibilisation aux droits de l'homme et à la sexospécificité dans les programmes des académies de police et des écoles de droit.</p> <p>Informier et sensibiliser régulièrement les responsables sur les aspects juridiques, sanitaires et relatifs aux droits de l'homme du VIH, sur les lois nationales pertinentes et sur les implications pour l'application de la loi, les enquêtes et les procédures judiciaires.</p> <p>Examiner régulièrement les lois, les réglementations et les politiques en vigueur concernant le VIH et les comparer aux engagements mondiaux.</p> <p>Traiter les lois et les politiques qui sont discriminatoires vis-à-vis des membres des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans le cadre de la riposte nationale au VIH ; en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'accès à la justice pour les personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH, et plaider et faire du lobbying pour une réforme de la loi. • Engager des parlementaires et ministres de la Justice, de l'Intérieur, des Affaires pénitentiaires, des Finances, de l'Industrie, du Travail, des Affaires féminines, de l'Éducation, de l'Immigration, du Logement, de la Défense, de la Santé et du Commerce, ainsi que des chefs religieux et traditionnels, entre autres. • Promouvoir la promulgation et la mise en œuvre de lois, de réglementations et de directives qui interdisent la discrimination ; qui soutiennent l'accès à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et au support liés au VIH ; qui défendent les droits des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, ainsi que les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes (par exemple en garantissant l'accès à un logement sûr aux personnes en prison). |

Contextes des urgences

En 2016, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés a estimé que 479 millions de personnes étaient affectées par des situations d'urgence en 2016, contre 314 millions en 2013 (165). Au cours de cette période, le nombre de personnes vivant avec le VIH touchées par des urgences humanitaires est passé de 1,71 million à 2,57 millions, et le ratio de personnes vivant avec le VIH touchées par une urgence humanitaire est passé de 1 sur 20 à 1 sur 14 (165). L'ampleur et la fréquence des situations d'urgence augmentent : 2017 a été une année record en termes de crises complexes, d'insécurité alimentaire, d'événements liés au changement climatique et d'escalade des conflits, et a donné lieu au plus grand appel humanitaire jamais lancé (166, 167). Les conflits et les crises peuvent grandement intensifier la complexité de l'épidémie de VIH via les perturbations et les défis que ces événements représentent. Face à la fréquence et à l'impact croissants de tels événements, les situations d'urgence et les contextes humanitaires doivent être pris en compte dans les efforts visant à atteindre l'objectif mondial consistant à éradiquer le sida en tant que menace pour la santé publique et à parvenir à une couverture sanitaire universelle d'ici 2030 (168, 169).

Les situations d'urgence et les circonstances humanitaires peuvent accroître la vulnérabilité à l'infection à VIH. Les produits de prévention tels que les préservatifs peuvent devenir inaccessibles ; cela est pertinent, car les populations touchées par la crise peuvent se rabattre sur des mécanismes d'adaptation négatifs, tels que le recours aux rapports sexuels rémunérés ou aux transactions sexuelles pour survivre. Dans certains contextes, les femmes et les enfants peuvent être confrontés à une vulnérabilité accrue à la violence sexuelle. Par exemple, les conflits peuvent obliger les gens à parcourir de plus longues distances à pied pour aller chercher de l'eau ou du bois de chauffage ou pour accéder à des fournitures vitales, et ces longs trajets peuvent accroître le risque de violence sexuelle (170, 171). La violence sexiste dans les situations de crise reste alarmante dans de nombreux contextes, 7 femmes sur 10 dans de telles situations étant exposées à la violence sexiste (172). Les jeunes hommes et les garçons peuvent également être victimes de ces formes de violence, mais leurs besoins sont souvent sous-déclarés et négligés (173).

La santé des personnes vivant avec le VIH peut être compromise dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires. Les conflits et les crises entraînent souvent des interruptions dans la prévention du VIH, les soins et le traitement du VIH, ce qui perturbe notamment les systèmes de santé et les chaînes d'approvisionnement médical. En outre, l'insécurité alimentaire et nutritive, le manque d'accès à un abri approprié et à de l'eau propre, et la perturbation générale des services sociaux pendant les situations d'urgence rendent plus difficile le respect du traitement (168, 174). Les lois sur la criminalisation du VIH ou les restrictions de voyage peuvent exacerber l'accès aux services de soins et de traitement du VIH, car les réfugiés vivant avec le VIH peuvent craindre d'être expulsés du pays d'accueil ou d'être poursuivis s'ils révèlent leur statut VIH.

La crise politique, économique, sociale et humanitaire qui sévit actuellement dans la République bolivarienne du Venezuela illustre ces défis. En 2017, 77 % des 77 000 personnes vivant avec le VIH dans le pays bénéficiaient d'un accès insuffisant au traitement du VIH. La situation a forcé de nombreuses personnes, vivant avec le VIH ou non, à fuir le pays afin d'avoir accès à la nourriture, aux soins médicaux et à d'autres produits de première nécessité et droits, ce qui expose les réfugiés au risque de contracter le VIH ou d'interrompre leur traitement (175).

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH s'ajoutent notamment aux difficultés rencontrées par les personnes vivant avec le VIH dans leur quête de sécurité et de stabilité dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires. Par exemple, si une personne vivant avec le VIH manque de soutien social en raison de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, il lui est beaucoup plus difficile de trouver des sources de nourriture ou un abri (176, 177). De nombreux rapports font état de

l'ostracisme dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH dans les camps de réfugiés formels et informels.

Dans un certain nombre de contextes humanitaires, l'incidence du VIH reste élevée ou augmente parmi les populations clés défavorisées par des inégalités structurelles, y compris la stigmatisation et la discrimination. Il n'est pas rare que les populations marginalisées, notamment les personnes vivant avec le VIH, soient confrontées à une stigmatisation et une discrimination accrues dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires à la suite de l'aggravation des inégalités structurelles que peuvent présenter les conflits et les crises (176). Les populations marginalisées, qui sont souvent négligées et ignorées en période de stabilité en raison de la stigmatisation et de la discrimination, manquent aussi généralement d'un soutien et de ressources appropriés en période de conflit et de crise (176-178). Par exemple, lors de l'épidémie du virus Ebola en Sierra Leone en 2014-2016, la formation et les services visant la réduction de la stigmatisation liée au VIH ont diminué, ce qui a eu un effet négatif sur les personnes vivant avec le VIH dans cette région (179).

Les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées sont confrontés à des défis importants concernant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH lorsqu'ils se rendent dans un nouveau pays ou une nouvelle région d'accueil dans leur propre pays. Ces populations peuvent être victimes de xénophobie, car la peur de l'inconnu des communautés hôtes peut s'aggraver en temps de crise, avec des soupçons que des étrangers puissent s'emparer de ressources rares ou infliger d'autres préjudices. On pense souvent, à tort, que les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées apportent le VIH à leur communauté hôte et peuvent en conséquence être victimes de stigmatisation et de discrimination, malgré les preuves du contraire fournies par de multiples études (168, 177, 178). Ces idées fausses sont importantes, en grande partie à cause des mauvais traitements que les réfugiés et les migrants peuvent subir. Il existe encore plus de 40 pays où le statut VIH d'une personne peut affecter sa capacité à demander l'asile ou à y émigrer (178, 180).

La stigmatisation et la discrimination existantes à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés peuvent entraver les efforts déployés pour apporter un soutien dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires aux personnes vivant avec le VIH et aux membres des populations clés. Cela peut être particulièrement pertinent dans les pays où la transmission du VIH ou les relations homosexuelles sont criminalisées. Les équipes de secours peuvent ne pas être en mesure d'offrir en toute sécurité des services de soutien aux personnes vivant avec le VIH et, dans certains cas, peuvent être elles-mêmes des sources de préjudice (181-183). Dans les milieux où les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH ne sont pas respectés, les personnes vivant avec le VIH peuvent être arrêtées ou subir d'autres conséquences de la part des autorités locales et du grand public si elles sont identifiées comme vivant avec le VIH. La sécurité des travailleurs et des agents qui mettent en œuvre ces services de soutien est également à prendre en considération : il y a eu des cas où les personnes qui assurent ou soutiennent les services de secours pour les personnes vivant avec le VIH ont fait l'objet de mesures punitives. Ces circonstances restrictives soulignent l'importance d'œuvrer pour faire respecter les droits et la dignité des personnes vivant avec le VIH. Dans l'intervalle, cela peut nécessiter des innovations de la part des travailleurs et des agents sur le terrain – par exemple, fournir plusieurs mois de médicaments antirétroviraux à la fois ou ne pas faire apparaître directement les services de lutte contre le VIH comme étant spécifiques au VIH.

Dans l'ampleur des besoins de santé publique dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires, les services et les considérations spécifiques au VIH ne sont souvent pas prioritaires. Il semble y avoir des priorités plus visibles qui attirent les financements, les ressources et les efforts (176-178). La fourniture de services liés au VIH et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires sont toutefois essentielles pour endiguer l'épidémie de VIH.

Les ressources et l'assistance aux personnes vivant avec le VIH dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires doivent être fournies de manière sûre et confidentielle afin que la stigmatisation et la discrimination ne soient pas aggravées par une divulgation non désirée (176). Les

réfugiés, les migrants et les personnes déplacées peuvent être confrontés à la stigmatisation croisée fondée sur leur statut juridique, leur appartenance ethnique, leur race, leur situation économique ou leur état de santé, ce qui peut nécessiter une attention particulière de la part des agences humanitaires et des gouvernements qui supervisent la prestation de services dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires afin de protéger leurs droits à la santé et à d'autres services essentiels. Un activisme et une persistance continus sont souvent nécessaires dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires pour que ces initiatives atteignent leurs objectifs avec succès, comme on l'a observé dans la République bolivarienne du Venezuela (175).

Exemples d'interventions et recommandations

Les données probantes sur les interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires sont très limitées, et aucune évaluation de ces programmes n'a été publiée. Cela met en évidence les écarts de programmation actuels et la nécessité d'enrichir l'ensemble de données dans ce domaine. En tant que communauté mondiale, nous ne pourrons pas atteindre les objectifs 90-90-90 ou l'objectif de couverture sanitaire universelle si nous ne parvenons pas à lutter contre le VIH dans les situations d'urgence. Il est important d'étendre les efforts de recherche scientifique sur la mise en œuvre afin d'améliorer l'ensemble de données et les programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires.

Nous ne sommes pas sans connaissance et expertise dans ce domaine.⁵ Une intervention mise en œuvre en Ukraine pendant le conflit armé en cours a permis de constater que les transferts d'argent liquide diminuaient la stigmatisation et la discrimination dans les structures sanitaires et parmi les individus (par exemple, réduction de la stigmatisation intériorisée) (voir encadré 10). Une somme de 25 dollars par mois a permis aux personnes vivant avec le VIH de se rendre dans des centres de santé pour y recevoir une thérapie antirétrovirale, acheter des aliments nutritifs, renforcer leur estime de soi et sentir que des personnes prenaient soin d'elles. En outre, le programme a permis d'améliorer les attitudes des agents de santé à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

Encadré 8

Programme de transferts d'espèces Food for Life en Ukraine en période de conflit armé

Le conflit armé en cours en Ukraine a créé de nombreux problèmes pour les personnes vivant avec le VIH, qui portent atteinte à leur santé et à leurs droits de l'homme. Ce conflit a notamment perturbé l'accès à la thérapie antirétrovirale, car il est devenu prohibitif en termes de coût et de temps de se rendre dans les cliniques. Il a été aggravé par le fait que de nombreuses personnes vivant avec le VIH qui ont été déplacées à l'intérieur du pays par le conflit n'ont pas pu accéder à l'emploi en raison de la stigmatisation et de la discrimination. Avec la fermeture d'usines dans les régions touchées par les conflits, la concurrence pour l'emploi s'est accrue dans les communautés où les personnes vivant avec le VIH et d'autres personnes déplacées à l'intérieur du pays se sont déplacées. Les personnes vivant avec le VIH ont déclaré que les employeurs potentiels

⁵ Les membres de l'équipe spéciale interinstitutions chargée de la lutte contre le VIH dans les contextes humanitaires, l'Organisation internationale pour les migrations et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont examiné la partie du présent rapport consacrée aux situations d'urgence et aux contextes humanitaires et ont fourni des conseils à ce sujet.

supposaient qu'elles seraient moins productives et auraient besoin de plus de temps libre, ce qui leur compliquait la tâche pour trouver un emploi sur un marché du travail compétitif et aux possibilités limitées.

Afin de garantir un accès continu à la thérapie antirétrovirale sur une période de huit mois en 2017, le Réseau pan-ukrainien des personnes vivant avec le VIH/sida et le Programme alimentaire mondial ont cherché à assurer aux personnes vivant avec le VIH un accès au traitement et au soutien par le biais d'un programme de transfert d'argent conditionnel (184).

Le programme proposait 25 dollars par mois par transfert électronique pour le transport ou les compléments alimentaires. Ces transferts étaient conditionnés à la visite des personnes concernées à un hôpital participant pour commencer ou recommencer leur traitement contre le VIH.

Le programme a été couronné de succès sur plusieurs aspects. Tout d'abord, il s'est avéré très efficace pour améliorer l'observance du traitement. Les données de suivi du programme ont démontré que l'on atteignait 90 % de suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH qui ont commencé ou recommencé un traitement pendant le programme. En outre, 34 % des bénéficiaires ont amélioré leur niveau d'observance du traitement. Ce résultat démontre qu'il est possible d'atteindre les objectifs 90-90-90, même dans des situations d'urgence lorsque les ressources adéquates sont disponibles.

Deuxièmement, le programme a permis de réduire la stigmatisation et d'améliorer les attitudes et les comportements des soignants et des travailleurs sociaux à l'égard des personnes vivant avec le VIH grâce à un contact accru avec ces dernières, ce qui a permis de mieux comprendre les expériences et les défis de la vie avec le VIH. En outre, le programme a réduit la stigmatisation intériorisée, car l'interaction avec les services de soutien et la fourniture de ceux-ci leur ont rappelé qu'elles sont des personnes de valeur.

Bien qu'il ait réussi à atteindre ses objectifs, le programme a pris fin en 2018 après que le conflit en Ukraine ait été déclassé en « crise prolongée » et que le financement du Programme alimentaire mondial ait cessé. Le conflit en Ukraine persiste cependant et les difficultés économiques sont revenues pour les personnes vivant avec le VIH dans les zones touchées par le conflit. Cette étude de cas démontre la nécessité de mettre en place des programmes de soutien immédiats et à plus long terme dans les situations d'urgence afin de garantir que les personnes vivant avec le VIH puissent continuer à accéder aux traitements et aux services nutritionnels pendant les périodes de vulnérabilité accrue.

Tableau 10.

Recommandations aux États et aux organisations humanitaires dans les situations d'urgence

| Niveau | Recommandations |
|---|--|
| <p>Individuel (les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes).</p> | <p>Appliquer des programmes et des services destinés à réduire la stigmatisation intériorisée et à soutenir les besoins des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans les situations de conflit et de crise en fournissant un accès sûr aux soins et aux traitements.</p> |
| <p>Communauté (agents de santé communautaires)</p> | <p>Renforcer les capacités des agents de santé communautaires en assurant des liens appropriés entre les communautés et les systèmes de santé officiels dans les situations d'urgence.</p> |
| <p>Organisationnel (basé sur la communauté et organisations et humanitaires, organisations multilatérales)</p> | <p>Engager les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – et les organisations basées sur la communauté dans le développement et la mise en oeuvre d'interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les situations d'urgence et les contextes humanitaires.</p> <p>Intégrer la formation à la réduction de la discrimination et de la stigmatisation dans le développement des capacités de la main-d'œuvre existante et le suivi des performances des services pour les employés impliqués dans la prestation et la planification de services d'urgence ; cela peut inclure les membres des milieux de travail des soins de santé et de la justice.</p> <p>Sensibiliser les acteurs humanitaires, notamment le Bureau de la Coordination des Affaires humanitaires, les chefs de groupe et les partenaires de groupe à la lutte contre la discrimination, en travaillant avec les personnes vivant avec le VIH et les populations clés dans les situations d'urgence sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.</p> <p>Appliquer des programmes destinés à prévenir, traiter, suivre et rapporter les situations de violence vis-à-vis des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans les contextes d'urgence.</p> <p>Surveiller les niveaux de stigmatisation et de discrimination en utilisant des indicateurs convenus à l'échelle mondiale dans les situations d'urgence, notamment les expériences des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et des réfugiés, ainsi que les attitudes et les pratiques du personnel humanitaire.</p> |
| <p>Politique publique (gouvernements nationaux, responsables nationaux)</p> | <p>Inclure des dispositions pour les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – dans les plans d'urgence nationaux, ce qui implique de veiller à ce que des procédures soient en place pour protéger les femmes et les filles de la violence sexiste et conjugale.</p> <p>Veiller à ce que les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – aient accès à l'assistance juridique dans les communautés d'accueil et affectées, les camps pour les personnes déplacées dans leur propre pays et pour les réfugiés, et dans les milieux frontaliers.</p> <p>Revoir et réviser régulièrement les politiques et les pratiques concernant les situations d'urgence pour s'assurer qu'elles protègent contre la discrimination des populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.</p> |

Considérations pertinentes dans tous les contextes

Il existe un certain nombre de questions transversales qu'il est important de prendre en compte dans le cadre des efforts de réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. L'examen de ces questions peut indiquer qu'il est nécessaire de mettre en place des programmes supplémentaires en dehors de ceux qui visent à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, car les progrès en la matière peuvent être limités sans ces programmes supplémentaires.

Lois et politiques

Dans les différents pays, il existe différentes lois et politiques relatives à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH qui peuvent influencer chacun des contextes décrits. De nouvelles lois doivent être adoptées et appliquées pour mettre fin à toutes les formes de violence à l'encontre des femmes et des stratégies de prévention à long terme doivent être mises en œuvre. Ces approches n'hésitent pas à s'attaquer aux structures de pouvoir inégales qui sont la cause première de la violence infligée à des millions de femmes et de filles dans le monde. Il s'agit par exemple des lois nationales concernant la criminalisation de la transmission du VIH ou des lois pénales touchant des populations clés, des lois anti-discrimination et des politiques dans les contextes organisationnels qui dictent la manière dont une personne vivant ou supposée vivre avec le VIH doit être traitée. Ces lois et politiques peuvent être des obstacles ou des outils efficaces pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, selon qu'elles sont protectrices ou punitives. Une compréhension approfondie des lois et des politiques spécifiques au contexte du pays sera importante pour garantir l'inclusion d'interventions structurelles appropriées visant à soutenir l'élimination de programmes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH (19, 21).

Protection sociale et services sociaux

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent poser des problèmes d'accès à différentes protections et divers services sociaux. Par exemple, dans certaines situations, les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – peuvent se voir refuser un logement ou l'utilisation des transports publics. De même, l'accès aux programmes sociaux ou à la sécurité sociale peut être subordonné à la réussite d'un test de dépistage de consommation de drogue. Cela peut avoir un impact sur la santé d'une personne en la laissant dans un logement instable ou sans moyen de se rendre dans un centre de santé ou sur son lieu de travail (185, 186). De plus, les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – peuvent ne pas être en mesure d'accéder à l'assurance-vie, ce qui peut dans certaines situations les empêcher d'accéder à des emprunts ou à la pension. En outre, les programmes d'assurance-maladie peuvent être discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH en traitant le VIH comme une maladie préexistante ; cela peut empêcher une personne vivant avec le VIH d'accéder aux soins et restreindre sa mobilité (par exemple, en changeant d'emploi ou de lieu), car elle peut ne pas être sûre que sa couverture maladie sera maintenue (187, 188). Les protections et les services sociaux étant des éléments de soutien importants des interventions visant à préserver la santé et le bien-être des

populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – il est important que ces protections et services soient bien compris et modifiés si nécessaire pour soutenir les interventions de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.

Inégalités sociales et économiques

Les inégalités sociales et économiques peuvent croiser et aggraver la stigmatisation et la discrimination dont font l'objet les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Elles peuvent également accroître les risques de contamination par le VIH, par exemple en rendant les aiguilles propres inabordable. De telles inégalités limitent l'agence et les options dont disposent une personne vivant ou supposée vivre avec le VIH et les membres des populations clés pour contourner ou répondre à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH. Il peut s'agir de posséder des connaissances juridiques et de comprendre comment naviguer dans les assurances et autres formes de protection et de services sociaux. Plus de la moitié des femmes qui travaillent se trouvent dans l'économie informelle, souvent dans des emplois où elles ne bénéficient même pas des droits et protections les plus élémentaires. En moyenne, les femmes dans le monde entier sont payées 16 % de moins que les hommes. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent également être la source d'inégalités sociales et économiques – par exemple, si une personne perd son statut social ou ses moyens de subsistance en raison de sa séropositivité (189). Le statut social ou économique d'une personne peut également être une source de stigmatisation et de discrimination, qui se recoupe avec la stigmatisation liée au VIH et constitue un obstacle supplémentaire à la recherche de services liés au VIH (190).

Inégalité entre les sexes et normes de genre inégales

Les inégalités entre les sexes dues à la dynamique du pouvoir entre les femmes et les hommes exacerbent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans de nombreux contextes. L'inégalité entre les sexes peut accroître les taux d'infection et réduire la capacité des femmes et des filles à faire face à l'épidémie de VIH. Souvent, les femmes et les filles sont moins bien informées sur le VIH et disposent de moins de ressources pour prendre des mesures préventives. Elles sont confrontées à des obstacles pour la négociation de rapports sexuels à moindre risque en raison d'une dynamique de pouvoir inégale et d'un statut inférieur. La violence sexuelle, une violation généralisée des droits de la femme, exacerbe également le risque de transmission du VIH. Il est prouvé que le mariage peut être un facteur de risque majeur, en particulier pour les jeunes femmes et les filles. Les femmes cisgenres et transgenres vivant avec le VIH sont souvent confrontées à la discrimination sexospécifique et aux inégalités entre les sexes.

De nombreuses femmes vivant avec le VIH sont confrontées à la stigmatisation et à l'exclusion, aggravées par leur absence de droits. Les politiques et les lois discriminatoires qui criminalisent sur la base du statut VIH peuvent affecter les femmes de manière disproportionnée, car elles sont plus susceptibles d'être dépistées et de connaître leur statut via les soins prénatals. Une femme veuve vivant avec le VIH peut être confrontée à des litiges de propriété avec la famille de son mari décédé, compliqués par un accès limité à la justice pour faire respecter ses droits. La charge des soins pour les personnes vivant avec le VIH incombe souvent aux femmes, qu'elles soient elles-mêmes séropositives ou non, ce qui limite leurs perspectives de formation et d'emploi (191). Les normes de genre inégales peuvent également présenter des défis distincts en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Les femmes et les filles vivant avec le VIH sont confrontées à la stigmatisation et à la discrimination fondées sur leur sexe, ce qui peut les dissuader de recourir aux services et de suivre un traitement contre le VIH (192).

Dans 19 pays disposant de données, environ une femme sur trois vivant avec le VIH déclare avoir subi au moins une forme de discrimination liée à sa santé sexuelle et reproductive dans les structures sanitaires, comme le refus de services, le découragement d'avoir des enfants par des professionnels de la santé en raison de son statut VIH, voire la stérilisation forcée (193).

Les jeunes femmes et les professionnelles du sexe sont également confrontées à la stigmatisation et à la discrimination, ce qui peut avoir un impact sur leur capacité à prévenir le VIH et les dissuader de recourir aux services. L'homophobie et la stigmatisation des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont renforcées par des notions de masculinité qui valorisent la domination des hommes sur les femmes et peuvent accroître la stigmatisation intériorisée chez les personnes non conformes aux normes de genre (194). De plus, les idées rigides et binaires en termes de genre ainsi que les notions selon lesquelles l'expression du genre et du sexe biologique doivent toujours s'aligner marginalisent les personnes qui ne se conforment pas.

Normes sociales et culturelles

Les normes sociales et culturelles peuvent contribuer à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH, ainsi qu'à la stigmatisation et à la discrimination envers les populations clés, les femmes, les filles et les personnes exposées au risque de transmission du VIH. Les personnes perçues comme vivant avec le VIH ou s'engageant dans des activités stigmatisées peuvent donc être confrontées à la stigmatisation et à la discrimination pour être allées à l'encontre des normes sociales et culturelles. Ces normes sociales et culturelles néfastes peuvent être renforcées et rencontrées dans tous les contextes. Il est important de modifier positivement ces normes afin de réduire la stigmatisation liée au VIH et d'autres stigmatisations croisées qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et ont un impact négatif sur la qualité de vie (195).

Violence sexuelle et sexiste

La violence sexuelle et sexiste est une forme de discrimination. Les personnes vivant avec le VIH, les femmes, les filles et les membres des populations clés et vulnérables peuvent être victimes de ce type de violence dans tous les contextes. Par exemple, une femme peut être physiquement blessée par son partenaire masculin s'il apprend qu'elle est séropositive (50, 52). La stigmatisation liée au VIH et d'autres stigmatisations croisées peuvent également influencer les soins ou le soutien dont bénéficie une personne qui survit à des actes de violence sexuelle ou sexiste. Par exemple, un professionnel du sexe qui tente de signaler des violences sexuelles peut ne pas recevoir de prophylaxie post-exposition et peut être soumis à des violences sexuelles supplémentaires de la part des agents des forces de l'ordre (152).

Communication et médias

Il est important de tenir compte des plateformes de communication et des médias dans les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, car elles peuvent façonner l'opinion publique. Par exemple, de telles plateformes peuvent alimenter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH par l'utilisation d'un langage stigmatisant concernant le VIH (par exemple, l'utilisation de l'expression « personne infectée par le VIH » ou « patient malade du sida » au lieu de « personne vivant avec le VIH ») ou d'histoires sensationnalistes concernant le VIH ou des populations clés, alimentant la peur et les idées fausses. D'autre part, ces plateformes peuvent également être des outils importants pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH en fournissant des informations précises sur le VIH et les personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH et en normalisant l'engagement dans les services de dépistage et de traitement du VIH (34, 196).

Suivi et évaluation des progrès réalisés pour éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH

La clé de notre succès pour parvenir à une discrimination zéro est le suivi et l'évaluation actifs des efforts mis en œuvre pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH à tous les niveaux socio-écologiques dans chaque pays. Des évaluations aux niveaux des impacts et des programmes sont nécessaires pour informer en temps réel de l'adaptation et de l'amélioration du programme et pour déterminer si la combinaison et le niveau des interventions mises en œuvre permettent d'obtenir les effets souhaités. Le suivi de la mise en œuvre des programmes sera également essentiel pour identifier tout défi et informer la correction à mi-parcours si nécessaire. Le cadre sur la stigmatisation et la discrimination dans le domaine de la santé présenté à la Figure 2 devrait guider les efforts de suivi et d'évaluation.

Tous les efforts de suivi et d'évaluation devraient appliquer des approches fondées sur les droits et sensibles aux droits pour le suivi et l'évaluation des programmes et activités de lutte contre le VIH, et devraient inclure les communautés et les organisations de la société civile dans la conception et la mise en œuvre des efforts d'évaluation, comme le précise la publication de l'ONUSIDA *Rights-based monitoring and evaluation of national HIV responses (197)*.

Pour déterminer les mesures à utiliser dans le cadre des efforts de suivi et d'évaluation des programmes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, il convient de se poser les questions suivantes :

- Quels sont les apports nécessaires pour mettre en œuvre le programme prévu ?
- Quels sont les aspects de la stigmatisation que les composantes du programme tentent de modifier ?
- Quels niveaux socio-écologiques le programme de réduction de la stigmatisation et de la discrimination abordera-t-il ?
- Qui sera exposé au programme ?
- Quels sont les bénéficiaires visés par le programme ?
- Quelles sont les réalisations attendues du programme ?
- Quels sont les résultats attendus du programme ?
- Quels sont les impacts attendus du programme ?

Les réponses à ces questions permettront de déterminer quels résultats et réalisations doivent être suivis tout au long de la mise en œuvre du programme, et quels domaines de stigmatisation doivent être mesurés (par exemple les moteurs, les facilitateurs, les manifestations), auprès de quelles populations et dans quelles régions du pays. Nous examinons deux exemples pour voir comment ces questions pourraient être appliquées afin de déterminer la meilleure façon de suivre les résultats des programmes mis en œuvre pour réduire la stigmatisation et la discrimination.

Exemple 1

Le pays A met en œuvre une campagne médiatique de masse nationale pendant trois mois, suivie de discussions communautaires connexes menées par des personnes vivant avec le VIH et des chefs de l'opinion clés afin de modifier les attitudes négatives du grand public à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

- Apports nécessaires : temps d'antenne à la télévision, temps d'antenne à la radio, panneaux d'affichage, scripts et messages pour les publicités de campagne et les aspects ludo-éducatifs

développés par et avec des personnes vivant avec le VIH, des intervenants communautaires formés et des lieux d'accueil des événements communautaires.

- Aspect de la stigmatisation à modifier : moteur – attitude négative du public à l'égard des personnes vivant avec le VIH.
- Niveaux abordés par le programme : multiniveaux (communautaire, individuel).
- Exposés : grand public, chefs de l'opinion communautaires, personnes vivant avec le VIH.
- Bénéficiaires visés : le grand public et les personnes vivant avec le VIH.
- Réalisations escomptées : 420 spots radio, 252 spots télévisés, 100 panneaux d'affichage, 50 animateurs communautaires formés et 200 réunions communautaires.
- Résultat escompté : réduction des attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH.
- Impact escompté : réduction de la stigmatisation et de la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH.

Compte tenu de ces réponses, un système de suivi pourrait être élaboré pour suivre les différents apports nécessaires et pour déterminer si les réalisations escomptées du programme sont atteintes. Le résultat du programme pourrait être évalué à l'aide de questions posées au grand public dans l'enquête démographique et sanitaire et l'enquête en grappe à indicateurs multiples, qui évaluent les attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH. L'impact du programme pourrait être évalué à l'aide d'évaluations qualitatives telles que des discussions de groupe cible, avec des représentants des personnes vivant avec le VIH et des chefs de l'opinion dans un échantillon de communautés exposées au programme pour voir comment le programme a influencé les comportements envers les personnes vivant avec le VIH. En outre, des données quantitatives sur les expériences de stigmatisation et de discrimination liées au VIH peuvent être évaluées à l'aide de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et du questionnaire standard 2018-2023 de l'enquête démographique et de santé.

Exemple 2

En plus de l'intervention médiatique de masse, le pays A a décidé d'intensifier la formation dans dix centres de santé régionaux pour tous les employés, en utilisant une approche globale pour sensibiliser aux effets néfastes de la stigmatisation dans le contexte des centres de santé, accroître les connaissances sur les dernières avancées scientifiques en matière de VIH et sur les droits de l'homme et l'éthique médicale dans le contexte du VIH, et développer des politiques pour soutenir des centres de santé exempts de stigmatisation. Le programme veillera également à ce que les fournitures soient facilement disponibles pour soutenir les précautions universelles et minimiser l'exposition au VIH sur le lieu de travail, y compris l'accès à la prophylaxie post-exposition.

- Apports nécessaires : programme de formation adapté, animateurs formés, matériel de formation et fournitures de précaution universelles.
- Aspects de la stigmatisation à modifier : les moteurs – le manque de sensibilisation à la stigmatisation et à ses effets néfastes, et les attitudes publiques négatives envers les personnes vivant avec le VIH parmi les professionnels de santé ; les facilitateurs – les politiques sur le lieu de travail et la disponibilité de fournitures de précaution universelles.
- Niveaux abordés par le programme : multiniveaux (organisationnel, individuel).
- Exposé : tout le personnel travaillant dans les centres de santé régionaux.
- Bénéficiaires visés : agents de santé, personnes vivant avec le VIH et populations clés.
- Réalisations escomptées : 20 animateurs formés, 4000 agents de santé formés, des politiques nouvelles ou actualisées dans chaque établissement et 10 établissements régionaux entièrement approvisionnés en fournitures de précaution universelles.
- Résultat escompté : sensibilisation accrue à la stigmatisation, meilleure compréhension des droits de l'homme et de l'éthique médicale dans le contexte du VIH, réduction des attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH et réduction des comportements stigmatisants à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés.
- Impact escompté : réduction de la stigmatisation et de la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés fréquentant des centres de santé dans le pays A.

Comme dans l'exemple précédent, un système de suivi pourrait suivre les apports et les réalisations du programme. Les réponses aux questions indiquent que le résultat du programme pourrait être évalué en interrogeant un échantillon de professionnels de santé de la santé dans chaque centre de santé régional avant et après la mise en œuvre du programme, à l'aide d'un outil qui saisit les moteurs spécifiques qu'il est prévu de déplacer. Les facilitateurs pourraient être évalués par des observations dans les centres de santé afin de déterminer si une politique est en place pour protéger les personnes vivant avec le VIH et les populations clés contre la discrimination, et s'il existe un stock suffisant de fournitures de précaution universelles et de prophylaxie post-exposition. L'impact du programme pourrait être évalué à l'aide d'évaluations qualitatives, comme des discussions de groupe cible, avec des représentants des personnes vivant avec le VIH et des populations clés qui fréquentent les centres de santé, ou quantitativement en réalisant des enquêtes de routine comme l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH afin d'évaluer les manifestations de la stigmatisation parmi les personnes vivant avec le VIH et de déterminer si les expériences de stigmatisation ont diminué à la suite du programme. Le questionnaire standard 2018-2023 de l'enquête démographique et de santé comprend également deux questions visant à évaluer la stigmatisation vécue dans les structures sanitaires.

Suivi et évaluation des meilleures pratiques

Dans la mesure du possible, des mesures validées de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH devraient être utilisées. Les mesures validées sont celles dont il a été démontré par des recherches antérieures qu'elles permettent de saisir de manière cohérente le domaine visé par la stigmatisation au fil du temps. Idéalement, les évaluations devraient utiliser les données existantes et les efforts de collecte de données en cours, tant quantitatives que qualitatives. Ces efforts comprennent l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, l'enquête démographique et de santé, l'enquête biocomportementale intégrée, les évaluations de l'environnement juridique, les évaluations de base du Fonds mondial menées dans 20 pays, les engagements nationaux et l'instrument politique du processus de surveillance mondiale du sida, et d'autres sources d'informations qualitatives disponibles, telles que les discussions de groupes cibles avec des représentants des communautés touchées.

Un document d'orientation distinct, qui fournit plus de détails sur la manière de mesurer les résultats et les impacts des programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, sera publié en 2020.

Conclusion

Des recommandations visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH pour une série de contextes ont été présentées, y compris celles spécifiques aux populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. Bien que les besoins spécifiques des établissements et des populations aient été identifiés, des thèmes cohérents ont également émergé.

L'institutionnalisation de la formation initiale (par exemple, axée sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et sur les droits de l'homme) pour les professionnels et les responsables serait une stratégie d'intervention précieuse. La formation initiale offre la possibilité d'accroître la longévité et l'impact des efforts de réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, car les nouveaux employés et les employés entrants dans ces milieux seraient informés et formés de manière appropriée avant de commencer leur carrière. Une telle formation serait également une option plus économique à long terme, par rapport aux sessions de formation sur le lieu de travail qui doivent être mises en œuvre régulièrement lorsque le personnel rejoint et quitte le lieu de travail. Le développement de programmes initiaux et la mise en œuvre de la formation devraient être dirigés par ou engager totalement les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – pour améliorer l'efficacité du programme.

Il est clair que dans chacun de ces contextes et populations, aucune approche d'intervention ne permettra de lutter pleinement contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ou d'améliorer l'accès aux services liés au VIH. Il est donc nécessaire d'adopter une approche pluridimensionnelle qui fonctionne à tous les niveaux socio-écologiques afin de créer un environnement plus favorable aux personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter. Cela peut inclure l'utilisation collective de stratégies d'intervention telles que la mise en œuvre et l'application de politiques non discriminatoires ; l'instauration de programmes de formation d'éducation et de sensibilisation à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH dans différents contextes organisationnels ; la mise en place de ressources communautaires (par exemple, des centres d'aide juridique) pour soutenir les personnes vivant avec le VIH à accéder à leurs droits ; et l'offre de programmes de soutien et d'émancipation destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux membres des populations clés.

Il est essentiel d'impliquer de multiples parties prenantes et personnes à différents niveaux de formation, du personnel subalterne au personnel supérieur, dans les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, car tous les employés peuvent s'engager auprès de personnes vivant avec le VIH ou supposées vivre avec le VIH en recherchant des services ou en participant à la formation ou au lieu de travail. De même, des personnes extérieures à un contexte spécifique (par exemple, des membres de la famille et de la communauté) peuvent influencer les expériences de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. En outre, les interventions qui soutiennent directement les personnes vivant avec le VIH ne doivent pas être négligées. Les populations « laissées pour compte » – notamment, mais sans s'y limiter, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les populations autochtones, les personnes en prison et autres personnes incarcérées, les migrants, les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes – peuvent avoir besoin d'un soutien et d'informations pour traiter la stigmatisation intériorisée et anticipée, et d'encouragements pour accéder aux services de santé et juridiques disponibles, en ce compris les mécanismes de réparation.

Lors de la mise en œuvre des interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, il est important de tenir compte des besoins des femmes, des filles et des populations clés et vulnérables. Ces populations peuvent être confrontées à des défis uniques, tant en ce qui concerne le VIH lui-même que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans différents contextes (par exemple, désavantage social, violence, vulnérabilité économique) et peuvent nécessiter des dispositions spéciales, par exemple pour faciliter des normes de genre équitables ou réduire la stigmatisation des populations clés.

En outre, lors de la conception et de la mise en œuvre de telles interventions, il est important de veiller à ce qu'elles n'aggravent pas par inadvertance la stigmatisation, la discrimination ou la vulnérabilité dont ces populations font l'objet dans le contexte du VIH.

En l'honneur du regretté Dr Jonathan Mann, qui a été le premier à identifier la stigmatisation et la discrimination comme la deuxième épidémie « silencieuse », « incluons, n'excluons pas » (198). Rassemblons-nous dans un partenariat mondial et agissons pour éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. Nous avons les outils. Nous avons les ressources. Il est temps d'agir.

Références

- 1 Global partnership for action to eliminate all forms of HIV-related stigma and discrimination. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019.
- 2 Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2012.
- 3 Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2014.
- 4 Mahajan A, Sayles J, Patel V, Remien R, Sawires S, Ortiz D, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008;2:S67–79.
- 5 Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.
- 6 Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster ; 1963.
- 7 Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57:13–24.
- 8 Rice WS, Logie CH, Napoles TM, Walcott M, Batchelder AW, Kempf MC, et al. Perceptions of intersectional stigma among diverse women living with HIV in the United States. *Soc Sci Med*. 2018;208:9–17.
- 9 Turan JM, Elafros MA, Logie CH, Banik S, Turan B, Crockett KB, et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med*. 2019;17:7.
- 10 Stangl A, Brady L, Fritz K. STRIVE technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. Washington, DC : STRIVE ; 2012.
- 11 Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes—a resource for national stakeholders in the HIV response. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2007.
- 12 Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12:15.
- 13 Stangl AL, Brady L, Fritz K. *Measuring HIV stigma and discrimination*. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2012.
- 14 Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*. 2019;17:31.
- 15 Key populations. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; 2016.
- 16 UNAIDS terminology guidance. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015.
- 17 Ferguson L, Nicholson A, Henry I, Saha A, Sellers T, Gruskin S. Assessing changes in HIV-related legal and policy environments: lessons learned from a multi-country evaluation. *PLoS One*. 2018;13:e0192765.
- 18 Williamson RT, Fiscian V, Olson RU, Poku FN, Whittal J. A reporting system to protect the human rights of people living with HIV and key populations. *Health Hum Rights*. 2017;19(2):211–22.
- 19 Voices from the field: how laws and policies affect HIV responses. NGO Delegation to the UNAIDS Programme Coordinating Board; 2011 (<https://unaidspcbngo.org/wp-content/uploads/2012/07/2011-NGO-Report-online-version.pdf>).
- 20 The policy and legal environments related to HIV services in China. Beijing: United Nations Development Programme ; 2015.
- 21 Legal environment assessment for HIV: an operational guide to conducting national legal, regulatory and policy assessments for HIV. New York: United Nations Development Programme ; 2014.

- 22 Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. *Am J Public Health*. 2011;101:2012–15.
- 23 Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, et al. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89(2–3):292–7.
- 24 Andrinopoulos K, Figueroa JP, Kerrigan D, Ellen JM. Homophobia, stigma and HIV in Jamaican prisons. *Cult Health Sex*. 2011;13(2):187–200.
- 25 Derlega VJ, Winstead BA, Gamble KA, Kelkar K, Khuanghlawn P. Inmates with HIV, stigma, and disclosure decision-making. *J Health Psychol*. 2010;5(2):258–68.
- 26 Brinkley-Rubinstein L, Turner WL. Health impact of incarceration on HIV-positive African American males: a qualitative exploration. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(8):450–58.
- 27 Agenda for zero discrimination in health-care settings. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2017.
- 28 Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDS*. 2020;34(1):38–50.
- 29 Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, et al. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18 715.
- 30 Ekstrand ML, Ramakrishna J, Bharat S, Heylen E. Prevalence and drivers of HIV stigma among health providers in urban India: implications for interventions. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl. 2):18 717.
- 31 Hirschall G. Striving for zero discrimination in health care. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016.
- 32 Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral therapy adherence among transgender women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(3):256–64.
- 33 HIV prevention among key populations. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2016.
- 34 Osborne K, Tremlett L, Welbourn A, Hale F, Vazquez M. Piecing it together for women and girls: the gender dimensions of HIV-related stigma. London: International Planned Parenthood Federation; 2011.
- 35 Turan JM, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS Behav*. 2013;17:2528–39.
- 36 Hiarlaithe MO, Grede N, de Pee S, Bloem M. Economic and social factors are some of the most common barriers preventing women from accessing maternal and newborn child health (MNCH) and prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services: a literature review. *AIDS Behav*. 2014;18:516–30.
- 37 Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19 462.
- 38 Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67:S228–34.
- 39 Sifris R. Involuntary sterilization of HIV-positive women: an example of intersectional discrimination. *Hum Rights Q*. 2015;37:464–91.
- 40 Cuca YP, Rose CD. Social stigma and childbearing for women living with HIV/AIDS. *Qual Health Res*. 2016;26:1508–18.

- 41 El Feki S, Avafia T, Fidalgo TM, Divan V, Chauvel C, Dhaliwal M, et al. The Global Commission on HIV and the Law: recommendations for legal reform to promote sexual and reproductive health and rights. *Reprod Health Matt.* 2014;22:125–36.
- 42 Courtwright A, Turner A. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Publ Health Rep.* 2010;125:34–42.
- 43 Treves-Kagan S, Steward WT, Ntswane L, Haller R, Gilvydis JM, Gulati H, et al. Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa. *BMC Pub Health.* 2016;16:87.
- 44 Arnold EA, Rebchook GM, Kegeles SM. “Triply cursed”: racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex.* 2014;16(6):710–22.
- 45 Cahill S, Taylor SW, Elsesser SA, Mena L, Hickson DM, Mayer KH. Stigma, medical mistrust, and perceived racism may affect PrEP awareness and uptake in black compared to white gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. *AIDS Care.* 2017;29(11):1351–8.
- 46 Parsons JA, Bond VA, Nixon SA. “Are we not human?” Stories of stigma, disability and HIV from Lusaka, Zambia and their implications for access to health services. *PLoS One.* 2015;10(6):e0127392.
- 47 Rohleder P, Braathen SH, Swartz L, Eide AH. HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. *Disabil Rehabil.* 2009;31(1):51–9.
- 48 HIV-related travel restrictions. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019.
- 49 Chinouya M, Hildreth A, Goodall D, Aspinall P, Hudson A. Migrants and HIV stigma: findings from the Stigma Index Study (UK). *Health Soc Care Commun.* 2014;35(1):35–42.
- 50 Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: A review of literature. *Reprod Health.* 2015;12:53.
- 51 Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc* 2013;16:18 640.
- 52 Amin A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(6S5):20 302.
- 53 Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl. 3):21 497.
- 54 Grov C, Golub SA, Parsons JT, Brennan M, Karpiak SE. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care.* 2010;22(5):630–39.
- 55 Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18 734.
- 56 Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav.* 2015;19:246-56.
- 57 Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Publ Health.* 2012.
- 58 Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11:353–63.
- 59 Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Educ Prev.* 2003;15:49–69.
- 60 Rao D, Elshafei A, Nguyen M, Hatzenbuehler ML, Frey S, Go VF. A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC Med.* 2019;17:41.
- 61 Stangl AL, Singh D, Windle M, Sievwright K, Footer K, Iovita A, et al. A systematic review of selected human rights programs to improve HIV-related outcomes from 2003 to 2015: what do we know? *BMC Infect Dis.* 2019;19:209.

- 62 Understanding and challenging HIV stigma: toolkit for action. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2003.
- 63 Maluccio JA, Wu F, Rokon RB, Rawat R, Kadiyala S. Assessing the impact of food assistance on stigma among people living with HIV in Uganda using the HIV/AIDS stigma instrument-PLWA (HASI-P). *AIDS Behav.* 2017;21:766-82.
- 64 Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
- 65 Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health.* 2011;11:755.
- 66 Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132(Suppl. 1):S48-52.
- 67 Geibel S, Hossain SMI, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health.* 2017;60(2S2):S35-44.
- 68 Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS Stigma Attitudes Among Educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561-9.
- 69 Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care.* 2013;25:194-201.
- 70 Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Washington, DC: World Bank; 2010 (<https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-8449-7>).
- 71 Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SE, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26:614-20.
- 72 Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543-54.
- 73 Tanser F, Bärnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell ML. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science.* 2013;339(6122):966-71.
- 74 Montaner JSG, Wood E, Kerr T, Lima V, Barrios R, Shannon K, et al. Expanded highly active antiretroviral therapy coverage among HIV-positive drug users to improve individual and public health outcomes. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;55(Suppl. 1):S5-9.
- 75 Botswana extends free HIV treatment to non-citizens. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019.
- 76 Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvão J, Mane P, Verrall J. HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Crit Publ Health.* 1998;8(4):347-70.
- 77 Stutterheim SE, Pryor JB, Bos AER, Hoogendijk R, Muris P, Schaalma HP. HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS.* 2009;23(17):2353-7.
- 78 Pantelic M, Steinert JI, Park J, Mellors S, Murau F. "Management of a spoiled identity": systematic review of interventions to address self-stigma among people living with and affected by HIV. *BMJ Glob Health.* 2019;4:e001285.
- 79 Ojikutu BO, Pathak S, Srithanaviboonchai K, Limbada M, Friedman R, Li S, et al. Community cultural norms, stigma and disclosure to sexual partners among women living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia (HPTN 063). *PLoS One.* 2016;11(5):e0153600.
- 80 Öktem P. The role of the family in attributing meaning to living with HIV and its stigma in Turkey. *SAGE Open.* 2015;5:215824401561516.

- 81 Stephenson R. Community factors shaping HIV-related stigma among young people in three African countries. *AIDS Care*. 2009;21(4):403-10.
- 82 Pharris A, Hoa NP, Tishelman C, Marrone G, Kim Chuc NT, Brugha R, et al. Community patterns of stigma towards persons living with HIV: a population-based latent class analysis from rural Vietnam. *BMC Publ Health*. 2011;11:705.
- 83 Pretorius JB, Greeff M, Freeks FE, Kruger A. A HIV stigma reduction intervention for people living with HIV and their families. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:187-95.
- 84 Black LW. Commentary on impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Fam Syst Health*. 2008;26:443–6.
- 85 Brown DC, Belue R, Airhihenbuwa CO. HIV and AIDS-related stigma in the context of family support and race in South Africa. *Ethn Health*. 2010;15(5):441-58.
- 86 Chidrawi HC, Greeff M, Temane QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:196–205.
- 87 Recommendation 200: Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work. Genève : Organisation internationale du Travail ; 2010.
- 88 World AIDS Campaign: HIV and the world of work—why and how we should all advocate for the implementation of the ILO Recommendation on HIV and the workplace. Genève : Organisation internationale du Travail ; 2010.
- 89 The gap report 2014: people living with HIV. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2014.
- 90 Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395-407.
- 91 Sprague L, Simon S, Sprague C. Employment discrimination and HIV stigma: survey results from civil society organisations and people living with HIV in Africa. *African J AIDS Res*. 2011;10:311–24.
- 92 Addressing HIV/AIDS stigma and discrimination in a workplace program: emerging findings. Washington, DC : Horizons ; 2002.
- 93 HIV stigma and discrimination in the world of work: findings from the People Living with HIV Stigma Index. Amsterdam: Global Network of People Living with HIV; 2018.
- 94 Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, et al. Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(12):1059–66.
- 95 Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2006.
- 96 Teachers living with HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Inter-Agency Task Team on Education; 2008.
- 97 Statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges. Geneva: World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017.
- 98 The gap report 2014: migrants. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2014.
- 99 Holzemer WL, Makoae LN, Greeff M, Dlamini PS, Kohi TW, Chirwa ML, et al. Measuring HIV stigma for PLHAs and nurses over time in five African countries. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2009;6:76–82.
- 100 Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*. 2005;366(9503):2123–34.
- 101 Ganju D, Saggurti N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Cult Heal Sex*. 2017;19(8):903-17.
- 102 Stuckler D, Steele S, Lurie M, Basu S. Introduction: “dying for gold”—the effects of mineral mining on HIV, tuberculosis, silicosis, and occupational diseases in southern Africa. *Int J Health Serv*. 2013;43:639–49.
- 103 Corno L, de Walque D. Mines, migration and HIV/AIDS in southern Africa. *J Afr Econ*. 2012;21:465–98.
- 104 Weine SM, Kashuba AB. Labor migration and HIV risk: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2012;16(6):1605-21.

- 105 Harinarain N, Haupt TC. Impact of workplace HIV and AIDS policies on stigma and discrimination. Dans : Proceedings of the 5th Built Environment Conference, Durban, South Africa, 18–20 July 2010.
- 106 Rao D, Angell B, Lam C, Corrigan P. Stigma in the workplace: employer attitudes about people with HIV in Beijing, Hong Kong, and Chicago. *Soc Sci Med.* 2008;67:1541–9.
- 107 Protecting the rights of people living with HIV in the workplace. Washington, DC: Gujarat State Network of Positive People, International Center for Research on Women, United Nations Development Programme and STRIVE; 2013.
- 108 Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care.* 2012;24:180–85.
- 109 Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PLoS One.* 2017;12(9):e0184484.
- 110 Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
- 111 HIV and AIDS and supportive learning environments. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2006.
- 112 Winskell K, Miller KS, Allen KA, Obong’o CO. Guiding and supporting adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa: the development of a curriculum for family and community members. *Child Youth Serv Rev.* 2016;61:253–60.
- 113 HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013.
- 114 Thematic segment: mental health and HIV/AIDS—promoting human rights, an integrated and person-centered approach to improving ART adherence, well-being and quality of life. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2018.
- 115 Moyo Z, Perumal J. Challenges faced by teachers living with HIV. *South Afr. J Educ.* 2019;39(1):1-10.
- 116 Casale M, Boyes M, Pantelic M, Toska E, Cluver L. Suicidal thoughts and behaviour among South African adolescents living with HIV: can social support buffer the impact of stigma? *J Affect Disord.* 2019;45:82–90.
- 117 Denison JA, Banda H, Dennis AC, Packer C, Nyambe N, Stalter RM, et al. “The sky is the limit”: adhering to antiretroviral therapy and HIV self-management from the perspectives of adolescents living with HIV and their adult caregivers. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19 358.
- 118 Mackworth-Young CR, Bond V, Wringe A, Konayuma K, Clay S, Chiiya C, et al. “My mother told me that I should not”: a qualitative study exploring the restrictions placed on adolescent girls living with HIV in Zambia. *J Int AIDS Soc.* 2017;20:e25035.
- 119 Stangl A, Bond V, Mackworth-Young CR, Sievwright K, Singh D, Clay S, et al. Transitioning to a healthy adulthood: lessons learned from adolescent girls living with HIV in urban Zambia. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2015.
- 120 Mburu G, Ram M, Oxenham D, Haamujompa C, Iorpenda K, Ferguson L. Responding to adolescents living with HIV in Zambia: a social–ecological approach. *Child Youth Serv Rev.* 2014;45:9–17.
- 121 Ferrand R, Lowe S, Whande B, Munaiwa L, Langhaug L, Cowan F, et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? *Bull World Health Organ.* 2010;88:428–34.
- 122 International technical guidance on sexuality education. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2018.
- 123 Integrated School Health Policy. Cape Town: Government of South Africa; 2012.
- 124 Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: the global challenges. *Int J Gynecol Obstet* 2015;131:S40–42.
- 125 The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011.

- 126 Marfatia Y, Naswa S. Adolescent HIV/AIDS: issues and challenges. *Ind J Sex Transm Dis AIDS*. 2010;31:1.
- 127 Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrarrázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23:73–86.
- 128 Comprehensive sexuality education. New York: United Nations Population Fund; 2016.
- 129 Campbell C, Andersen L, Mutsikiwa A, Madanhire C, Nyamukapa C, Gregson S. Can schools support HIV/AIDS-affected children? Exploring the “ethic of care” amongst rural Zimbabwean teachers. *PLoS One*. 2016;11:e0146322.
- 130 Good policy and practice in HIV and health education: booklet 7—gender equality, HIV and education. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2012.
- 131 Grainger C. Understanding disclosure behaviours in HIV-positive young people. *J Infect Prev*. 2017;18(1):35–9.
- 132 Fleming KE. Improving access to education for orphans or vulnerable children affected by HIV/AIDS. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2015.
- 133 Zwicker L, Stemple L. Nine countries’ compliance with international human rights standards for HIV/AIDS prevention. Los Angeles: University of California Los Angeles School of Law New International Human Rights Law Program (<https://law.ucla.edu/~media/Assets/Health%20and%20Human%20Rights/Documents/Nine%20Countries%20Compliance.ashx>).
- 134 Overview: good policy and practice in HIV and AIDS and education—booklet 1. Paris: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2008.
- 135 Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Educ Res*. 2012;27:237–47.
- 136 Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care*. 2015;27(12):1439–42.
- 137 Varas-Díaz N, Neilands TB, Cintrón-Bou F, Marzán-Rodríguez M, Santos-Figueroa A, Santiago-Negrón S, et al. Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 670.
- 138 Gagnon M. Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26:703–19.
- 139 Mahendra VS, Gilborn L, Bharat S, Mudoji R, Gupta I, George B, et al. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2007;4:616–25.
- 140 Farotimi A, Nwozichi C, Ojediran T. Knowledge, attitude, and practice of HIV/AIDS-related stigma and discrimination reduction among nursing students in southwest Nigeria. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20:705.
- 141 Li L, Lin C, Guan J, Wu Z. Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18 710.
- 142 Technical and programmatic considerations for index testing and partner notification for adolescent girls and young women. Washington, DC: United States Agency for International Development, United States President’s Emergency Plan for Aids Relief, and YouthPower; 2019.
- 143 Choi JY. HIV stigmatization harms individuals and public health. *Infect Chemother*. 2014;46:139.
- 144 Key barriers to women’s access to HIV treatment: a global review. New York: UN Women; 2017.
- 145 Mosime W, Oberth G, Baptiste S, Maouan A, Garcia P, Taro T, et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in 11 west African countries: findings from the regional community treatment observatory. Presented at the 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, July 2019.
- 146 Li L, Wu Z, Liang L-J, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health*. 2013;103:286–92.
- 147 Reducing stigma to improve engagement in HIV care among men who have sex with men. Mumbai: Humsafar Trust, International Center for Research on Women, United Nations Development Programme and STRIVE; 2013.

- 148 Thailand scaling up initiative to end HIV-related stigma. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2016.
- 149 Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med.* 2010;71:38–44.
- 150 Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Programme des Nations Unies pour le Développement ; 2019.
- 151 Risks, rights and health. New York: Global Commission on HIV and the Law; 2012.
- 152 Shannon K. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA.* 2010;304:573.
- 153 Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet.* 2015;385:55–71.
- 154 Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D, et al. The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *Lancet Publ Health.* 2018;3(9):E429–37.
- 155 Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV.* 2019;6(11):E769–87.
- 156 Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28(9):489–98.
- 157 People living with HIV stigma index: Asia Pacific regional analysis. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2011.
- 158 Redress at 10: an analysis of addressing HIV-related discrimination in Jamaica. Washington, DC: Health Policy Plus; 2017.
- 159 Eliminating discrimination in health care: stepping stone towards ending the AIDS epidemic. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2016.
- 160 Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV- and AIDS-related stigma, discrimination, and human rights: a critical overview. *Health Hum Rights.* 2002;6:1.
- 161 Compendium of cases by the Luo Council of Elders. Nairobi: KELIN; 2017.
- 162 Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights.* 2012;14(2):34–8.
- 163 International Drug Policy Consortium. Submission to the Global Commission on HIV and the Law—Asia Pacific Regional Dialogue. 2011; doi.org/10.2139/ssrn.1908915.
- 164 Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18–26.
- 165 Lowicki-Zucca M, Spiegel PB, Kelly S, Dehne K-L, Walker N, Ghys PD. Estimates of HIV burden in emergencies. *Sex Transm Infect.* 2008;84(Suppl. 1):i42–8.
- 166 Annual report, 2017. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2017.
- 167 Humanitarian emergencies, armed conflict and the HIV response. Brighton : Avert ; 2017.
- 168 HIV in humanitarian emergencies information note. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2015.
- 169 Universal health coverage (UHC). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019.
- 170 Taylor L. Over 17 million women and girls collect water in Africa, at risk of rape and disease. Reuters, 1er juin 2016.

- 171 Puechguirbal N. Women and war in the Democratic Republic of the Congo. *Signs J Women Cult Soc.* 2003;28(4):1271–81.
172. On the frontline: catalyzing women's leadership in humanitarian action. Johannesburg: ActionAid; 2016.
- 173 Checklist on preventing and addressing conflict-related sexual violence against men and boys. Liechtenstein: All Survivors Project (<https://allurvivorsproject.org/wp-content/uploads/2019/12/Checklist-English.pdf>).
- 174 Oser R, Ojikutu B, Odex W, Ogunlayi M, Ntumba J. HIV treatment in complex emergencies. Arlington, VA: United States Agency for International Development; 2012.
- 175 Triple threat: update. Toronto: International Council of AIDS Service Organisations and Acción Ciudadana en SIDA; 2019.
- 176 Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings. Genève : Inter-Agency Standing Committee; 2010.
- 177 Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters.* 2004;28(3):322-39.
- 178 The gap report 2014: displaced persons. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2014.
- 179 Mobula ML, Brown CA, Burnham G, Phelps BR. Need for reinforced strategies to support delivery of HIV clinical services during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *Disaster Med Publ Health Prep.* 2015;9(5):522-6.
- 180 The global database: regulations on entry, stay, and residence for people living with HIV. The Global Database on HIV related travel restrictions (<https://www.hivtravel.org/Default.aspx?PagelD=143&Mode=list&StatelD=4>).
- 181 Genovese S. Prosecuting UN Peacekeepers for sexual and gender-based violence in the Central African Republic. *Brooklyn J Int Law.* 2017;43.
- 182 Kirschner S, Miller A. Does peacekeeping really bring peace? Peacekeepers and combatant-perpetrated sexual violence in civil Wars. *J Conflict Resolut.* 2019;63(9):2043–70.
- 183 Reiz N, O'Lear S. Spaces of violence and (in)justice in Haiti: a critical legal geography perspective on rape, UN peacekeeping, and the United Nations Status of Forces Agreement. *Territ Polit Gov.* 2016;4(4):453–71.
- 184 Civil society and WFP increasing food security in Ukraine. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2017.
- 185 Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav.* 2007;11:85–100.
- 186 Remarks by Devanand Milton, President of Guyana Trans United (GTU) on the occasion of the SASOD Community Paralegal Services Initiative Launch. 2017 (<https://pancap.org/pancap-releases/remarks-by-devanand-milton-president-of-guyana-trans-united-gtu/>).
- 187 Nguyen QL, Phan TV, Tran BX, Nguyen LH, Ngo C, Phan HT, et al. Health insurance for patients with HIV/AIDS in Vietnam: coverage and barriers. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:519.
- 188 HIV, stigma and discrimination: your rights with insurance companies. Londres : NAM ; 2018.
- 189 Gaigbe-Togbe V, Weinberger MB. The social and economic implications of HIV/AIDS. *Etude la Popul Afr.* 2004;19(B).
- 190 Grossman CI, Stangl AL. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18 881.
- 191 What we do: HIV and AIDS. Genève : ONU Femmes.
- 192 Key barriers to women's access to HIV treatment: a global review. New York: UN Women; 2017 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/12/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment>).
- 193 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund. Organisation mondiale de la Santé. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf).

- 194 Gupta GR. Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how—Plenary Address to the XIIth International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July 2000.
- 195 Miller CT, Groer KW, Bunn JY, Solomon SE. Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychol Sci.* 2011;22(5):579–83.
- 196 Chalk S. HIV and stigma: the media challenge. Londres : International Planned Parenthood Federation; 2014.
- 197 Rights-based monitoring and evaluation of national HIV responses. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019.
- 198 Merson M, Inrig S. The AIDS pandemic: searching for a global response. Cham : Springer ; 2017.

Annexe 1 Interventions to reduce HIV stigma and discrimination in community settings

| Référence | Pays | Population d'étude | Intervention | Durée | Résultats |
|--------------------------------|--------------------------|---|---|------------|--|
| Apinudecha et al, 2007 (1) | Thaïlande | Personnes vivant avec le VIH Aidants non professionnels Responsables communautaires | Développement des compétences, contact, structurel | 8 mois | Amélioration des connaissances Réduction de la stigmatisation |
| Boulay et al, 2008 (2) | Ghana | Membres de la communauté | Basé sur l'information, développement des capacités | 2 mois | Amélioration des attitudes et volonté de soigner un proche vivant avec le VIH |
| Rimal et Creel, 2008 (3) | Malawi | Membres de la communauté | Basé sur les informations, contact | 2 ans | La stigmatisation a diminué pour les personnes présentant une efficacité élevée seulement Pas de changement pour les personnes présentant une faible efficacité |
| Nyblade et al, 2008 (4) | Vietnam | Membres de la communauté | Basé sur les informations, développement des capacités, contact, structurel | 20 mois | Amélioration de la sensibilisation et des attitudes Réduction de la peur et des comportements discriminatoires |
| Fakolade et al, 2010 (5) | Nigeria | Membres de la communauté | Basé sur les informations, contact | 4 ans | Amélioration des attitudes |
| Young et al, 2010 (6) | Pérou | Membres de la communauté | Basé sur les informations, développement des capacités | 2 ans | La stigmatisation a diminué pour les hommes, mais pas pour les femmes socialement marginalisées |
| Adam et al., 2011 (7) | Basé sur le web canadien | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes | Basé sur les informations | 4 mois | Amélioration des attitudes et des connaissances Réduction des comportements discriminatoires |
| Nambiar et al, 2011 (8) | Inde | Personnes vivant avec le VIH | Basé sur les informations | 14 jours | Réduction de la stigmatisation réelle Pas de changement dans la stigmatisation ressentie ou révélée |
| Tshabalala et Visser, 2011 (9) | Afrique du Sud | Femmes vivant avec le VIH | Basé sur les informations, développement des capacités | 8 sessions | Diminution de la stigmatisation intériorisée Pas de changement dans la stigmatisation réelle |
| Nuwaha et al., 2012 (10) | Ouganda | Membres de la communauté | Basé sur les informations, soutien via des conseils, biomédical | 2 ans | Amélioration des attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH, croyances et pratiques de divulgation, et comportements personnels à risque Probabilité accrue de dépistage du VIH |
| Rao et al., 2012 (11) | États-Unis d'Amérique | Femmes vivant avec le VIH | Basé sur les informations, développement des capacités, soutien via des conseils, contact | 2 jours | Diminution de la stigmatisation intériorisée |
| Smith Fawzi et al, 2012 (12) | Haïti | Les jeunes vivant avec le VIH et leurs aidants non professionnels | Basé sur les informations, développement des capacités | 1 an | Amélioration du soutien social et réduction de la détresse psychologique pour la population étudiée Réduction de la stigmatisation parmi les aidants non professionnels |
| Catalani et al, 2013 (13) | Inde | Professionnelles du sexe Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Jeunes femmes mariées Hommes mariés | Basé sur les informations | 1,5 heure | Réduction des jugements négatifs sur les personnes vivant avec le VIH et des craintes de contracter le VIH suite à des contacts occasionnels |
| Jain et al., 2013 (14) | Thaïlande | Membres de la communauté | Basé sur les informations, contact | 1 an | Amélioration des connaissances sur la transmission du VIH Réduction de la peur du VIH Diminution de la stigmatisation intériorisée |

| | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--|---|--------------------------------|---|
| Jürgensen et al., 2013 (15) | Zambie | Membres de la communauté | Basé sur les informations, contact | 4 ans | Réduction de la stigmatisation Amélioration des attitudes Pas de changement dans la stigmatisation perçue |
| Low et al., 2013 (16) | Kenya | individus Responsables communautaires | Conseil et soutien, biomédical | 18 mois | Réduction de la stigmatisation parmi les responsables communautaires |
| Lakshmi et Sampathkumar, 2013 (17) | Inde | Personnes vivant avec le VIH | Basé sur les informations, développement des capacités, soutien via des conseils | Six sessions d'une heure | Amélioration des attitudes |
| Mall et al., 2013 (18) | Afrique du Sud | Membres de la communauté | Basé sur les informations, développement des capacités, biomédical | 2 ans | Amélioration des attitudes, des connaissances et des comportements Augmentation du recours au dépistage du VIH |
| Nyamanthi et al., 2013 (19) | Inde | Femmes vivant avec le VIH | Développement des capacités, soutien via des conseils | Six sessions de 45 minutes | Réduction de la stigmatisation intériorisée et de l'évitement |
| Barroso et autres, 2014 (20) | États-Unis d'Amérique | Femmes vivant avec le VIH | Basé sur les informations et développement des capacités via la vidéo et le journalisme | 4 semaines | Réduction de la stigmatisation intériorisée et des stéréotypes Amélioration de l'estime de soi, des capacités personnelles et des relations sociales |
| Rivera et al., 2014 (21) | États-Unis d'Amérique | Personnes consommatrices de drogues par injection Les personnes sous-assurées ou non assurées | Basé sur les informations | 1 séance de visionnage | Réduction des reproches et de la honte liés au VIH |
| Elamin et al., 2015 (22) | Soudan | Personnes vivant avec le VIH | Basé sur les informations | 6 mois | De meilleures connaissances du VIH Réduction complète des perceptions négatives du sida en tant que problème de santé |
| Rios-Ellis et al., 2015 (23) | États-Unis d'Amérique | Membres de la communauté (Latinos mal desservis) | Basé sur les informations | Une session de 60 à 90 minutes | Réduction de la stigmatisation liée au VIH Amélioration des connaissances, de la volonté de dépistage et de la compréhension du risque d'infection à VIH |
| Bhatta et Liabsuetrakul, 2016 (24) | Népal | Personnes vivant avec le VIH et sous thérapie antirétrovirale | Basé sur les informations, conseils et support, contact | Six sessions de 1,5h | Réduction de la stigmatisation Amélioration du sentiment d'émancipation, du soutien social et de la qualité de vie |
| Chidrawi et autres, 2016 (25) | Afrique du Sud | Les personnes vivant avec le VIH et les membres de leur famille, leurs partenaires, leurs amis, les membres de la communauté et les chefs spirituels | Basé sur les informations, conseils et support, contact | 5 mois | Diminution des expériences de stigmatisation liées au VIH des personnes vivant avec le VIH Amélioration du comportement vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH de la part des personnes qui vivent à proximité de cette population |
| Payne-Foster et autres, 2017 (26) | États-Unis d'Amérique | Membres de la communauté (église) | Basé sur les informations | Huit modules d'une heure | Réduction de la stigmatisation au niveau individuel |
| Li et al., 2017 (27) | Canada | Personnes vivant avec le VIH Les leaders ethno-raciaux des communautés diasporiques racialisées | Basé sur les informations, le contact et l'apprentissage collaboratif | 12 mois | Réduction de la stigmatisation liée au VIH, volonté accrue « d'agir en vue d'un changement social positif ». |
| France et autres, 2019, (28) | Zimbabwe | Personnes vivant avec le VIH | Basé sur les informations, conseils et support | 12 semaines | Réduction de l'auto-stigmatisation et de la dépression |

1. Apinundecha C, Laohasiriwong W, Cameron MP, Lim S. A community participation intervention to reduce HIV/AIDS stigma, Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. *AIDS Care*. 2007;19:1157–65.
2. Boulay M, Tweedie I, Fiagbey E. The effectiveness of a national communication campaign using religious leaders to reduce HIV-related stigma in Ghana. *Afr J AIDS Res*. 2008;7(1):133–41.
3. Rimal RN, Creel AH. Applying social marketing principles to understand the effects of the Radio Diaries program in reducing HIV/AIDS stigma in Malawi. *Health Mark Q*. 2008;25:119–46.
4. Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
5. Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395-407.
6. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Jae L, Salazar X, et al. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. *AIDS Behav*. 2011;15:930–37.
7. Adam BD, Murray J, Ross S, Oliver J, Lincoln SG, Rynard V. Hivstigma.com, an innovative web-supported stigma reduction intervention for gay and bisexual men. *Health Educ Res*. 2011;26:795–807.
8. Nambiar D, Ramakrishnan V, Kumar P, Varma R, Balaji N, Rajendran J, et al. Knowledge, stigma, and behavioral outcomes among antiretroviral therapy patients exposed to Nalamdana's radio and theater program in Tamil Nadu, India. *AIDS Educ Prev*. 2011;23(4):351–66.
9. Tshabalala J, Visser M. Developing a cognitive behavioural therapy model to assist women to deal with HIV and stigma. *South Afr J Psychol*. 2011;41(1):17–28.
10. Nuwaha F, Kasasa S, Wana G, Muganzi E, Tumwesigye E. Effect of home-based HIV counselling and testing on stigma and risky sexual behaviours: Serial cross-sectional studies in Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(2):17 423.
11. Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SE, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26:614–20.
12. Smith Fawzi MC, Eustache E, Oswald C, Louis E, Surkan PJ, Scanlan F, et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: Implications for programs and policies for orphans and vulnerable children. *Soc Sci Med*. 2012;74(10):1494–503.
13. Catalani C, Castaneda D, Spielberg F. Development and assessment of traditional and innovative media to reduce individual HIV/AIDS-related stigma attitudes and beliefs in India. *Front Public Health*. 2013;1:21.
14. Jain A, Nuankaew R, Mongkholwiboolphol N, Banpabuth A, Tuvinnun R, Oranop Na Ayuthaya P, et al. Community-based interventions that work to reduce HIV stigma and discrimination: results of an evaluation study in Thailand. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3 Suppl. 2):18 711.
15. Jürgensen M, Sandøy IF, Michelo C, Fylkesnes K. Effects of home-based voluntary counselling and testing on HIV-related stigma: findings from a cluster-randomized trial in Zambia. *Soc Sci Med*. 2013;81:18–25.
16. Low C, Pop-Eleches C, Rono W, Plous E, Kirk A, Ndege S, et al. The effects of home-based HIV counseling and testing on HIV/AIDS stigma among individuals and community leaders in western Kenya: evidence from a cluster-randomized trial 1,2. *AIDS Care*. 2013;25:S97–107.
17. Lakshmi MG, Sampathkumar A. Impact of psycho-education on stigma in people living with HIV/AIDS. *Int J Soc Sci Tomorrow* 2013;2:1–10.
18. Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*. 2013;25:194–201.
19. Nyamathi A, Ekstrand M, Salem BE, Sinha S, Ganguly KK, Leake B. Impact of Asha intervention on stigma among rural Indian women with AIDS. *West J Nurs Res*. 2013;35(7):867–83.
20. Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(9):489-98.

21. Rivera AV, DeCuir J, Crawford ND, Amesty S, HARRIPERSAUD K, Lewis CF. Factors associated with HIV stigma and the impact of a nonrandomized multi-component video aimed at reducing HIV stigma among a high-risk population in New York City. *AIDS Care*. 2015;27(6):772–6.
22. Elamin MO, Ahmed HRM, Ali FF. Effect of innovative intervention in eliminating stigma and discrimination among people living with AIDS in Khartoum state, Sudan 2013. *Eur Sci J*. 2015;11:15.
23. Rios-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodriguez S, Diaz G, Carricchi A, et al. Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved latinos in the southwestern U.S. *Publ Health Rep*. 2015;130(5):458–67.
24. Bhatta DN, Liabsuetrakul T. Efficacy of a social self-value empowerment intervention to improve quality of life of HIV infected people receiving antiretroviral treatment in Nepal: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2017;21:1620–31.
25. Chidrawi HC, Greeff M, Temane QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:196–205.
26. Payne-Foster P, Bradley ELP, Aduloju-Ajjola N, Yang X, Gaul Z, Parton J, et al. Testing our FAITHH: HIV stigma and knowledge after a faith-based HIV stigma reduction intervention in the Rural South. *AIDS Care*. 2018;30(2):232–9.
27. Li ATW, Fung KPL, Maticka-Tyndale E, Wong JPH. Effects of HIV stigma reduction interventions in diasporic communities: insights from the CHAMP study. *AIDS Care*. 2018;30(6):739–45.
28. France NF, Macdonald SHF, Conroy RR, Chiroro P, Cheallaigh DN, Nyamucheta M, et al. “We are the change”: an innovative community-based response to address self-stigma—a pilot study focusing on people living with HIV in Zimbabwe. *PLoS One*. 2019;14(2):e0213465.

Annexe 2 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte des lieux de travail

| Référence | Pays | Population d'étude | Intervention | Durée | Résultats |
|-----------------------------|--|--|---|--|---|
| Richter et al., 2012 (1) | Angola, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Kenya, Nigeria | Employés dans le contexte du lieu de travail | Basé sur les informations, développement des capacités | 15 séances d'une demi-heure sur 12-18 mois | Amélioration des attitudes et des connaissances sur le VIH ainsi que de la stigmatisation et la discrimination liées au VIH |
| Poteat et al, 2017 (2) | 38 pays | 2825 participants, y compris le personnel du PEPFAR et les responsables de la mise en œuvre du programme, le personnel du gouvernement des États-Unis et les parties prenantes locales | Basé sur les informations, développement des capacités, contact | Formation d'une journée | Amélioration des attitudes à l'égard des personnes issues de minorités sexuelles et de genre Une plus grande capacité à agir afin de réduire la stigmatisation et la discrimination Meilleure connaissance des organisations qui soutiennent la santé et les droits de l'homme des minorités sexuelles et de genre dans le pays |

PEPFAR, Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida

1. Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2012;24:180–85.
2. Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184484.

Annexe 3 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte éducatif

| Référence | Pays | Population d'étude | Intervention | Durée | Résultats |
|---------------------------|--|---|---|--|--|
| Paxton, 2002 (1) | Australie | Étudiants (secondaire) | Contact | 12 entretiens ; suivi de 3 mois | Amélioration des attitudes (bien qu'une diminution ait été constatée lors du suivi) |
| Lau et al, 2005 (2) | Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong | Étudiants (9e et 10e années) | Basé sur les informations, contact | 2 semaines | Amélioration des connaissances Réduction des attitudes discriminatoires et des perceptions négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH |
| Deutsch, 2007 (3) | États-Unis d'Amérique | Étudiants (université) | Basé sur les informations, développement des capacités, vidéo | | Amélioration des attitudes Réduction de la stigmatisation |
| Norr et al, 2007 (4) | Malawi | Éducateurs | Basé sur les informations, développement des capacités, recours à des groupes de pairs | Six sessions de 2h | Amélioration des connaissances, des attitudes, de la capacité, de l'intention de changer et du comportement personnel à risque d'infection à VIH Certaines mesures de stigmatisation sont restées inchangées |
| Bell et al, 2008 (5) | Afrique du Sud | Étudiants (primaire) Aidants non professionnels | Développement des capacités | Dix sessions de 90 minutes | Amélioration des connaissances et réduction de la stigmatisation parmi les étudiants |
| Bekele et Ali, 2008 (6) | Éthiopie | Étudiants (lycée) | Basé sur les informations, développement des capacités | 8 heures | Réduction de la stigmatisation |
| Sorcar, 2009 (7) | Inde | Étudiants (lycée et collège) | Basé sur les informations | 3 étapes, 1 an | Amélioration des attitudes et des connaissances Réduction de la peur Probabilité accrue de rechercher de manière indépendante des informations sur le VIH |
| Brown, 2009 (8) | Afrique du Sud | Étudiants (université) | Basé sur les informations, contact | 3 semaines | Amélioration des attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH Intérêt accru en savoir plus sur le VIH et volonté de soutenir les personnes vivant avec le VIH lorsque cela est nécessaire |
| Chao et al, 2010 (9) | Afrique du Sud | Éducateurs | Basé sur les informations, développement des capacités, soutien via des conseils, contact | Cours d'informatique interactif ou atelier de deux jours sur les soins et l'appui | Réduction des attitudes stigmatisantes Amélioration des connaissances |
| Li et al, 2011 (10) | Chine | Étudiants (lycée) | Basé sur les informations | Huit sessions de 90 minutes | Amélioration des connaissances Réduction des attitudes stigmatisantes |
| Denison et al., 2012 (11) | Zambie | Étudiants (8e et 9e années) | Basé sur les informations, développement des capacités | 1 mois | Amélioration des connaissances, des attitudes, de la capacité et du comportement personnel à risque |
| Harper et al., 2014 (12) | États-Unis d'Amérique | Jeunes (16-24 ans) récemment diagnostiqués avec le VIH ¹ | Basé sur les informations, développement des capacités, soutien via des conseils | Deux séances individuelles et neuf séances de groupe hebdomadaires de 2 heures ; suivi de 3 mois | Amélioration de la stigmatisation personnalisée, des préoccupations en matière de divulgation et de l'image de soi après l'intervention Aucun changement positif concernant les préoccupations liées aux attitudes publiques L'analyse sexospécifique montre des résultats positifs pour les jeunes hommes après l'intervention et lors du suivi |
| Kerr et al., 2015 (13) | États-Unis d'Amérique | Adolescents afro-américains | Basé sur les informations | 12 mois | De meilleures connaissances du VIH Réduction de la stigmatisation |

¹ 60 % des participants à l'étude étaient inscrits à l'école.

1. Paxton S. The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Educ Prev.* 2002;14:282–94.
2. Lau JT, Tsui HY, Chan K. Reducing discriminatory attitudes toward people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Hong Kong: an intervention study using an integrated knowledge-based PLWHA participation and cognitive approach. *AIDS Care.* 2005; 17:85–101.
3. Deutsch H. Reducing HIV stigma: a common group identity perspective. Honours project. Bloomington, IL: Illinois Wesleyan University; 2007.
4. 127 Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrarázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23:73–86.
5. Bell CC, Gibbons RT, Amatya AP, Bhana AN, Petersen IE, McKay MM, et al. Building protective factors to offset sexually risky behaviors among black youths: a randomized control trial. *J Natl Med Assoc.* 2008;100:936–44.
6. Bekele A, Ali A. Effectiveness of IEC interventions in reducing HIV/AIDS related stigma among high school adolescents in Hawassa, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2008;22:232–42.
7. Sorcar P. Teaching taboo topics without talking about them: an epistemic study of a new approach to HIV/AIDS prevention education in India. Ann, Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
8. Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
9. Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS stigma attitudes among educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561–9.
10. Li X, Zhang L, Mao R, Zhao Q, Stanton B. Effect of social cognitive theory-based HIV education prevention program among high school students in Nanjing, China. *Health Educ Res.* 2011;26:419–31.
11. Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Educ Res.* 2012;27:237–47.
12. Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543–54.
13. Kerr JC, Valois RF, DiClemente RJ, Carey MP, Stanton B, Romer D, et al. The effects of a mass media HIV-risk reduction strategy on HIV-related stigma and knowledge among African American adolescents. *AIDS Patient Care STDS.* 2015;29:150–56.

Annexe 4 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte des structures sanitaires

| Référence | Pays | Population d'étude | Intervention | Durée | Résultats |
|-------------------------------|---|--|---|---|---|
| Ezedinachi, 2002 (1) | Nigeria | Agents de santé | Basé sur les informations, développement des capacités | 30 ateliers, suivi d'un an | Amélioration des attitudes Réduction de la peur Une meilleure compréhension des droits des personnes vivant avec le VIH Amélioration du climat de traitement |
| Al-Mazrou et al., 2005 (2) | Arabie saoudite | Étudiants (paramédical) | Basé sur les informations | 1 an | Amélioration des attitudes et des connaissances Une préférence accrue pour la confidentialité |
| Williams et al, 2006 (3) | Chine | Infirmières | Basé sur les informations, développement des capacités | Atelier de 5 jours | Amélioration des connaissances, des attitudes et de la volonté de traiter les personnes vivant avec le VIH |
| Pisal et al., 2007 (4) | Inde | Infirmières | Basé sur les informations, développement des capacités, contact | 4 jours | Amélioration des connaissances Réduction de la peur et de la stigmatisation (sauf en ce qui concerne le confort pour le nettoyage des selles et de l'urine des personnes vivant avec le VIH) |
| Khuat Thi Hai et al, 2008 (5) | Vietnam | Agents de santé | Basé sur les informations, développement des capacités, contact, structurel | Atelier d'un jour, formation d'un jour et demi (branche A), formation de deux jours (branche B) | Réduction de la stigmatisation fondée sur la peur et les valeurs Réduction des comportements et des pratiques discriminatoires |
| Wu et al., 2008 (6) | Chine | Prestataires de santé | Basé sur les informations, développement des capacités | Session de 4 heures ; suivi de 3 et 6 mois | Amélioration des attitudes et des connaissances Probabilité accrue de protéger la confidentialité et les droits des patients |
| Kaponda et al, 2009 (7) | Malawi | Agents de santé | Basé sur les informations, développement des capacités | | Amélioration des attitudes et des connaissances Réduction de la stigmatisation Augmentation de la capacité |
| Uys et al., 2009 (8) | Lesotho, Malawi, Afrique du Sud, Swaziland, République-Unie de Tanzanie | Infirmières de salle, infirmières d'équipe, personnes vivant avec le VIH | Basé sur les informations, développement des capacités, contact | 5 jours, 10 ateliers | Réduction de la stigmatisation ressentie Une meilleure estime de soi des personnes vivant avec le VIH Pas de réduction de la stigmatisation ressentie Amélioration des comportements personnels de dépistage du VIH chez les infirmières |
| Wang et al, 2009 (9) | Chine | Médecins | Développement des capacités | Programme de formation de 10 jours sur les connaissances liées au VIH et les conseils en matière de réduction des risques | Amélioration des connaissances Réduction de la stigmatisation |
| Yiu et al., 2010 (10) | Chine, Région administrative spéciale de Hong Kong | Étudiants (infirmiers) | Basé sur les informations, contact | Conférence de 50 minutes, suivi de 6 semaines | Amélioration des connaissances et de la volonté de traiter Diminution des attitudes stigmatisantes et de la peur de l'infection |
| Neema et al., 2012 (11) | Ouganda | Personnes à la recherche de services liés au VIH | Développement des capacités | 18 mois | Réduction de l'auto-stigmatisation Amélioration des connaissances, de l'estime de soi et de la communication |
| Norr et al., 2012 (12) | Chili | Agents de santé | Intervention du groupe de pairs basée sur les informations | 8 sessions, suivi de 3 mois | Amélioration des attitudes, des connaissances et des comportements personnels à risque d'infection à VIH |
| Li et al., 2013 (13) | Chine | Prestataires de santé | Basé sur les informations, développement des capacités, structurel | 14 mois | Réduction des attitudes et des comportements stigmatisants Un appui institutionnel accru à l'hôpital |

| | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---|---|---|--|
| Li et al., 2013 (14) | Chine | Prestataires de santé | Basé sur les informations, développement des capacités | 4 sessions de groupe hebdomadaires sur 1 mois | Amélioration des attitudes et des comportements à l'égard des personnes vivant avec le VIH |
| Arora et al., 2014 (15) | Inde | Étudiants en soins infirmiers | Basé sur les informations, développement des capacités | 5 jours | Mieux comprendre le VIH et le sida Amélioration des croyances concernant le VIH et le sida |
| Li et al., 2015 (16) | Chine | Agents de santé | Basé sur les informations, développement des capacités, structurel | 12 mois | Amélioration des attitudes et des comportements (adhésion au protocole de précaution universel) |
| Pulerwitz et al., 2015 (17) | Vietnam | Agents de santé | Basé sur les informations, développement des capacités, contact, structurel | 6 mois | Réduction des attitudes stigmatisantes et des comportements discriminatoires |
| Lohiniva et al., 2016 (18) | Égypte | Agents de santé | Basé sur les informations, développement des capacités, contact | 4 mois | Réduction de la stigmatisation fondée sur la peur et les valeurs |
| Batey et al., 2016 (19) | États-Unis d'Amérique | Agents de santé Personnes vivant avec le VIH | Développement des capacités basé sur les informations, contact | Atelier de 1,5 jour (12 heures au total) | Sensibilisation accrue à la stigmatisation parmi les agents de santé Diminution des préoccupations parmi les personnes vivant avec le VIH |
| Geibel et al., 2016 (20) | Bangladesh | Prestataires de santé | Basé sur les informations, développement des capacités | Trois sessions de 90 minutes | Réduction des attitudes stigmatisantes Amélioration de l'expérience des jeunes |

1. Ezedinachi E. The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria a controlled trial. *Publ Health*. 2002;116:106–12.
2. Al-Mazrou YY, Abouzeid MS, Al-Jeffri MH. Impact of health education on knowledge and attitudes of Saudi paramedical students toward HIV/AIDS. *Saudi Med J*. 2005;26:1788–95.
3. Williams AB, Wang H, Burgess J, Wu C, Gong Y. Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese nurses. *J Adv Nurs*. 2006;53:710–20.
4. Pisal H, Sutar S, Sastry J, Kapadia-Kundu N, Joshi A, Joshi M, et al. Nurses' health education program in India Increases HIV Knowledge and Reduces Fear. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007;18(6):32–43.
5. Khuat TO, Ashburn K, Pulerwitz J, Ogden J, Nyblade L. Improving hospital- based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination, a Horizons final report. Washington, DC: Population Council; 2008.
6. Wu S, Li L, Wu Z, Liang L-J, Cao H, Yan Z, et al. A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China. *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22:6.
7. Kaponda CPN, Jere DL, Chimango JL, Chimwaza AF, Crittenden KS, Kachingwe SI, et al. Impacts of a peer-group intervention on HIV-related knowledge, attitudes, and personal behaviors for urban hospital workers in Malawi. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(3):230–42.
8. Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, et al. Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(12):1059–66.
9. Wang D, Operario D, Hong Q, Zhang H, Coates TJ. Intervention to train physicians in rural China on HIV/STI knowledge and risk reduction counseling: preliminary findings. *AIDS Care*. 2009;21:468–72.
10. Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med*. 2010;71:38–44.

11. Neema S, Atuyambe LM, Otolok-Tanga E, Twijukye C, Kambugu A, Thayer L, et al. Using a clinic based creativity initiative to reduce HIV related stigma at the infectious diseases institute, Mulago national referral hospital, Uganda. *Afr Health Sci.* 2012;12:2.
12. Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irarrázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23:73–86.
13. Li L, Wu Z, Liang L-J, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health.* 2013;103:286–92.
14. Li L, Guan J, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Popular opinion leader intervention for HIV stigma reduction in health care settings. *AIDS Educ Prev.* 2013;25(4):327–35.
15. Arora, S, Jyoti, S, Chakravarty S. Effectiveness of an empowering programme on student nurses' understanding and beliefs about HIV/AIDS. *Int J Nurs Educ.* 2014;6:89–93.
16. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care.* 2015;27(12):1439–42.
17. Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav.* 2015;19:246-56.
18. Lohiniva AL, Benkirane M, Numair T, Mahdy A, Saleh H, Zahran A, et al. HIV stigma intervention in a low-HIV prevalence setting: A pilot study in an Egyptian healthcare facility. *AIDS Care.* 2016;28(5):644–52.
19. Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. Adaptation and Implementation of an Intervention to Reduce HIV-Related Stigma Among Healthcare Workers in the United States: Piloting of the FRESH Workshop. *AIDS Patient Care STDS.* 2016;30(11):519–27.
20. Geibel S, Hossain SMI, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health.* 2017;60(2S2):S35–44.

Annexe 5 Interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le contexte juridique

| Référence | Pays | Population d'étude | Intervention | Durée | Résultats |
|---------------------------|-------------------|---|---|---|--|
| Argento et al., 2011 (1) | Inde | Professionnel(le)s du sexe Lesbiennes, gays, bisexuels et personnes transgenres Police Population générale | Structurel au niveau communautaire | 4 ans au moment de l'évaluation | Réduction de la violence des policiers envers les professionnels du sexe |
| Gurnani et al., 2011 (2) | Inde ¹ | Professionnelles du sexe Fonctionnaires du gouvernement Police Journalistes Agents de santé | Développement des compétences, soutien via les conseils, contact, structurel | 4 ans | Professionnelles du sexe responsabilisées Amélioration de l'engagement avec les services de santé et de la réponse de la part des décideurs Augmentation du nombre de reportages non stigmatisants dans les médias Réduction de la stigmatisation de la part des policiers |
| Beletsky et al., 2012 (3) | Kirghizistan | Police | Basé sur les informations, développement des capacités, structurel (politique au niveau national) | Environ 2 ans au moment de l'évaluation | Amélioration des connaissances et des attitudes concernant la réduction des risques et les politiques relatives aux professionnels du sexe |
| Beletsky et al., 2013 (4) | Kirghizistan | Police | Basé sur les informations, développement des capacités, structurel | 46 heures de formation | Meilleure connaissance des politiques concernant les professionnels du sexe et meilleure probabilité d'orientation vers des services de réduction des risques Réduction de l'intention de confisquer les seringues |
| Gruskin et al., 2013 (5) | Kenya | Personnes vivant avec le VIH Survivants de violence sexiste Prestataires de services | Basé sur les informations, développement des capacités, contact, structurel (meilleur accès aux services juridiques) ² | | Amélioration des connaissances juridiques, de la capacité à communiquer avec les prestataires de soins de santé et de l'accès aux soins de santé et à la justice pour les personnes vivant avec le VIH Amélioration des connaissances des prestataires de soins de santé sur les pratiques discriminatoires et les violations des droits de l'homme |

¹ L'évaluation de l'évaluation comprend un pré-test et un post-test.

² Trois interventions juridiques ont été évaluées dans le cadre de cette évaluation et ont des durées variables.

1. Argento E, Reza-Paul S, Lorway R, Jain J, Bhagya M, Fathima M, et al. Confronting structural violence in *commerce du sexe; rapports sexuels rémunérés/tarifés; vente de services sexuels : lessons from a community-led *prévention du VIH project in Mysore, India. *AIDS Care*. 2011;23(1):69–74.
2. Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health*. 2011;11:755.
3. Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):34–8.
4. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(Suppl.1):S48–52.
5. Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 726.

Copyright © 2020
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication soit complète et correcte, et ne pourra être tenue pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

UNAIDS/JC2990F

Document rédigé par l'ONUSIDA et revu par les membre du Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH et par l'équipe du Genre et des Droits Communautaires du Fonds Mondial pour la lutte contre le VIH, la tuberculose et la malaria.

Groupe de Travail des Co-Organisateurs du Partenariat Mondial :



Les membres du Groupe de Travail Technique du Partenariat Mondial qui ont contribué leur temps et leur expertise pour revoir ce document :



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org