



La Cible «3 millions d'ici 2005»

3 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA TRAITÉES D'ICI 2005 – FAISONS-LE

Le bulletin «3 millions d'ici 2005» de l'Organisation mondiale de la Santé vise à donner des instantanés des activités menées de par le monde pour améliorer l'accès aux traitements et à la prévention du VIH/SIDA, conformément à la cible consistant à traiter 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA d'ici à la fin de 2005. On trouvera d'autres renseignements sur l'initiative «3 millions d'ici 2005» et sur l'objectif ultime d'un accès universel aux traitements antirétroviraux sur www.who.int/3by5

EN BREF

Les militaires: un modèle à suivre dans la lutte contre le SIDA

C'est ce qu'ont déclaré les spécialistes lors de la première conférence internationale le VIH/SIDA et l'armée, organisée à Pune (Inde) en septembre. Les militaires seraient aussi un élément de la solution mondiale.

Des chefs militaires et des responsables médicaux de 14 pays se sont réunis à la conférence, organisée par le Directeur général des services médicaux des forces armées indiennes et le Commandement des Etats-Unis pour le Pacifique. L'événement a eu lieu dans les locaux de l'école de médecine des forces armées à Pune et avait pour but de mettre au point une stratégie commune de lutte contre le VIH/SIDA.

Dans son discours d'orientation, le Dr Randall Hyer, chargé à l'OMS d'assurer la liaison entre le secteur civil et le secteur militaire pour les maladies transmissibles, a insisté sur le fait que les militaires «étaient une force positive. Leur capacité de devenir un modèle à suivre est une partie de la solution pour vaincre l'épidémie de SIDA». Pour illustrer le succès des militaires dans ce domaine, le Dr Hyer a rappelé les réalisations de l'Armée royale thaïlandaise, qui a mis en place dans ses rangs des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, et la réussite des forces armées indiennes qui ont lancé un programme de lutte contre le SIDA en 1992 pour modifier les comportements à haut risque par le biais de l'information, de l'éducation et de la communication et mis en place les traitements antirétroviraux.

«Les armées disposent de solides systèmes de santé et d'une dispensation des soins bien organisés: la couverture est étendue, l'accès excellent, de même que le suivi. C'est donc un modèle à suivre dans la lutte contre le VIH/SIDA», a-t-il déclaré en décrivant les mesures que pouvaient prendre les armées pour aider à atteindre l'objectif des «3 millions d'ici 2005».

Renforçant cet appel à l'action, le Lieutenant Général B Takhar, Administrateur général chargé du Commandement indien du Sud, a exhorté les militaires à jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre le SIDA. «A cause de cette maladie, nous perdons trop de nos soldats et, avec eux, les compétences et les spécialisations qu'ils ont acquises», a-t-il rappelé.

Déclaration de Phuket sur la santé bucco-dentaire et le VIH/SIDA

Les manifestations du VIH dans la cavité buccale, comme les ulcérations mycosiques ou les gingivites aiguës, représentent une charge croissante dans plusieurs régions du monde, notamment en Afrique et en Asie. Le programme OMS de santé bucco-dentaire donne la priorité aux initiatives qui favorisent la lutte contre les affections bucco-dentaires

suite en page 2

A L'AFFICHE

Le recrutement d'administrateurs à l'initiative de «3 millions d'ici 2005» commence; besoin d'aide supplémentaire

Dans le cadre de l'effort pour atteindre l'objectif «3 millions d'ici 2005», 19 experts internationaux du VIH/SIDA apporteront une aide technique directe dans 19 pays pour généraliser les programmes de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Le recrutement initial fait partie d'un plan développé en Juin 2004 pour renforcer la présence de l'OMS dans certaines pays pour développer les programmes et surmonter les obstacles. Pendant les mois qui suivent, les équipes seront établis pour soutenir 50 pays, mais en nombre toujours insuffisant. Plus de soutien est nécessaire pour soutenir des pays avec leur programmes de traitement et prévention du SIDA.



Les administrateurs techniques «3 by 5» dans les pays offriront l'assistance technique sur le terrain.

«La mise en place de ces équipes est crucial pour progresser rapidement. Des expertises doivent être opérationnel sur le terrain. L'assistance urgent est nécessaire non seulement dans les 50 pays concernés par les équipes mais aussi elle est aussi nécessaire dans autres pays en voie de développement qui luttent pour perfectionner leur programmes», dit le Dr. Andrew Ball, coordinateur de l'aide aux pays, département du VIH/SIDA de l'OMS.

Les administrateurs recrutés au cours de cette première phase couvriront 19 pays particulièrement touchés par le SIDA, situés dans les six régions de l'OMS: Afrique (Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigéria, Swaziland, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe), Amériques (Haïti), Méditerranée orientale (Soudan), Europe (Fédération de Russie et Ukraine), Asie du Sud-est (Inde et Myanmar) et Pacifique occidental (Cambodge, République populaire de Chine).

La Russie et l'Ukraine ont déjà chacune leur administrateur en poste. De surcroît, du personnel a été recruté au cours des derniers mois pour soutenir les activités de l'initiative «3 millions d'ici 2005» dans un certain nombre d'autres pays, dont l'Azerbaïdjan et l'Ouzbékistan.



Arielle Braye, récemment recrutée pour l'Ukraine

Pour améliorer la prévention et l'accès aux traitements et pour coordonner l'action des partenaires, Arielle Braye, récemment recrutée pour l'Ukraine, estime que le meilleur moyen est d'avoir des administrateurs techniques dans les pays.

«Nous devons travailler de manière extrêmement coordonnée à partir du pays lui-même, là où nous sommes de plein pied avec les réalités et avons une vision juste des besoins et des problèmes dans les différents secteurs», explique-t-elle.

«Nous pouvons mettre les théories en pratique. Pour agir, nous disposons d'un grand nombre d'excellents outils, comme les directives techniques et l'AMDS (SIDA: médicaments et moyens diagnostiques). Notre présence dans les pays nous permet de mieux canaliser les énergies dans les domaines où il est le plus urgent de fournir au bon moment l'assistance technique de l'OMS», a-t-elle ajouté.

Fin octobre, tous les administrateurs recrutés se sont regroupés à Johannesburg pour un programme de formation les préparant à leurs fonctions. Cet atelier a permis de les réunir avec d'autres personnels de l'OMS (des pays, des bureaux régionaux et du Siège), ainsi que des partenaires dans le cadre d'un programme pour susciter l'esprit d'équipe, donner des orientations et renforcer les compétences.

«Cette formation a été un moment de réflexion privilégié. Nous avons pu faire part de nos expériences et des problèmes auxquels nous sommes confrontés et prendre connaissance de solutions appliquées avec succès dans des situations similaires aux nôtres», estime Arielle.

La deuxième phase de recrutement de ces administrateurs commencera dans les prochains mois, à mesure que l'on disposera des fonds nécessaires.

«Nous voulons faire plus et être capable de satisfaire toutes les demandes d'assistance que nous recevons. On a besoin de recruter plus de gens aussi qu'un besoin urgent d'argent pour que tout cela ce fasse», dit le Dr Andrew Ball de l'OMS.



Les pays d'Amérique centrale progressent et confirment leur volonté de donner l'accès universel au traitement

La sous-région de l'Amérique centrale sera la deuxième (après l'Amérique du Sud) à traiter, dans la plupart des pays, plus de 50 % des personnes qui, selon les estimations, ont besoin du traitement antirétroviral.

Lors d'une réunion organisée fin août au Costa Rica, on a pu apprendre qu'au Honduras le nombre des personnes sous traitement antirétroviral est passé de 183 en 2002 à 2 312 en 2004, au Panama de 1 147 en 2002 à 1 873 en 2004 et qu'il a doublé au Guatemala en une année seulement avec 2 227 personnes traitées en 2004 contre 1 222 en 2003.

Sept pays, Belize, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua et le Panama, ont souligné les progrès accomplis vers la couverture universelle des patients ayant besoin d'antirétroviraux d'ici à la fin de 2005. Cet objectif, fixé en janvier 2004, marque la contribution de la région à l'initiative «3 millions d'ici 2005».

L'analyse de la situation montre que désormais 50 % des pays disposent d'un dispositif complet de coordination pour l'achat des médicaments et des fournitures, de directives claires pour la répartition des médicaments et des fournitures et d'un dispositif pour contrôler l'observance. Plus de 70 % des pays ont des internes qui connaissent le cadre pharmaceutique réglementaire et les critères de qualité, ainsi que des guides et des formations à l'intention des agents de santé travaillant dans les services assurant les traitements antirétroviraux.



WHO/Partners in Health

L'objectif de la région des Amériques consiste à donner l'accès universel au traitement antirétroviral en 2005. Ici, on peut voir les effets d'un traitement antirétroviral de trois mois sur un patient en Haïti

traitements antirétroviraux, de la mise sur pied de systèmes financiers pour mettre en œuvre des plans complets de soins et de soutien garantissant les achats et un approvisionnement ininterrompu en médicaments de grande qualité et autres biens nécessaires.

L'objectif sans précédent de la région des Amériques, qui consiste à donner l'accès universel au traitement antirétroviral en 2005, a été fixé en janvier 2004, lorsque les présidents et les premiers ministres de 34 pays se sont réunis pour signer la Déclaration de «Nuevo León», un engagement promettant de traiter au moins 600 000 personnes vivant avec le SIDA dans l'hémisphère occidental, y compris au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique.

«Il faudra consentir des efforts extraordinaires pour parvenir à une couverture de 100 % dans les Amériques. Mais la situation est extrêmement encourageante et la réunion du Costa Rica a de nouveau montré la volonté de la région d'atteindre l'objectif qu'elle s'était fixé dans la Déclaration de Nuevo León», a déclaré le Dr Carol Vlassoff, Conseiller régional pour le VIH/SIDA au Bureau régional OMS des Amériques.

Echanges virtuels des connaissances avec le forum électronique «3 millions d'ici 2005»



Pour développer l'accès au traitement et à la prévention du VIH/SIDA, de nombreux pays ont envisagé de nouvelles méthodes d'élaboration des programmes. Alors que des politiques et directives cliniques novatrices ont été lancées pour les aider, elle n'ont pas pu atteindre assez vite tous les praticiens dans les pays en développement.

Pour combler ce déficit d'information, le forum de «3 millions d'ici 2005» sur Internet, hébergé par Satelife, a été créé à l'initiative de médecins, de responsables politiques de la planification, de militants et de personnels d'appui du département OMS VIH/SIDA dans les pays. Il a été mis en place pour permettre d'échanger les réflexions et les expériences sur les questions du moment et celles qui posent le traitement et la prévention dans les différents pays.

Après quelques mois d'activité, ce forum a permis de créer des liens entre 600 spécialistes travaillant sur des projets ayant trait au VIH/SIDA, des médecins, des responsables de la politique sanitaire et des responsables de projets d'ONG dans les pays africains à forte charge du VIH/SIDA. Le forum fait appel à la technologie la plus simple possible pour être accessible quel que soit le niveau de la connexion à Internet et il est devenu une plateforme d'échanges virtuels des connaissances dans le monde. Pour en savoir plus et s'inscrire en tant que membre, consulter <http://list.healthnet.org/mailman/listinfo/e-3x5>. Pour consulter les archives : <http://www.healthnet.org/>

EN BREF

suite de la page 1

chez les personnes infectées par le VIH et améliorent ainsi leur qualité de vie.

En juillet 2004, le Cinquième atelier mondial sur la santé bucco-dentaire et le SIDA, coparrainé par l'OMS, a été organisé à Phuket (Thaïlande).

«La Déclaration de Phuket sur la santé bucco-dentaire et le VIH/SIDA, 2004» a été approuvée sans réserve par les 27 pays participants. Elle encourage les autorités sanitaires nationales et internationales, les associations de dentistes et les instituts de recherche à développer leurs efforts pour lutter efficacement contre le VIH/SIDA.

Dans cette déclaration, les participants ont décidé de soutenir le travail effectué par les autorités sanitaires nationales et internationales, les instituts de recherche, les ONG et la société civile pour lutter efficacement contre les affections de la cavité buccale liées au VIH/SIDA et, notamment, d'en faire plus pour :

- fournir systématiquement des données épidémiologiques sur les affections de la cavité buccale liées au VIH ;
- promouvoir la recherche sur les affections de la cavité buccale liées au VIH et les manifestations buccales les plus révélatrices de l'infection à VIH/SIDA ;
- intégrer la santé bucco-dentaire dans les systèmes nationaux de veille sanitaire qui enregistrent les affections liées au VIH/SIDA ;
- informer sur les affections de la cavité buccale liées au VIH/SIDA, les soins et la prévention par tous les moyens de communication existants ;
- apprendre au personnel des services de santé primaire à dépister les affections de la cavité buccale liées au VIH/SIDA et à dispenser les soins de base ;
- faciliter l'accès aux centres de santé et aux soins bucco-dentaires et promouvoir la santé afin d'améliorer la qualité de vie des personnes VIH-positives, en insistant sur le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé en général ;
- inciter le personnel soignant à adopter une attitude positive à l'égard des soins bucco-dentaires à dispenser aux personnes VIH-positives et aux malades du SIDA

«Le programme OMS de santé bucco-dentaire s'est engagé à favoriser les échanges d'information entre les pays sur les expériences de prévention des lésions de la cavité buccale liées à l'infection à VIH et la promotion de la santé», a déclaré le Dr Poul Erik Petersen, Chef du programme.

«Il est important de noter que la Déclaration de Phuket montre que les participants soutiennent sans réserve les efforts de l'OMS dans ce domaine.»

Pour en savoir plus sur le programme de santé bucco-dentaire : www.who.int/oral_health

Déclaration de Phuket in extenso : www.who.int/oral_health/media/en/orh_phuket_declaration_en.pdf

www.who.int/oral_health/media/en/orh_phuket_declaration_fr.pdf

EN BREF

Deux départements OMS mais un patient

Pour garantir une plus grande collaboration, l'OMS a mis en place un nouveau groupe spécial TB/VIH réunissant du personnel de ses deux départements Halte à la tuberculose et VIH/SIDA.

Cette unité s'occupera pleinement des conséquences de la co-infection par la tuberculose et le VIH. Les actions communes permettront de développer les efforts pour intégrer les interventions contre ces deux maladies dans les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le SIDA.

«Il y aura manifestement des difficultés à surmonter mais, en renforçant notre collaboration et notre coopération, nous pourrons y arriver plus efficacement, estime le Dr Mario Raviglione, Directeur de Halte à la tuberculose. Notre action doit être énergique et ceux qui s'occupent de la tuberculose comme ceux qui s'occupent du SIDA doivent se l'approprier. Autrement, nous risquons tout simplement de refaire les erreurs du passé».

Ce groupe spécial commun sera un modèle de collaboration pour les bureaux régionaux, les bureaux dans les pays, ainsi que les programmes nationaux.

«Après tout, nous ne devons jamais oublier que, même si nous luttons contre deux maladies, nous ne traitons le plus souvent qu'un seul et même individu», rappelle le Dr Teguest Guerna, Directeur associé du département VIH/SIDA.

Publications récentes

Consultations on ethics and equitable access to treatment and care for HIV/AIDS (English)

Nutrition Counselling, Care and Support for HIV-infected women: Guidelines on HIV-related care, treatment and support for HIV-infected women and their children in resource-constrained settings (English)

Le module soins aigus, soins chroniques du VIH par traitement antirétroviral, Principes généraux, bonnes pratiques pour les soins chroniques, soins palliatifs : gestion des symptômes et soins de fin de vie - IMAI (français)

Il est possible de commander toutes les publications par l'intermédiaire du centre d'information de l'OMS sur le VIH/SIDA à Genève (firelya@who.int) ou d'y accéder par voie électronique sur <http://www.who.int/hiv/pub/en/>.

À LA LOUPE

VIH/SIDA et tuberculose : deux maladies, un seul patient

Le besoin de lutter contre la co-infection par le VIH/SIDA et la tuberculose n'a jamais été plus pressant. Lors d'une conférence internationale sur le VIH/SIDA et la tuberculose à Addis Abeba en septembre, les experts de la santé ont déclaré que le développement de l'accès au traitement antituberculeux et l'association de celui-ci au dépistage du VIH et au traitement antirétroviral devaient permettre de sauver la vie de 500 000 Africains chaque année.

Lucy Cheshire, nutritionniste active dans la lutte contre le VIH et la tuberculose au Kenya, a participé à la conférence et a demandé davantage de mesures pour lutter contre ce problème. Elle nous explique ici la force qui l'incite à agir :

«J'ai su que j'étais séropositive pour le VIH en 1994. Mon ami avait proposé de faire le test et j'ai fini par accepter. Au moment de faire le test, il m'a avoué qu'il était séropositif depuis quatre ans. Je me suis mis à avoir des tendances suicidaires. Je ne savais rien sur les méthodes de prise en charge du VIH et j'étais terrorisée par l'avenir. Je dois néanmoins dire que c'est un grand bonheur d'avoir toujours mon ami à mes côtés et qu'il m'est une grande source d'inspiration.

«Au cours de toutes ces années de séropositivité, le pire moment d'angoisse, de souffrance, de désespoir et de stigmatisation a été lorsqu'on a découvert que j'avais la tuberculose. C'était en 2000 et je commençais à avoir une toux persistante, à perdre du poids. J'avais des sueurs nocturnes et je n'avais plus d'appétit. Une radiographie a révélé que j'avais simultanément la tuberculose et une pneumonie. De jour en jour, mon état empirait. Il y a d'abord eu la tuberculose pulmonaire, puis la tuberculose ganglionnaire qu'il a fallu opérer. Un mois plus tard, alors que j'étais encore hospitalisée, mes genoux ont commencé à enfler : ils étaient eux aussi atteints par la tuberculose, ce qui imposait de nouvelles interventions chirurgicales.

«Alors que je suivais le traitement antituberculeux et subissais des interventions chirurgicales répétées, la numération des CD4 est tombée à 50. Mon état a alors encore empiré : je ne pouvais plus sortir du lit et je ne faisais rien d'autre que de compter les jours. J'ai surmonté la douleur, le traumatisme, la psychose et aujourd'hui, à cause du diagnostic de la tuberculose et de la numération des CD4, je suis sous antirétroviraux. Bien que la tuberculose ait provoqué des souffrances indescriptibles, l'ironie du sort a voulu que ce soit elle qui me donne accès aux antirétroviraux.

«Aujourd'hui, je suis vivante et en bonne santé, mais j'éprouve encore de la colère. En juillet dernier, 18 PVS se sont réunis à Nairobi et on nous a dit qu'il n'y avait pas encore assez de ressources pour traiter les personnes aussi gravement atteintes. Un grand nombre de patients allait donc encore subir des épreuves aussi affreuses. Je ne pouvais le tolérer. Il était temps d'agir, de lutter pour la cause de ceux qui souffrent de la co-infection par le VIH et la tuberculose. Il fallait que je fasse entendre ma voix dans l'espoir que, peut-être, on agirait davantage pour éviter que d'autres ne connaissent les mêmes souffrances que moi.

«J'adresse un message simple et clair à tout le monde, les administrateurs de programmes, les responsables politiques, les organisations non gouvernementales (ONG) et les personnes atteintes par le VIH ou la tuberculose : n'oubliez pas ceux qui vivent avec le VIH/SIDA. La tuberculose nous torture et nous tue. Beaucoup trop d'entre nous en meurent. J'aurais pu entrer dans la statistique des décès en 2000, mais j'ai survécu. Je continuerai de combattre aussi longtemps qu'il le faudra toute l'ignorance qui entoure la co-infection par le VIH et la tuberculose.»



Deux maladies, un seul patient : Lucy Cheshire combat le VIH et la tuberculose

TRAITER
3 millions
d'ici
5
2005

SUR LE TERRAIN

Un nouvel espoir à Khayelitsha :



Mme Noboubou et Bilatazi

le Centre de Fikelela pour les enfants

En Septembre 2004, administrateur technique à l'OMS (pour les liens entre la prévention et le traitement du SIDA), Lori Hieber-Girardet s'est rendue à Khayelitsha - une communauté de l'Afrique du Sud - pour évaluer des programmes liant la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Elle a aussi visité le Centre de Fikelela pour enfants qui, comme expliqué ci-dessous, représente un excellent exemple des actions entreprises.

Lorsqu'on arrive en voiture à Khayelitsha, on a l'impression que ce nom est une farce cruelle jouée aux habitants de cette communauté, à proximité de la ville du Cap, à l'ouest. Khayelitsha signifie en effet «Nouvelle espérance» dans la langue locale mais, avec un taux de chômage de 50 %, le taux d'homicide le plus élevé de toute l'Afrique du Sud et une demi-douzaine de viols chaque week-end, il semble que le million d'habitants répartis sur ces 47 km² aient bien peu de raisons d'espérer en l'avenir.

Pourtant, des projets comme le Centre de Fikelela pour les enfants offrent un espoir et une perspective d'avenir à Khayelitsha. Il ne s'agit pas que d'un orphelinat pour les enfants abandonnés, victimes de mauvais traitements ou les orphelins du SIDA de moins de 5 ans. C'est aussi un exemple unique de ce que l'on peut faire pour surmonter le rejet social, la peur et réintégrer les nourrissons et les jeunes enfants sous antirétroviraux dans une vie de famille au sein de la communauté par le biais de l'adoption.

Mme Noboubou est la première mère adoptive du Centre de Fikelela et elle attend avec impatience d'emmener chez elle la petite Bilatazi, âgée de deux ans. Elle a achevé avec succès les deux mois de formation et créé un lien d'attachement avec l'enfant en lui rendant régulièrement visite au centre pendant le premier mois puis en l'emmenant chez elle pendant les week-ends au cours du second mois. Une fois le lien créé entre Bilatazi et la famille d'accueil, la mère adoptive a encore dû convaincre les responsables de Fikelela qu'elle était capable d'apporter le soutien nécessaire et de veiller à l'observance du traitement antirétroviral pédiatrique, deux fois par jour.

«Ma fille cadette est également séropositive, confie Mme Noboubou. Je n'ai donc aucune crainte quant aux soins à assurer pour Bilatazi. J'ai un tableau sur le mur et je coche les cases à chaque fois que je donne à Bilatazi son traitement.»

Comme d'autres futures mères adoptives, Mme Noboubou a suivi les cours prodigués à Fikelela sur l'observance des traitements. On lui a appris ce qu'était le VIH/SIDA, les voies de transmission et la nécessité de faire prendre tous les jours à sa fille adoptive les bons médicaments au bon moment.

Comme les infirmières du centre le soulignent, le plus difficile est de bien observer le traitement. Dans l'enceinte de l'établissement, l'administration des médicaments est rigoureusement surveillée. Des tableaux pour suivre en détail la situation des enfants sont épinglés sur le mur et contrôlés en permanence. Lorsque les enfants sont placés dans les familles, les conseillers de Fikelela leur rendent visite une fois par semaine pour suivre les progrès de la thérapie antirétrovirale et s'assurer du strict respect des traitements.

Fondé en 2000 par le révérend Rachel Mach de l'église anglicane, le Centre est financé par des dons provenant principalement de l'étranger. L'ONG britannique One-to-One finance l'achat des présentations pédiatriques des antirétroviraux, prescrits par les médecins de l'hôpital local.

Les deux tiers des 24 enfants du centre sont séropositifs pour le VIH et la moitié d'entre eux suivent déjà un traitement antirétroviral. Les 20 membres du personnel se répartissent en 3 équipes assurant les soins 24 heures sur 24. Le Centre est un bâtiment simple en briques donnant sur une petite rue latérale de Khayelitsha. Des lits de camps s'alignent le long d'un mur avec quelques berceaux dépareillés. Un sofa et quelques fauteuils usés complètent le mobilier. Un réfrigérateur blanc dans un coin de la pièce contient les médicaments soigneusement étiquetés : antibiotiques, suppléments vitaminiques et suspensions pédiatriques d'antirétroviraux.

L'église joue un rôle crucial dans les soins et le soutien donnés aux orphelins du SIDA et aux enfants infectés. Le recrutement des mères adoptives passe par l'église anglicane locale qui met actuellement en place un groupe d'entraide aux parents adoptifs. Les organisateurs de Fikelela s'inquiètent particulièrement des réactions négatives que la communauté pourrait avoir à l'égard de ces parents qui accueillent des enfants sous traitements antirétroviraux. Parallèlement, ils espèrent mettre un terme à la stigmatisation en montrant que les enfants séropositifs peuvent mener des vies enrichissantes au sein de familles aimantes.

Il est encore trop tôt pour voir les résultats de ce processus d'adoption. Bilatazi est la première enfant sous traitement pédiatrique contre le SIDA à être adoptée dans la communauté. Il est cependant clair que le Centre de Fikelela applique une approche novatrice pour venir en aide aux jeunes enfants : il ne se contente pas de leur donner les médicaments nécessaires à leur survie, il veut aussi les placer dans des familles aimantes dans lesquelles ils pourront s'épanouir.

PAROLES

Points de vue du monde entier sur le VIH/SIDA, les ARV et l'initiative «3 millions d'ici 2005»



Noerine Kaleeba
Fondatrice de TASO Uganda, conseillère en mobilisation des communautés, ONUSIDA

Nous, les familles (les conjoints, les partenaires, les parents, les frères et sœurs), nous avons un rôle essentiel à jouer pour que l'initiative «3 millions d'ici 2005» se concrétise là où nous en avons le plus besoin : dans nos foyers et nos communautés. Notre amour, nos soins et nos encouragements aux membres séropositifs de nos familles les inciteront à commencer le traitement mais aussi à le suivre scrupuleusement et à persévérer. Nous devons continuer à lutter contre la stigmatisation dans nos familles et rester unis sur le long chemin d'une «vie positive avec le traitement».



Sunil B Pant
Directeur, Blue Diamond Society, organisation travaillant dans le domaine du VIH/SIDA et pour les droits des minorités sexuelles au Népal.

«3 millions d'ici 2005» n'est pas la solution définitive : ce n'est qu'un début pour résoudre le problème du traitement du VIH/SIDA dans notre partie du monde. Tout PVS doit avoir droit au traitement antirétroviral, mais ce n'est pas encore le cas dans de nombreuses régions du monde. L'initiative «3 millions d'ici 2005» m'a rendu très optimiste MAIS nous devons travailler tous ensemble pour qu'elle se concrétise. C'est l'engagement des PVS et des communautés vulnérables qui en assurera le succès».



Felicita Hikuam
Campagne anti-stigmatisation contre le VIH/SIDA, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Nous ne devons pas oublier que la prévention et la disparition des préjugés et des discriminations assureront une approche holistique pour atténuer le problème du VIH/SIDA. L'accès aux traitements donne bien sûr de l'espoir à de nombreuses personnes vivant avec le VIH/SIDA et incite à aller faire le test. Pourtant, l'immense majorité de ces personnes n'ont pas connaissance de leur état, sans aucun doute à cause de l'accès limité aux informations sur la prévention, aux services de conseil et de dépistage volontaire, et à cause de la stigmatisation qu'entraîne cette maladie. Si l'on ne parvient pas à faire disparaître les préjugés et les discriminations, aucun programme de traitement ne sera efficace. Sans efforts de prévention, nous ne pourrions pas juguler la progression de la pandémie.

Contributions: Lori Hieber-Girardet, Paulo Lyra, Beth Magne-Watts, Tunga Namjilsuren, Dr Poul Peterson, Dr Randall Hyer, Glenn Thomas.