

## Guide de reportage sur le SIDA

# Couvrir le VIH/SIDA



Août 2006

INSTITUT CANADIEN DE FORMATION  
EN RADIODIFFUSION PUBLIQUE

CBC  Radio-Canada



Été 2006

Cher journaliste,

Nous sommes heureux de mettre à votre disposition ce guide de reportage sur le VIH/SIDA et sur d'autres sujets relatifs à la santé. Il a été conçu pour les journalistes devant couvrir cette pandémie planétaire, souvent sans grands moments de préparation. La Kaiser Family Foundation a initié ce projet dans le cadre de son engagement constant dans la lutte contre le VIH/SIDA, à travers l'éducation et la conscientisation.

Ce manuel, mis à jour pour l'été 2006, couvre un large éventail de sujets dont les défis uniques de la couverture du VIH/SIDA, les stratégies thérapeutiques et préventives, les personnes-clés dans la lutte contre le VIH/SIDA et les efforts mondiaux pour le financement de la campagne contre le VIH/SIDA. La bataille n'est pas axée uniquement contre un virus. Elle concerne aussi les idées, les tabous culturels, la stigmatisation et la discrimination. Aussi, avons-nous inclus de l'information portant sur les aspects politique et social de l'épidémie ainsi que des conseils pour aider les journalistes surmonter ces difficultés de façon efficace. Le manuel contient également des données de base sur le paludisme et la tuberculose.

Une grande partie de ce matériel a été produite par les experts sur le VIH/SIDA et sur les communications qui font partie du personnel de la Kaiser Family Foundation. Nous aimerions également souligner ici les contributions apportées par d'autres organismes. La KFF avec l'aide de reporters locaux a aussi produit plusieurs guides ciblés, pour des pays ou régions choisis. On peut les trouver sur Internet, à l'adresse: [kff.org/hiv aids/ReportingGuides.cfm](http://kff.org/hiv aids/ReportingGuides.cfm).

Le manuel de base, régulièrement mis à jour en ligne, doit être considéré donc comme un guide de référence. Des données plus approfondies sur le VIH/SIDA sont disponibles sur Internet aux adresses suivantes: [www.kff.org/hiv aids/index.cfm](http://www.kff.org/hiv aids/index.cfm), [www.globalhealthreporting.org](http://www.globalhealthreporting.org) et [www.globalhealthfacts.org](http://www.globalhealthfacts.org). Un lien donnant accès au matériel graphique et animé pour la télévision peut être consulté au [www.kff.org/mediafellows/toolshivreporting.cfm](http://www.kff.org/mediafellows/toolshivreporting.cfm).

Kaiser a toujours estimé que les journalistes ont un rôle significatif à jouer dans l'information du grand public et des décideurs. Ce guide de reportage, nous l'espérons, va contribuer à cette mission.

Veillez agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Drew Altman  
Président- directeur général  
Kaiser Family Foundation

Traduction française : Didier Oti  
Révision : Ginette Bourély et Nathalie Jalabert  
Institut canadien de formation en radiodiffusion publique, CBC / Radio-Canada

CANADIAN INSTITUTE FOR TRAINING  
in Public BROADCASTING

CBC  Radio-Canada

# TABLE DES MATIÈRES

Défis de la couverture du VIH/SIDA	1
Directives sur l'éthique	3
Questions fréquentes sur la couverture journalistique du VIH/SIDA	5
Comprendre et rendre compte des données sur le VIH/SIDA	7
Information sur le VIH/SIDA sur Internet	11
Acronymes	13
Glossaire	15
VIH/SIDA: Chronologie	26
Questions fréquentes sur le SIDA	32
Prévention contre le VIH/SIDA	35
Infections opportunistes	37
Guide de développement et d'approbation des médicaments	42
Terminologie de base de la thérapie antirétrovirale	44
Thérapie antirétrovirale approuvée par la FDA	45
Objectifs globaux et engagements financiers	49
Quelques figures marquantes	51
Tuberculose	62
Glossaire de la tuberculose	65
Paludisme	67
Glossaire du paludisme	70
Ressources	72
Autres liens utiles en français sur le SIDA en Afrique	74

# LES DÉFIS DE LA COUVERTURE DU VIH/SIDA

Couvrir le VIH/SIDA – et des nombreuses manières dont l'épidémie peut affecter la vie d'un individu, d'un pays, du monde, est extrêmement gratifiant pour un journaliste. C'est aussi très exigeant. Le SIDA est un syndrome médical complexe qui se rattache à des questions de stigmatisation, de discrimination, de sexualité, de crainte, d'ignorance, de déni et de mort. Mia Milan, conseiller senior d'Internews au Kenya, ajoute que le VIH/SIDA «mène sa propre vie, une vie qui dépend d'une multitude de droits acquis liés au pouvoir, au prestige, à la religion et à l'argent.» Puisque la couverture du VIH/SIDA porte, au bout du compte, sur des questions de vie et de mort, et comme beaucoup de gens se forment une opinion sur le VIH/SIDA à travers les médias, le sujet doit être appréhendé avec clarté, précision et sensibilité. *Le SIDA dans le monde*, livre de référence publié en 1992, contient un essai de la journaliste Phyllida Brown qui demeure, aujourd'hui encore, très pertinent. Elle écrit : «Le SIDA est devenu le premier sujet de santé au monde. Comme aucun autre sujet de santé avant lui, le SIDA traverse toutes les cultures et sociétés, aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement. En plus de son importance en tant que sujet, le SIDA soulève également une autre obligation. Une obligation de confiance accordée aux médias qui jouent souvent le rôle non désiré et ambigu d'éducateur auprès d'un public qui, en grande partie, tire presque toutes ses connaissances sur le SIDA des médias.»

Des reportages, contenant des inexactitudes factuelles ou des erreurs plus subtiles, comme celles qui perpétuent des stéréotypes, peuvent avoir des conséquences dommageables pour les personnes concernées. À l'inverse, des reportages bien préparés peuvent informer, conscientiser et, occasionnellement, mener à des changements qui s'avèrent nécessaires. Les lignes qui suivent présentent l'amorce d'une couverture efficace du VIH/SIDA.

*Le langage:* Pour plusieurs raisons, le langage est un aspect particulièrement délicat de la couverture du VIH/SIDA. Des termes médicaux complexes ou même des concepts écrits plus simplement pour le grand public peuvent être communiqués incorrectement. Les journalistes peuvent utiliser des mots qui perpétuent involontairement des stéréotypes ou véhiculent des préjugés culturels. Par exemple, le mot «prostituée» a une connotation négative. Il ne rend pas compte adéquatement des diverses situations dans lesquelles une femme offre des faveurs sexuelles moyennant de l'argent; que ce soit parce qu'elle y est forcée ou parce qu'elle n'a aucune autre opportunité économique. Une bonne alternative à ce mot est «travailleuse du sexe». Le plus important ici, est d'être conscient des préoccupations entourant les termes communs et leur utilisation. Plusieurs organismes suggèrent des mots alternatifs qui peuvent être utiles.

*Sources:* la couverture du VIH/SIDA peut ressembler à un champ de mines. Il est donc essentiel pour les journalistes de développer un réseau de sources fiables qui peuvent offrir conseils et information. L'ONUSIDA a des représentants locaux à travers le monde qui peuvent fournir aux journalistes de l'information et d'excellentes données sur les tendances émergentes. L'organisation peut aussi servir à établir des liens avec les organismes qui représentent les personnes séropositives. Ceux qui militent au sein de ces organismes peuvent habituellement ouvrir des portes aux figures importantes de la communauté, identifier les tendances récentes de l'épidémie au niveau local et faire prendre conscience aux journalistes des questions linguistiques sensibles décrites ci-dessus. Comme les organismes ont toujours leurs propres objectifs et intérêts, il est important pour les journalistes de comprendre en quoi ils consistent avant d'accepter leur aide et leur information.

*Images et vidéo:* les journalistes de presse écrite, de télévision et de cyber-reportage ont un besoin évident d'images et de vidéos. Cependant, révéler l'identité des personnes ayant le VIH/SIDA peut avoir des conséquences négatives graves. Les journalistes devraient en discuter préalablement avec ceux qu'ils projettent d'interviewer afin de s'assurer qu'ils soient informés et à l'aise avec l'idée de se faire photographier ou filmer. Il est également utile de discuter avec des responsables de la salle des nouvelles de la possibilité

de voiler l'identité d'une personne, d'une manière que n'affecte pas reportage et de se demander si, en gardant un intervenant dans l'ombre, cela perpétue la stigmatisation des personnes atteinte du VIH/SIDA. En aucun cas, les journalistes ne devraient «piéger», caméra en main, les personnes à interviewer; il faut leur laisser le temps de penser aux conséquences d'une exposition publique. Les journalistes de radio devraient eux aussi être conscients de ces mêmes directives puisque les enregistrements audio peuvent révéler l'identité d'une personne.

*Reportage médical:* Le reportage médical présente vraiment un ensemble unique de défis et d'opportunités pour les journalistes qui ne sont pas issus du milieu des sciences naturelles. Les journalistes peuvent se faire avoir sur la terminologie, sombrer dans l'exagération à propos des percées médicales et se faire duper par des chercheurs intéressés par les retombées financières des résultats de certaines études. Le journaliste Jon Cohen du magazine *Science* dit, à ce sujet, que son principe de base est que «les prétentions extraordinaires exigent une preuve extraordinaire». Il est donc extrêmement utile d'établir des contacts fiables dans la communauté médicale du SIDA, qui n'a aucun parti pris particulier et qui n'est pas avare de son expertise.

Dans les pages suivantes, les journalistes trouveront du matériel additionnel, tel que des directives sur l'éthique et un guide de compréhension des études techniques qui, nous l'espérons, fournit des outils permettant de relever les défis de la couverture du VIH/SIDA. De plus, la Kaiser Family Foundation a créé et gère le site Web [www.globalhealthreporting.org](http://www.globalhealthreporting.org) qui contient des liens vers plus d'une douzaine d'autres ouvrages utiles sur la couverture du VIH/SIDA provenant de partout dans le monde. La page Web se trouve au [www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18](http://www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18).

*Le document a été rédigé par Jackie Judd de la Kaiser Family Foundation, qui fut reporter pendant 30 ans.*

## **RÉFÉRENCES ET SOURCES**

Milan, Mia. "Telling People About AIDS," *Georgetown Journal of International Affairs*. Winter/Spring, 2006, [www.journal.georgetown.edu/Issues/7.1/forum\\_malan.cfm](http://www.journal.georgetown.edu/Issues/7.1/forum_malan.cfm). Consulté en juin 2006.

Mann, Jonathan ; Tarantola, Daniel ; Netter, Thomas W., éditeurs. *AIDS in the World*. Harvard University Press, 1992.

# DIRECTIVES SUR L'ÉTHIQUE

*Ce matériel a été conçu pour et approuvé par Le forum des éditeurs d'Afrique australe ([www.journalds.org/docs/SAEF\\_ethical\\_principles.pdf](http://www.journalds.org/docs/SAEF_ethical_principles.pdf)). Nous sommes reconnaissants pour la permission de le réimprimer.*

Le VIH et le SIDA sont un sujet d'une grande importance qui devrait être couvert par des journalistes ayant de l'imagination, de l'initiative et de la sensibilité tant à l'égard du genre, qu'à l'endroit des forces sociales plus larges qui agissent sur l'épidémie.

C'est un sujet qui exige une couverture reposant sur les plus hautes normes morales. Le Forum des éditeurs d'Afrique australe (SAEF) et l'Institut des médias d'Afrique australe (MISA) ont approuvé ces principes afin d'encadrer aussi bien les organismes de régulation des médias, les établissements de formation, les organes de presse, de même que les éditeurs et les journalistes. Les principes ne sont pas coulés dans le béton, mais devraient être mis à jour au fil du temps, afin de s'adapter à l'évolution de l'épidémie.

L'exactitude ici est fondamentale, puisque des décisions importantes, portant sur les personnes et les approches politiques, peuvent être influencées par les comptes rendus des médias. Les journalistes devraient s'assurer en particulier d'avoir une information scientifique et statistique juste. Les faits devraient être soigneusement vérifiés, en utilisant des *sources* crédibles pour interpréter l'information, vérifier les données et rendre les statistiques et les éléments scientifiques accessibles et utiles au grand public. Les sources devraient être citées aussi souvent que possible. Les sujets devraient être mis en contexte.

Les idées préconçues devraient être discréditées et toutes les prétentions de soins ou traitements devraient être rapportées avec l'attention appropriée. Les journalistes devraient poser un regard critique sur tous les sujets.

La clarté signifie être prêt à parler de façon respectueuse, mais aussi ouverte, de relations sexuelles, de pratiques culturelles et d'autres questions sensibles. Il faut s'assurer que la langue, les normes culturelles et les pratiques traditionnelles, par exemple les notions de patrimoine et de sexualité, sont bien comprises et rapportées en tenant compte de l'universalité des droits de l'homme.

L'équilibre signifie donner le poids approprié à l'histoire et couvrir tous les aspects y compris médicaux, sociaux, politiques, économiques et autres questions s'y rapportant. L'équilibre signifie également de mettre en évidence des histoires positives lorsque cela se justifie, sans pour autant minimiser le fait que le VIH et le SIDA constituent une crise sérieuse.

Les journalistes devraient demander à tous les décideurs des comptes sur leur gestion de la pandémie, du gouvernement aux groupes de l'industrie pharmaceutique en passant par les groupes d'intérêt.

Les journalistes devraient s'assurer que les voix et les images des personnes vivant avec et affectés par VIH et le SIDA soient entendues et vues. La face humaine de la pandémie devrait être montrée. Les journalistes devraient s'assurer de la diversité des voix entendues, c'est-à-dire, inclure celles des femmes et des hommes, des personnes vulnérables et marginalisées.

Les journalistes devraient respecter les droits des personnes ayant le VIH et le SIDA. Les personnes vulnérables devraient être traitées avec un soin particulier. Les journalistes devraient obtenir un consentement éclairé avant de s'immiscer dans l'intimité de quiconque. Les journalistes devraient évaluer les conséquences possibles pour les individus qui participent à leurs reportages, et s'assurer qu'ils sont conscients de ces conséquences. C'est uniquement dans des cas d'intérêt public flagrant que le statut de séro-immunologie d'une personne peut être dévoilé contre son gré ou que les journalistes peuvent cacher leur identité professionnelle.

Les journalistes devraient s'intéresser à la question du genre et à tous les aspects de la pandémie - prévention, traitement et soin - puisque cela permet d'ajouter de la profondeur et de la contextualisation, tout en révélant de nouveaux secteurs de couverture.

Un soin particulier devrait être pris lorsqu'on a affaire à des enfants. Ils vivent les conséquences les plus extrêmes de l'épidémie, et leur droit à la vie privée doit faire l'objet de la plus grande protection. Ils ne devraient être identifiés que si l'intérêt public est manifeste, et encore, seulement si aucun préjudice n'est envisageable et que tous les parents ou répondants y consentent en connaissance de cause. Les enfants ont le droit de participer aux décisions affectant leurs vies. Ils ont également le droit d'être entendus, et les journalistes devraient s'assurer que leurs préoccupations particulières sont couvertes.

La discrimination, les préjugés et la stigmatisation sont très néfastes et les journalistes devraient éviter de les alimenter. Il faut faire particulièrement attention de ne pas utiliser un langage, ou des images qui renforcent des stéréotypes.

*Le site de la Kaiser Family Foundation sur la couverture de la santé mondiale fournit des liens pour d'autres manuels sur la couverture journalistique qui contiennent aussi des directives sur les aspects éthiques [www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18#reporting\\_manuals](http://www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18#reporting_manuals)*

# QUESTIONS FRÉQUENTES SUR LA COUVERTURE DU VIH/SIDA

## **Existe-t-il une différence entre rapporter qu'une personne a le SIDA et dire qu'elle est séropositive?**

Oui. Il peut y avoir une différence. La séropositivité signifie qu'une personne est infectée par le virus. Il est possible qu'une personne séropositive ne présente aucun symptôme et elle pourrait ou ne pourrait pas progresser vers un diagnostic de SIDA.

## **Où trouverais-je les chiffres les plus fiables sur l'épidémie?**

Il y a beaucoup de controverse et de confusion sur les statistiques relatives au VIH/SIDA. C'est un exercice très délicat que de trouver des statistiques qui sont significatives et valables, à cause des difficultés méthodologiques pour évaluer les chiffres estimés ou réels. Avant de vous servir des moindres chiffres, soyez absolument certain, que vous comprenez ce qu'ils signifient, qui les a recueillis, comment ils ont été recueillis et sur quel laps de temps. Si vous trouvez des chiffres qui se contredisent, retournez à vos sources et demandez leur d'expliquer la contradiction. L'ONUSIDA et le Centre de contrôle et de prévention des maladies sont un bon point de départ pour une recherche d'information statistique. Vous pourriez aussi faire appel directement au ministère de la santé de votre pays.

## **Quelle est l'importance du respect de la confidentialité dans le traitement des nouvelles portant sur le VIH/SIDA?**

L'identité d'une personne ayant le VIH/SIDA ne devrait pas être dévoilée sans la permission explicite de celle-ci. Dans plusieurs pays, une personne publiquement identifiée comme étant séropositive ou ayant le SIDA sera marginalisée et stigmatisée.

## **Quels sont les stéréotypes les plus courants qui se glissent dans le traitement journalistique de la question du VIH/SIDA?**

La population touchée par le VIH/SIDA est diversifiée. Le but de votre reportage, bien sûr, est d'être objectif et factuel. Gardez-vous de formuler des jugements de valeur. Un préjugé commun a trait à la désignation des personnes pouvant être infectées. Un comportement à haut risque (exemple : relation sexuelle non protégée, rapports avec de multiples partenaires, usage de drogue par injection) est certainement un facteur significatif. Mais, il y a aussi un ensemble complexe de facteurs dont les circonstances sociales et économiques qui favorisent la vulnérabilité à l'infection au VIH. Un autre stéréotype courant est de présumer que si une personne fait partie d'un groupe de population à haut risque, elle a de fortes chances d'être infectée. Ce qui n'est pas nécessairement le cas. Par exemple, plusieurs hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes pratiquent le sexe sécuritaire et ont un seul partenaire. Donc, ils ne sont pas plus à risque que le reste de la population.

## **Quels mots dois-je utiliser avec prudence à propos du VIH/SIDA?**

Référez-vous à la liste que nous avons dressée. Mais, de façon générale, n'utilisez pas les mots qui stéréotypent ou stigmatisent injustement les personnes ayant le VIH/SIDA, perpétuent les mythes sur la maladie et véhiculent des jugements de valeur. N'utilisez pas une terminologie que le grand public ne peut aisément comprendre. Cela est particulièrement important lorsqu'on traite de sujets médicaux. L'objectif est d'être précis sans être dense au point de nuire à la compréhension de ce dont vous parlez.

### **Quels sont les pièges possibles lorsqu'on aborde le sujet des traitements du VIH/SIDA?**

Le traitement du VIH/SIDA est un domaine complexe et il y a plusieurs traitements disponibles contre le VIH/SIDA – certains traitent le virus lui-même, d'autres les symptômes et les maladies causées par le virus. Cependant, aucun ne constitue un remède. Il est facile de confondre le remède d'une maladie liée à l'infection du VIH au remède du VIH/SIDA proprement dit. Il est aussi facile de décrire les médicaments utilisés pour ralentir la progression du virus comme un remède. Encore une fois, il n'existe aucun remède. Des essais de vaccins sur les humains sont en cours pour trouver un remède contre le VIH.

### **Est-il indiqué de dire qu'une personne est morte du SIDA?**

Le SIDA est un syndrome qui peut être identifié sous bon nombre de maladies et de cancers. Il n'y a pas une maladie spécifique qui est appelée SIDA. Quand une personne qui en a été diagnostiquée décède, il est techniquement plus précis de dire qu'elle est morte d'une maladie liée au SIDA, de causes liées au VIH, ou de maladie ayant un rapport avec le VIH.

# COMPRENDRE ET RENDRE COMPTE DES DONNÉES SUR LE VIH/SIDA

Couvrir le VIH/SIDA est une tâche complexe et naviguer à travers les données épidémiologiques peut être exigeant. Qu'il s'agisse de données utilisées pour un reportage ou d'un reportage sur les données elle-même, la sélection et l'utilisation de ces chiffres et statistiques aura un impact crucial sur l'histoire que vous raconterez. En outre, les données sont souvent si complexes qu'il y a un risque de mauvaise interprétation. Par exemple, quelques journalistes peuvent utiliser les mots «fréquence» et «prévalence» de façon interchangeable bien qu'ils représentent deux manières différentes de mesurer l'épidémie. Par conséquent, il est important d'être au courant à la fois des types et des sources de données disponibles sur le VIH/SIDA, de la manière dont elles sont utilisées pour caractériser l'épidémie et de leurs limites afin d'éviter de se faire piéger lors des reportages. Voici un survol de certaines des principales questions ainsi que des suggestions de ressources.

## D'où viennent les données sur le VIH/SIDA?

Les données sur le VIH/SIDA viennent d'une variété de sources, dont:

- Les sondages réalisés auprès des femmes enceintes
- Les enquêtes-ménages
- Le monitoring accru des populations à plus gros risque (par exemple, la cueillette de l'information sur la prévalence du VIH et sur les comportements à risque chez des individus se trouvant dans des sites «témoins», comme des structures de santé telles que les cliniques prénatales et de MTS, ou au sein des communautés comme celle des travailleuses du sexe ou des usagers de drogues par injection
- Recensements officiels de cas
- Systèmes de registre de base (registres officiels des naissances et des décès).

Aucune de ces sources, cependant, n'indique le nombre total de personnes vivant avec le VIH/SIDA, de personnes nouvellement infectées, de décès causés par le SIDA. Il en est ainsi pour diverses raisons; les données ne peuvent être obtenues directement par les personnes concernées puisque la plupart d'entre elles ne sont pas au courant de leur état et de la stigmatisation qui entoure la maladie du VIH. Ce qui mène souvent au déni et à un sous dévoilement des cas. Ainsi, le nombre de cas de SIDA officiellement enregistrés par un pays sera toujours inférieur à la proportion réelle de la population infectée par le VIH. En dépit de ces défis, des méthodes ont été mises au point et elles ont été raffinées au fil du temps afin de produire des estimations raisonnables aux niveaux national, régional, et mondial. Ces efforts sont menés par l'ONUSIDA, qui a un groupe consultatif technique qui aide à produire des estimations et qui consulte régulièrement les pays.

La source de données sur le VIH/SIDA utilisée pour concevoir des estimations dépend du niveau ou du type d'épidémie dans un pays:

- Dans les pays où **l'épidémie est généralisée** (pays où la prévalence parmi les femmes enceintes est de plus de 1%), les estimations reposent principalement sur des échantillons de sang provenant de femmes enceintes dans les cliniques prénatales. Le suivi des femmes enceintes dans les cliniques prénatales fournit les meilleures données disponibles à partir desquelles on peut évaluer la prévalence du VIH dans l'ensemble de la population des pays où l'épidémie est généralisée (puisque la réalisation d'une enquête sur l'ensemble de la population n'est habituellement pas possible.)
- Dans les pays où **l'épidémie est concentrée** (la prévalence parmi les femmes enceintes est de moins de 1% mais elle est de plus de 5% au sein de quelques groupes à haut risque), ces estimations reposent sur le monitoring des populations à plus gros risque, les utilisateurs de drogue par injection, les travailleuses du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes.

## Quelles doivent être les considérations clés sur les données?

Parmi les nombreuses préoccupations que vous devez avoir lorsque vous vous apprêtez à couvrir un sujet lié au VIH/SIDA en utilisant des données, il y a:

- Le fait que parmi les nombreuses sources et sortes de données, chacune raconte une histoire différente de l'épidémie
- Le fait que les méthodes de monitoring du VIH/SIDA évoluent avec le temps, ce qui signifie que des données provenant de la même source peuvent ne pas être directement comparables d'une année à l'autre
- Le fait que le type de données disponibles, et le décalage dans le temps de leur disponibilité, peuvent poser problème dans l'évaluation de leur valeur actuelle
- L'existence de lacunes dans les données
- Le fait que les mesures épidémiologiques sur le VIH/SIDA sont nombreuses et que chacune a une définition importante et distincte (voir le tableau)
- Le fait que la fréquence du VIH (nouvelles infections) n'est qu'une estimation. C'est vrai au niveau mondial et dans tous les pays, même aux États-Unis, et ce, en raison du laps de temps entre l'infection par le VIH et le développement du SIDA, du fait que beaucoup de gens ne sont pas au courant de leur état, à cause de la stigmatisation qui mène à la sous-divulgence des cas et des systèmes de surveillance qui peuvent être incomplets
- L'importance des taux/pourcentages, et pas seulement des nombres – les taux sont des mesures normalisées, qui permettent des comparaisons de l'impact ou de la concentration du VIH/SIDA dans différents groupes de population, sur différentes périodes de temps et différents secteurs (voir «Exemples» ci-dessous)
- L'histoire est souvent locale et complexe ainsi, les moyennes mondiales, régionales, et nationales peuvent masquer des épidémies et des tendances locales

### Ne pas oublier de:

- Consulter plusieurs types de données, les comparer et les soupeser
- Consulter l'ONUSIDA et le site [www.globalhealthfacts.org](http://www.globalhealthfacts.org) pour les dernières données mondiales et nationales
- Consulter les organismes et/ou ministères nationaux de la santé pour des rapports de contrôle puisqu'ils peuvent avoir des données spécifiques à un pays ou à une localité
- Indiquer le type de données exploitées (par exemple, la prévalence, la fréquence, les taux, les infections au VIH ou les cas de SIDA)
- Clarifier la nature des données: si elles sont des estimations, des rapports réels, des échantillons représentatifs ou juste partiels d'une seule étude

## Exemples

Mesure de la maladie	Définition	Exemple(s)	Que nous disent les données?
<b>Fréquence</b>	Le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population sur une période spécifique de temps - exemple, le nombre de nouvelles infections au VIH ou de cas de SIDA survenus au cours de la dernière année	L'ONUSIDA estime qu'il y avait 4.1 millions de nouvelles infections au VIH en 2005 dans le monde.	La fréquence mesure l'apparition d'une nouvelle maladie dans une population et elle est utile pour évaluer les tendances récentes de la maladie
<b>Prévalence</b>	Le nombre estimé de personnes atteinte de la maladie au sein d'une population à un moment précis dans le temps – exemple, les personnes vivant avec le VIH, à n'importe quelle étape de la maladie, y compris le SIDA.	L'ONUSIDA estime qu'il y avait 38.6 millions de personnes vivant avec le VIH en fin d'année 2005	La prévalence mesure l'existence de la maladie dans une population. Elle est utile pour évaluer le poids de la maladie au sein d'une population. Le changement dans les chiffres de la prévalence reflète une évolution de la fréquence et/ou des décès causés par le SIDA.
<b>Taux/ Pourcentages</b>	La fréquence, la prévalence (et d'autres mesures de la maladie telles que la mortalité) peuvent également être exprimées sous formes de taux ou de pourcentage — les mesures normalisées qui prennent en compte la taille d'un groupe (taille de la population) permettant ainsi une comparaison directe.	<i>Taux de prévalence</i> L'ONUSIDA estime que 1% des adultes, âgés entre 15 et 49 ans dans le monde vivaient avec le VIH/SIDA à la fin de 2005 alors que cette proportion était de 6.1% en Afrique subsaharienne. Cette comparaison nous indique que la concentration du VIH/SIDA est beaucoup plus grande en Afrique subsaharienne que dans l'ensemble du monde — si nous nous en étions tenus juste aux chiffres, nous ne pourrions pas nécessairement conclure cela (puisque'il y a un plus grand nombre de personnes qu'on estime vivre avec le VIH/SIDA à travers le monde qu'en Afrique subsaharienne).	Cette mesure est utile pour comparer l'impact de l'épidémie à travers des groupes démographiques, des juridictions ou des pays, tout en tenant compte des différences de tailles des populations

## RÉFÉRENCES ET SOURCES

UNAIDS. *HIV Data Page: Methods and assumptions for estimates*. 2006, [www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp). Consulté en juin 2006.

UNAIDS. *Statement: Estimating the status of the AIDS epidemic in countries*. April 10, 2006, [www.data.unaids.org/pub/PressStatement/2006/20060410\\_PS\\_EPI\\_Estimates\\_en.pdf](http://www.data.unaids.org/pub/PressStatement/2006/20060410_PS_EPI_Estimates_en.pdf). Consulté en juin 2006.

UNAIDS. *Backgrounder on Methodology: Understanding the latest estimates of the 2006 report on the global AIDS epidemic*. Mai 2006, [www.data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_Epi\\_backgrounder\\_on\\_methodology\\_en.pdf](http://www.data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_Epi_backgrounder_on_methodology_en.pdf). Consulté en juin 2006.

Kaiser Family Foundation. *Webcast & Presentations: The Current State of the Global AIDS Epidemic & Key Implications for an Effective AIDS Response*. 18 avril, 2006, [www.kaisernetwork.org/health\\_cast/hcast\\_index.cfm?display=detail&hc=113](http://www.kaisernetwork.org/health_cast/hcast_index.cfm?display=detail&hc=113) Consulté en juin 2006.

Kaiser Family Foundation. *Global Health Facts website*, [www.globalhealthfacts.org](http://www.globalhealthfacts.org). Consulté en juin 2006.

# L'INFORMATION SUR LE VIH/SIDA SUR INTERNET

*Cette information, sur la recherche et l'évaluation de données en ligne, on la doit à SciDev.Net. La trousse complète de formation multimédia peut être trouvée à: [www.itrainonline.org/itrainonline/mmtk/mmtk\\_hivaid\\_lists\\_handout.doc](http://www.itrainonline.org/itrainonline/mmtk/mmtk_hivaid_lists_handout.doc). Nous sommes reconnaissants pour la permission de réimprimer ce matériel.*

La recherche de l'information sur le VIH/SIDA aura pour résultat différents types de données, de ressources et de liens selon que vous vous servez d'un moteur de recherche général tel que Google, ou que vous utilisiez un site spécialisé ou une base de données sur le VIH/SIDA destinés aux professionnels de la santé.

- Les résultats des moteurs de recherche généraux pour une requête par exemple de la transmission du VIH de la mère à l'enfant comporteront un large éventail de types de ressources — allant des faits d'actualité, aux guides de santé communautaire, les informations statistiques, en passant par l'information destinée aux chercheurs en médecine. Vous pouvez obtenir de la bonne, de la mauvaise information, ou une information qui ne correspond pas à vos besoins.
- Une recherche sur le site Web d'une organisation peut générer de l'information produite principalement par cette organisation.
- Une recherche sur un portail spécialisé produira des résultats concernant le secteur particulier de focalisation dudit portail.

L'évaluation de l'information sur le VIH/SIDA (ou sur tout autre sujet de santé) est d'une importance cruciale. Les critères spécifiques d'évaluation que vous devriez appliquer dépendront, dans une certaine mesure, du type d'information et de l'usage que vous voulez en faire. À moins que vous n'écriviez un article sur un faux «remède» du VIH/SIDA, **la qualité de l'information est le critère central d'évaluation**. Selon la manière dont vous comptez l'utiliser, vous pourriez ajouter des critères additionnels — par exemple, si vous recherchez un bon site à recommander à une organisation de base, vous devez également vérifier qu'il est facile à utiliser et que les ressources ciblées sont d'un niveau approprié. Les questions clés sont les suivantes:

- **Qualité de l'information:** l'aspect le plus important de la qualité de l'information est **l'exactitude**. Parfois vous pourrez vous-même évaluer directement l'exactitude de l'information sur un site Web. Très souvent, cependant, vous n'aurez pas la connaissance spécialisée requise pour le faire. Dans ce cas, vous devrez poser un certain nombre de questions pour vous aider à évaluer l'exactitude probable de l'information. Parmi ces questions:
  - Quelle est la source d'information, et quelle est sa fiabilité probable? Le fournisseur de l'information a-t-il peut-être intérêt à favoriser un point de vue particulier? Il faut chercher «L'énoncé de mission» ou d'autres informations sur l'organisme propriétaire du site. Informations sur les différents auteurs. Les commanditaires du site.
  - L'information a-t-elle été soumise à un processus d'examen éditorial ? Par exemple, est-elle tirée d'un journal où il existe une révision par les pairs?
  - A quel point l'information est-elle actuelle?
  - A quel point l'information est-elle complète?

- L'information repose-t-elle sur des faits cliniques et scientifiques?  
Soyez circonspect face au contenu qui va à l'encontre des croyances scientifiques établies. Cela pourrait être une indication que l'information n'est pas fondée sur une recherche scientifique.  
Lorsque l'information se rapporte aux essais cliniques, il faut se rappeler que les essais cliniques aléatoires sont généralement considérés comme les plus fiables, suivis d'autres méthodes d'étude telles que celles reposant sur des échantillons non aléatoires et sur des études de cas/cohorte.
- Les références adéquates indiquant la source de l'information, y compris des statistiques, sont-elles fournies?

### **Organismes locaux, nationaux et internationaux:**

Il existe une vaste gamme de sites Web appartenant à des organismes locaux, régionaux et internationaux à travers le monde, qui sont impliqués dans la recherche, le traitement et les soins du VIH/SIDA. Il pourrait s'agir d'organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux qui reçoivent des financements privés et publics. Les sites Web varient dans leur contenu et leurs ressources, en fonction du temps, de l'argent et de l'expertise investis dans leur production, et des utilisateurs ciblés.

L'information et les ressources sur ces sites entrent généralement dans une des catégories suivantes:

- Guides communautaires et médiatiques
- Rapports
- Documents de politique
- Information d'arrière-plan (faits et glossaires)
- Information pour solliciter les conseils d'experts
- Annuaire
- Bases de données recherche
- Projets
- Financement de projets liés au VIH/SIDA
- Liens
- Courriels

## ACRONYMES

ACRONYME	DESCRIPTION
<b>3x5</b>	Trois fois 5
<b>ABC</b>	Abstinence, fidélité à un seul partenaire et utilisation du préservatif. (Abstinence, Be faithful, Condom use)
<b>ADAP</b>	Les programmes d'aide pour l'achat des médicaments contre le SIDA
<b>ART, ARV</b>	Thérapie antirétrovirale, Antirétroviraux
<b>AZT</b>	Zidovudine
<b>CDC</b>	Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-unis
<b>CDF</b>	Combinaison à dose fixe
<b>CDV</b>	Conseil et dépistage volontaire
<b>CNN</b>	Préservatifs, seringues, négociation (Condoms, Needles, Negotiation)
<b>CPI</b>	Comité de Pilotage International (International Steering Committee for People with AIDS, ISC)
<b>DOTS</b>	Traitement de courte durée sous surveillance directe (Directly Observed Treatment/Therapy Short-course)
<b>ELISA</b>	(Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) c'est une méthode immunoenzymatique de détection des pathogènes
<b>FDA</b>	L'Agence américaine pour l'alimentation et les médicaments (Food and Drug Administration)
<b>Fonds mondial</b>	Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
<b>FRP</b>	Faire reculer le paludisme
<b>GNP+</b>	Réseau mondial de personnes vivant avec le VIH/SIDA
<b>HAART</b>	Multithérapies antirétrovirales hautement actives
<b>HSH</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
<b>IAVI</b>	L'initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA
<b>IDU</b>	Usagers/Utilisateurs de drogue par injection
<b>IF</b>	Inhibiteur de fusion
<b>Initiative Life</b>	L'initiative pour le leadership et l'investissement dans la lutte contre l'épidémie
<b>IO</b>	Infection opportuniste
<b>IP</b>	Inhibiteur de protéase
<b>MTS/IST</b>	Maladie sexuellement transmissible/Infection sexuellement transmissible
<b>NAPWA</b>	L'Association nationale des sidéens des États-unis
<b>NIH</b>	Instituts nationaux de la santé des États-unis
<b>NNRTI</b>	Inhibiteur non-nucléosidique de transcriptase inverse
<b>NRTI</b>	Inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse

<b>ACRONYME</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>OGAC</b>	Bureau américain de coordination de la lutte contre le SIDA (Office of the United States Global AIDS Coordinator)
<b>OMC</b>	Organisation mondiale du commerce
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>PAHO</b>	Organisation panaméricaine de la santé
<b>PEPFAR</b>	Plan présidentiel d'assistance d'urgence au SIDA
<b>PES</b>	Programme d'échange de seringues
<b>PIV</b>	Primo-infection à VIH
<b>PLWHA</b>	Personne(s) vivant avec le VIH/SIDA
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le développement
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission mère-enfant
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>TAC</b>	Campagne d'action de traitement
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TB-MDR</b>	Tuberculose multidroque-résistante
<b>TME</b>	Transmission mère-enfant
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	Agence des États-unis pour le développement international
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine
<b>ZDV</b>	Voir AZT

# GLOSSAIRE

## A

### 1. **ABC**

A – Abstention de l'activité sexuelle ou retard de l'âge de la première expérience sexuelle.

B – Être fidèle ou monogame fidèle avec un/une partenaire non infecté/e

C – Utilisation correcte et permanente du préservatif. L'approche d'ABC du changement d'attitude favorise l'adoption de ces trois comportements comme éléments centraux de prévention du VIH.

### 2. **Abstinence**

L'abstention de toute activité sexuelle. Dans le contexte du VIH/SIDA, ce terme fait également allusion au retard de l'âge de la première expérience sexuelle.

### 3. **ADAP**

Les programmes d'aide pour l'achat des médicaments contre le SIDA sont financés par les fonds fédéraux américains et gérés par les différents États. Ils fournissent les médications aux personnes séropositives ayant une assurance médicale limitée ou qui n'en ont pas du tout. Il y a grande variation dans ces programmes car l'acceptabilité à l'ADAP est déterminée en fonction des États. Il en est de même pour les médicaments couverts.

### 4. **Anticorps**

Molécules dans le corps qui identifient et détruisent les substances étrangères telles que des bactéries et des virus. Les tests standard du VIH indiquent si des anticorps du virus sont présents dans le sang. Un test positif signale donc la présence des anticorps.

### 5. **Asymptomatique**

Une personne ayant le VIH est asymptomatique si elle ne montre pas de signes et de symptômes de la maladie. C'est aussi la deuxième étape de la progression de la maladie du VIH et elle peut durer des années après l'infection. Le virus peut être transmis, durant cette période.

## B

### 6. **Banque mondiale**

La Banque mondiale est une institution financière de développement qui offre des prêts, des conseils à caractère économique, l'assistance technique et un partage d'expertise entre pays à faibles et à moyens revenus pour les aider à combattre la pauvreté. La Banque mondiale est le co-parrain de l'ONUSIDA. Elle a consacré plus des fonds importants à la lutte internationale le VIH/SIDA.

## C

### 7. **CDV**

Les programmes de Conseil et dépistage volontaire (CDV) sont une composante cruciale des activités tant de prévention que de traitement. Les CDV sont des interventions internationalement acceptées, conçues pour permettre aux gens d'en savoir plus sur leur statut relativement au VIH, et de recevoir des conseils sur la réduction des risques et des références pour des soins s'ils sont séropositifs.

## **Cellules CD4 (T4)**

Ces cellules contrôlent la réponse immunitaire du corps contre les infections et constituent les premières cibles du VIH. Le virus se multiplie dans ces cellules et les détruit par la suite. En conséquence, le système immunitaire devient progressivement plus faible. Le compte des cellules CD4 est utilisé pour mesurer la progression de la maladie. Plus le compte de cellules CD4 d'une personne est bas, plus la maladie progresse et détériore son système immunitaire.

## **9. Centres de contrôle et de prévention des maladies des Etats-Unis (CDC)**

L'agence fédérale américaine responsable de protéger la santé et le bien-être des individus. Ses activités se concentrent sur la prévention des maladies, le contrôle, l'éducation sanitaire et la promotion de la santé. L'organisme mène aussi des activités internationales de prévention contre le VIH, la TB, le paludisme et d'autres maladies.

## **10. Charge virale**

C'est le degré de concentration du VIH dans le sang. Il y a une corrélation entre la quantité de virus dans le sang et la sévérité de la maladie – plus la charge virale est élevée, plus la maladie progresse. Un test de charge virale est un important outil pour les médecins dans la surveillance de la maladie et dans la prise de décision thérapeutique.

## **11. Combinaison à dose fixe (CDF)**

Le traitement de combinaison à dose fixe se réfère au mélange de deux médicaments ou plus, tels que les antirétroviraux, dans un seul comprimé. Un exemple de CDF est la combinaison en un seul comprimé de la Stavudine, de la Lamivudine et de la Névirapine.

## **12. Communauté affectée**

Personnes vivant avec le VIH/SIDA, et d'autres individus proches parmi lesquels les familles et les amis, dont les vies sont directement influencées par l'infection ainsi que ses effets physiques, sociaux et émotionnels.

## **13. Comportement risqué**

Cette expression se réfère à n'importe quel comportement ou action qui augmente la probabilité qu'un individu acquière ou transmette le VIH. Quelques exemples de comportement risqué sont: le fait d'avoir des rapports sexuels non protégés, avoir des rapports sexuels avec des partenaires multiples et s'injecter de la drogue. La consommation d'alcool est également liée au comportement risqué en raison de son effet sur une capacité des individus de prendre des décisions et de négocier un rapport sexuel plus sécuritaire.

## **D**

## **14. DDT**

Le DDT (Dichloro-diphényl-trichloroéthane) était le principal insecticide utilisé dans les années 1950 et 1960 lors de la campagne internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour éradiquer les moustiques, vecteurs du paludisme. Le DDT est historiquement un insecticide très controversé. Son utilisation dans l'agriculture a été interdite dans presque tous les pays. Actuellement, l'OMS recommande la pulvérisation intérieure du DDT dans la lutte contre le paludisme. Grâce aux efforts de l'OMS, le paludisme a disparu d'Amérique du Nord et d'Europe.

**15. Démence complexe du SIDA (ADC-Aids dementia complex)**

La démence complexe du SIDA, également connu sous le nom de démence du VIH, est une condition provoquée par le virus qui affecte le cerveau et fait perdre à une personne ses facultés mentales. Les symptômes incluent la perte de coordination ainsi qu'un désintérêt pour ce qui se passe autour de soi, des variations d'humeur, et le dysfonctionnement mental. La perte de mémoire et la mobilité limitée peuvent également se développer. L'ADC se produit habituellement après qu'une personne a eu des infections opportunistes sérieuses, mais elle peut également avoir lieu au tout début de la maladie. On peut prévenir l'ADC ou la traiter avec la thérapie antirétrovirale.

**16. «Down Low»**

Cette expression désigne le comportement des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais qui ne s'identifient pas nécessairement comme homosexuels ou bisexuels et qui pourraient ne pas révéler cette information à d'autres. Ces hommes peuvent également avoir des relations sexuelles avec des femmes.

**E**

**17. Efficacité**

L'évaluation de la capacité d'un médicament ou d'un traitement de soigner, indépendamment de la dose. Par exemple, l'efficacité d'un médicament antirétroviral s'évalue à l'ampleur du bénéfice qu'il procure sans en considérer la quantité prise.

**18. Endémie**

La présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux dans un secteur géographique donné ou dans un groupe de population; peut également se référer à la prévalence d'une maladie donnée dans un tel secteur ou groupe.

**19. Épidémie (faible, concentrée, généralisée)**

Apparition de plus de cas que prévus de la maladie dans un secteur donné ou au sein d'un groupe spécifique dans un laps de temps donné.

Il y a différentes manières de décrire la répartition d'une épidémie du VIH dans un endroit:

- Faible: la prévalence du VIH est basse au sein de la population générale et elle l'est tout aussi au sein des sous-groupes à plus gros risque
- Concentrée: la prévalence du VIH n'excède pas 1 % dans la population générale mais dépasse les 5% dans quelques sous-groupes (par exemple parmi les travailleurs du sexe, les UDI, et les HSH)
- Généralisée: la prévalence du VIH excède 1 % dans population générale

**20. Essai clinique**

C'est une étude scientifique conçue pour évaluer la sûreté, l'efficacité et les effets médicaux d'un traitement (par exemple une **thérapie** antirétrovirale, un **vaccin**). Un traitement doit passer par plusieurs phases d'essais cliniques avant d'être approuvé pour usage chez l'être humain.

**21. Exposition accidentelle ou transmission accidentelle**

Elle fait allusion habituellement à la transmission du VIH qui a lieu dans un milieu médical. La transmission peut s'effectuer du patient au prestataire des soins ou vice-versa.

## F

### 22. Fonds mondial

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme fut créé en 2001 sur recommandation du secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan. Le Fonds mondial est un partenariat des gouvernements, du secteur privé et des communautés affectées. C'est une organisation indépendante de financement dont l'objectif est d'aider les pays à combattre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

## G

### 23. Générique

C'est un médicament qui est identique, ou bioéquivalent à celui d'une marque connue, dans le dosage, la sûreté, l'efficacité, la manière dont il est consommé, la qualité, la performance et l'utilisation à laquelle il est destiné. Le nom générique d'un médicament est un nom commun qui n'est pas protégé par un quelconque droit d'auteur du fabricant. Il est du format généralement utilisé lorsqu'on se réfère au médicament dans la littérature médicale ou dans les médias. De plus, le générique signifie parfois médication moins chère, mais chimiquement identique aux autres, produite par des compagnies qui ne l'ont pas inventée. Dans certains pays, les médicaments génériques arrivent sur le marché après l'expiration de leurs brevets. Dans d'autres en revanche, les génériques sont fabriqués et vendus même avant que le brevet n'expire.

## H

### 24. HSH

HSH renvoie aux hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Pour évaluer le risque de la maladie, le terme «HSH» est souvent utilisé au lieu du «gai», «homosexuel» ou «bisexuel» parce qu'il se rapporte à un comportement de risque, plutôt qu'une identité qui peut ou ne peut être attachée à un comportement. Dans plusieurs pays et cultures, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes peuvent ne pas se percevoir comme homosexuels ou bisexuels.

## I

### 25. Immunodéficience

Un état où le système immunitaire ne peut pas se défendre contre l'infection. Le VIH affaiblit progressivement le système immunitaire et provoque l'immunodéficience.

### 26. Immunodépression

Un état où le système immunitaire ne peut pas fonctionner normalement parce qu'il a été affaibli. Elle peut résulter des médicaments et des traitements médicaux (chimiothérapie) ou des maladies (VIH). Le système immunitaire qui est immunodéprimé peut également être qualifié d'immunocompromis.

### 27. Incidence

Le nombre de nouveaux cas d'une maladie au sein d'une population sur une période spécifique (par exemple, nombre annuel de nouveaux cas de VIH dans un pays).

## 28. Infection aiguë du VIH

C'est la première étape de l'infection par le VIH; c'est la période juste après la transmission du virus. La durée de l'étape aiguë peut durer de quelques jours à plusieurs semaines. Le VIH se multiplie rapidement et peut être transmis à d'autres personnes pendant ce temps. L'infection aiguë du VIH est également connue sous le nom de primo-infection (PHI).

## 29. Infections opportunistes (IO)

Ce sont des maladies qui apparaissent rarement chez des personnes en bonne santé mais qui causent des infections chez celles dont les **systèmes immunitaires** sont défectueux suite à une contamination par le VIH. Les organismes qui causent les IO sont fréquemment présents dans le corps, mais ils sont généralement gardés sous contrôle par un système immunitaire en santé. Lorsqu'une personne ayant le VIH développe une IO, on considère qu'elle a évolué vers le SIDA.

## 30. Interaction médicament-médicament

C'est une situation dans laquelle un médicament altère la manière dont un autre opère dans le corps; elle est aussi connue sous le nom d'*effet synergique*. Ceci peut résulter en une plus grande ou une plus petite efficacité de l'un ou l'autre médicament. Les interactions médicament-médicament peuvent aussi provoquer des effets secondaires fortuits.

## M

## 31. Maladie en phase terminale

Les quatre étapes du VIH sont: l'infection aiguë, l'asymptomatique, la symptomatique chronique et le SIDA. Bien que le SIDA soit l'ultime étape de la maladie du VIH, il est possible de vivre pendant des années après un diagnostic de SIDA sous condition d'une thérapie médicamenteuse appropriée.

## 32. Maladie sexuellement transmissible/Infection sexuellement transmissible (MTS/IST)

Toute maladie ou infection qui se propage par le biais de contacts sexuels

## 33. Maladies liées au diagnostic du SIDA

Elles comprennent une variété d'états constatés dans les dernières étapes de la maladie du VIH et qui signalent la progression vers le SIDA. Selon l'ONUSIDA, de nombreuses personnes ne sont au courant de leur infection qu'à ce stade.

## 34. Marketing social

Les techniques du marketing social ont été utilisées à travers le monde pour promouvoir une foule de techniques de prévention contre le VIH, y compris l'utilisation du préservatif. Le marketing social fait référence à l'adaptation des techniques de marketing commercial pour atteindre des objectifs sociaux et encourager l'adoption de comportements plus sains

## 35. Microbicides

Les microbicides sont des produits conçus pour réduire la transmission des microbes. La recherche est en cours pour déterminer s'ils peuvent être pour réduire avec succès la transmission sexuelle des maladies, dont le VIH. Les microbicides seraient appliqués dans le vagin ou dans l'anus et pourraient être produits sous diverses formes: films, crèmes, gèles, suppositoires ou comme un anneau ou une éponge qui libère progressivement l'ingrédient actif.

## 36. Multithérapies antirétrovirales hautement actives (HAART)

C'est un type de traitement qui implique l'usage d'au moins trois antirétroviraux.

**37. Mutation**

Un changement de la structure génétique d'un organisme qui survient pendant le processus de la multiplication. Le VIH se multiplie rapidement et change de forme pendant ce processus. Ces changements facilitent la formation de souches de virus **résistantes aux médicaments**.

**O**

**38. ONUSIDA**

Cet acronyme fait référence au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. C'est une composante des Nations Unies et il est le fruit de la collaboration entre une dizaine d'organisations et le secrétariat de l'ONUSIDA.

**39. Organisation mondiale de la santé (OMS)**

L'OMS est l'agence des Nations Unies responsable de la santé mondiale. Elle est dirigée par 192 états membres et son but est d'aider les individus à assurer un niveau de santé le plus haut possible. Elle est reconnue mondialement comme étant un des organismes de pointe dédiés à la santé. En collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS a lancé l'initiative 3x5 visant à fournir, avant la fin de 2005, un traitement antirétroviral aux 3 millions de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA dans des pays à bas et moyen revenu.

**P**

**40. Paludisme**

Le paludisme est une maladie provoquée par les parasites transmis aux êtres humains par l'intermédiaire des piqûres de moustiques. Les symptômes de l'infection peuvent inclure la fièvre, les frissons, le mal de tête, les douleurs musculaires, la fatigue, la nausée et les vomissements. Ces symptômes apparaissent habituellement entre 9 et 14 jours après qu'une personne a été piquée par un moustique infecté. Dans des cas graves, la maladie peut mettre la vie en danger.

**41. Pandémie**

C'est une épidémie mondiale; elle frappe une large zone géographique et touche une proportion exceptionnellement élevée de la population.

**42. Pathogène**

Une substance ou un organisme qui cause la maladie.

**43. PEPFAR**

Plan présidentiel d'assistance d'urgence relative au SIDA de George W. Bush est une initiative de 5 ans, dotée de 15 milliards de dollars, qui a démarré en 2004. Son objectif est de s'attaquer au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme, dans les pays en voie de développement.

**44. Période d'incubation**

La période entre l'infection par le VIH et le début des symptômes.

**45. Placebo**

Une substance qui ressemble à un vrai médicament mais qui n'a aucun effet médical.

#### **46. Populations vulnérables**

Ce sont des populations dont le risque d'exposition au VIH est de plus en plus élevé à cause des facteurs socioéconomiques, culturels ou comportementaux. Les populations vulnérables englobent les réfugiés, les personnes démunies, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les usagers de drogue par injection, les travailleurs du sexe et les femmes, particulièrement dans les pays ou les communautés où l'inégalité des sexes est prononcée.

#### **47. Prénatal**

Qui a lieu avant la naissance.

#### **48. Prévalence**

La prévalence est une mesure de la proportion de la population qui a une maladie à une période de temps spécifique.

#### **49. Prévention (primaire, secondaire)**

Dans le contexte du VIH, des activités de prévention sont conçues pour réduire le risque d'infection par le VIH (prévention primaire) et le risque de transmission de la maladie à d'autres (prévention secondaire). Les services de prévention incluent la consultation et le dépistage volontaires, la distribution de préservatifs, la surveillance de la maladie, le rayonnement de l'éducation de la population et finalement, la protection des produits sanguins.

#### **50. Primo-infection à VIH (PIV)**

C'est la première étape de l'infection par le VIH. C'est la période juste après l'entrée du virus dans le corps. La durée de cette étape peut être de plusieurs semaines. Le VIH se multiplie très souvent et peut être transmis à d'autres pendant cette période. La PIV est également connue sous le nom d'**infection à VIH aiguë**.

#### **51. Prophylaxie**

La prophylaxie se rapporte à la prévention ou au traitement protecteur de la maladie. La prophylaxie primaire, c'est le traitement médical qui est donné pour empêcher le début d'une infection. La prophylaxie secondaire quant à elle fait allusion aux médicaments pris pour prévenir les symptômes récurrents d'une infection existante.

#### **52. PTME**

Cet acronyme signifie «Prévention de la transmission de la mère à l'enfant». L'ONUSIDA présente une stratégie en trois points pour empêcher la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant.

- a. Protéger les femmes en âge de procréer contre l'infection du VIH
- b. Éviter les grossesses non désirées chez les femmes séropositives
- c. Empêcher la transmission pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement en fournissant la consultation et le dépistage volontaires, la **thérapie antirétrovirale**, un accouchement sécuritaire et des substituts de lait maternel lorsque cela s'impose.

#### **53. PWA/PLWA/PLWHA**

Ce sont des acronymes pour «personne(s) ayant le VIH/SIDA» et «personne(s) vivant avec le VIH/SIDA».

## R

### 54. **Résistance aux médicaments**

C'est la capacité du VIH à se reproduire en dépit de l'utilisation des médicaments destinés à le combattre. La résistance aux médicaments provient des mutations consécutives à la reproduction du VIH.

### 55. **Résistance croisée**

La résistance du VIH à un médicament (voir la **résistance aux médicaments**) provoque la résistance à d'autres dans la même classe. Exemple, la résistance à la Névirapine conduit à celle de l'Éfavirenz.

### 56. **Sexe sec (Dry sex)**

Fait référence aux femmes utilisant divers agents pour «sécher» le vagin avant les rapports sexuels. Cette pratique repose souvent sur des croyances culturelles, mais par inadvertance, elle peut augmenter le risque de transmission du VIH parce que, à cause des frottements, le préservatif peut briser plus facilement et un mur vaginal sec peut subir des lacérations pendant le rapport sexuel.

### 57. **SIDA**

Le Syndrome d'immunodéficience acquise se produit quand le système immunitaire d'un individu est affaibli par le VIH au point qu'il développe nombre de maladies ou de cancers. Les gens qui n'ont aucune de ces maladies ou cancers, mais dont le système immunitaire est sévèrement endommagé d'après des tests en laboratoire, sont également considérés comme ayant évolué vers un diagnostic de SIDA.

### 58. **Soin et traitement**

Le soin et le traitement englobent la gamme des interventions nécessaires pour prendre soin des personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris la **thérapie antirétrovirale**, le traitement et la prévention des **infections opportunistes**, l'appui nutritionnel, le soutien psychologique et communautaire.

### 59. **Système immunitaire**

Le système de défense du corps contre des organismes étrangers tels que les bactéries, les virus ou les champignons.

## T

### 60. **TB-MDR**

C'est l'acronyme pour «la tuberculose multidrogue-résistante». C'est une forme de tuberculose résistante à deux ou plusieurs médicaments anti-TB. Elle survient généralement lorsque les gens prennent juste assez de médicaments pour se sentir mieux, mais pas toute la quantité prescrite par un médecin. Les bactéries plus faibles sont détruites, mais les plus fortes survivent et se reproduisent. Les plus fortes, une fois entièrement développées et causant encore la maladie, ne sont pas guérissables avec le même traitement et vont exiger de plus grandes doses de médicament ou, carrément une nouvelle thérapeutique plus forte. La TB-MDR est un grand problème dans les pays en développement, où la surveillance continue du traitement n'est pas toujours possible.

## 61. **Test du VIH**

Un test standard de VIH recherche la présence des anticorps du virus dans le sang et dans la salive. Les anticorps du VIH sont les molécules produites par l'organisme humain une fois qu'il détecte la présence du VIH. La production des anticorps n'a pas lieu immédiatement après l'exposition au virus; la période après l'infection précédant la production des anticorps s'appelle période de latence sérologique ou période de fenêtre. Pendant ce laps de temps, un test de VIH peut être négatif. Il est donc possible de tester négatif en dépit de la présence du VIH dans l'organisme. Il existe plusieurs types de tests différents pour déterminer la présence des anticorps du virus.

## 62. **Thérapie antirétrovirale (ART)**

L'ART se rapporte à n'importe lequel dans la gamme des traitements qui utilisent les médicaments antirétroviraux. Ces médicaments sont conçus pour détruire des rétrovirus tels que VIH, ou nuire à leur capacité de reproduction en ralentissant ainsi la progression de la maladie.

## 63. **Thérapie de combinaison**

C'est l'utilisation de deux ou plusieurs médicaments antirétroviraux en combinaison. Lorsqu'on se sert de trois antirétroviraux ou plus on est sous le régime des HAART.

## 64. **Thérapies complémentaires et alternatives**

Les traitements qui sont en dehors de la sphère de la médecine occidentale. L'efficacité de ces thérapies dans le combat contre l'infection par le VIH n'a pas été prouvée.

## 65. **TME**

C'est la «transmission de la mère à l'enfant» ou «transmission mère-enfant.»

## 66. **TME-plus**

La TME est la «**transmission de la mère à l'enfant.**» du VIH. De nombreux programmes ont été conçus pour aider à réduire ou empêcher une telle transmission en fournissant le traitement antirétroviral (et d'autres services de prévention) aux femmes enceintes infectées par le VIH. Des approches plus récentes ont inclus un «plus», une expansion des services, y compris le traitement antirétroviral pour des mères, même après la fin de la session de thérapie de prévention de la transmission à l'enfant. L'initiative TME-Plus d'une durée de 5 ans a été lancée en 2002.

## 67. **Transmission de mère à l'enfant**

C'est la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. La transmission de la mère à l'enfant est aussi désignée sous le nom de transmission périnatale ou verticale.

## 68. **Transmission périnatale**

C'est la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ou lors de l'allaitement. La transmission périnatale est également connue sous l'expression «**transmission de la mère à l'enfant**» ou **transmission verticale**.

## 69. **Transmission verticale**

C'est la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant durant la grossesse, la naissance ou l'allaitement. La transmission verticale est aussi désignée **transmission mère-enfant**, ou **transmission périnatale**.

## 70. Tuberculose

La tuberculose est une infection bactérienne causée par le *Mycobacterium tuberculosis*. La maladie affecte généralement les poumons, mais, dans des cas sérieux, elle peut s'étendre à d'autres parties du corps. Une personne peut être infectée lorsqu'un tuberculeux tousse, éternue ou crache. Ce ne sont pas toutes les personnes infectées qui développent des symptômes. On dit de ceux qui ne tombent pas malades, qu'ils ont la TB latente. Ils ne sont donc pas contagieux.

## 71. Tuberculose multidroque résistante (TB-MDR)

voir TB-MDR

## U.

## 72. UDI

Cet acronyme signifie Usagers/utilisateurs de drogue par injection et fait référence aux personnes qui utilisent des seringues pour s'injecter de la drogue.

## V.

## 73. Vaccin

C'est une substance qui contient un organisme infectieux désactivé conçu pour stimuler le système immunitaire afin de le protéger contre une infection subséquente d'un organisme actif. Un vaccin préventif empêche l'infection par ledit organisme. Un vaccin thérapeutique améliore la capacité de se défendre du système immunitaire d'une personne déjà infectée.

## 74. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Le virus qui cause le SIDA. Le VIH peut être transmis par le sang infecté, le sperme, les sécrétions vaginales, le lait maternel et pendant la grossesse ou l'accouchement. Il y a deux types de VIH, le VIH-1 et le VIH-2. Tous les deux sont transmis par les mêmes canaux/procédés et aboutissent à la progression vers le SIDA. Le VIH-1 est responsable de la grande majorité des infections, tandis que VIH-2 est moins répandu et est surtout présent en Afrique occidentale.

## RÉFÉRENCES

Schuettler, Darren. "Abstinence, Condom Controversy Erupts at AIDS Meet." *Reuters* 12 July 2004.

American Foundation for AIDS Research (Summer 2003). *Global Link: A Guide to International HIV/AIDS Research, Treatment & Clinical Trials*. Vol. 2, No. 1 (Summer 2003)

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). Centers for Disease Control and Prevention, Divisions of HIV/AIDS Prevention. *Glossary of Epidemiology Terms* (March 2006), [www.cdc.gov/reproductivehealth/EpiGlossary.htm](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/EpiGlossary.htm). Consulté en juin 2006.

Foreman M. "ABC of HIV/AIDS" In Bofo, STK, Arnaldo, CA eds. *Media & HIV/AIDS in East and Southern Africa: A resource book*. UNESCO, 2000, [www.unesco.org/webworld/publications/media\\_aids/index.html](http://www.unesco.org/webworld/publications/media_aids/index.html). Consulté en juin 2006.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). *AIDSinfo Glossary* (October 2005), [www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/GlossaryHIV-relatedTerms\\_FifthEdition\\_en.pdf](http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/GlossaryHIV-relatedTerms_FifthEdition_en.pdf). Consulté en juin 2006.

KNOW HIV/AIDS. Get the Facts: the basics, [www.knowhiv aids.org/facts\\_basics.html#q2](http://www.knowhiv aids.org/facts_basics.html#q2) (consulté en juin 2006).

Stine, G.J. AIDS Update 2003. New Jersey: Prentice Hall, 2003.

UNAIDS. *Q&A I: Basic Facts about the HIV/AIDS Epidemic and its Impact* (2006), [www.unaids.org/unaid resources/200604-QA\\_PartI\\_en.pdf](http://www.unaids.org/unaid resources/200604-QA_PartI_en.pdf) (consulté en juin 2006)

UNAIDS. *Q&A II: Selected Issues: Prevention and Care*. 2006, [www.unaids.org/unaid resources/200604-QA\\_PartII\\_en.pdf](http://www.unaids.org/unaid resources/200604-QA_PartII_en.pdf). Consulté en juin 2006.

UNAIDS. *Social marketing: An effective tool in the global response to HIV/AIDS*. 1998.

United Nations Population Fund. «Promoting Healthier Behavior.» In *State of the World Population 2003: Investing in Adolescents' Health and Rights*. 2003 [www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=154&filterListType=4](http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=154&filterListType=4). Consulté en juin 2006.

World Health Organization. *WHO Expert Committee on Malaria - Technical Report Series 892, Twentieth Report*. 2003, [www.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_892.pdf](http://www.who.int/trs/WHO_TRS_892.pdf). Consulté en juin 2006; nouveau guide de traitement disponible.

World Health Organization (2006). *Guidelines For The Treatment of Malaria*. [www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=154&filterListType=4](http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=154&filterListType=4). Consulté en juin 2006.

World Health Organization. *Frequently asked questions on DDT use for disease vector control*. 2004, [www.who.int/malaria/docs/FAQonDDT.pdf](http://www.who.int/malaria/docs/FAQonDDT.pdf). Consulté en juin 2006.

World Health Organization and UNAIDS. *Second Generation Surveillance for HIV/AIDS*. 2002, [www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/](http://www.who.int/hiv/topics/surveillance/2ndgen/en/). Consulté en juin 2006.

World Health Organization. *Newsletter: The "3 by 5" Target*, February/July 2005, [www.who.int/3by5/mediacentre/3by5newsletter\\_0502en.pdf](http://www.who.int/3by5/mediacentre/3by5newsletter_0502en.pdf). Consulté en juin 2006.

Ward, D.E. *AmFAR AIDS Handbook: The complete guide to understanding HIV/AIDS*. New York: W.W. Norton & Company, Inc., 1998.

Pour d'autres glossaires en relation avec le VIH/SIDA, consultez: [www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18#glossaries](http://www.globalhealthreporting.org/reporting.asp?id=18#glossaries).

# VIH/SIDA: CHRONOLOGIE

## AVANT 1981

**Les premiers signes.** Alors que l'année 1981 est présentée comme celle qui a vu naître l'épidémie du SIDA, plusieurs rapports récents indiquent que le VIH existait déjà des années auparavant.

## 1981

**Le SIDA est détecté.** Le 6 juin, le Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) des Etats-Unis rapporte les premiers cas d'une pneumonie rare chez des jeunes hommes homosexuels.

## 1982

**La maladie a un nom.** Le CDC établit l'appellation Syndrome immunodéficitaire acquis, SIDA. L'organisme identifie initialement quatre «facteurs de risque»: l'homosexualité masculine, l'usage de drogue par injection, l'origine haïtienne et l'hémophilie A.

**Le SIDA en Afrique.** La revue médicale *The Lancet* informe qu'une maladie connue en Afrique sous le nom de «slim» est en réalité le SIDA.

## 1983

**Nouveau groupe à risque.** Le CDC ajoute les femmes, partenaires sexuelles des hommes ayant le SIDA comme cinquième groupe à risque.

**Efforts d'organisation.** Aux Etats-Unis, on assiste à la naissance de l'Association nationale des sidéens (NAPWA), du Réseau national du SIDA (NAN) et de la Fédération des organisations concernées par le SIDA.

## 1984

**Le virus est identifié.** Les scientifiques Luc Montagnier de l'Institut Pasteur en France et Robert Gallo de l'Institut national du cancer aux Etats-Unis isolent le rétrovirus humain qui cause le SIDA. Il est plus tard dénommé virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

**Mesures préventives.** Le premier programme mondial d'échange de seringues (NEP) démarre aux Pays-Bas. Il est conçu initialement pour s'attaquer à l'hépatite B au sein des usagers de drogue par injection (UDI). Plus tard, il est élargi pour couvrir la transmission du VIH de façon générale.

## 1985

**Première conférence internationale sur le SIDA.** Elle est parrainée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Département des services sanitaires et sociaux des Etats-Unis. Elle a lieu à Atlanta en Géorgie.

**Détection du virus.** La Food and Drug Administration (FDA), l'Agence américaine pour l'alimentation et les médicaments approuve le premier test des anticorps VIH. Les produits sanguins commencent à être testés aux Etats-Unis et au Japon.

**Transmission de la mère à l'enfant.** Le Service de santé publique des Etats-Unis émet ses premières recommandations pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

**Le SIDA et l'armée américaine.** Le Département américain de la défense annonce qu'il va commencer à tester ses nouvelles recrues pour l'infection au VIH et que les personnes séropositives seront écartées.

**L'expansion de la maladie.** Au moins un cas du VIH/SIDA est rapporté dans chaque région du monde. Presque 2 millions de personnes à travers la planète vivent avec le VIH/SIDA, d'après les estimations du programme commun des Nations Unies sur le SIDA (ONUSIDA).

## 1986

**Appel à l'action.** L'Institut de médecine des États-Unis appelle à une campagne nationale d'éducation et à la création d'une commission nationale sur le SIDA.

**Organisation à l'échelle mondiale.** Un comité de pilotage international pour les personnes ayant le VIH/SIDA (CPI) est créé. (En 1992, il devient le Réseau mondial de personnes vivant avec le VIH/SIDA, ou GNP+).

## 1987

**Premier médicament.** La FDA approuve le premier agent antirétroviral pour traiter le SIDA. Il est connu sous le nom de Zidovudine, ou AZT.

**Test de vaccin.** La FDA autorise les premiers tests sur l'homme de candidats vaccins contre le VIH.

**Reagan et le SIDA.** Le président américain Ronald Reagan prononce un premier discours sur le SIDA et met en place la Commission présidentielle sur le SIDA.

**Tests obligatoires.** Les États-Unis ajoutent le SIDA, comme maladie contagieuse et dangereuse sur la liste d'exclusion de l'immigration. Ils imposent le test du VIH à tous les étrangers voulant immigrer dans le pays.

**Élargissement des efforts globaux.** L'OMS lance le programme global sur le SIDA (GPA).

## 1988

**Reconnaissance internationale.** L'OMS déclare la première journée mondiale du SIDA, le 1<sup>er</sup> décembre.

**Organisation autour du SIDA.** Les Instituts nationaux de santé des États-Unis (NIH) créent le Bureau de recherche sur le SIDA et le Groupe d'essais cliniques sur le SIDA.

**Échange de seringues.** Le premier programme complet d'échange de seringues (PES) en Amérique du Nord voit le jour à Tacoma dans l'État de Washington.

## 1990

**Conférence boycottée.** Pour protester contre la politique d'immigration américaine, des groupes non gouvernementaux américains et internationaux boycottent la 6<sup>e</sup> conférence internationale annuelle sur le SIDA à San Francisco en Californie.

**Traitement des enfants.** La FDA approuve l'utilisation de l'AZT pour le SIDA en pédiatrie.

**La maladie se répand.** 8 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA dans le monde d'après les estimations d'ONUSIDA.

## 1991

**Le symbole du SIDA.** Le ruban rouge est adopté comme symbole de la prise de conscience et de la solidarité à propos du SIDA.

## 1992

**Les morts du SIDA.** Le SIDA devient la première cause de mortalité chez les hommes américains âgés de 25 à 44 ans, et ce, jusqu'en 1995.

## 1995

**Avancées thérapeutiques.** La FDA approuve la première protéase inhibitrice – le saquinivar – pour usage avec les autres médicaments contre le SIDA. C'est l'avènement des multithérapies antirétrovirales hautement actives (HAART).

**L'ONUSIDA est créée.** Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA est mis sur place pour coordonner les efforts de 6 unités différentes de l'ONU dédiées au SIDA. Il est baptisé ONUSIDA et devient opérationnel en 1996.

**Activisme russe.** La Russie adopte une loi fédérale sur le SIDA qui garantit l'accès gratuit au traitement à tous les citoyens séropositifs.

**La maladie se répand.** Presque 20 millions de personnes à travers le monde vivent avec le SIDA d'après les estimations de l'ONUSIDA.

## 1996

**Mise au point d'un vaccin.** Une organisation non gouvernementale est créée en vue d'éliminer les obstacles à la mise au point d'un vaccin contre le VIH. Son nom : l'Initiative internationale pour le vaccin contre le SIDA, IAVI.

**Activisme brésilien.** Le Brésil produit des médicaments antirétroviraux génériques en défiant les lois internationales sur les brevets. Les médicaments sont gratuits pour ceux qui en ont besoin. Il devient le premier pays en développement qui procède à une distribution nationale de l'ARV.

## 1997

**Progrès américains.** Les décès liés au SIDA diminuent de plus de 40% aux Etats-Unis par rapport à l'année précédente, en raison principalement des multithérapies antirétrovirales hautement actives (HAART).

## 1998

**Essais de vaccin.** Le premier essai de vaccination humaine à grande échelle commence en Amérique du Nord.

**Activisme afro-américain.** Les dirigeants afro-américains déclarent l'état d'urgence contre le SIDA dans leur communauté.

**Activisme sud-africain.** La Campagne d'action pour le traitement (TAC) est lancée en Afrique du sud. Le mouvement communautaire de base fait pression pour un plus grand accès au traitement contre le SIDA.

## 1999

**Nouveau financement américain.** Les États-Unis annoncent un nouveau financement pour la pandémie planétaire. Il est géré par LIFE, l'Initiative pour le leadership et l'investissement dans la lutte contre l'épidémie.

**Essais de vaccin.** Le premier essai de vaccination humaine dans un pays en développement a lieu en Thaïlande.

**Mbeki et le SIDA.** Le président sud-africain déclenche une controverse mondiale en remettant en question le lien entre le VIH et le SIDA.

## 2000

**Attention globale.** Les États-Unis et le conseil de sécurité des Nations Unies considèrent le VIH/SIDA comme une menace à la sécurité.

**Conférence décisive.** Sous le slogan «Briser le silence», la 13<sup>e</sup> conférence internationale sur le SIDA se tient dans un pays en développement, l'Afrique du sud. Elle met l'accent sur la prise de conscience de la pandémie et son impact sur les régions les plus durement frappées.

**Médicaments abordables.** L'ONUSIDA, l'OMS et d'autres groupes internationaux de santé annoncent une initiative avec cinq groupes pharmaceutiques majeurs pour négocier une réduction de coût des médicaments contre le SIDA dans les pays en développement.

**Kaunda et le SIDA.** L'ancien président zambien Kenneth Kaunda annonce que le décès de son fils en 1986 était causé par une maladie liée au SIDA. Il s'engage à lutter contre le SIDA.

**Adolescents africains.** L'ONUSIDA prédit que jusqu'à la moitié des adolescents dans les pays les plus durement touchés d'Afrique subsaharienne vont mourir prématurément à cause du SIDA.

**L'expansion de la maladie.** Plus de 31 millions de personnes à travers le monde vivent avec le VIH/SIDA d'après les estimations de l'ONUSIDA.

## 2001

**Attention globale.** L'assemblée générale des Nations Unies tient la toute première session spéciale sur le VIH/SIDA.

**Activisme global.** Le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan appelle à la création d'un Fonds spécial lors du sommet africain sur le VIH/SIDA à Abuja au Nigeria. Les États-Unis sont les premiers à s'engager à soutenir ce fonds.

**Médicaments moins chers.** L'Organisation mondiale du commerce (OMC) réunie à Doha au Qatar, convient que, malgré les lois sur les brevets, les pays en développement peuvent acheter ou produire des médicaments génériques à coûts réduits pour faire face aux crises de santé publique, telles que le VIH/SIDA.

**Réponse des compagnies pharmaceutiques.** Les fabricants de médicaments génériques offrent d'en produire des versions abordables pour le VIH/SIDA. Plusieurs grands noms de l'industrie pharmaceutique acceptent d'offrir des médicaments à prix plus réduits au monde en développement.

## 2002

**Fonds mondial.** Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme devient opérationnel et accorde ses premières subventions.

**Action du gouvernement sud-africain.** Le gouvernement s'engage à intensifier la campagne de prévention contre la contamination au VIH. Cette campagne repose sur la prémisse que le VIH cause le SIDA.

**Accès aux médicaments.** Le Président américain George W. Bush signe une ordonnance visant à favoriser l'importation ou la production par les pays en développement, des formes de médicaments génériques peu coûteuses. L'ONUSIDA, l'OMS et d'autres groupes de santé mondiaux annoncent une initiative dont le but est de négocier avec cinq groupes pharmaceutiques la réduction des prix des médicaments du SIDA dans les pays en développement.

**Décès à travers le monde.** Le VIH devient la première cause de mortalité pour les personnes âgées de 15 à 59 ans dans le monde.

**Femmes et VIH.** L'ONUSIDA rapporte que les femmes constituent la moitié de tous les adultes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde.

## 2003

**Campagne de l'OMS.** L'Organisation mondiale de la santé lance 3x5, une campagne destinée à offrir le traitement antirétroviral à 3 millions de personnes d'ici à 2005.

**Essai d'un vaccin en Afrique du Sud.** La première phase d'un essai de vaccin sur l'humain est lancée en Afrique du Sud en partenariat avec les États-Unis.

**Poutine s'exprime.** Le président russe Vladimir Poutine, dans son allocution annuelle à l'Assemblée fédérale, décrit le déclin de l'espérance de vie comme une menace sérieuse pour l'avenir de la Russie. «Le SIDA, dit-il, l'empire».

**Plan de Bush.** Le président américain George W. Bush lance le PEPFAR, le Plan présidentiel d'assistance d'urgence au SIDA; une initiative de 5 ans, dotée de 15 milliards de dollars, pour s'attaquer au VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, principalement dans les pays les plus touchés.

**Accès aux médicaments.** La Fondation présidentielle William J. Clinton obtient les réductions de prix de médicaments des fabricants de génériques. 13 pays en voie de développement vont en bénéficier.

## 2004

**Conférence cruciale.** La 15<sup>e</sup> conférence internationale sur le SIDA est tenue à Bangkok en Thaïlande. C'est la première en Asie du sud-est.

**Début du plan de Bush.** Le PEPFAR, Plan présidentiel d'assistance d'urgence au SIDA, amorce sa première série de financement.

**Femmes et SIDA.** L'ONUSIDA lance la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA pour attirer l'attention sur l'impact de l'épidémie sur les femmes et les filles à travers le monde.

## 2005

**Priorité économique.** Lors de la réunion annuelle du Forum économique mondial à Davos en Suisse, parmi les sujets prioritaires figure celui du VIH/SIDA en Afrique et dans d'autres régions du monde durement touchées.

**Annnonce historique.** Lors d'une conférence conjointe et historique sans précédent, l'Organisation mondiale de la santé, l'ONUSIDA, le gouvernement des Etats-Unis et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, annoncent les résultats de leurs efforts communs pour accroître la disponibilité des antirétroviraux dans les pays en développement.

**La maladie s'intensifie.** Presque 39 millions de personnes à travers le monde vivent avec le VIH/SIDA, d'après l'ONUSIDA.

## **2006**

**Attention globale.** Les Nations Unies organisent une réunion de suivi pour évaluer le progrès depuis la déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de 2001.

**La réunion en Eurasie.** La première conférence sur le SIDA en Europe de l'est et en Asie centrale (EECAAC) se tient à Moscou.

**Une étape importante.** Le 6 juin 2006 marque un quart de siècle depuis le premier avertissement du gouvernement américain contre une maladie qui sera connue sous le nom du SIDA.

Une version «en directe » et plus complète de la chronologie du VIH/SIDA peut être consultée au site web de la Kaiser Family Foundation: [www.kff.org/hiv/aids/timeline/index.cfm](http://www.kff.org/hiv/aids/timeline/index.cfm).

# QUESTIONS FRÉQUENTES SUR LE SIDA

## **Qu'est-ce que le VIH?**

L'acronyme VIH signifie Virus de l'immunodéficience humaine. Le VIH détruit certaines cellules sanguines appelées CD4 ou cellules T. Ces cellules sont fondamentales dans le fonctionnement normal du système immunitaire qui défend le corps contre la maladie. Lorsque le système immunitaire a été attaqué par le VIH, un individu développe une variété de cancers ainsi que des infections virales, bactériennes, parasitaires et fongueuses.

## **Qu'est-ce que le SIDA?**

L'acronyme SIDA signifie Syndrome d'immunodéficience acquise. Il apparaît lorsque le système immunitaire est affaibli par le VIH à un point tel que la personne développe un nombre de maladies ou de cancers. Une personne n'ayant pas ces maladies ou cancers peut néanmoins être diagnostiquée comme sidéenne si le test en laboratoire montre un système immunitaire sévèrement endommagé.

## **Comment le VIH est-il détecté?**

Il est impossible de voir une personne et de dire si elle est séropositive. La seule possibilité de le déterminer de façon certaine c'est avec un test de dépistage. Un échantillon de sang ou de salive peut révéler la présence du virus. Si l'échantillon contient des anticorps du VIH – des protéines que l'organisme produit pour combattre l'infection – la personne est séropositive.

## **Comment le VIH est-il transmis?**

Le VIH est principalement transmis par relation sexuelle non protégée, qu'elle soit vaginale, anale ou orale. Certains liquides corporels dont le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et le lait maternel transmettent le VIH. Il peut aussi être transmis par du sang contaminé contenu dans les seringues utilisées pour se droguer. Une femme infectée par le VIH peut transmettre le virus à son enfant durant la grossesse ou lors de l'allaitement. Le VIH est aussi transmis par les transfusions de sang contaminé qui n'a pas été soumis au dépistage.

## **Comment le VIH ne se transmet pas**

Le VIH n'est pas un virus qui se transmet facilement d'une personne à une autre. Il ne survit pas bien à l'extérieur du corps. Donc, il ne peut pas être transmis lors des contacts quotidiens banals comme lorsqu'on serre la main d'une personne ou qu'on lui donne une accolade. La sueur, les larmes, la vomissure, les excréments, l'urine contiennent certes des quantités de VIH, mais on n'a rapporté aucun cas où ils ont transmis la maladie. Les moustiques et les autres insectes ne la transmettent pas non plus.

## **Comment la transmission du VIH peut-elle être évitée?**

La manière la plus sûre d'éviter la transmission est de s'interdire les comportements à haut risque identifiés. Par ailleurs, divers organismes de santé ont convenu: que les préservatifs en latex peuvent, de façon significative, réduire les risques de transmission; que les femmes enceintes séropositives peuvent réduire la transmission aux nouveaux-nés par un traitement antirétroviral; que les mères peuvent réduire le risque de transmission, en choisissant des options alternatives à l'allaitement des nourrissons au lait maternel, selon disponibilité; et que les consommateurs de drogues par voie intraveineuse ne devraient pas partager leurs aiguilles et seringues.

### **Combien de temps faut-il pour que le VIH devienne le SIDA?**

La durée de cette période varie d'une personne à une autre et dépend aussi beaucoup de l'accès au traitement. Généralement, pour ceux qui ont des traitements, cela peut prendre dix ans ou plus, pour que le VIH devienne le SIDA. L'ONUSIDA estime que dans les pays où il y a peu ou pas d'accès au traitement, ce laps de temps pour la majorité des gens est de 8 à 10 ans.

### **Quel est le lien entre le VIH et la tuberculose?**

Le VIH affaiblit le système immunitaire et accroît la possibilité de contracter la tuberculose. On estime qu'environ le tiers des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont également infectées par la tuberculose qui est par ailleurs l'une des premières causes de décès des personnes ayant le VIH.

### **Quel est le lien entre le VIH et les maladies/ infections transmissibles sexuellement (MTS/ITS)?**

Les personnes ayant des maladies transmissibles sexuellement sont de loin plus susceptibles que les autres d'être infectées par le VIH. Par exemple, les ulcères génitaux causés par l'herpès créent un point d'entrée pour le VIH. Les MTS créent des concentrations de cellules dans la région génitale qui devient une cible pour le VIH. De plus, les personnes séropositives sont beaucoup plus susceptibles d'attraper des maladies transmissibles sexuellement que les autres. Leurs systèmes immunitaires sont endommagés, ce qui signifie que le corps a beaucoup plus de difficulté de venir à bout de l'infection.

### **Existe-t-il un remède contre le VIH/SIDA?**

Il n'existe pas de remède connu contre le VIH/SIDA. Il existe des traitements médicaux qui peuvent ralentir le rythme auquel le VIH affaiblit le système immunitaire. Il existe d'autres traitements qui peuvent prévenir ou guérir certaines des maladies liées au SIDA. Les chercheurs testent une multitude de candidats vaccins, mais il semble qu'il faudra encore des années avant la mise au point d'un vaccin vraiment efficace.

### **Combien de personnes ont le VIH/SIDA?**

Le Programme commun des Nations Unies sur le SIDA, ONUSIDA, estime qu'en 2005 presque 39 millions de personnes à travers le monde vivaient avec le VIH/SIDA et qu'il y a eu, approximativement, 4 millions de nouvelles infections. Les scientifiques internationaux estiment que le nombre de nouvelles infections au VIH prévu pour la période 2005-2015 pourrait être diminué de moitié avec la mise en place de plus solides mesures de prévention.

### **Quelles sont les statistiques les plus fiables sur le VIH/SIDA?**

L'ONUSIDA fournit la plus vaste étendue de statistiques relatives à l'épidémie mondiale à [www.onusida.org](http://www.onusida.org). Les statistiques sont compilées en consultation avec les experts nationaux et les épidémiologistes internationaux. Chaque pays assemble ses chiffres à sa manière et certains registres sont plus complets que d'autres. (Lire les *Questions les plus fréquentes sur la couverture du VIH/SIDA* et *Compréhension et couverture des statistiques sur le VIH/SIDA*).

### **Que signifient les concepts *endémie*, *épidémie* et *pandémie*?**

On parle d'endémie lorsqu'il y a présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux dans une zone géographique donnée. L'épidémie quant à elle est une propagation rapide d'une maladie dans une région donnée ou au sein d'un groupe de la population. Une pandémie est une épidémie à l'échelle mondiale. C'est une épidémie qui a lieu dans une vaste zone géographique et qui affecte une proportion exceptionnellement élevée de la population.

### **Qu'est-ce que l'ARV?**

L'acronyme ARV fait référence à «antirétroviral». C'est un type de médicament conçu pour ralentir la reproduction du VIH dans le corps. Si le traitement à l'ARV est efficace, l'éclosion du SIDA peut être retardée pendant de longues années. Il est recommandé de prendre des ARV en combinaison. Plus de détails sur les médicaments spécifiques sont disponibles dans : *La thérapie antirétrovirale approuvée par la FDA*.

### **Qu'est-ce que l'HAART?**

L'acronyme HAART fait référence aux multithérapies antirétrovirales hautement actives. C'est la combinaison d'au moins trois médicaments ARV qui s'attaquent à différents aspects du VIH ou empêchent le virus de pénétrer les cellules de sang. Le traitement n'élimine pas le VIH, même chez les personnes qui réagissent bien aux HAART. Le virus continue de se reproduire mais à un rythme plus lent.

### **Qu'est-ce que la résistance aux médicaments?**

La résistance aux médicaments est la capacité d'un organisme (p. ex., un virus, une bactérie, un parasite ou un champignon) à s'adapter, grossir et se multiplier même en présence de médicaments qui habituellement le détruisent. Elle réduit le pouvoir des médicaments ARV de bloquer la reproduction du VIH. Chez certaines personnes qui reçoivent les HAART, le VIH mute en de nouvelles souches qui sont fortement résistantes aux médicaments actuels.

### **Qu'est-ce que l'ABC?**

ABC signifie Abstinence, fidélité à un seul partenaire et utilisation du préservatif. C'est une approche de prévention que certaines organisations et gouvernements promeuvent comme moyen d'empêcher la propagation du VIH.

### **Qu'est-ce que le Fonds mondial?**

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme fut créé en 2001 sur recommandation du secrétaire général de l'ONU, Kofi Annan. Le Fonds mondial est un partenariat des gouvernements, du secteur privé et des communautés affectées. C'est une organisation indépendante qui distribue des bourses dont l'objectif est d'aider les pays en voie de développement à combattre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

### **Qu'est-ce que le 3x5?**

Le 3x5 est une campagne lancée en 2003 par l'Organisation mondiale de la santé et l'ONUSIDA qui cible les pays à bas et moyen revenu. Le but était de traiter 3 millions de personnes infectées par le VIH avec les médicaments antirétroviraux à l'horizon 2005. Bien que le nombre de personnes recevant des ARV ait plus que triplé, partant de 400 mille en décembre 2003 à 1 million 300 mille en décembre 2005, l'objectif de 3 millions n'a pas été atteint. Des 6 millions 500 mille de personnes qui ont besoin d'en prendre, seulement 20% reçoivent le traitement.

### **Qu'est-ce que la capacité d'absorption?**

La capacité d'absorption dans le contexte de l'épidémie mondiale fait référence à la possibilité des pays en développement de dépenser efficacement l'argent reçu dans le cadre de l'aide étrangère. Étant donné les limites des systèmes de santé dans les pays en développement, c'est tout un défi de traiter, distribuer et gérer les produits de l'assistance internationale, surtout que de nombreux pays en développement reçoivent l'aide de donateurs multiples, chacun ayant ses propres préférences et exigences.

# PRÉVENTION CONTRE LE VIH/SIDA

La prévention est une composante critique de la réponse au VIH/SIDA. Elle comprend à la fois :

- **La prévention primaire:** afin de réduire le risque de contracter le VIH
- **La prévention secondaire:** afin de réduire le risque qu'une personne infectée transmette le VIH à d'autres, et de maintenir cette personne dans l'état de santé le meilleur possible.

Il existe plusieurs belles histoires un peu partout dans le monde sur des programmes qui ont aidé à stabiliser ou même à diminuer le nombre de nouvelles infections au VIH. Une étude récente pronostique que de plus grandes dépenses dans la prévention empêcheraient maintenant plus de la moitié des nouvelles infections qui doivent avoir lieu entre 2005 et 2015; ce qui permettrait des économies à la société, en raison de la réduction des futurs coûts de traitements et de soins. Cependant, selon l'ONUSIDA, il y a un décalage significatif entre les dépenses actuelles pour la prévention, et les besoins en financement. De plus, il existe une kyrielle d'obstacles auxquels les efforts de prévention sont confrontés à la grandeur de la planète. On estime qu'à travers le monde, moins d'une personne à risque sur cinq a accès aux services de prévention pour le VIH.

## Les défis de la prévention contre le VIH comprennent:

- La difficulté de changer le comportement humain
- L'existence d'une forte stigmatisation entourant la maladie qui peut décourager les personnes à risque de chercher de l'information au sujet du VIH et de se faire tester
- Etant donné le rôle joué par le sexe et la drogue dans la transmission du VIH, il y a souvent une frilosité, de nature politique et autre, à s'attaquer à la question de la prévention de même qu'une absence de consensus sur la manière de le faire
- La plupart des personnes ayant le VIH ne savent pas qu'elles sont infectées
- Les niveaux de connaissance du VIH et de la manière dont il est transmis sont bas dans plusieurs pays
- Il est difficile de mesurer «ce qui ne s'est pas produit» (par exemple, des infections au VIH évitées), comme la mesure du nombre de personnes recevant la thérapie antirétrovirale. D'où la difficulté d'en montrer l'impact.
- Les efforts sur la prévention doivent être élevés à un niveau d'intensité suffisant, et sur une certaine période de temps pour en montrer l'impact; puisque les baisses dans la fréquence du VIH peuvent prendre plusieurs années pour se manifester.
- Les facteurs liés au genre et à la culture, la pauvreté grave, les autres maladies et menaces à la santé, le sous-développement des infrastructures de santé ainsi que l'instabilité politique existant dans plusieurs des pays les plus durement frappés par la maladie, compliquent davantage les efforts de prévention.

Il n'existe pas d'intervention unique pour empêcher la propagation du VIH. Des stratégies à plusieurs facettes, intégrées et à long terme ont eu le plus d'impact. Les efforts de prévention efficaces sont le reflet aussi bien d'une large gamme de facteurs liés à l'épidémiologie de la maladie, que des normes spécifiques et les structures socio-économiques et culturelles des populations spécifiques. Il est important de considérer ces facteurs lorsqu'on vise et qu'on conçoit des programmes de prévention puisque, même dans un seul et même pays, l'épidémie peut être très diverse au niveau de l'ampleur de son impact, des modes de transmission et des populations les plus affectées. De plus, il est important que les efforts de prévention s'attaquent aux facteurs qui ont été associés à l'accroissement du risque d'infection au VIH, y compris la pauvreté et l'inégalité des sexes. Il est également important que les programmes soient culturellement adaptés et il faut tenir compte du rôle des médias, des écoles, des parents, de la jeunesse et des chefs de file dans des secteurs donnés; qu'ils engagent ces groupes dans des efforts de prévention. Enfin, il a également été prouvé que les efforts de prévention du VIH sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés au traitement.

Actuellement, la recherche est conduite sur une gamme des nouvelles interventions et technologies qui peuvent avoir d'importantes implications pour la prévention du VIH, y compris la circoncision masculine, la prophylaxie de pré-exposition avec des médicaments antirétroviraux (prendre la médication avant une exposition possible au VIH afin de réduire la probabilité d'une infection), des microbicides et des vaccins. Si elles se révèlent efficaces, elles fourniront des options additionnelles de prévention. Un vaccin efficace, offrant le plus grand espoir de prévention du VIH, est malheureusement une perspective lointaine. Et même s'il était découvert, il n'empêcherait pas la transmission du VIH dans 100% des cas – ce qui signifie que de plus gros efforts de prévention du VIH seront toujours cruciaux. Voici une liste de quelques unes des nombreuses interventions entourant la prévention du VIH:

### **Interventions de prévention contre le VIH**

- Efforts des médias de masse
- Mobilisation de la communauté
- Consultation et dépistages volontaires
- Notification du/ de la partenaire
- Programmes pour jeunes à l'école
- Programmes pour jeunes à l'extérieur du système éducatif
- Programmes destinés aux travailleuses du sexe et à leurs clients
- Programmes destinés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes
- Programmes de réduction des dommages pour les utilisateurs de drogues intraveineuses (UDI)
- Interventions en milieu de travail
- Programmes destinés à des personnes vivant déjà avec le VIH pour les empêcher de transmettre la maladie à d'autres
- Programmes visant les populations spéciales
- Marketing social des préservatifs
- Approvisionnement des lieux publics et commerciaux en préservatifs
- Amélioration du contrôle des infections sexuellement transmissibles
- Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- Sécurité des produits sanguins
- Prophylaxie post-exposition
- Injections médicales sûres
- Précautions universelles

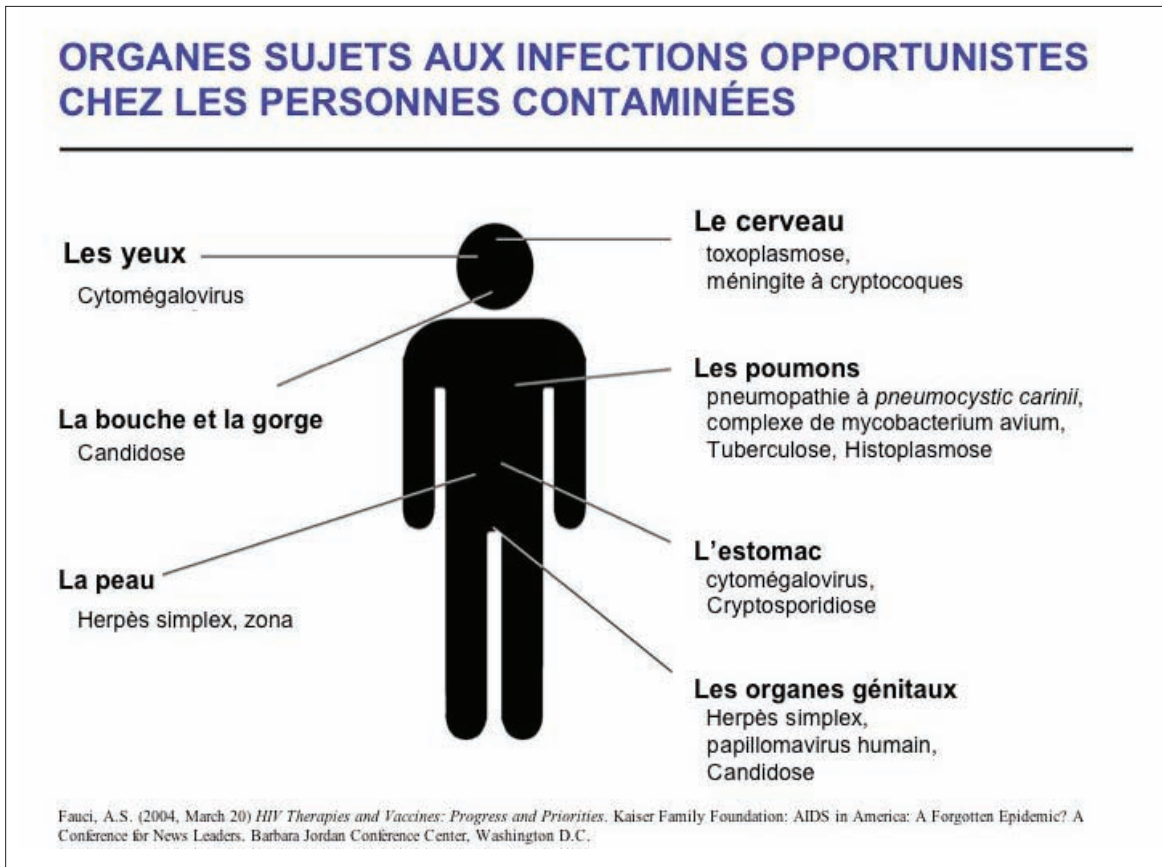
### **RÉFÉRENCES ET SOURCES**

Global HIV Prevention Working Group Reports: [www.kff.org/hivaids/hivghpwgpackage.cfm](http://www.kff.org/hivaids/hivghpwgpackage.cfm).

UNAIDS. *Intensifying Prevention: The Road to Universal Access*; chapter in *AIDS Epidemic Update 20*. December 2005, [www.unaids.org/epi/2005/doc/report\\_pdf.asp](http://www.unaids.org/epi/2005/doc/report_pdf.asp). Consulté en juin 2006.

UNAIDS. *Policy Position Paper: Intensifying HIV Prevention*. August 2005, [www.data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif\\_hiv-newstyle\\_en.pdf](http://www.data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf). Consulté en juin 2006.

UNAIDS. *Resource Needs for an Expanded Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries*. August 2005, [www.data.unaids.org/publications/ircpub06/resourceneedsreport\\_en.pdf](http://www.data.unaids.org/publications/ircpub06/resourceneedsreport_en.pdf). Consulté en juin 2006.



## REMARQUES GÉNÉRALES

**Les infections opportunistes (IO)** sont des maladies qui apparaissent rarement chez des personnes en bonne santé mais qui causent des infections chez celles dont les systèmes immunitaires sont défectueux entre autres suite à une infection au VIH. Les organismes qui causent les IO sont fréquemment présents dans le corps, mais ils sont généralement gardés sous contrôle par un système immunitaire en santé. Le VIH affaiblit graduellement le système immunitaire et entraîne le développement d'une ou de plusieurs infections opportunistes, qui signalent la progression vers le SIDA. Ces maladies sont, en général, la cause de la mort, suite à une infection au VIH.

**La prophylaxie** fait référence à la prévention ou au traitement protecteur de la maladie. La prophylaxie initiale fait allusion au traitement médical visant à prévenir une infection. La prophylaxie secondaire fait allusion à la médication destinée à prévenir la récurrence des symptômes d'une infection qui existe déjà.

**La thérapie antirétrovirale** fait référence à un éventail de traitements dont les médicaments antirétroviraux. Ces médicaments sont conçus pour détruire les rétrovirus comme le VIH, ou nuire à leur capacité de reproduction. Les multithérapies antirétrovirales hautement actives impliquent l'usage de trois ou plus rétroviraux, elles renforcent le système immunitaire et par conséquent, aident à protéger contre les infections opportunistes.

## LE CERVEAU

**La méningite à cryptocoques** est causée par la cryptococcose, un champignon généralement présent dans un sol contaminé par les déchets d'oiseaux. Les humains sont infectés par la cryptococcose lorsqu'ils

respirent de la poussière contaminée par le champignon. La plupart des gens ont été exposés au champignon sans grande conséquence chez les individus en bonne santé. Parmi les personnes ayant le VIH, l'infection le plus souvent cause la méningite. Les symptômes pourraient inclure la fièvre, les maux de tête, les nausées, les vomissements, le torticolis, de la désorientation, des problèmes de vision et le coma. La méningite à cryptocoques ne se transmet pas de personne à personne. La prophylaxie initiale (traitement pour prévenir la maladie) et la prophylaxie secondaire (traitement pour empêcher la récurrence de la maladie) sont disponibles. La maladie peut être traitée avec des médicaments antifongiques. En l'absence de traitement, le décès peut survenir rapidement.

**La toxoplasmose** (également appelée Toxo) est une infection causée par un parasite qui se trouve dans les excréments de chat, la viande crue, les légumes crus et le sol. L'infection peut résulter de la consommation de nourriture contaminée ou de contact avec les déchets des chats. La toxo peut infecter plusieurs parties du corps humain, mais généralement, elle cause l'encéphalopathie, une infection du cerveau. Elle ne se transmet pas de personne à personne et elle n'affecte pas les personnes ayant un système immunitaire en santé. Ses symptômes pourraient comprendre la fièvre, la confusion mentale, les maux de tête, les troubles de personnalité, les tremblements et les crises qui peuvent conduire au coma et à la mort. Les prophylaxies primaire et secondaire sont disponibles. La toxo peut être traitée avec une combinaison de médicaments spécifiques.

## LES YEUX

**Le cytomégalovirus** (également désigné CMV) est un virus qui cause une maladie de l'œil appelée rétinite. La rétinite est le type d'infection de CMV le plus commun parmi les personnes ayant le VIH. Le CMV peut être transmis de personne à personne par la salive, le sperme, les sécrétions vaginales, l'urine, le lait maternel et les transfusions de sang contaminé. Bien que tout le monde puisse être infecté par le CMV, la maladie se développe uniquement chez les personnes qui ont des systèmes immunitaires faibles. Les symptômes pourraient comprendre tache aveugle, distorsion et diminution de la vue pouvant progresser vers la cécité totale. La prophylaxie primaire pourrait être recommandée dans certains cas. Les formes de traitement de la rétinite comprennent les médicaments intraveineuses, des pilules, et l'injection de médicaments directement dans les yeux. La prophylaxie secondaire est aussi disponible. Si elle n'est pas traitée, cette maladie cause la cécité.

## LA BOUCHE

**La candidose** est l'infection fongique la plus commune chez les personnes ayant le VIH. Elle affecte surtout la bouche, la gorge, les poumons, et le vagin (voir *Les organes génitaux*). Les champignons qui causent la candidose sont naturellement présents dans le corps humain et responsables de la plupart des cas de maladie, mais de rares cas de transmission de personne à personne ont été répertoriés. Bien que n'importe qui puisse développer la maladie, elle est plus courante chez les personnes ayant le VIH. L'infection buccale est appelée *muguet* et elle peut causer de la douleur lorsqu'on avale, des nausées et un manque d'appétit. Les symptômes de l'infection à la gorge peuvent comprendre la douleur à la poitrine et des difficultés pour avaler. La prophylaxie primaire n'est pas recommandée et l'usage de la prophylaxie secondaire peut être indiquée dans certains cas. Une variété de traitements sont disponibles pour contrôler l'infection.

## LA PEAU

**L'herpès simplex** est une maladie causée par le virus du même nom. Il y a deux types de virus de l'herpès simplex (HSV) : le HSV1, qui cause des ulcérations ou des ampoules autour de la bouche et des yeux; et le HSV2 qui cause l'herpès génital ou anal. Les virus sont transmis d'une personne à une autre à travers le contact avec la zone infectée comme la bouche ou les organes génitaux. Les symptômes apparaissent lors d'une éruption de boutons qui peuvent s'accompagner de démangeaisons, des picotements et l'arrivée de lésions ou d'ampoules. Le HSV peut toucher tout le monde mais les irruptions sont plus fréquentes et plus sérieuses chez les personnes ayant le VIH. Bien qu'il n'existe ni prévention ni remède contre le HSV, des traitements peuvent réduire la durée et la sévérité de ses apparitions.

**L'herpès zostère**, également connu sous le nom de zona est causé par le virus responsable de la varicelle, le virus varicelle -zona. Bien qu'il puisse également toucher les personnes séronégatives, il est plus fréquent chez celles qui ont le VIH à cause de l'affaiblissement de leur système immunitaire. Il en résulte de très douloureuses éruptions et ampoules sur la poitrine, le dos et le visage. L'éruption affecte spécifiquement un côté du corps et dure quelques semaines. Il n'y a pas de prophylaxies primaires ou secondaires disponibles pour le zona. Les traitements englobent les médicaments anti-herpès et les médications contre la douleur.

## LES INTESTINS/L'ESTOMAC

**La cryptosporidiose** (également appelée Crypto) est une infection intestinale qui est facilement transmise à travers les contacts avec l'eau, les matières fécales ou la nourriture contaminée par un parasite ordinaire appelé *cryptosporidium*. Ses symptômes pourraient comprendre la diarrhée, les nausées, les vomissements, la perte de poids et des crampes d'estomac. L'infection dure généralement une à deux semaines chez les séronégatifs, mais elle peut durer plus longtemps et peut mettre en danger la vie des gens ayant le VIH. Certes il n'existe pas de médication pour prévenir ou traiter la crypto, il existe cependant une variété de traitements pour contrôler la diarrhée causée par l'infection.

**Le cytomégalovirus** (également désigné CMV) est un virus qui affecte communément les yeux (voir *Les yeux*), mais parmi les personnes ayant le VIH, il peut causer la colite, une infection du colon. Le CMV peut être transmis de personne à personne par le biais de la salive, du sperme, des sécrétions vaginales, de l'urine, du lait maternel et des transfusions de sang infecté. Même si n'importe qui peut être infecté par le CMV, la maladie ne se développe que chez des personnes ayant un système immunitaire affaibli. Les symptômes du CMV de la colite peuvent comprendre les douleurs abdominales, la diarrhée, les crampes, la perte de poids et de sang. Les prophylaxies primaires et secondaires ainsi que les traitements sont disponibles.

## LES ORGANES GÉNITAUX

**La candidose** est l'infection fongique la plus courante chez les personnes ayant le VIH. Elle touche généralement le vagin, la bouche (voir *La bouche*), la gorge et les poumons. Les champignons qui causent la candidose sont naturellement présents dans le corps humain et ils sont responsables de la plupart de cas de maladie, mais de rares cas de transmission de personne à personne ont été enregistrés. Bien que n'importe qui puisse développer la maladie, elle est plus fréquente chez les personnes ayant le VIH. Les symptômes de la maladie peuvent comprendre des pertes blanches, des démangeaisons, de la douleur lorsqu'on urine ou lors des rapports sexuels. La prophylaxie primaire n'est pas recommandée et la secondaire peut l'être dans certains cas. Les traitements antifongiques peuvent aider à tenir les champignons sous contrôle, mais la récurrence de l'infection est courante.

**L'herpès simplex** est une maladie causée par le virus du même nom. Il existe deux types de virus de l'herpès simplex (HSV) : le HSV1 qui cause des boutons de fièvre ou des ampoules autour de la bouche et des yeux, et le HSV2 qui causes l'herpès vaginal ou anal. Les virus sont transmis d'une personne à une autre suite au contact avec la région infectée telle que la bouche et les organes génitaux. Les symptômes apparaissent lors du déclenchement d'une éruption cutanée qui peut comprendre des démangeaisons, des picotements et l'apparition de boutons et d'ampoules douloureux. Tout le monde peut avoir le HSV, mais il est plus fréquent et plus sérieux chez les gens ayant le VIH. Bien qu'il n'existe ni mesure préventive ni médicament pour le HSV, des traitements pouvant réduire la durée et la sévérité des attaques sont disponibles.

**Le papillomavirus humain** (également désigné HPV) est une infection génitale courante causée par un groupe de virus appelé papillomavirus. Le HPV est facilement transmis de personne à personne à travers le contact direct avec les régions infectées, par exemple lors des rapports sexuels. Il peut causer des verrues génitales qui ressemblent à des enflures sur le pénis, le vagin ou l'anus. Certains types de HPV sont également liés au cancer du col de l'utérus. Le virus peut être transmis d'une personne à une autre même si la première est asymptomatique. N'importe qui peut être infecté par le HPV mais l'infection est généralement de courte durée chez les personnes en bonne santé. Parmi celles qui ont le VIH, l'infection au HPV est plus sérieuse, elle peut se répéter fréquemment et s'étaler sur de longues périodes de temps. Ces infections persistantes sont associées avec un plus grand risque du cancer du col de l'utérus. En juin 2006, la FDA approuva Gardasil produit par Merck, le premier vaccin contre HPV, pour administration aux femmes âgées de 9 à 26 ans. Le vaccin est efficace à presque 100 pour cent contre les quatre types du HPV. On peut faire disparaître les verrues et les dysplasies (difformité des organes) de plusieurs façons différentes.

## LES POUMONS

**L'histoplasmose** est causée par un champignon qui se trouve dans le sol contaminé par les déchets d'oiseaux ou d'autres matières organiques. Les gens sont infectés lorsqu'ils respirent la poussière contaminée par le champignon. N'importe qui peut en être infecté, mais les gens ayant le VIH sont plus susceptibles de développer la maladie. Les symptômes peuvent comprendre la fièvre, la perte de poids, la fatigue, la difficulté à respirer et le gonflement des ganglions lymphatiques. L'histoplasmose, de façon caractéristique, s'attaque aux poumons mais parmi les personnes ayant un système immunitaire affaibli, la maladie peut se répandre dans le reste du corps. C'est une complication sérieuse qui peut se révéler fatale si elle n'est pas traitée. L'histoplasmose n'est pas transmise lors de contact de personne à personne. La prophylaxie primaire n'est actuellement pas recommandée. Les médicaments antifongiques sont disponibles pour le traitement de l'histoplasmose. Il en est de même pour la prophylaxie secondaire qui empêche la récurrence de la maladie.

**Le complexe de mycobacterium avium** (également appelé MAC) est une maladie causée par le *mycobacterium avium* ou le *mycobacterium intracellulare*. Ces deux types de bactéries similaires se trouvent généralement dans l'eau, le sol, la poussière et la nourriture. N'importe qui peut être infecté par la bactérie, mais seules les personnes séropositives sont plus à risque de développer une maladie sérieuse. Les symptômes en sont la fièvre, la perte de poids, les transpirations nocturnes et la fatigue. L'infection peut survenir dans une partie précise ou peut se répandre à l'ensemble du corps. Divers médicaments sont disponibles pour traiter et prévenir le MAC.

**La pneumopathie à pneumocystic carinii**, ou pneumocystose (également appelée PCP) maintenant connue sous le nom de pneumonie à *pneumocystic jiroveci* est causée par un champignon et a des allures d'infection du poumon. On croit savoir que le champignon se propage dans l'air. Bien qu'il puisse être présent dans les poumons de quiconque, il ne cause de maladie sérieuse que chez les personnes dont le système immunitaire est affaibli. C'est l'infection opportuniste la plus courante chez les personnes ayant le VIH. Les symptômes pourraient comprendre la toux sèche, l'oppression de la poitrine, la fièvre, et la difficulté à respirer. Quoique la PCP soit entièrement évitable et traitable, c'est une maladie sérieuse qui peut être fatale si elle n'est pas traitée. Plusieurs médicaments sont disponibles pour les prophylaxies primaire et secondaire et pour le traitement de la PCP.

**La tuberculose** (également désignée TB) est une infection bactérienne commune parmi les personnes ayant le VIH. Une personne peut être infectée lorsqu'un tuberculeux tousse, éternue ou parle. Bien que la TB touche aussi les personnes séronégatives, les séropositifs sont plus à risque de contracter l'infection. Même si toutes les personnes infectées ne tombent pas malades, l'infection accélère la progression du VIH et elle demeure la principale cause de décès des personnes ayant le VIH à travers le monde. Les symptômes peuvent comprendre la fièvre, la toux, les transpirations nocturnes, la perte de poids, la fatigue, le gonflement des ganglions lymphatiques, et le crachement de sang. La prophylaxie primaire est disponible mais la secondaire n'est pas jugée utile. Divers antibiotiques sont utilisés pour le traitement de la TB. Le traitement peut durer des mois ou des années, selon la sévérité de l'infection.

# GUIDE DE DÉVELOPPEMENT ET D'APPROBATION DES MÉDICAMENTS

*Cette information a été colligée par Gilead Sciences, une compagnie biopharmaceutique. Nous sommes reconnaissants pour la permission de réimprimer ce matériel.*

Avant qu'un nouveau médicament ne soit prescrit aux États-Unis, il doit d'abord être approuvé par le Centre d'évaluation des médicaments et de la recherche (CDER) de l'Agence américaine pour l'alimentation et les médicaments (FDA). Le CDER est responsable de la surveillance des tests et du développement de nouveaux médicaments et des nouveaux usages des médicaments, afin de s'assurer que les méthodes utilisées pour leur mise au point sont à la fois sûres et efficaces.

Le CDER ne teste pas vraiment les nouveaux médicaments. Cette responsabilité incombe à la compagnie ou à l'établissement qui les produit, également connue sous le nom de «commanditaire». Avant qu'un nouveau traitement ne soit approuvé par la FDA, un commanditaire doit intensivement tester le nouveau médicament et soumettre les données rassemblées au CDER pour examen.

Durant tout le processus de développement et d'essais, le CDER scrute tout de la conception du médicament aux tests cliniques, à la nature des effets secondaires, en passant par les conditions dans lesquelles il sera fabriqué et emballé.

## Tests précliniques

Avant d'approcher la FDA pour la permission de tester un nouveau médicament chez l'homme, le commanditaire doit d'abord l'analyser en laboratoire et l'essayer sur les animaux pour faire une première évaluation de son caractère sécuritaire et de son efficacité. Ces tests précliniques sont la première étape dans le développement et l'approbation d'un nouveau traitement. Les essais précliniques marquent la fin du parcours de la grande majorité des médicaments expérimentaux. Selon l'industrie de la recherche, seulement un nouveau médicament sur 1.000 potentiels réussit à passer des tests précliniques aux tests cliniques.

## Nouvelles demandes pour médicaments en phase expérimentale

Si les tests précliniques sont réussis, le commanditaire peut soumettre une demande pour médicaments en phase expérimentale (Investigational New Drug Application — *IND*) à la FDA. Ce document indique les résultats des essais précliniques et propose un «protocole» des tests — un plan détaillé de la manière dont le commanditaire va tester le médicament sur les êtres humains.

Chaque protocole est passé en revue à la fois par le CDER et par un Comité local de révision institutionnelle (IRB), un groupe indépendant de scientifiques auquel se joint tout autre expert qui a autorité pour approuver, changer ou rejeter des projets de recherche.

Avant de passer au test clinique, tant le CDER que l'IRB doivent s'assurer que le projet de recherche est solide et que les commanditaires prendront des mesures appropriées pour informer les participants aux essais de tous les risques, et qu'ils feront tout pour les protéger contre de possibles dommages.

## Tests cliniques

Il existe quatre étapes ou «phases» d'études cliniques, c'est-à-dire, des tests sur des humains qui sont requis pour que l'on envisage l'approbation d'un médicament.

## **Phase I**

Le premier but de la phase 1 des tests est d'évaluer le caractère sécuritaire du médicament et de déterminer la manière dont il agit dans le corps (également connue sous le nom de pharmacocinétique). Ces essais cliniques initiaux aident à identifier les effets secondaires les plus fréquents d'un médicament lorsqu'il est utilisé pendant des périodes de temps relativement courtes (des jours aux semaines). Les tests de la phase I analysent souvent les effets du médicaments lorsqu'il est administré à différentes doses et impliquent alors un nombre relativement faible de participants (généralement entre 20 et 100). Approximativement 70% des médicaments qui se rendent si loin, réussissent à passer à travers les tests de la phase I.

## **Phase II**

Les tests de la phase II sont conçus pour fournir la preuve de l'efficacité — si le médicament procure un effet bénéfique contre une certaine maladie ou état. La sécurité continue d'être évaluée, et les effets secondaires à court terme sont également examinés. Les études de la phase II durent généralement de plusieurs mois à deux ans et mobilisent quelques douzaines à plusieurs centaines de sujets. Environ un tiers des médicaments soumis aux tests de la phase II se rendent à la phase suivante.

## **Phase III**

Ces études à grande échelle font participer de plus gros groupes et durent généralement d'une à cinq années. Les tests de la phase III recueillent des informations additionnelles sur la sécurité et l'efficacité en se penchant sur la manière dont le médicament affecte différentes populations à différentes doses, et en examinant son interaction avec d'autres médicaments. Approximativement 30% de médicaments qui entrent dans la phase III des tests progressent vers l'approbation de la FDA.

## **Phase IV**

Ces études «post-marketing» ont lieu seulement après que le médicament en cours de test a été approuvé par la FDA. Les tests de la phase IV peuvent servir à l'évaluation de la sécurité à long terme et de l'efficacité du médicament, ainsi qu'à l'exploration des utilisations alternatives pour d'autres traitements ou de ses effets sur d'autres groupes de patients.

## **Demande de nouveau médicament (NDA)**

Avant que la FDA n'envisage d'approuver un nouveau médicament pour la vente aux Etats-Unis, le commanditaire doit introduire une demande de nouveau médicament (New Drug application — *NDA*), un document qui décrit l'«historique» entière du développement d'un médicament. La NDA donne des analyses détaillées sur les résultats de chaque test préclinique et clinique, de l'information sur la façon dont le médicament opère et se comporte dans le corps (également connue sous le nom de pharmacocinétique), de même que des informations sur la façon dont le médicament sera manufacturé.

Une fois que le commanditaire introduit une NDA, la FDA a 10 mois (six, si le médicament est un nouveau composé pour le traitement d'une maladie très grave) pour passer en revue la demande. La FDA peut alors simplement la rejeter, la renvoyer au commanditaire comme étant incomplète ou l'approuver comme traitement pour un état spécifique.

*Sources: FDA, PhRMA, WebMD.com, AIDSmeds.com, New Mexico AIDS Infonet and AIDSinfo.nih.gov.*

# TERMINOLOGIE DE BASE DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

<b>Thérapie antirétrovirale</b>	L'ART ou ARV fait référence à une variété de traitements comprenant les médicaments antirétroviraux. Ces médicaments sont conçus pour détruire les rétrovirus comme le VIH ou de s'interposer à leur capacité à se reproduire. Les quatre catégories de médicaments antirétroviraux disponibles actuellement sont des inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse (NRTI), les inhibiteurs non-nucléosidiques de transcriptase inverse (NNRT), les inhibiteurs de protéase (IP), les inhibiteurs de fusion. Les médicaments cités sur les pages suivantes sont tous des antirétroviraux.
<b>Thérapie de combinaison</b>	C'est la consommation de deux ou plus antirétroviraux en combinaison.
<b>l'Agence américaine pour l'alimentation et les médicaments (Food and Drug Administration)</b>	Le service du gouvernement américain responsable d'assurer la sécurité et l'efficacité de tous les médicaments, des dispositifs biologiques et médicaux, y compris ceux utilisés dans le diagnostic, le traitement et la prévention de l'infection au VIH, le SIDA et les infections opportunistes liées au SIDA. La FDA travaille également avec l'industrie des banques de sang pour protéger l'approvisionnement du pays en produits sanguins.
<b>Inhibiteur de fusion</b>	Les inhibiteurs de fusion sont une catégorie des ART qui empêchent le VIH de s'attaquer aux cellules, le privant de toute multiplication, puisque le VIH a besoin d'être à l'intérieur de la cellule pour se dupliquer.
<b>Médicament générique</b>	C'est un médicament identique ou bio équivalent à celui d'une marque établie en dosage, sécurité, force, mode d'utilisation, qualité, performance et usage indiqué. Le nom générique d'un médicament est celui sous lequel ce médicament est généralement connu. Il n'est pas protégé par un quelconque droit d'auteur du manufacturier. C'est le format le plus courant lorsqu'on fait référence à un médicament dans la littérature médicale ou dans les médias. Le générique parfois fait référence à des médicaments moins chères, mais identiques sur le plan chimique, produites par des compagnies qui n'en sont pas les inventrices. Dans certains pays, les médicaments génériques arrivent sur les marchés à l'expiration de la propriété intellectuelle. Dans d'autres, ils sont produits et vendus même avant cette expiration.
<b>Les multithérapies antirétrovirales hautement actives</b>	Il s'agit d'un régime de traitement ARV qui agit de façon agressive pour endiguer la reproduction du VIH et la progression de la maladie. Le régime habituel des HAART implique l'usage d'au moins trois antirétroviraux.
<b>Les inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse (NRTI)</b>	Les inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse sont une classe d'ART qui bloquent la reproduction du VIH en interférant avec la transcriptase inverse (RT), une protéine dont le VIH a besoin pour s'auto reproduire.
<b>Les inhibiteurs non-nucléosidiques de transcriptase inverse (NNRT)</b>	Les inhibiteurs non-nucléosidiques de transcriptase inverse sont une classe d'ART qui bloquent la reproduction du VIH en interférant avec la transcriptase inverse, une protéine dont le VIH a besoin pour s'auto reproduire. Les NNRT opèrent de manière légèrement différente des NRTI.
<b>Les inhibiteurs de protéase (IP)</b>	Les inhibiteurs de protéase sont une classe d'ART qui agissent en bloquant le fonctionnement de la protéase, une protéine dont le VIH a besoin pour s'auto reproduire.
<b>Régime de traitement à comprimé unique (STR)</b>	Le traitement prévoit la prise quotidienne d'un seul comprimé contenant de multiples antirétroviraux. Ce régime peut véritablement simplifier la thérapie de combinaison qui exige parfois la prise de plus d'une trentaine de comprimés par jour.
<b>Appellation commerciale/ Marque</b>	L'appellation commerciale est le nom choisi par le manufacturier du médicament. La première lettre de cette appellation est écrite en lettre majuscule.

# LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE APPROUVÉE PAR LA FDA

Nom générique	Appellation commerciale Marque	Classe	Date d'approbation de la FDA	Description
<b>Zidovudine AZT, ZDV</b>	Retrovir	NRTI	19 mars 1987	La Zidovudine, également connue sous le nom d'AZT et ZDV est le premier médicament approuvé pour le traitement du VIH chez les adultes en 1987. En 1990, il était approuvé pour usage chez les enfants âgé de 3 mois et plus. En 1994, il est devenu le premier médicament autorisé pour administration aux femmes enceintes séropositives, afin d'empêcher la transmission mère - enfant (TME) du VIH pendant la grossesse et l'accouchement. Dans de tels cas, il est également administré au nourrisson durant les six premières semaines après la naissance. La zidovudine est disponible sous forme de capsules, comprimés, sirop et d'injections intraveineuses.
<b>Zalcitabine ddC</b>	Hivid	NRTI	19 juin 1992	La Zalcitabine, également désignée ddC a été approuvée en 1992 pour usage en thérapie de combinaison pour le traitement de patients adultes et pédiatriques. Elle est disponible sous forme de comprimés.
<b>Stavudine d4t</b>	Zerit	NRTI	24 juin 1994	La Stavudine, également appelée d4T était approuvée en 1994 pour le traitement de l'infection du VIH, et en 1996 pour un usage pédiatrique. Elle est disponible sous forme liquide et de capsules.
<b>Lamivudine 3TC</b>	Epivir	NRTI	17 novembre 1995	La Lamivudine, ou 3TC, fut approuvée en 1995 pour usage dans des thérapies de combinaison pour adultes et enfants de plus de 3 mois. Elle est disponible sous forme liquide et de comprimés.
<b>Lamivudine/ Zidovudine</b>	Combivir	NRTI	27 septembre 1997	Le Combivir est une combinaison de la Zidovudine et de la Lamivudine en un seul comprimé. Également connu sous le nom de 3TC/ADV, le Combivir fut approuvé en 1997 pour administration aux adultes et aux adolescents de plus de 12 ans.
<b>Abacavir</b>	Ziagen	NRTI	17 décembre 1998	L'Abacavir, ou ABC et sulfate d'Abacavir, fut approuvé en 1989 pour utilisation en thérapie anti-VIH combinée chez les adultes et les enfants de plus de 3 mois. Il est disponible sous forme de comprimés et de liquide.

<b>Abacavir/ Lamivudine Zidovudine</b>	Trizivir	NRTI	14 novembre 2000	Cette formule de comprimé unique, de l'Abacavir, de la Lamivudine et de la Zidovudine, fut créée parce que ces trois médicaments étaient régulièrement prescrits ensemble. Le Trizivir était approuvé en 2000 pour usage dans le traitement des adultes et des adolescents pesant au moins 40 kg.
<b>Didanosine, ddl</b>	Videx	NRTI	9 octobre 2001	La Didanosine ou ddl, fut approuvée en 1991 pour usage chez les adultes et chez les enfants âgés de plus de 6 mois et. Elle est disponible sous forme de capsule, de comprimés, de liquide et de poudre.
<b>Tenofovir disoproxil fumarate</b>	Viread	NRTI	26 octobre 2001	Le Tenofovir, également appelé TDF, BisPOC et PMPA fut approuvé en 2001 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes. Il est disponible sous forme de comprimés.
<b>Emtricitabine FTC</b>	Emtriva	NRTI	2 juillet 2003	L'Emtricitabine, également désignée FTC, fut approuvée en 2003 pour usage en thérapie de combinaison par des adultes. Elle est disponible sous forme de capsule.
<b>Abacavir/ Lamivudine</b>	Epzicom	NRTI	2 août 2004	L'Epzicom, également appelé Abacavir et Lamivudine, est une combinaison de deux médicaments antirétroviraux : le sulfate d'Abacavir (Ziagen) et la Lamivudine (Epivir). Ces deux médicaments sont des inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse (NRTI). L'Epzicom fut approuvé par la FDA le 2 août 2004, pour le traitement de l'infection du VIH chez les adultes. L'Epzicom doit être utilisé en combinaison avec d'autres types de médicaments anti-VIH.
<b>Ténofovir</b>	Truvada	NRTI	2 août 2004	Le Truvada comprend deux médicaments antirétroviraux : l'Emtricitabine (Emtriva) et le fumarate de Tenofovir disoproxil (Viread). Les deux médicaments sont des inhibiteurs nucléosidiques de transcriptase inverse (NRTI). Le Truvada fut approuvé par la FDA le 2 août 2004 comme co-formulation pour usage avec d'autres antirétroviraux dans le traitement de l'infection du VIH-1 chez les adultes.
<b>Névirapine</b>	Viramune	NNRTI	21 juin 1996	La Névirapine, également appelée Viramune ou NVP fut le premier inhibiteur non - nucléosidique de transcriptase inverse (NNRTI) approuvé par la FDA. Elle fut homologuée pour usage chez les adultes et les enfants de plus de 2 mois. Elle est également utilisée pour prévenir la transmission mère-enfant (TME) du VIH. Le NVP est disponible en comprimés et sous forme liquide.
<b>Delavirdine DLV</b>	Rescriptor	NNRTI	4 avril 1997	La Delavirdine, également désignée Rescriptor et DLV, fut homologuée en 1997 pour la thérapie de combinaison prescrite aux adultes. Elle existe sous forme de comprimés.

<b>Efavirenz</b>	Sustiva	NRTI	17 septembre 1998	L'Efavirenz, également appelé Sustiva, Stocrin et EFV fut approuvé en 1998 pour usage chez les adultes et chez les enfants de plus de 3 ans. Il est disponible sous forme de capsules.
<b>Saquinavir mésilate</b>	Invirase	IP	6 décembre 1995 (Invirase) 7 novembre 1997 (Fortovase)	Saquinavir mésilate connu aussi sous le nom d'Invirase, fut approuvé en 1995 et était le premier inhibiteur de protéase (IP) approuvé par la FDA. Il est disponible sous forme de capsules de gélatine dure. Une autre formulation de ce médicament, appelé Fortovase, fut approuvée en 1997, sous forme de capsules de gélatine molle. Cependant, le Fortovase a été discontinué en 2006. Invirase est maintenant la formulation préférée, homologuée pour usage chez les adultes et les enfants de 16 ans et plus; le médicament doit être pris toujours en combinaison avec le Ritonavir.
<b>Ritonavir, ABT-538</b>	Norvir	IP	1 <sup>er</sup> mars 1996	Le Ritonavir ou Norvir, était approuvé en 1996 pour thérapie de combinaison pour adultes, et en 1997 pour enfants de 2 ans et plus. Il est disponible sous forme de capsules molles et de liquide.
<b>Indinavir, IDV MK-639</b>	Crixivan	IP	13 mars 1996	L'Indinavir ou Crixivan, fut homologué en 1996 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes. Il est disponible sous forme de capsules.
<b>Nelfinavir mésilate, NFV</b>	Viracept	IP	14 mars 1997	Le Nelfinavir mésilate, ou Viracept, fut approuvé en 1997 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes et les enfants de 2 ans et plus. Il est également utilisé pour prévenir l'infection en cas d'exposition accidentelle. Il est disponible sous forme de comprimés.
<b>Amprénavir</b>	Agénérase	IP	15 avril 1999	L'Amprénavir, ou Agénérase, fut approuvé en 1999 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes et les enfants de 4 ans et plus. Il est disponible sous forme de gélules de gélatine molle et de solution orale.
<b>Lopinavir/ Ritonavir</b>	Kaletra	IP	15 septembre 2000	La combinaison du Lopinavir et du Ritonavir, également désignée Kaletra, fut homologuée en 2000 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes et les enfants de 6 mois et plus. Elle est disponible sous forme liquide ou en capsules.

<b>Atazanavir</b>	Reyataz	IP	20 juin 2003	L'Atazanavir, ou Reyataz fut approuvé en 2003 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes. Il est disponible sous forme de capsules. L'Atazanavir est différent des autres inhibiteurs de protéase en ce sens que les personnes qui y sont résistantes, peuvent néanmoins prendre d'autres IP.
<b>Fosamprénavir</b>	Lexiva	IP	20 octobre 2003	Le Fosamprénavir, aussi appelé Lexiva ou 908, fut approuvé en 2003 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes et les enfants de 16 ans et plus. Il est disponible sous forme de comprimés.
<b>Tipranavir</b>	Aptivus	IP	22 juin 2005	L'Aptivus, produit par Boehringer Ingelheim, fut approuvé pour traitement du VIH par la FDA en juin 2005. L'Aptivus/Tipranavir n'est approuvé que pour les personnes infectées par le VIH qui ont déjà essayé d'autres médicaments anti-VIH, sans succès. L'Aptivus doit être utilisé en combinaison avec Norvir (le ritonavir) et au moins deux autres médicaments anti-VIH.
<b>Enfuvirtide T-20</b>	Fuzeon	I. de fusion	13 mars 2003	L'Enfuvirtide, également appelé Fuzeon ou T-20, était approuvé en 2003 pour usage en thérapie de combinaison chez les adultes et les enfants de 6 ans et plus. Il est disponible sous forme d'injection sous-cutanée.
<b>efavirenz, emtricitabine, tenofovir disoproxil fumarate</b>	Atripla	Contient des médicaments de deux classes, NNRTI et NRTI	12 juillet 2006	Atripla est le premier comprimé unique anti-VIH approuvé par la FDA qui réunit trois médicaments de deux classes de rétroviraux : Sustiva (efavirenz, un NNRTI), Emtriva (emtricitabine, un NRTI) et Viréad (tenofovir disoproxil fumarate, un NRTI). Il est homologué pour les adultes séropositifs (VIH-1) et doit être pris une fois par jour, seul ou en combinaison avec d'autres médicaments.

## REFÉRENCES ET RESSOURCES

American Foundation for AIDS Research (amfAR). *Global Link: A Guide to International HIV/AIDS Research, Treatment & Clinical Trials*. Vol. 2, No. 1, Summer 2003, [www.amfar.org/GlobalLink](http://www.amfar.org/GlobalLink)

Pieperl, Laurence & Coffey, Susa. *Antiretroviral Drug Profiles*. [www.hivinsite.ucsf.edu/Insite.jsp?page=ar-drugs](http://www.hivinsite.ucsf.edu/Insite.jsp?page=ar-drugs). Consulté en juin 2006.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). *AIDSinfo Drug Database*. [www.aidsinfo.nih.gov/drugs](http://www.aidsinfo.nih.gov/drugs). Consulté en juin 2006.

U.S. Food and Drug Administration (FDA). *Drugs Used in the Treatment of HIV Infection*. [www.fda.gov/oashi/aids/hiv.html](http://www.fda.gov/oashi/aids/hiv.html). Consulté en juin 2006.

# OBJECTIFS GLOBAUX ET ENGAGEMENTS FINANCIERS

L'épidémie du VIH/SIDA exige du financement substantiel afin d'étendre et de soutenir la prévention, les soins, le traitement et les programmes de recherche. Le financement doit être fourni par tous secteurs incluant les organismes donateurs, le secteur privé et les gouvernements dont les pays sont affectés par le VIH/SIDA. Il y a eu une série d'engagements internationaux sur le VIH/SIDA reconnaissant que l'ampleur de l'épidémie requiert un partenariat mondial pour intégrer les efforts à tous les niveaux.

UNGASS: En 2001, les 189 membres présents à la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) ont adopté un plan d'action dans la «Déclaration de l'engagement» sur la maladie (Doc.). L'ONU l'a décrit comme un document marquant qui «identifie des objectifs et des cibles basés sur les lois et les principes des droits de l'homme dans quatre secteurs: prévention de nouvelles infections, octroi de soins améliorés, soutien et traitement des personnes infectées et affectés par le VIH/SIDA, réduction de la vulnérabilité, et diminution de l'impact social et économique du VIH/SIDA.» Les deux objectifs de principe fixés pour 2010 sont de réduire le pourcentage des jeunes séropositifs de 25% et de réduire le pourcentage des nouveaux-nés infectés de 50%. L'objectif global pour 2015 est d'inverser la propagation de l'épidémie. Au printemps de 2006, le secrétaire général rapportait des progrès inégaux dans la poursuite de ces objectifs. Certains pays, notait-on, «ont atteint des objectifs clés et des étapes importantes» mais beaucoup d'autres «n'ont pas rempli» leurs engagements.

3x5: En 2003, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé avaient fixé l'ambitieux objectif de permettre l'accès au traitement à 3 millions de personnes dans le monde en voie de développement en 2005. L'initiative 3x5 n'a pas atteint cet objectif; cependant, au sommet mondial de l'ONU en 2005, un nouveau et bien plus ambitieux plan de mise en exécution a été établi. Il y a eu un appel «pour mettre en application un ensemble de mesures pour la prévention du VIH, le traitement et les soins dans le but de se rapprocher le plus possible de l'objectif de l'accès universel au traitement d'ici à 2010 pour tous ceux qui en ont besoin».

Le financement de la réponse au VIH/SIDA – mobiliser les fonds pour atteindre les objectifs décrits ci-dessus – est apparu comme l'un des plus grands défis du monde. Souvent, les pays les plus affectés ont les plus petites ressources. En conséquence, le rôle de l'aide des donateurs internationaux dans les pays à faible et moyen revenus est critique. Les analyses de l'ONUSIDA et d'autres groupes indiquent qu'il existe un fossé significatif entre les ressources nécessaires et les fonds disponibles. Des besoins en financement pour le VIH/SIDA devraient augmenter avec le temps, atteignant les 15 milliards de dollars US en 2006 et plus de 20 milliards en 2008. Même si les ressources actuelles des donateurs internationaux et des gouvernements locaux devaient doubler dans les prochaines années, le fossé entre ce qui est offert et ce qui est nécessaire demeurerait.

Le financement pour le VIH/SIDA dans les pays à faibles et moyens revenus est fourni par les quatre grandes sources décrites ci-dessous:

Gouvernements donateurs: les gouvernements donateurs fournissent pratiquement toute l'aide planétaire pour le VIH/SIDA. Les fonds sont versés directement par un gouvernement à un pays via son gouvernement, une organisation non gouvernementale (ONG) ou une autre entité. Le gouvernement donateur peut également verser ses contributions aux organisations multilatérales. Le gros de l'aide des donateurs provient des membres du G-8 (Groupe des huit pays les plus industrialisés) qui comprend le Canada, la France, l'Allemagne, l'Italie, le Japon, la Russie, le Royaume Uni et les Etats-Unis. La Commission européenne est un donateur significatif dans la bataille contre le VIH/SIDA.

Organisations multilatérales: les organisations multilatérales fournissent des ressources importantes pour combattre le VIH/SIDA. Elles reçoivent leur fonds principalement des gouvernements mais elles peuvent également en obtenir des organismes privés et des individus. Les principales organisations multilatérales dans le combat contre le VIH/SIDA sont: le Fonds mondial créé en 2001 qui est un partenariat indépendant public-privé; la Banque mondiale, qui soutient les efforts de lutte contre le SIDA depuis 1986; et de nombreuses entités au sein des Nations Unies dont les activités sont coordonnées par l'ONUSIDA.

Secteur privé: le secteur privé comprend des fondations, sociétés, ONG internationales et particuliers. Ensemble, ils représentent une importante source de financement de la lutte contre le VIH/SIDA, agissant souvent dans le pilotage des stratégies nouvelles et innovatrices, améliorant celles qui existent déjà et créant des partenariats dans le secteur privé. L'appui peut également se présenter sous forme de produits non monétaires comme les baisses des prix des médicaments pour le SIDA et des contributions en nature.

Ressources locales: les dépenses des gouvernements et des individus dans les pays affectés représentent une partie importante de la réaction face au VIH/SIDA. L'ampleur de l'appui des gouvernements nationaux varie considérablement et dépend du revenu, de la dette, de la disponibilité des ressources externes et la volonté politique.

## RÉFÉRENCES ET SOURCES

Open Society Institute. *HIV/AIDS Monitoring* (2006), [www.soros.org/initiatives/health/focus/phw/programs/hiv\\_aids](http://www.soros.org/initiatives/health/focus/phw/programs/hiv_aids). Consulté en juin 2006.

Declaration of Commitment on HIV/AIDS Adopted by the General Assembly (2001), [www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html](http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html). Consulté en 2006.

Kates, Jennifer. "Funding for Global HIV/AIDS by Major Donor Governments." *Global AIDSLink* (2005). [www.kff.org/hivaids/upload/hiv110805oth.pdf](http://www.kff.org/hivaids/upload/hiv110805oth.pdf). Consulté en 2006.

Kates, Jennifer. "Financing the Response to AIDS in Low and Middle Income Countries: Funding for HIV/AIDS from the G7 and the European Commission." *Kaiser Family Foundation* (2005), [www.kff.org/hivaids/upload/Financing-the-Response-to-HIV-AIDS-in-Low-and-Middle-Income-Countries-Funding-for-HIV-AIDS-from-the-G7-and-the-European-Commission-Report.pdf](http://www.kff.org/hivaids/upload/Financing-the-Response-to-HIV-AIDS-in-Low-and-Middle-Income-Countries-Funding-for-HIV-AIDS-from-the-G7-and-the-European-Commission-Report.pdf). Consulté en 2006.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (June 2001), [www.ohchr.org/english/issues/hiv/ungass.htm](http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/ungass.htm). Consulté en 2006.

UNAIDS. *Press Release: Finding Practical Solutions to Scaling Up Access to HIV Prevention and Treatment*. January 10, 2006, [www.data.unaids.org/Media/PressReleases03/PR\\_UnivAccess\\_10jan06\\_en.pdf?preview=true](http://www.data.unaids.org/Media/PressReleases03/PR_UnivAccess_10jan06_en.pdf?preview=true). Consulté en 2006.

UNAIDS. *Report on the Global AIDS Epidemic* (2006), [www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp). Consulté en 2006.

## QUELQUES FIGURES MARQUANTES

Voici une liste qui présente quelques unes des personnalités remarquables impliquées dans la lutte contre la pandémie du VIH/SIDA et précise leurs champs d'expertise. Elle offre un bref reflet de cette communauté extraordinaire et diverse.

Ces personnes sont de partout à travers le monde et s'intéressent aux aspects médical, social, politique, économique et social de la crise. Certaines d'entre elles étaient là au début, d'autres ont fait leurs marques plus récemment; d'autres sont des références actuelles et des sources importantes; encore une autre catégorie est constituée de personnages historiques et incontournables pour la compréhension de la signification de la pandémie. Dans la mesure du possible, nous avons indiqué les liens Internet qui vous conduiraient vers d'autres informations sur ces personnes et les organisations auxquelles elles sont associées.

Des listes comme celle-ci forcément laissent bien des lecteurs sur leur faim. Celle-ci ne vise pas à être exhaustive et passe sous silence un bon nombre de gens engagés dans la lutte contre le VIH/SIDA. Seules quelques unes des figures les plus notables sont présentées. Nous croyons néanmoins que celles dont il est question donnent une bonne vue d'ensemble de cette large communauté dans laquelle nombreux ont fait une différence.

### **Adurrack (Zackie ) Achmat**

Adurrack Achmat est un activiste sud-africain très en vue qui a mené des campagnes pour mettre fin à l'apartheid, pour combattre la discrimination contre les gais et lesbiennes et pour garantir l'accès aux médicaments aux Sud-africains vivant avec le SIDA. Il a cofondé et dirige la Campagne d'action pour le traitement (TAC) qui est une force influente dans la lutte pour étendre l'accès au traitement aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Pendant un temps, Achmat, lui-même séropositif, avait refusé de prendre des ARV, jusqu'à ce que le gouvernement s'engage à rendre les médicaments disponibles et accessibles pour toutes les personnes dans le besoin.

([www.tac.org.za](http://www.tac.org.za))

### **Terje Anderson**

Terje Anderson était le directeur exécutif de la National Association of People With AIDS (l'Association nationale des personnes touchées par le SIDA), la NAPWA, dont le siège est à Washington, DC, de 1997 à 2006. Cet organisme plaide en faveur de toutes les personnes vivant avec le SIDA aux Etats-Unis et à travers le monde. Anderson a également œuvré au sein du comité consultatif fédéral américain pour la santé entre 1994 et 2003. Le comité procure de l'information sur le VIH/SIDA au Secrétaire américain à la santé et aux services sociaux et à son adjoint. Il fut un membre du Conseil consultatif présidentiel sur le VIH/SIDA de 1995 à 2002 et il a travaillé dans le domaine du VIH/SIDA pendant plus de 20 ans. Anderson vit avec le SIDA depuis de longues années.

([www.napwa.org](http://www.napwa.org))

### **Kofi Annan**

Kofi Annan est devenu Secrétaire général des Nations Unies en 1997 et il remplit actuellement son second mandat. Il a plaidé pour une attention plus soutenue à l'échelle mondiale sur le VIH/SIDA et il a fait de l'épidémie sa «priorité personnelle». En 2001, Annan a convoqué une session spéciale inédite de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/SIDA. Il a également lancé un «Appel à l'Action» en cinq points, afin de contrer l'épidémie de VIH/SIDA, qui mena à la création d'un Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En 2001, Annan a reçu le Prix Nobel de la Paix.

([www.un.org](http://www.un.org))

## **Bono**

Bono est le chanteur-vedette du groupe de rock irlandais U2 et il utilise sa célébrité pour attirer l'attention des politiques sur les crises du VIH/SIDA et de la pauvreté des pays africains. Bono a une longue histoire d'engagement social. En 2002, il a co-fondé une organisation baptisée DATA (le sigle en anglais de Dette, SIDA, Commerce et Afrique). Par le biais de DATA, Bono fait pression sur les gouvernements nantis afin qu'ils annulent la dette des pays africains, de sorte que l'argent ainsi épargné puisse servir à la lutte contre le SIDA et les autres crises.

([www.data.org](http://www.data.org))

## **William Clinton**

Bill Clinton a eu deux mandats comme président des États-Unis de 1992 à 2000. En 2003, il a annoncé la création de la Clinton Fondation HIV/AIDS Initiative. L'une des plus grandes réussites de l'initiative jusqu'à présent a été de convaincre cinq compagnies de médicaments génériques de réduire substantiellement le coût des antirétroviraux communément utilisés dans les pays en développement. En 2002, à la Conférence internationale sur le SIDA à Barcelone, M. Clinton déclara : «Il y a encore des gens qui voient le SIDA comme quelque chose qui affecte uniquement ceux qui sont différents. Nous en connaissons tous les victimes».

([www.clintonpresidentialcenter.com](http://www.clintonpresidentialcenter.com))

## **Dr. Jerry Coovadia**

Dr. Coovadia dirige la recherche sur le VIH/SIDA à l'École de médecine Nelson Mandela de l'Université du Natal à Durban en Afrique du Sud. En 2000, il a présidé la Conférence internationale sur le SIDA à Durban, en Afrique du Sud. Le Dr. Coovadia était précédemment professeur de pédiatrie et de santé de l'enfant, et il a travaillé intensivement sur la transmission mère enfant du VIH par l'allaitement. Lors d'une conférence sur la santé publique en 2004, il a fait cette mise en garde : «Nous avons besoin de réinventer le gouvernement afin de répondre aux besoins du public et aux priorités de santé publique».

([www.hivan.org.za](http://www.hivan.org.za))

## **Dr. Wafaa El-Sadr**

Dr. Wafaa EL-Sadr est la directrice du Centre international pour les programmes de soin et de traitement du SIDA (ICAP) à l'École de santé publique Mailman de l'Université Columbia. L'ICAP coordonne diverses initiatives pour combattre l'épidémie du VIH/SIDA dans les environnements défavorisés. Dr El-Sadr est également la directrice fondatrice du Centre pour la recherche épidémiologique de la maladie infectieuse (CIDER) et professeur en médecine clinique et en épidémiologie à l'École Mailman. Dr. EL-Sadr est chef de la Division des maladies infectieuses au Centre hospitalier de Harlem.

([www.mailman.hs.columbia.edu](http://www.mailman.hs.columbia.edu))

([www.columbia-icap.org](http://www.columbia-icap.org))

## **Dr. Max Essex**

Le Dr. Essex est le président de l'Institut du SIDA au Département de l'Immunologie et des maladies infectieuses de l'École de santé publique de l'université Harvard. Il fait partie des premiers chercheurs à avoir décrit les mécanismes de transmission du VIH, attirant une attention particulière sur les dangers des transfusions de sang contaminé. Sa dernière recherche sur l'identité moléculaire et les variations génétiques du virus a été fondamentale dans le développement des tests de diagnostic du VIH et des recherches sur le vaccin. En 1985, le Dr. Essex et ses collègues ont créé un centre de recherche et de formation sur le SIDA à Dakar au Sénégal.

([www.aids.harvard.edu](http://www.aids.harvard.edu))

### **Dr. Paul Farmer**

Le Dr. Farmer est un médecin et anthropologue médical. Il est très activement impliqué dans la lutte contre le VIH/SIDA en Haïti. Il est bien connu pour sa participation à la mise en place des approches communautaires dans le traitement du VIH/SIDA et de la tuberculose dans les localités démunies, particulièrement en Haïti. En 1987, Farmer, alors étudiant en médecine, a contribué à la création de Partenaires pour la Santé, un projet communautaire qui soutient les personnes ayant le VIH et d'autres maladies infectieuses. Dr. Farmer est également un médecin traitant des maladies infectieuses et chef du Département de la médecine sociale et des inégalités sanitaires au Brigham and Women's Hospital de Boston au Massachusetts. En 1993, le Dr. Farmer a reçu un prix «génie» de la Fondation MacArthur. ([www.pih.org](http://www.pih.org))

### **Dr. Anthony Fauci**

Le Dr. Fauci est l'un des fonctionnaires du gouvernement américain qui ont contribué le plus longtemps à la supervision de la recherche sur le VIH/SIDA et l'un des premiers scientifiques à avoir commencé à étudier le VIH. En 1984, il devint le directeur de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses aux Instituts nationaux de la santé des États-Unis. Cet organisme conduit une recherche extensive pour prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies infectieuses, dont le VIH/SIDA. Il est l'un des conseillers clés de la Maison Blanche et du Département américain de la santé et des services sociaux sur les questions globales du SIDA. Le Dr. Fauci a fait de nombreuses contributions aux recherches fondamentales et cliniques dans le domaine des maladies d'origine immunologique. ([www.niaid.gov](http://www.niaid.gov))

### **Dr. Richard Feachem**

Le Dr. Feachem a travaillé dans le domaine de la santé internationale pendant plus de 30 ans et en 2002, il fut nommé premier directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Lors de sa prise de fonction, le Dr. Feachem déclara, «Le fonds se positionne pour consentir d'importants investissements afin de contrôler ces terribles maladies et d'améliorer les vies des millions de familles à travers le monde». Avant d'intégrer le Fonds, le Dr. Feachem avait fondé et dirigeait l'Institute for Global Health de San Francisco. ([www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org))

### **Raoul Fransen**

Raoul Fransen des Pays-Bas a été impliqué dans une vaste gamme de programmes pour soutenir les jeunes ayant le SIDA et pour les inclure dans les efforts en vue d'infléchir l'épidémie. Son organisation, la Fondation des jeunes positifs est affiliée au Réseau mondial de personnes vivant avec le VIH/SIDA, ou GNP+. Le GNP+ est un organisme qui a co-organisé la Conférence internationale de Bangkok en 2004. Fransen, lui-même séropositif, a été intimement lié au projet néerlandais de bâtir des écoles et des hospices en Zambie pour les enfants devenus orphelins à cause du VIH/SIDA. ([www.gnpplus.net](http://www.gnpplus.net))  
([www.youngpositive.com](http://www.youngpositive.com))

### **Dr. Robert Gallo**

Le Dr. Gallo est le directeur de l'Institut de la virologie humaine au sein de l'Université du Maryland à Baltimore (Etats-Unis). Au début des années 80, il a découvert le virus de l'immunodéficience humaine qui cause le SIDA, une distinction qu'il partage avec le professeur français Luc Montagnier qui identifia aussi le même virus. La recherche du Dr. Gallo et de son équipe conduisit au développement du test du VIH. Pendant un temps, il y eût une grande controverse sur la possibilité que le Dr. Gallo ait volé la découverte de Luc Montagnier. Finalement, les autorités sanitaires américaines et françaises s'étaient mises d'accord pour que les deux hommes partagent l'honneur de la découverte du VIH. En 2002, Robert Gallo et Luc Montagnier annonçaient leur partenariat dans le «Program for International Viral Collaboration» un effort visant à renforcer la collaboration internationale en recherche virale, et destiné à stimuler la recherche d'un vaccin sur le VIH/SIDA.

([www.umbi.umd.edu](http://www.umbi.umd.edu))

### **William (Bill) Gates**

Gates est le président de la compagnie Microsoft, il est aussi le co-fondateur de la Fondation Bill et Melinda Gates. L'organisme a consacré \$500 millions US à la lutte contre le SIDA. Depuis sa création en 2000, la Fondation Gates a dépensé des milliards de dollars pour l'amélioration de la santé dans le monde particulièrement dans le domaine du VIH/SIDA et de la TB, des maladies infectieuses ainsi que de la santé reproductive et de celle des enfants.

([www.gatesfoundation.org](http://www.gatesfoundation.org))

### **Dr. Helene Gayle**

Dr. Gayle est la Présidente directrice générale de CARE, une organisation humanitaire dont l'objectif est de combattre la pauvreté dans le monde. Avant de rejoindre CARE, Dr. Gayle dirigeait le Programme VIH, TB et santé reproductive à la Fondation Bill et Melinda Gates. Elle préside aussi la société internationale du SIDA et copréside le Groupe de travail sur prévention mondiale du VIH, un panel international d'experts en matière de SIDA, réunis par les fondations Gates et Kaiser. Précédemment, Dr. Gayle était la directrice du Centre national de prévention du VIH, MTS et de TB aux Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis.

([www.care.org](http://www.care.org))

([www.gatesfoundation.org](http://www.gatesfoundation.org))

### **Richard Gere**

Richard Gere est un acteur et un activiste américain du SIDA. Son activisme a commencé aux États-unis au sein d'organismes tels que la Fondation Elizabeth Glaser sur le SIDA pédiatrique. Il a étendu son travail sur le VIH/SIDA à l'Inde où il a créé la Gere Foundation Trust. Cette fondation, en coordination avec la Kaiser Family Foundation et d'autres organisations, a lancé une importante campagne de sensibilisation en Inde en 2004.

([www.gerefoundation.org](http://www.gerefoundation.org))

([www.heroesprojectindia.org](http://www.heroesprojectindia.org))

**Elizabeth Glaser**

Elizabeth Glaser était co-fondatrice et directrice de la Fondation sur le SIDA pédiatrique jusqu'à sa mort en 1994. Mme Glaser est devenue une activiste après qu'elle eut découvert qu'elle avait reçu une transfusion de sang contaminé en 1981 et qu'elle avait transmis le virus à ses deux enfants. Après la mort de sa fille des suites du VIH, constatant l'absence de recherche pédiatrique sur le VIH/SIDA, Glaser créa sa Fondation en 1988 pour promouvoir la recherche et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. A son décès, la structure est devenue officiellement la Fondation Elizabeth Glaser sur le SIDA pédiatrique, l'une des têtes de proue dans les initiatives destinées à traiter et à prévenir le VIH/SIDA chez les enfants dans les pays en voie de développement.

([www.pedaids.org](http://www.pedaids.org))

**Danny Glover**

Danny Glover est un acteur américain et un activiste du SIDA. Depuis 1998, il a servi d'ambassadeur de bonne volonté au Programme des Nations Unies pour le développement. À ce titre, il a parcouru l'Afrique et les Caraïbes, concentrant son attention sur les jeunes ayant le VIH/SIDA. En 2000, il a participé à la Conférence internationale sur le SIDA à Durban en Afrique du Sud, où il a visité un certain nombre de projets sur le VIH/SIDA. Glover soutient également le Forum TransAfrica, une organisation dont le siège est aux États-Unis qui s'implique dans la lutte contre le SIDA et dans d'autres causes touchant l'Afrique.

([www.undp.org](http://www.undp.org))

([www.transafricaforum.org](http://www.transafricaforum.org))

**Dr. Geeta Rao Gupta**

Dr. Rao Gupta est président du Centre international pour la recherche sur les femmes (ICRW), dont le siège est à Washington, D.C. L'organisme entreprend des recherches orientées vers la politique, l'assistance technique, et la plaidoirie. L'organisation met l'accent sur l'apport économique des femmes, la santé et la nutrition, l'environnement et les ressources naturelles, la santé sexuelle des adolescentes et les droits des femmes. Dr. Rao Gupta a plus de vingt ans d'expérience en recherche et élaboration de programme, particulièrement dans le secteur de la santé des femmes, et elle est une experte internationale sur les femmes et le VIH/SIDA.

([www.icrw.org](http://www.icrw.org))

**Dr. Yusuf Hamied**

Dr. Hamied est président de Cipla, une compagnie pharmaceutique indienne. En 2001, Cipla annonça son intention de mettre en vente des thérapies de combinaison génériques anti-VIH à des prix très bas, déclenchant une vague de critiques des autres compagnies pharmaceutiques. Les thérapies de combinaison consistent en plusieurs médicaments antirétroviraux dans un seul comprimé. Dr. Hamied a annoncé que Cipla vendrait ces médicaments au prix d'environ \$350 US par personne et par année, comparé au coût courant d'un traitement anti-VIH de \$10,000 US par an et par patient.

([www.cipla.com](http://www.cipla.com))

### **Dr. David Ho**

Dr. Ho est directeur du Centre de recherche sur le SIDA Aaron Diamond à New York et fut désigné «Homme de l'année» en 1996 par le magazine TIME pour ses recherches pionnières sur le SIDA. Comme médecin résident à Los Angeles au début des années 1980, il a vu les premiers cas de SIDA. Ses recherches subséquentes sur le VIH/SIDA ont mené à la mise au point de «cocktails anti-SIDA» qui consistent en des combinaisons des thérapies antirétrovirales. Les thérapies de combinaison ont eu comme résultat un déclin significatif des décès liés au SIDA parmi les personnes ayant accès au traitement. Le Dr. Ho, est impliqué entre autres dans le «China AIDS Initiative» qui fait équipe avec divers partenaires pour mettre au point des traitements et les programmes de soin, mobiliser les décideurs, éduquer la population et renforcer les groupes de la société civile impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA.

([www.adarc.org](http://www.adarc.org))

([www.chinaaidsinitiative.org](http://www.chinaaidsinitiative.org))

### **Nkosi Johnson**

Nkosi Johnson était un jeune Sud-africain dont le courage et la souffrance suscita à nouveau l'attention internationale sur la crise du VIH/SIDA. Séropositif de naissance, Nkosi est décédé d'une maladie liée au SIDA en 2001 alors qu'il n'avait que 13 ans. L'année précédente, Nkosi avait pris la parole à la conférence internationale sur le SIDA à Durban disant aux participants «Prenez soin de nous et acceptez-nous, nous sommes tous des êtres humains». Il a soutenu plusieurs causes pendant sa brève vie, dont le respect des droits de la personne, et la fourniture de soins et de gîtes aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

([www.nkosi.iafrica.com](http://www.nkosi.iafrica.com))

### **Milly Katana**

Milly Katana de l'Ouganda est l'une des principales activistes en Afrique. Diagnostiquée séropositive en 1995, elle s'est immédiatement impliquée dans la défense des personnes vivant avec le VIH-SIDA. Katana fut la première personne séropositive à siéger au conseil d'administration du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Elle co-fonda aussi le mouvement panafricain d'accès au traitement, qui se consacre à l'obtention des traitements pour tous ceux qui en ont besoin. Katana dit que ses liens avec d'autres personnes séropositives l'ont aidée à «reprenre» sa vie.

([www.patam.org](http://www.patam.org))

### **Dr. Jim Yang Kim**

Le Dr Kim est chef du Département de la médecine sociale et des inégalités de santé au Brigham and Women's Hospital à Boston et professeur associé de médecine et anthropologie médicale à l'École médicale de Harvard. Dans le passé, en tant que directeur du département du VIH/SIDA de l'Organisation mondiale de la santé, il contribua à la création de l'«Initiative 3x5». Le Dr. Kim est co-fondateur avec son homologue Paul Farmer de «Partenaires pour la santé», une organisation à but non lucratif qui opère dans plusieurs des régions les plus pauvres du monde. En 2006, il fut nommé par le magazine *Times*, parmi les «100 personnes les plus influentes de l'année».

([www.pih.org](http://www.pih.org))

([www.brighamandwomens.org/socialmedicine.org](http://www.brighamandwomens.org/socialmedicine.org))

### **Stephen Lewis**

Stephen Lewis est l'envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/SIDA en Afrique et il est reconnu comme étant un orateur particulièrement articulé et passionné, qui met l'emphase sur les enfants affectés par le SIDA. Lewis est également le directeur de la fondation qui porte son nom, dont les objectifs sont de procurer des soins aux femmes mourant des suites du SIDA, d'aider les orphelins du SIDA, et de soutenir les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il avait précédemment été directeur exécutif adjoint du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (l'UNICEF) et ambassadeur du Canada aux Nations Unies.

([www.stephenlewisfoundation.org](http://www.stephenlewisfoundation.org))

([www.unaids.org](http://www.unaids.org))

### **Graça Machel**

Madame Graça Machel est une ancienne première dame et ministre de l'éducation du Mozambique. Elle est membre du conseil d'administration de la Fondation des Nations Unies et elle est la présidente de la Fondation pour le développement communautaire, une organisation créée pour réduire la pauvreté au Mozambique. Elle est depuis longtemps une ardente militante des droits et de l'éducation des enfants vivant dans la pauvreté. Avec son actuel mari, l'ancien Président sud-africain Nelson Mandela, Mme Machel continue de travailler en faveur des droits de l'Homme en Afrique à travers le développement économique et communautaire.

([www.unfoundation.org](http://www.unfoundation.org))

### **Mercy Makhamele**

En 1993, Mercy Makhamele est devenue la première femme noire d'Afrique du Sud à déclarer publiquement sa séropositivité et mena campagne pour réduire les stigmates associés à la maladie. Elle est un membre fondateur de l'Association nationale sud-africaine des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de la Campagne d'action pour le traitement (TAC). Elle a reçu en 2004, le Prix Nelson Mandela pour les droits humains et droits à la santé de la Kaiser Family Foundation, pour son combat contre la stigmatisation et son plaidoyer pour un accès accru au traitement, et pour plus de soin et de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Makhamele oeuvre également au sein du comité consultatif du programme national sud-africain de prévention du VIH chez les jeunes, LoveLife.

([www.tac.org.za](http://www.tac.org.za))

([www.kff.org/southafrica/mandela2004.cfm](http://www.kff.org/southafrica/mandela2004.cfm))

([www.lovelife.org.za](http://www.lovelife.org.za))

### **Nelson Mandela**

Nelson Mandela est devenu une voix forte dans le combat global contre le VIH/SIDA après avoir été critiqué plus tôt pour n'avoir pas agi assez rapidement contre l'épidémie alors qu'il était le président d'Afrique du Sud. Il lança la campagne globale 46664 en vue de susciter une plus grande prise de conscience, plaider pour les soins et les traitements et réunir les fonds pour la lutte contre le SIDA. En 2004, à la conférence internationale sur le SIDA à Bangkok, il a déclaré aux délégués, «comme ancien prisonnier 46664, il y a une place spéciale dans mon coeur pour ceux à qui l'on refuse l'accès à leurs droits humains de base». Il encouragea également les responsables de la santé publique à prêter une plus grande attention aux liens entre le SIDA et la tuberculose.

(<http://46664.tiscali.com>)

([www.nelsonmandela.org](http://www.nelsonmandela.org))

### **Dr. Jonathan Mann**

Le Dr Jonathan Mann était une figure inspirante et influente dans le combat contre le VIH/SIDA. Le chercheur chevronné et champion des droits de l'homme mourut dans un accident d'avion en 1998, alors qu'il se rendait à une conférence sur le SIDA. En 1986, il a contribué à la création et a dirigé le programme mondial du SIDA de l'Organisation mondiale de la santé. A ce titre, il plaça les droits de l'Homme au coeur de la stratégie de l'OMS en matière de VIH/SIDA, et il persuada les ministres de la santé d'une douzaine de pays de faire la même chose. On se souviendra de lui notamment pour avoir posé la question : «Les gens disent qu'il est inutile d'essayer de changer le monde. Mais si nous n'essayons pas, va-t-il changer?»

([www.doctorsoftheworld.org](http://www.doctorsoftheworld.org))

### **Thabo Mbeki**

Le président sud-africain Thabo Mbeki est devenu une figure controversée, polarisant les opinions dans le combat contre le VIH/SIDA. En 1999, Mbeki a déclaré que le VIH, ne peut pas seul mener au SIDA et il a publiquement mis en doute l'efficacité des thérapies antirétrovirales contre le VIH. Mais en 2002, son gouvernement s'est engagé à intensifier ses efforts de prévention et de traitement. En 2005, Mbeki a décrit le programme de lutte contre le VIH/SIDA d'Afrique du Sud comme faisant partie des «meilleurs au monde». ([www.southafrica.info](http://www.southafrica.info))

### **Prof. Luc Montagnier**

En 1983, le Professeur Luc Montagnier de l'Institut Pasteur en France a découvert le virus qui cause le SIDA, le virus de l'immunodéficience humaine. C'est une distinction qu'il partage avec Dr. Robert Gallo des États-Unis. En 1986, l'équipe du Prof. Montagnier identifia aussi le VIH-2, le virus responsable de beaucoup d'infections en Afrique occidentale. Le Professeur Montagnier est actuellement président de la Fondation mondiale «Recherche et Prévention SIDA». En 2002, Luc Montagnier et Robert Gallo annonçaient leur partenariat dans le «Program for International Viral Collaboration» un programme pour la collaboration internationale en recherche virale, destiné à stimuler la recherche d'un vaccin sur le VIH/SIDA. ([www.pasteur.fr](http://www.pasteur.fr))

### **Dr. Peter Mugenyi**

Dr. Mugenyi est le directeur du Centre conjoint de recherches cliniques de Kampala, en Ouganda, et président à la fois du Groupe de travail ougandais sur le SIDA et du Dialogue africain sur le SIDA. En 1996, il était l'un des premiers médecins africains à insister sur le fait que les patients étaient en mesure de suivre le régime compliqué des médicaments anti-SIDA. En 2001, Dr. Mugenyi et ses collègues ont réussi à faire pression sur les États-Unis et les grandes compagnies pharmaceutiques pour qu'elles réduisent les prix des médicaments contre le SIDA pour plusieurs pays pauvres. Actuellement, le Dr. Mugenyi traite chaque année plus de 5 000 personnes atteintes du SIDA dans son réseau de cliniques en Ouganda. ([www.jcrc.co.ug](http://www.jcrc.co.ug))

### **Yoweri Museveni**

Le Président ougandais Museveni a mené avec succès la campagne contre le VIH/SIDA dans son pays, campagne considérée aujourd'hui comme un modèle pour le reste de l'Afrique. Peu de temps après son accession à la présidence en 1986, Museveni est devenu le premier chef d'état africain à parler ouvertement de l'épidémie. La campagne menée par son gouvernement repose sur les trois premières lettres de l'alphabet: ABC, «Abstinence, Be faithful, Condom use», (Abstinence, fidélité, utilisation du préservatif). On s'interroge beaucoup sur ce qui a été la force motrice de la réussite de cette campagne contre le VIH/SIDA en Ouganda. Museveni est parfois critiqué par ceux qui estiment qu'il minimise l'importance des préservatifs dans le programme ABC. ([www.statehouse.go.ug](http://www.statehouse.go.ug))

### **Nikolay Nedzelskiy**

Nikolay Nedzelskiy est un militant de la cause des Russes vivant avec le VIH/SIDA. Il était parmi les premiers activistes à prendre les devants dans la croisade anti-SIDA au début des années 1990. Nedzelskiy est le directeur du Centre INFO-Plus de Moscou. C'est un service important d'informations sur le VIH/SIDA, avec une ligne téléphonique ouverte en permanence pour des personnes vivant avec la maladie. INFO-Plus est fréquemment sollicitée par les journalistes à la recherche de l'accès aux Russes vivant avec le VIH/SIDA et de commentaires au sujet de l'épidémie. ([www.aids.ru](http://www.aids.ru))

**Dr. Peter Piot**

Dr. Piot a été nommé premier directeur exécutif de l'ONUSIDA en 1995. Il coordonne les efforts de lutte contre le VIH/SIDA de dix organismes. Le Dr. Piot a longtemps travaillé dans le secteur de la santé publique. En 1976, il co-découvrait le virus d'Ebola au Zaïre. Dans les années 1980, il a contribué à la compréhension de l'expansion de l'épidémie en Afrique. En sa qualité de directeur exécutif de l'ONUSIDA, il déclara «L'investissement dans le SIDA sera remboursé un millier de fois en vies épargnées et communautés maintenues ensemble»

([www.unaids.org](http://www.unaids.org))

**Dr. Vadim Pokrovskiy**

Dr. Pokrovskiy est le directeur du Centre fédéral du SIDA de Russie. Il a averti que le nombre véritable de personnes touchées par le VIH en Russie est plus important que ce qu'indiquent les statistiques officielles. Dr. Pokrovskiy a encouragé le gouvernement à concevoir une réponse plus coordonnée à l'épidémie.

([www.pcr.ru](http://www.pcr.ru))

**Gracia Violeta Ross**

Gracia Violeta Ross est une jeune bolivienne devenue activiste après avoir été violée et infectée par le VIH. Elle est membre de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA. Lors de ses interventions publiques, elle encourage les femmes à s'impliquer davantage dans les questions politiques, culturelles et d'équité entre les sexes. En 2004, Ross s'exprima à la conférence internationale sur le SIDA à Bangkok, où elle déclara : «Nous devons nous attaquer aux inégalités de sexe qui augmentent le risque du SIDA tant pour les femmes que pour les hommes».

([www.icw.org](http://www.icw.org))

**Prof. Jeffrey Sachs**

Le Professeur Sachs, actuellement directeur de l'Institut de la Terre à l'Université Columbia de New York, est un économiste parmi les plus influents. Il est connu pour son travail avec les gouvernements et les agences internationales en faveur de la diminution de la pauvreté, du contrôle des maladies et de la réduction de la dette des pays pauvres. Il les a invité d'ailleurs à suspendre les paiements de leur dette envers de riches créanciers et utiliser plutôt leurs ressources pour combattre le VIH/SIDA et d'autres problèmes sociaux. Le Professeur Sachs avertit que le SIDA «explose. Ses conséquences feront trembler le monde». Auparavant, il a travaillé 20 ans à l'Université Harvard.

([www.earth.columbia.edu](http://www.earth.columbia.edu))

**Dr. David Serwadda**

Le Dr. Serwadda est le directeur de l'Institut de santé publique à l'Université Makerere de Kampala en Ouganda. Il est également le co-président du groupe de travail global sur la prévention mondiale du VIH, un panel consultatif international de presque 50 experts en santé publique et de scientifiques impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les chercheurs du Groupe de travail s'efforcent de guider les décideurs politiques et les organisations non gouvernementales dans la mise au point de stratégies complètes afin d'endiguer la transmission du VIH, et de prendre soin des personnes atteintes des maladies liées au SIDA. Le Dr. Serwadda est un expert dans les domaines de l'épidémiologie, l'évaluation des interventions en santé et quant à la surveillance de la maladie. Il fait autorité sur les questions concernant l'épidémie de SIDA en Afrique.

([www.iph.ac.ug](http://www.iph.ac.ug))

### **Dr. Suniti Solomon**

Le Dr. Solomon et ses collègues ont vu les premiers cas de VIH/SIDA en Inde en 1986. Depuis lors, elle est devenue une experte reconnue de l'épidémie dans son pays. En réaction à la maladie, Dr. Solomon a créé le premier centre de dépistage et de consultation volontaire et un groupe de recherche sur le SIDA à Madras, en Inde. En 1993, elle a fondé le Centre Y.R. Gaitonde pour la recherche et l'éducation sur le SIDA (YRGcare). C'est un organisme sans but lucratif qui éduque sur les pratiques sexuelles et sur le VIH, offre des services de consultation et de dépistage volontaires, et des soins aux personnes vivant avec le VIH. Le Dr. Solomon mène également des recherches médicales et comportementales.

([www.yrgcare.org](http://www.yrgcare.org))

### **Dr. Paulo Teixeira**

Le Dr. Teixeira était précédemment le directeur du département du VIH/SIDA à l'Organisation mondiale de la santé. Il a fait l'objet d'une reconnaissance internationale pour son travail sur le VIH/SIDA au Brésil et en Amérique latine. Le Dr. Teixeira était le directeur du Programme national des «MTS/AIDS» au ministère de la santé du Brésil où il lança le premier programme national du SIDA en 1983. Dr. Teixeira a posé les balises du programme brésilien de distribution gratuite et universelle des ARV, qui est devenu un modèle pour d'autres pays en voie de développement confrontés au VIH/SIDA. Il est impliqué maintenant dans les questions environnementales.

([www.who.int/hiv/en](http://www.who.int/hiv/en))

### **Randall Tobias**

L'ambassadeur Tobias était le premier coordonnateur de la lutte contre le SIDA aux États-Unis du gouvernement Bush. À ce titre, il était responsable de toute l'aide internationale américaine dans le domaine du VIH/SIDA. Tobias supervisait le rapide accroissement de l'appui des USA pour le VIH/SIDA et des activités s'y rapportant à travers le monde. Son mandat, commencé en 2003, est arrivé à son terme au début de l'année 2006.

([www.state.gov/s/gac](http://www.state.gov/s/gac))

### **Mechai Viravaidya**

Mechai Viravaidya, est un sénateur au Parlement thaïlandais, que l'on a surnommé le «roi du condom» en raison de son soutien déclaré à l'utilisation des préservatifs comme moyen d'empêcher la transmission du VIH. Le sénateur Mechai est le fondateur et le Président de «Population and Community Development Association», une des plus grands organismes privés à but non lucratif de la Thaïlande. Mechai Viravaidya a été nommé ambassadeur pour l'ONUSIDA en 1999, et il a reçu de nombreuses récompenses dont le prix des Nations Unies en matière de population en 1997 et la médaille d'or de la paix des Nations Unies en 1981.

([www.thaigov.go.th](http://www.thaigov.go.th))

([www.sli.unimelb.edu.au/pda](http://www.sli.unimelb.edu.au/pda))

### **Ryan White**

L'Américain Ryan White est devenu un symbole international du combat contre le VIH/SIDA. Hémophile de naissance, Ryan White a été infecté par le VIH en 1984 après avoir reçu une transfusion de sang contaminé. Victime de discrimination dans un entourage qui en savait peu sur le SIDA, White a été néanmoins soutenu par des célébrités telles qu'Elton John. Il est mort en 1990. Peu après, le président d'alors, George Bush, fit voter une loi nommée «Ryan White Comprehensive AIDS Resource Emergency Act» qui assure soins, traitements et services aux personnes atteintes du VIH/SIDA aux États-Unis.

([www.careactdatasupport.hrsa.gov](http://www.careactdatasupport.hrsa.gov))

**Phill Wilson**

Phill Wilson est fondateur et le directeur exécutif du «Black AIDS Institute», basé à Los Angeles en Californie. C'est le seul groupe de réflexion noir sur le VIH/SIDA aux États-Unis. Le but de l'institut est «de réduire les disparités en matière d'accès aux soins contre le VIH/SIDA entre la population afro-américaine et d'autres groupes raciaux et ethniques, en engageant les noirs dans le combat contre la maladie.» La devise de l'organisme est «notre peuple, notre problème, notre solution». Wilson a également contribué à la création du «National Black Lesbian and Gay Leadership Forum» et du Groupe national de travail sur la prévention du SIDA. Il a aussi été coordonnateur de la ville de Los Angeles et le directeur des politiques et de la planification à l'«AIDS Project Los Angeles».

([www.blackaids.org](http://www.blackaids.org))

**Dr. Wan Yanhai**

Dr. Wan est l'activiste du SIDA le plus éminent en Chine. En 1994, il a fondé le Projet d'action d'AIZHI (SIDA), qui pour certains Chinois est la seule source d'information disponible sur le VIH/SIDA. Dr. Wan a mis en place la première ligne téléphonique ouverte pour information sur la maladie et a il a créé un site Web qui est très visité. Son activisme a conduit à son licenciement du Ministère chinois de la santé. En 2002, il a été détenu pendant plusieurs semaines par le gouvernement. En 2005, Dr. Wan a organisé une conférence marquante qui a réuni les membres de l'École de droit de l'Université de Shanghai et de la Human Rights Watch, une organisation internationale de défense des droits de l'Homme, pour discuter de la manière d'aborder la menace croissante du VIH/SIDA en Chine.

([www.aizhi.org](http://www.aizhi.org))

**Dr. Debrework Zewdie**

Dr. Zewdie est la directrice du Programme global du VIH/SIDA à la Banque mondiale. Sa carrière a été consacrée au travail sur le VIH/SIDA avec une attention particulière à l'Afrique. Avant ses fonctions actuelles, Dr. Zewdie dirigeait l'Équipe de campagne contre le SIDA en Afrique de la Banque mondiale (ACTAfrica). Elle a aussi dirigé les programmes de lutte contre le SIDA dans seize pays africains pour l'organisation américaine à but non lucratif «Family Health International».

([www.worldbank.org](http://www.worldbank.org))

**Winstone Zulu**

Winstone Zulu est un activiste du SIDA de Zambie qui a révélé publiquement sa séropositivité. Il a plus tard été atteint de tuberculose. Zulu a perdu quatre frères et soeurs morts des suites du SIDA et de la tuberculose. Il met d'ailleurs l'accent sur le lien étroit entre les deux maladies dans sa campagne pour davantage d'accès aux médicaments plus efficaces. Il a déclaré à un journaliste, «pour ma famille et moi, le VIH et la TB ont été toujours vus conspirant ensemble et collaborant pour s'emparer de notre santé».

([http://66.216.124.114/7\\_5\\_3\\_feature\\_winstonezulu.asp](http://66.216.124.114/7_5_3_feature_winstonezulu.asp))

# LA TUBERCULOSE

La tuberculose (TB) est un problème de santé significatif tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. La tuberculose atteint chaque année 8 à 10 millions de personnes et cause 2 millions de décès. On estime qu'un tiers de la population mondiale est infecté par la bactérie qui cause la tuberculose et 5-10 pour cent des personnes touchées en seront malades ou deviendront infectieuses à un certain moment dans leur vie. Les épidémies de VIH/SIDA et de tuberculose sont étroitement liées, chaque maladie alimentant l'autre.

La tuberculose est une infection bactérienne causée par le *Mycobacterium Tuberculosis*. La maladie affecte généralement les poumons mais elle peut s'étendre à d'autres parties du corps dans des cas sérieux. Un individu peut être infecté par la tuberculose lorsqu'une autre personne, tuberculeuse tousse, éternue, ou crache. Ce ne sont pas toutes les personnes infectées qui développent des symptômes. Ceux qui ne deviennent pas malades sont considérés comme ayant la tuberculose latente et ils ne peuvent pas contaminer les autres. Cependant, la tuberculose latente peut par la suite progresser vers la forme active. À ce stade, les symptômes se manifestent et la maladie peut être transmise à d'autres. Les symptômes peuvent comprendre la fièvre, la toux, les sueurs nocturnes, la perte de poids, la fatigue, et le crachement de sang.

La tuberculose est particulièrement problématique dans les pays en développement, où pauvreté, explosion démographique et d'autres maladies, particulièrement le VIH/SIDA facilitent sa propagation. Bien que ce soit en Afrique qu'il y ait la mortalité la plus élevée par habitant pour la tuberculose, c'est en Asie du sud-est qu'il y a le plus grand nombre de cas de tuberculose et de décès qui y sont reliés. En fait, la moitié de tous les nouveaux cas de tuberculose se retrouvent dans six pays asiatiques: l'Inde, la Chine, le Pakistan, le Bangladesh, les Philippines, et l'Indonésie. La tuberculose est également la principale cause de mortalité dans le monde chez les femmes en âge de procréer, soit 9 pour cent de tous les décès parmi des femmes âgées de 15 à 44 ans. Puisque la tuberculose frappe plus durement les femmes durant leurs années de fécondité, en décédant, elles laissent souvent derrière elles des enfants en bas âge.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que presque un tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont également atteintes de tuberculose, la majorité étant en Afrique. En Afrique subsaharienne, l'épidémie du VIH/SIDA est la principale cause de la réapparition de la tuberculose dans la dernière décennie. Alors que toutes les personnes infectées par la tuberculose ne développeront pas de symptômes, celles ayant le VIH/SIDA ont un risque beaucoup plus élevé de développer la tuberculose active. L'infection de tuberculose accélère aussi la progression du VIH et elle est la principale cause de mortalité parmi des personnes ayant le virus qui cause le SIDA.

On peut prévenir, traiter et contrôler la tuberculose avec succès, même si la personne est séropositive. La stratégie recommandée pour le contrôle de la maladie est connue sous l'acronyme DOTS, «Traitement de courte durée sous surveillance directe». Avec la stratégie DOTS, une fois que la tuberculose infectieuse a été diagnostiquée chez des patients, le personnel sanitaire ou les volontaires qualifiés les supervisent pendant qu'ils sont soumis à un régime complet de médication. Bien que DOTS soit économique et puisse guérir presque tous les patients atteints de tuberculose dans les pays en développement, l'OMS estime que 83 pour cent de la population mondiale vit dans les pays couverts par cette stratégie. Les efforts en vue d'augmenter l'accès sont en cours, mais seulement 36 pour cent des cas infectieux estimés ont reçu le traitement sous DOTS en 2003.

Étendre l'accès à DOTS est important parce que si des médicaments ne sont pas pris comme prescrits, la maladie peut devenir résistante au traitement. La tuberculose résistante s'appelle la tuberculose multidrogue-résistante (TB-MDR). L'augmentation des souches résistantes est un autre facteur qui contribue à l'expansion de la maladie. Le traitement pour la tuberculose multidrogue-résistante est sensiblement plus de cher et prend beaucoup plus de temps que le traitement pour la tuberculose non résistante. La TB-MDR est également plus sérieuse et peut être mortelle, particulièrement chez les personnes également atteintes du VIH/SIDA. Les taux de TB-MDR sont très élevés dans plusieurs régions, y compris les pays de l'ancienne Union soviétique.

La hausse des taux de TB-MDR complique davantage les efforts globaux de prévention, de traitement et de contrôle. En plus, la reconnaissance croissante au plan international du sérieux de la co-infection avec le VIH/SIDA force les pays et des organismes spécialisés à intensifier leurs efforts pour faire face aux deux épidémies. Les deux éléments cruciaux destinés à alléger le fardeau mondial de la tuberculose sont le Partenariat mondial Halte à la tuberculose et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

L'initiative Halte à la TB est un partenariat de diverses organisations publiques et privées comprenant des agences internationales, des organisations gouvernementales et non gouvernementales, des institutions de recherche, et des organismes donateurs qui visent à renforcer le soutien social et politique en vue d'arrêter la propagation de la TB. L'initiative se concentre sur l'expansion de DOTS, le traitement du VIH et de la TB, et la mise au point de nouveaux médicaments, vaccins ainsi que des procédures de diagnostic.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est une organisation indépendante pourvoyeuse de subventions et une source de financement majeure dans la lutte contre la tuberculose dans les pays en voie de développement. Depuis 2002, Le Fonds a offert des subventions totalisant plus de \$5 milliards US. Approximativement 15 pour cent de ce montant a été accordé aux programmes de lutte contre la tuberculose. Les initiatives telles que le Fonds mondial et Halte à la TB ont contribué à la coordination des efforts mondiaux de contrôle de la maladie et assuré qu'ils demeurent une priorité. À la conférence internationale sur le SIDA de 2004, Nelson Mandela a réaffirmé la nécessité de ces approches en ces termes, « nous ne pouvons pas gagner la bataille contre le SIDA si nous ne combattons pas également la TB. La tuberculose est trop souvent une sentence de mort pour des personnes atteintes du SIDA ».

## RÉFÉRENCES ET SOURCES

Altman, Lawrence. «Mandela Appeals to AIDS Conference to Extend Fight to TB:» *New York Times* 16 July 2004, [www.query.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F30E11FE3E5EOC758DDDAE0894DC404482](http://www.query.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F30E11FE3E5EOC758DDDAE0894DC404482). Consulté en juin 2006.

Project Inform. (May 2004) *HIV and TB disease*, [www.proinf.org/fs/tuberculosis.html](http://www.proinf.org/fs/tuberculosis.html)

Stop TB. *What is Stop TB?* [www.stoptb.org/stop.tb.initiative/default.asp](http://www.stoptb.org/stop.tb.initiative/default.asp)

Stop TB. *Working Groups*, [www.stoptb.org/Working Groups/default.asp](http://www.stoptb.org/Working Groups/default.asp)

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *A Force for Change: The Global Fund at 30 Month*. 2004, [www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp](http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp). Consulté en juin 2006.

The Global Fund to Fight AIDS. *Tuberculosis and Malaria*. 2006, [www.theglobalfund.org/en](http://www.theglobalfund.org/en). Consulté en juin 2006.

UNAIDS. *TB & HIV - Facts at a glance*. 2004, [www.stoptb.org/events/internationalaidsconference/xv/assets/InfoPack/1GB.pdf](http://www.stoptb.org/events/internationalaidsconference/xv/assets/InfoPack/1GB.pdf). Consulté en juin 2006.

UNAIDS. *Factsheet: Women, TB & HIV*. 2004, [www.stoptb.org/events/internationalaidsconference/xv/assets/InfoPack/6G B.pdf](http://www.stoptb.org/events/internationalaidsconference/xv/assets/InfoPack/6G B.pdf). Consulté en juin 2006.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention. *Questions and Answers about TB*. 2005, [www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm). Consulté en juin 2006.

WHO. *Global Tuberculosis Control 2006*. March 2006, [www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html). Consulté en juin 2006.

WHO. *Tuberculosis Fact Sheet. March 2006*, [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/). Consulté en juin 2006.

# GLOSSAIRE DE LA TUBERCULOSE

**Bactéries résistantes:** les bactéries qui ne peuvent plus être détruites par les médicaments.

**BCG:** un vaccin contre la TB baptisé du nom des scientifiques français qui l'ont développé, Calmette et de Guérin. Le BCG n'est pas abondamment utilisé aux États-unis, mais il est souvent administré aux nourrissons et aux jeunes enfants dans d'autres pays où la TB est courante.

**Contact:** une personne qui a passé du temps avec une autre ayant la TB contagieuse.

**Crachat:** flegme toussé du plus profond intérieur des poumons. Le crachat est examiné pour rechercher les bactéries de TB en utilisant le frottis; une partie du crachat peut également être utilisée pour pratiquer une culture.

**Culture:** un test pour voir s'il y a des bactéries de TB dans votre flegme ou dans d'autres liquides corporels. Ce test peut prendre 2 à 4 semaines dans la plupart des laboratoires.

**Frottis:** un test pour voir s'il y a des bactéries de TB dans votre flegme. Pour le réaliser, les techniciens de laboratoire mettent le flegme sur une plaque en verre, enduisent la glissière d'un colorant spécial, et recherchent toutes les bactéries de TB sur la glissière. Les résultats de ce test s'obtiennent habituellement après une journée.

**Infection latente de TB:** une condition dans laquelle les bactéries de TB sont vivantes mais inactives dans le corps. Les gens avec l'infection latente de TB n'ont aucun symptôme, ne se sentent pas malades, ne peuvent pas contaminer d'autres, et ont habituellement une réaction positive au test de la peau. Mais ils peuvent développer la forme active de TB s'ils ne reçoivent pas de traitement pour l'infection latente.

**Infection par le VIH:** infection par le virus d'immunodéficience humaine, le virus qui cause le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise). Une personne ayant les deux formes latentes d'infection de TB et d'infection du VIH est à très haut risque d'avoir la TB active.

**INH ou isoniazide:** un médicament utilisé pour endiguer la TB active chez des personnes qui ont l'infection latente. L'INH est également l'un des quatre médicaments prescrits pour traiter la forme active de TB.

**\*Mycobacterium tuberculosis:** La tuberculose est une infection bactérienne causée par le *Mycobacterium tuberculosis*. La maladie affecte généralement les poumons, mais elle peut s'étendre à d'autres parties du corps dans des cas sérieux. Une personne peut être contaminée lorsqu'un tuberculeux tousse, éternue ou crache. Ce ne sont pas toutes les personnes infectées qui développent des symptômes. On présente les personnes qui ne tombent pas malades comme ayant la TB latente, et elles ne sont pas contagieuses.

**Négatif:** se rapporte habituellement à un résultat de test. Si vous avez une réaction négative du test de la peau, vous n'avez probablement pas l'infection de TB.

**Positif:** se rapporte habituellement à un résultat de test. Si vous avez une réaction positive au test de la peau, vous avez probablement une infection de TB.

**QuantiFERON-TB® Gold (QFT):** c'est un test sanguin utilisé pour savoir si vous êtes infecté par des bactéries de TB. Le QFT mesure la réponse aux protéines de TB quand ils sont mélangés à un peu de sang.

**Radiographie de la poitrine:** une image de l'intérieur de votre poitrine. Une radiographie de la poitrine se pratique en exposant un film aux rayons X qui passent à travers votre poitrine. Un médecin peut regarder ce film pour voir si les bactéries de la TB ont endommagé vos poumons.

**TB active:** maladie au cours de laquelle des bactéries de TB se multiplient et attaquent différentes parties du corps. Les symptômes de la TB active comprennent la fatigue, la perte de poids, la fièvre, l'absence d'appétit, le refroidissement, et la transpiration nocturne. Les autres symptômes de la TB active dépendent de l'endroit du corps où les bactéries se développent. Si la TB active est localisée dans les poumons (TB pulmonaire), les symptômes peuvent inclure une mauvaise toux, les douleurs à la poitrine, les crachements de sang. Une personne ayant la TB active peut être contagieuse et peut la contaminer à d'autres.

**TB extrapulmonaire :** la TB active dans toute partie du corps autre que les poumons (par exemple, le rein, l'épine dorsale, le cerveau, ou les glandes lymphatiques).

**TB pulmonaire:** la forme active de TB qui se manifeste dans les poumons, provoquant une toux qui dure habituellement 3 semaines ou plus longtemps. La plupart des formes actives de TB sont pulmonaires.

**\* TB multidroque-résistante (TB-MDR):** Acronyme pour «tuberculose multidroque-résistante». Une forme de tuberculose qui est résistante à deux médicaments ou plus. La TB-MDR surgit habituellement quand les gens prennent juste assez de médicaments pour se sentir mieux, mais pas la pleine quantité prescrite par un médecin. Les bactéries plus faibles sont tuées, mais les plus fortes survivent et se reproduisent. Ces bactéries plus fortes, une fois entièrement développées et provoquant à nouveau la maladie, ne pourront pas être détruites avec le même traitement et nécessiteront de plus grandes doses de médicament ou un produit entièrement nouveau et plus fort. La TB-MDR est un sérieux problème dans les pays en voie de développement, où une surveillance continue du traitement n'est pas toujours possible.

**Test de peau pour la TB:** un test qui est utilisé souvent pour détecter l'infection latente de TB. Un liquide appelé tuberculine est injecté sous la peau sur la partie inférieure de votre bras. Si vous avez une réaction positive à ce test, vous avez probablement l'infection latente de TB.

**Thérapie directement observée (TDO):** une manière d'aider les patients à prendre leurs médicaments contre la TB. Si vous êtes sous la TDO, vous rencontrerez un travailleur de la santé quotidiennement ou plusieurs fois par semaine. La rencontre aura lieu à l'endroit convenu. Cela peut être une clinique de TB, votre maison, votre lieu de travail, ou tout autre endroit commode. Vous prendrez votre médicament en présence du travailleur de la santé.

**Tuberculine ou PPD:** un liquide qui est injecté sous la peau sur la partie inférieure de votre bras pendant un test de peau de TB. Si vous avez une infection latente de TB, vous aurez probablement une réaction positive à la tuberculine.

## RÉFÉRENCE

U.S. National Institutes of Health (NIH), National Institute of Allergy and Infectious Disease. *Malaria Glossary*. April 2006, [www.niaid.nih.gov/publications/malaria/glossary.htm](http://www.niaid.nih.gov/publications/malaria/glossary.htm). Consulté en juin 2006.

*\*Définition proposée par la Kaiser Family Foundation.*

# LE PALUDISME

Le paludisme est une cause majeure de maladie et de mortalité dans le monde entier, provoquant de 300 à 500 millions d'infections et au moins 1 million de décès tous les ans. Plus de 50 pour cent de la population mondiale vit dans des zones où elle risque de contracter le paludisme. Le paludisme est une maladie provoquée par les parasites transmis aux êtres humains par l'intermédiaire des piqûres de moustiques. Les symptômes de l'infection peuvent inclure la fièvre, les frissons, le mal de tête, les douleurs musculaires, la fatigue, la nausée et les vomissements. Ces symptômes apparaissent habituellement entre 9 et 14 jours après qu'une personne a été piquée par un moustique infecté. Dans des cas graves, la maladie peut mettre la vie en danger.

Bien que la maladie soit présente dans plusieurs régions du monde, elle pose le plus gros problème en Afrique subsaharienne, où on dénombre chaque année, plus de 90 pour cent des décès causés par le paludisme, surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Cette région est plus sévèrement touchée par le paludisme à cause de plusieurs facteurs: la plupart des cas ici sont provoqués par le parasite *Plasmodium falciparum*, la forme la plus grave et la plus dangereuse de la maladie. L'infrastructure sanitaire limitée complique les efforts de prévention et de traitement de même que le lien entre la pauvreté et le paludisme.

En Afrique subsaharienne, la situation est pire également en raison de la présence d'autres maladies, particulièrement le VIH/SIDA. Les deux maladies affectent les zones géographiques et les groupes à risque similaires, causant une double crise de santé publique. Une étude en Ouganda a constaté que des personnes séropositives étaient plus susceptibles d'être atteintes également de paludisme que des personnes séronégatives.

Les personnes ayant le VIH/SIDA seraient plus exposées au paludisme en raison de la faiblesse de leurs systèmes immunitaires. Une fois infectées par le paludisme, elles sont plus susceptibles de souffrir de maladie sérieuse et moins en mesure de réagir adéquatement aux traitements standard du paludisme.

Les enfants et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables au paludisme. Les systèmes immunitaires des femmes sont plus faibles pendant la grossesse, ce qui accroît le risque de contracter la maladie. Le paludisme pendant la grossesse est très sérieux et peut conduire à l'anémie grave et même à la mort. Les enfants mis au monde par des femmes paludéennes ou séropositives risquent d'avoir un faible poids à la naissance et de mourir prématurément. En plus, les femmes enceintes séropositives ayant le paludisme ont un plus gros risque de générer de telles complications que celles qui sont séronégatives.

Les enfants de moins de 5 ans présentent également un risque élevé de contracter une maladie liée au paludisme et de mourir parce qu'ils n'ont pas eu la possibilité d'acquérir assez de défense immunitaire contre la maladie. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 75 pour cent des décès annuels liés au paludisme se comptent surtout chez les enfants africains, avec un enfant mourant de paludisme toutes les 30 secondes. Ceux qui parviennent à se sortir de la maladie pourraient en conserver des séquelles et donc, une santé chancelante, on parle d'anémie, de fièvre récurrente, de cécité et de dommages au cerveau.

La pulvérisation d'insecticide, les moustiquaires, et d'autres mesures économiques peuvent aider à contenir le paludisme. Pendant les années 50 et 60, l'OMS a mené une campagne mondiale pour éradiquer les moustiques vecteurs de paludisme. Le DDT (Dichloro-diphényl-trichloroéthane) était le principal insecticide utilisé à l'époque. Grâce aux efforts de l'OMS, le paludisme a disparu en Amérique du Nord et en Europe. Par la suite, l'utilisation extérieure du DDT pour le contrôle du paludisme a été découragée par l'OMS en raison des effets nocifs de cet insecticide sur l'environnement. Son utilisation dans l'agriculture a été interdite dans presque tous les pays. Actuellement, l'OMS recommande la pulvérisation du DDT à l'intérieur des bâtiments, comme moyen de lutte contre le paludisme.

Les médicaments pour la prévention et le traitement du paludisme sont également disponibles. Un certain nombre de médicaments antipaludiques existent, y compris la chloroquine, la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et l'amodiaquine qui sont reconnues comme des monothérapies parce que chacune est généralement utilisée seule. Malheureusement, les parasites du paludisme développent la résistance à plusieurs des médicaments disponibles. C'est vrai dans beaucoup de régions d'Asie et d'Amérique du Sud, et c'est aussi un problème croissant en Afrique. Puisque la résistance aux monothérapies augmente, l'OMS recommande maintenant que les pays rendent des thérapies de combinaison disponibles. Depuis 2001, 56 pays ont modifié leurs politiques de traitement. Cependant, la thérapie de combinaison n'est toujours pas disponible dans beaucoup de pays où les médicaments existants sont inefficaces. L'OMS, et des organismes tels que le «Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme », appuient les initiatives en vue d'augmenter l'accès aux thérapies de combinaison efficaces. En 2004, l'OMS a revu sa recommandation sur le traitement du paludisme pour inclure la thérapie de combinaison basée sur l'artémisinine (ACT). Ce composé qu'on trouve naturellement dans une herbe chinoise, est utilisé pour traiter le paludisme depuis les années 80 et est actuellement le dispositif le plus efficace contre la maladie.

Le Fonds mondial, une organisation indépendante de gestion des subventions, est une source significative de financement des interventions de lutte contre le paludisme. Depuis sa création en 2002, le Fonds a offert des subventions totalisant plus de 3 milliards \$ US. Approximativement un quart de cette somme a été allouée à la lutte contre le paludisme.

Une autre majeure initiative globale est le partenariat "Faire Reculer le Paludisme" (FRP), lancé en 1998 par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque mondiale. Ce partenariat a pour objectif de coordonner les activités internationales de lutte contre le paludisme, rassemblant plus de quatre-vingt-dix organismes publics et privés, des agences internationales, les pays où le paludisme est à l'état endémique, et des institutions de recherche et d'enseignement. Le but de toute l'opération est de réduire de moitié le fardeau mondial du paludisme d'ici 2010. "Faire Reculer le Paludisme" a réussi à augmenter la prise de conscience de la maladie, et a suscité un soutien social, politique et financier tout en coordonnant les actions internationales pour combattre le paludisme. En 2005, Président Bush a annoncé la création d'une nouvelle Initiative présidentielle contre le paludisme et s'est engagé à augmenter les fonds pour la prévention et le traitement du paludisme de 1,2 milliard \$ US sur cinq ans. La Fondation Bill et Melinda Gates a également développé de majeures initiatives à l'échelle mondiale dans ce domaine.

## RÉFÉRENCES ET SOURCES

American Foundation for AIDS Research (amfAR). *Global Link: A Guide to International HIV/AIDS Research, Treatment, and Clinical Trials*. Vol. 2, No. 1. Summer 2003.

U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) Centers for Disease Control and Prevention. *Malaria Facts*. 2006, [www.cdc.gov/malaria/facts.htm](http://www.cdc.gov/malaria/facts.htm). Consulté en juin 2006.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *A Force for Change: The Global Fund at 30 Month*. 2004, [www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp](http://www.theglobalfund.org/en/about/publications/forceforchange/default.asp). Consulté en juin 2006.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2005) *Monthly Progress Update*, July 15, 2005, [www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreports/43-GrantsStatusReport-31July2005.xls](http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreports/43-GrantsStatusReport-31July2005.xls). Consulté en juin 2006.

Roll Back Malaria. *Brochure: Looking Forward*. 2006, [www.rbm.who.int/docs/rbm\\_brochure.pdf](http://www.rbm.who.int/docs/rbm_brochure.pdf). Consulté en juin 2006.

Steketee, Richard. "Presentation: Interaction of HIV and Malaria", *Centers for Disease Control and Prevention*, 2004, [www.cdc.gov/malaria/ppt/Malaria\\_HIV\\_Rick\\_website.ppt](http://www.cdc.gov/malaria/ppt/Malaria_HIV_Rick_website.ppt). Consulté en juin 2006.

Whitworth, J. et al. "Effects of HIV-1 and increasing immunosuppression on malaria parasitaemia and clinical episodes in adults in rural Uganda: a cohort study." *The Lancet*, Vol. 356, 23 Sep. 2000.

White House, United States Government, *Press release: Fighting Malaria in Africa*, June 30, 2005. [www.whitehouse.gov/news/releases/2005/06/print/20050630-8.html](http://www.whitehouse.gov/news/releases/2005/06/print/20050630-8.html). Consulté en juin 2006.

WHO. *Basic Facts on Malaria*. 2005, [www.who.int/malaria/docs/Basicfacts.pdf](http://www.who.int/malaria/docs/Basicfacts.pdf). Consulté en juin 2006.

WHO. *Changing Malaria Treatment Policy to Artemisinin-Based Combinations: An Implementation Guide*. March 2005, [www.w3.whosea.org/LinkFiles/Meeting\\_Reports\\_malariaTreatmentPolicyMarch2005.pdf](http://www.w3.whosea.org/LinkFiles/Meeting_Reports_malariaTreatmentPolicyMarch2005.pdf). Consulté en juin 2006.

WHO. *Children and Malaria*, 2006, [www.rbm.who.int/cmccupload/0/000/015/367/RBMInfosheet\\_6.htm](http://www.rbm.who.int/cmccupload/0/000/015/367/RBMInfosheet_6.htm). Consulté en juin 2006.

WHO. (2006) *Facts on ACTs*, 2006, [www.rbm.who.int/cmccupload/0/000/015/364/RBMInfosheet\\_9.htm](http://www.rbm.who.int/cmccupload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9.htm). Consulté en juin 2006.

WHO. *Malaria and HIV/AIDS, Interactions and Implications*. June 2004, [www.who.int/hiv/oub/orevcare/en/WHO%20Malaria%20and%20AIDS.pdf](http://www.who.int/hiv/oub/orevcare/en/WHO%20Malaria%20and%20AIDS.pdf). Consulté en juin 2006.

WHO. *What is Malaria*. 2006, [www.rbm.who.int/cmccupload/0/000/015/372/RBMInfosheet\\_1.htm](http://www.rbm.who.int/cmccupload/0/000/015/372/RBMInfosheet_1.htm). Consulté en juin 2006.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, [theglobalfund.org/en](http://theglobalfund.org/en)

Bill & Melinda Gates Foundation, [www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri\\_Diseases/Malaria/default.htm](http://www.gatesfoundation.org/GlobalHealth/Pri_Diseases/Malaria/default.htm).

# GLOSSAIRE DU PALUDISME

**Anophèle:** le genre de moustique qui transmet le paludisme.

\***Anticorps:** molécules dans le corps qui identifient et détruisent les substances étrangères telles que des bactéries et des virus.

**Antigène:** toute substance qui fournit une réponse immunitaire lorsqu'elle est introduite dans le corps.

**Atténué:** traité de façon à diminuer la capacité du parasite de causer l'infection ou la maladie.

**Chloroquine:** socle principal du traitement du paludisme depuis 1945, mais elle n'est plus efficace contre le nombre de plus en plus important de formes de paludisme «*plasmodium falciparum*»

**Déficit en G6PD:** anomalie héréditaire qui cause la perte d'une enzyme de globule rouge. Elle peut procurer à une personne une certaine protection contre le paludisme, mais cela signifie également que la personne ne peut pas prendre la primaquine, un médicament antipaludique. Le déficit en G6PD se retrouve généralement chez les personnes de descendance africaine, méditerranéenne, et asiatique.

\* **Endémie:** présence constante d'une maladie ou d'un agent infectieux dans une zone géographique donnée ou dans un groupe de population; peut également faire référence à la prédominance habituelle d'une maladie donnée dans ladite zone ou ledit groupe.

\* **Epidémie:** l'apparition d'un nombre de cas de maladie plus élevé que prévu dans une zone donnée ou parmi un groupe de personnes spécifiques sur une période particulière de temps.

**Espèces:** organismes du même genre qui ont des caractéristiques semblables.

**Gamétocytes:** précurseurs des formes sexuelles du parasite du paludisme, qui libèrent les gamètes mâles ou femelles dans l'estomac du moustique.

**Genre:** une catégorie d'organisme.

**Hémoglobine:** la partie du globule rouge qui contient l'oxygène.

**Hypnozoïte:** une forme de parasite qui reste inactif dans le foie et peut produire des rechutes de la maladie.

**Immunité:** la protection générée par le système immunitaire du corps en réponse aux envahisseurs «étrangers», y compris les bactéries, les virus et les parasites.

**Larves:** formes immatures d'insectes sans ailes comme les moustiques.

**Membrane muqueuse:** la doublure de certaines cavités, telles que le nez, la bouche et la région intestinale, qui produit une couche protectrice de mucus.

**Mérozoïte:** La forme de parasite du paludisme qui envahit les globules rouges humains.

**Oocyste:** une phase de l'évolution du parasite du moustique, produit par l'union des gamètes mâle et femelle.

\* **Paludisme:** une maladie causée par les parasites transmis à l'être humain via les piqûres des moustiques. Les symptômes de l'infection peuvent comprendre la fièvre, le refroidissement, le mal de tête, les douleurs musculaires, la fatigue, les nausées et les vomissements. Ces symptômes apparaissent habituellement entre 9 et 14 jours après qu'une personne a été piquée par un moustique infecté. Dans des cas graves, la maladie peut causer la mort.

**Parasite:** un animal (ou plante) qui doit vivre sur ou dans un organisme d'une autre espèce, dont il tire son alimentation.

**Paroxysme:** attaque d'une maladie qui est susceptible de se reproduire à intervalles périodiques.

**Plasmodium:** une catégorie de parasite qui cause le paludisme. Il englobe quatre espèces qui infectent les humains: le *Plasmodium Falciparum*, le *Plasmodium vivax*, le *Plasmodium Malariae*, et le *Plasmodium ovale*.

**Primaquine:** un médicament qui tue les parasites du paludisme, logés dans le foie.

**Quinine:** un médicament, à l'origine extrait de l'écorce d'un arbre, qui était le seul traitement antipaludique disponible pendant presque 300 ans.

**Rechute:** réapparition de la maladie quelques temps après avoir été apparemment traitée.

\* **Résistance:** la capacité d'un microbe pathogène à se reproduire en dépit de la présence des médicaments conçus pour empêcher sa reproduction ou survie. Le parasite du paludisme a développé des souches qui sont résistantes aux médicaments tels que la chloroquine. Le moustique anophèle a développé des souches résistantes au DDT et à d'autres insecticides.

**Schizont:** une forme de parasite qui contient beaucoup de mérozoïtes.

**Souche:** une variante génétique au sein d'une espèce.

**Sporozoïte:** la forme infectieuse du parasite, qui est injectée dans le corps humain par la piqûre de moustique.

**Système immunitaire:** le système de défense du corps contre les organismes étrangers tels que des bactéries, les virus ou les champignons.

**Vecteur:** l'organisme, typiquement un insecte, qui transmet un agent infectieux à son hôte, en général, un vertébré. Dans le cas du paludisme humain, le vecteur du parasite ce sont les moustiques, les « porteurs » ou les « hôtes » sont les êtres humains.

**Virulent:** Caractérisé par une rapide évolution ou sévérité.

## RÉFÉRENCE

U.S. National Institutes of Health (NIH), National Institute of Allergy and Infectious Disease. *Malaria Glossary*. April 2006, [www.niaid.nih.gov/publications/malaria/glossary.htm](http://www.niaid.nih.gov/publications/malaria/glossary.htm). Consulté en juin 2006.

\*Définition proposée par la Kaiser Family Foundation.

## RESSOURCES

**AIDSinfo:** Le département américain du “Health and Human Services” offre, en ligne, de vastes ressources sur le traitement, la prévention et la recherche sur le VIH/SIDA.

<http://aidsinfo.nih.gov>

**American Foundation for AIDS Research (amfAR):** Organisation à but non lucratif qui soutient la recherche sur le SIDA, la prévention, le traitement et la promotion des politiques publiques reliées au SIDA.

[www.amfar.org](http://www.amfar.org)

**Avert.org:** Organisation internationale de charité basée au Royaume-Uni oeuvrant pour la prévention du VIH/SIDA à travers le monde. Avert.org mène des campagnes d'éducation dans les pays où le taux d'infection est élevé, plus particulièrement en Afrique du Sud et en Inde.

[www.avert.org](http://www.avert.org)

**Global Business Coalition on HIV/AIDS (GBC):** Alliance comprenant plus de deux cent organisations internationales qui oeuvrent pour la lutte contre le VIH/SIDA avec des ressources provenant du secteur privé.

[www.businessfightsaids.org](http://www.businessfightsaids.org)

**The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (The Global Fund):** Partenariat international entre organisations privées et publiques qui finance la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et la Malaria.

[www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org)

**Global Health Facts.org:** Ressource interactive en ligne de la *Kaiser Family Foundation* qui fournit et tient à jour des données par pays sur le VIH/SIDA, la tuberculose, la malaria et d'autres indicateurs socio-économiques et de santé.

[www.globalhealthfacts.org](http://www.globalhealthfacts.org)

**Global Health Reporting.org:** Ressource en ligne de la *Kaiser Family Foundation* qui offre aux journalistes et au public les plus récentes informations sur le VIH/SIDA, la tuberculose et la malaria.

[www.globalhealthreporting.org](http://www.globalhealthreporting.org)

**HIV InSite:** L'école de médecine de San Francisco à l'Université de Californie offre, en ligne, de vastes ressources sur le traitement, la prévention, les politiques et la recherche en matière de VIH/SIDA

[www.hivinsite.org](http://www.hivinsite.org)

**International Finance Corporation Against AIDS (IFC Against AIDS):** Membre du Groupe Banque mondiale, “IFC Against AIDS” est une section du IFC qui se consacre à la promotion et la protection d'un développement soutenu dans les régions les plus affectées par le VIH/SIDA.

[www.ifc.org/ifcagainstaids](http://www.ifc.org/ifcagainstaids)

**Partenariat Stop TB:** Réseau international d'organisations privées et publiques dévoué à l'élimination de la tuberculose.

[www.stoptb.org](http://www.stoptb.org)

**Roll Back Malaria (RBM):** Partenariat mondial créé par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque mondiale qui assure la coordination des activités de lutte contre la malaria, qui met aussi en relations plus de quatre-vingt dix organisations publiques et privées, agences internationales, pays touchés par la malaria et institutions académique et de recherches.

[www.rbm.who.int](http://www.rbm.who.int)

**U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC):** Principale agence du gouvernement des États-Unis pour la protection contre les maladies infectieuses et chroniques. Le CDC est un participant majeur dans les initiatives bilatérales et multilatérales dans le domaine du VIH/SIDA et des autres maladies.

[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

**U.S. Food and Drug Administration (FDA):** Agence du gouvernement des États-Unis qui réglemente le développement et l'utilisation des produits alimentaires et des médicaments. L'approbation du FDA détermine les standards internationaux en matière de médicaments et traitements contre le VIH/SIDA.

[www.fda.gov](http://www.fda.gov)

**U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID):** Division de l'Institut National de la Santé des États-Unis qui travaille sur le VIH et d'autres maladies.

[www3.niaid.nih.gov](http://www3.niaid.nih.gov)

**U.S. State Department Office of the Global AIDS Coordinator:** Centre de distribution d'information (clearinghouse) pour toutes les activités liées au VIH/SIDA aux États-Unis.

[www.state.gov/s/gac](http://www.state.gov/s/gac)

**U.S. Agency for International Development (USAID):** Agence du gouvernement des États-Unis chargée de faciliter les initiatives dans le domaine de l'économie, de la politique et de la santé publique pour les pays en développement.

[www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/aids/index.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/index.html)

**Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS):** Centre de distribution d'information (clearinghouse) pour toutes les activités et ressources liées au VIH/SIDA.

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

**Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD):** Agence des Nations Unies qui se consacre aux infrastructures locales, à la réduction de la pauvreté et aux droits humains. Le PNUD joue un rôle important dans la lutte contre le VIH/SIDA, puisque la pauvreté comme d'autres problèmes socio-économiques contribuent largement à la propagation de l'épidémie.

[www.undp.org](http://www.undp.org)

**United Nations Children's Fund (UNICEF):** Agence des Nations Unies engagée dans l'amélioration de la qualité de vie des enfants à travers le monde.

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)

**World Bank HIV/AIDS:** Division de la Banque mondiale dédiée à la prévention et à la réduction des impacts sociaux, économiques et stratégiques du VIH.

[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

**Organisation Mondiale de la Santé (OMS):** L'OMS est l'Agence de la santé des Nations Unies.

[www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)

## AUTRES LIENS UTILES EN FRANÇAIS SUR LE SIDA EN AFRIQUE

[www.survivreauSIDA.net/](http://www.survivreauSIDA.net/)

[www.reseauSIDA.org/evenement.htm](http://www.reseauSIDA.org/evenement.htm)

[www.azurdev.org/fr/hiv.html](http://www.azurdev.org/fr/hiv.html)

[www.aides.org/sites/aides/?cmd=plan](http://www.aides.org/sites/aides/?cmd=plan)

[www.plateforme-elsa.org/](http://www.plateforme-elsa.org/)

[www.refer.sn/rars//rars.htm](http://www.refer.sn/rars//rars.htm)

[www.actions-traitements.org/-Liens-](http://www.actions-traitements.org/-Liens-)

INSTITUT CANADIEN DE FORMATION  
EN RADIODIFFUSION PUBLIQUE

**CBC**  **Radio-Canada**



Le programme de Bourses media et santé Kaiser est une initiative de la Kaiser Family Foundation. La Kaiser Family Foundation est une fondation privée américaine à but non lucratif; sa mission est de fournir informations et analyses sur des questions de santé publique aux responsables gouvernementaux, aux médias, au milieu professionnel de la santé, et au public. La Fondation n'a aucun lien avec Kaiser Permanente ou Kaiser Industries.

Le siège social: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2400, Sand Hill Road, Menlo Park, CA 94025 États-Unis. Téléphone: +1 650 854 9400 Télécopieur: +1 650 854 4800. Bureau de Washington: 1330, G Street N.W., Washington, DC 20005 États-Unis. Téléphone: +1 202 347 5270 Télécopieur: +1 202 347 5274

[www.kff.org](http://www.kff.org)