



# Obstacles à l'accès aux préservatifs

Mise en œuvre et documentation  
de stratégies de plaidoyer



ICASO  
INTERNATIONAL COUNCIL OF  
AIDS SERVICE ORGANIZATIONS

## **Obstacles à l'accès aux préservatifs – Mise en œuvre et documentation de stratégies de plaidoyer**

1e édition, 2009

© ICASO 2009

Ce projet a été financé par Population Action International, dans le cadre *Project Resource Mobilization and Awareness* (Project RMA), et par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) du Gouvernement du Canada, Ford Foundation.

Nous sommes reconnaissants aux collègues qui ont généreusement accepté de nous faire part de leur expérience en matière de plaidoyer pour rehausser l'accès aux préservatifs et leur utilisation, notamment à Anthony Hron (JN+), Meena Seshu et Cath Sluggett (Sangram), et à Many Di (CACHA). Remerciements particuliers à Andrew Hunter et Sally Low pour leur appui à l'étude de cas sur le Cambodge.

Directrice du projet : Mary Ann Torres

Rédaction : Rodney Kort

Révision : Kieran Daly, Callie Long et Mary Ann Torres

Traductions : Arturo Marcano, MIA Communications; et Jean Dussault, Nota Bene communication

Graphisme : Tall Poppy

Les images figurant dans la présente publication sont des reproductions d'épinglettes « couvre préservatif » – une initiative de The Condom Project visant à réduire la stigmatisation du préservatif et à promouvoir le sécurisexe. Pour plus de renseignements : [www.thecondomproject.org](http://www.thecondomproject.org)

## INTRODUCTION

En 2007, le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) a publié un exposé de plaidoyer intitulé *Les barrières à l'accès aux préservatifs : l'élaboration d'un programme de plaidoyer*.<sup>1</sup> Basé sur des recherches communautaires réalisées dans 14 pays, il identifiait des obstacles important à l'accès au préservatif, dans quatre domaines principaux :

1. Obstacles socioculturels
2. Obstacles d'ordre légal et politique
3. Obstacles économiques et financiers
4. Obstacles structurels

L'énoncé de plaidoyer et la recherche dont il a émané faisaient partie d'une analyse plus vaste, réalisée par des organisations de la société civile, visant à évaluer comment les engagements de la communauté internationale, énoncés dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* en 2001 puis dans la *Déclaration politique sur le VIH/sida* en 2006, étaient mis en œuvre. L'énoncé de plaidoyer relatif aux préservatifs comprenait des recommandations pour le plaidoyer du secteur communautaire, dans les quatre domaines susmentionnés, relativement à l'accès au préservatif.

Après la parution de l'énoncé de plaidoyer, l'ICASO a versé du financement à trois organisations pour la préparation d'étude de cas documentant leur expérience dans la planification et la réalisation de plaidoyer pour les préservatifs, d'activités de proximité et de mobilisation communautaire, y compris (dans le cas cambodgien) la réalisation d'un projet de recherche-action.<sup>2</sup> Les organisations étaient : le Jamaican Network of Seropositives (JN+); le projet Sangram (éducation des travailleuses sexuelles par les pairs, dans le Sud de l'Inde); et la Cambodian Alliance for Combating HIV/AIDS (CACHA).

La phase de notre projet consistant en des études de cas avait pour but de fournir des exemples illustrant diverses facettes du plaidoyer communautaire pour les préservatifs, et des activités connexes. Par ailleurs, le projet visait à identifier des leçons à retenir de la réalisation d'activités de plaidoyer dans diverses circonstances et pour diverses populations, tout en établissant des liens entre l'expérience des organisations qui les avaient réalisées et les thèmes et recommandations pertinents qui étaient contenus dans l'énoncé de plaidoyer.

Le présent rapport, un sommaire analytique des trois études de cas, identifie les thèmes constants des obstacles à l'accès au préservatif dans les populations pour lesquelles les organisations travaillent, de même que les démarches que celles-ci ont suivi dans l'élaboration de leurs plans de plaidoyer et leurs activités.

Après plus de 25 années depuis l'avènement de l'épidémie du VIH/sida, des organisations communautaires continuent de s'efforcer de maintenir et d'élargir l'accès à l'intervention la plus efficace pour prévenir l'infection par le VIH dans



1 ICASO. *Les barrières à l'accès au préservatif : l'élaboration d'un programme de plaidoyer*, Toronto, 2007. [http://www.icaso.org/publications/condom\\_access2007\\_fr.pdf](http://www.icaso.org/publications/condom_access2007_fr.pdf)

2 L'ICASO remercie Population Action International, qui a versé une subvention non affectée, à des fins éducatives, pour soutenir ce projet.

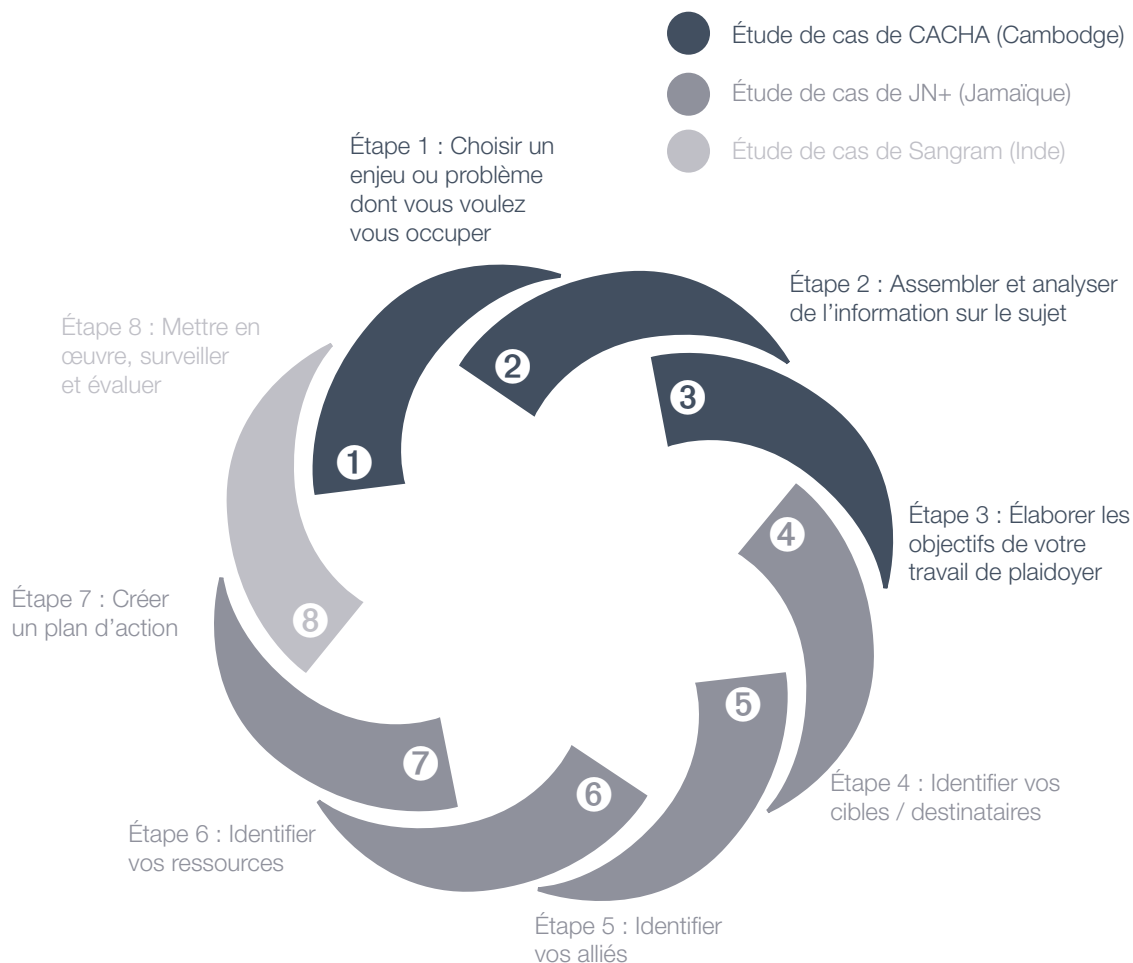
la vaste majorité des cas : l'utilisation de préservatifs. Nous espérons que les leçons tirées de ces trois études de cas contribueront à éclairer et à inspirer des efforts similaires, aux quatre coins du monde.

## 1 LES HUIT ÉTAPES DU CYCLE DU PLAIDOYER

Le plaidoyer dans le domaine du VIH/sida peut se définir comme l'exercice d'influence auprès de décideurs et de responsables de l'élaboration de politiques, afin de susciter le développement et la mise en œuvre de politiques et de programmes qui répondent aux besoins des individus et groupes les plus marginalisés, les plus vulnérables et ayant le risque le plus élevé de contracter l'infection.

Le cycle du plaidoyer se découpe en huit étapes successives, qui s'intègrent l'une à l'autre : comprendre le problème à résoudre, assembler et analyser de l'information et des données pour appuyer les arguments, développer les objectifs du plaidoyer (comme dans le cas cambodgien), identifier les destinataires du plaidoyer (responsables des politiques), les alliés et les ressources (financières et techniques, existantes ou à trouver), développer un plan d'action, une stratégie de plaidoyer (comme dans le cas jamaïcain), et finalement mettre en œuvre, surveiller et évaluer la stratégie, ce qui inclut dans plusieurs cas le développement de partenariat, la mobilisation communautaire et des activités de proximité (comme dans le cas indien).

Le schéma ci-dessous illustre ce cycle et montre à quelle étape se situent les diverses études de cas.



## ② CONTEXTE DES ÉTUDES DE CAS

### « Établir les faits pour une stratégie de plaidoyer » **Cambodian Alliance for Combating HIV/AIDS (CACHA)**

Un regroupement cambodgien de militants pour les travailleuses sexuelles et d'organisations non gouvernementales (ONG) de lutte contre le sida a mené un projet de recherche-action documentant les problèmes et réussites du Programme d'usage du préservatif à 100 %, au Cambodge, avec un point de mire particulier sur l'évolution du cadre juridique et de politiques affectant l'accès aux préservatifs et à d'autres services liés au sida, dans ce pays.

### « Développement de consensus sur les obstacles à l'accès aux préservatifs pour les PVVIH »

#### **JN+**

Le JN+ est un réseau d'environ 500 Jamaïcain-es vivant avec le VIH. Son étude de cas a documenté un processus de consultation auprès de 16 leaders vivant avec le VIH, de toutes les régions du pays, afin de développer un consensus sur les principaux obstacles à l'accès aux préservatifs pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), et d'élaborer des plans d'action et de plaidoyer pour y remédier.

### « Développer une pratique habilitante pour le plaidoyer sur les préservatifs »

#### **Sangram**

L'étude de cas indienne documente comment l'organisation Sangram, fondée en 1992 par 16 paires éducatrices, a développé ses activités d'éducation des pairs et de plaidoyer au cours des 16 dernières années, en misant sur l'éducation des paires et l'habilitation des travailleuses sexuelles. Elle explique comment et pourquoi cela était nécessaire pour le plaidoyer subséquent avec des clientes et avec un vaste éventail de dépositaires d'enjeux des secteurs public et privé. Les travailleuses sexuelles se rencontraient régulièrement et étaient encouragées à avoir un compte bancaire personnel, une propriété et d'autres marqueurs d'indépendance socioéconomique qui ont rehaussé leur sentiment d'autonomie dans la négociation de l'usage du préservatif. Entre-temps, deux autres groupes, qui collaborent à présent avec le Sangram, ont vu le jour : Veshya AIDS Mukabala Parishad (VAMP), un collectif qui gère des interventions de paires dans la communauté des travailleuses sexuelles; et Muskan, un groupe d'éducation par les pairs pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH).

## ③ CONSTATS – OBSTACLES À L'ACCÈS AUX PRÉSERVATIFS ET À LEUR USAGE

Les organisations communautaires (OC) des trois pays ont adopté une approche cyclique et fondée sur les pairs, afin d'identifier des obstacles à l'accès aux préservatifs dans leurs communautés respectives et d'y répondre. En dépit de différences géographiques, culturelles, raciales et sociales, une cohérence remarquable se dégage de leurs constats, en ce qui a trait à l'accès aux préservatifs et à leur usage, à l'infection à VIH primaire et secondaire et à d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS).

### 3.1 OBSTACLES SOCIOCULTURELS

Les trois études de cas ont fait état d'obstacles socioculturels similaires, qui entravent nettement l'accès aux préservatifs et leur usage – comme en fait état le document de plaidoyer.

#### **Inégalité des sexes : défis**

Des rôles sexuels traditionnels, dans ces pays – où, pour diverses raisons physiques et socioéconomiques, les hommes ont un pouvoir substantiellement plus grand sur la détermination des dynamiques sexuelles – constituent un obstacle significatif à l'accès aux préservatifs et à leur usage.

- Résistance à l'usage du préservatif parmi des partenaires masculins, qui le perçoivent souvent comme un recul ou une chose inutile (en particulier avec une partenaire de longue date).
- Attentes à l'effet que les hommes peuvent ou devraient avoir de multiples partenaires sexuelles (qu'ils aient ou non une épouse ou une partenaire de longue date), comme signe de virilité et de masculinité – une image que mine l'usage du préservatif.
- Potentielle menace de violence sexuelle (et/ou de perte de revenu pour les travailleuses sexuelles) pour les femmes qui insistent sur l'usage du préservatif.
- Les rapports sexuels entre hommes ne cadrent pas avec les notions acceptées de masculinité et d'identité des sexes, ce qui les pousse vers la clandestinité et entraîne des défis supplémentaires pour les interventions de prévention.

- Dépendance financière des femmes à l'égard de leurs partenaires masculins (en particulier parmi les femmes jamaïcaines vivant avec le VIH) et risque de perte de sécurité financière, si elles insistent sur l'usage du préservatif.

### Inégalité des sexes : stratégies

La remise en question et la modification des attitudes culturelles qui renforcent les rôles sexuels traditionnels et exacerbent le risque d'infection pour les femmes et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) sont un processus de longue haleine. Les trois études de cas signalent l'importance du plaidoyer aux paliers individuel et sociétal pour relever ce défi.

- L'étude de cas du Sangram a documenté la nécessité de développer, parmi les travailleuses sexuelles, une compréhension du fait qu'en travaillant ensemble plutôt qu'en se faisant concurrence pour les mêmes clients, l'usage du préservatif et les bienfaits de santé (et les revenus) pourraient être améliorés pour toutes.
- Interventions éducatives ciblées, à l'intention des adolescents et des jeunes, des adultes sexuellement actifs, en milieu scolaire (JN+), et des client-es et partenaires (Sangram), à propos de l'impact négatif de l'inégalité des sexes sur les femmes et les hommes, notamment les risques de santé pour ces individus, leurs partenaires sexuels et leurs familles.
- Plaidoyer auprès de ministères pertinents et d'autres décideurs clés, pour répondre à la vulnérabilité des jeunes femmes au VIH, qui découle de l'inégalité des sexes, et pour renforcer le soutien social aux adolescents afin de les aider à faire des choix éclairés quant à leur santé et à leurs comportements sexuels.
- Nécessité de militer auprès des fournisseurs de services pour qu'ils intègrent mieux les enjeux sexospécifiques dans les programmes d'éducation des pairs et les activités de proximité, et pour qu'ils offrent des services liés au VIH (« approche centrée sur la famille ») qui abordent les manières complexes par lesquelles l'inégalité des sexes conditionne la vulnérabilité au VIH.

### Religion et croyances morales : défis

Les messages anti-préservatifs véhiculés par des chefs religieux chrétiens, islamiques et hindous façonnent les normes sociales relatives à la moralité et constituent un obstacle fondamental à l'usage accru du préservatif. Les défis liés à la religion et aux croyances morales opposées à l'usage du préservatif incluent :

- Des chefs religieux qui interdisent l'usage du préservatif et dénoncent les rapports sexuels transactionnels comme étant immoraux.
- Des attitudes négatives, de façon générale et parmi les travailleurs de la santé en particulier, à l'égard des travailleuses et travailleurs sexuels et des PWVIH sexuellement actives – qui résultent dans certains cas en un refus de leur fournir des préservatifs (JN+).
- Une homophobie répandue qui affecte la distribution de préservatifs dans les prisons et entrave les interventions de prévention destinées aux HRSH.



## Religion et croyances morales : stratégies

L'étude de cas du Sangram a signalé que l'éducation des pairs était importante pour remettre en question les normes sociales liées à la moralité sexuelle. Elle a habilité des travailleuses sexuelles à négocier l'usage du préservatif avec leurs partenaires sexuels, en changeant la perception culturelle prédominante à l'effet que leur métier est immoral, pour une vision où il est perçu comme une « activité d'affaires ».

Quant à l'organisation JN+, son plan de plaidoyer pour répondre aux enjeux socioculturels inclut de :

- Faire en sorte que des cliniques de santé publiques aient des heures d'ouverture plus accommodantes (vu l'horaire de travail variable des travailleuses sexuelles) et que la Direction des services de la santé embauche une paire intervenante à l'hôpital, afin que les travailleuses sexuelles ne rencontrent pas de discrimination dans l'obtention de soins.
- Développer une campagne d'éducation à l'intention des hommes vivant avec le VIH, en complément aux ateliers pour femmes qui incluent de l'information sur la santé sexuelle et génésique et des enjeux relatifs aux relations sexuelles, à la sexualité et à la violence, afin de remettre en question des normes culturelles comme l'inégalité des sexes et l'homophobie.
- Utiliser divers médias pour éduquer les PVVIH au sujet des bienfaits de santé de l'usage du préservatif (p. ex., prévenir la réinfection), en tenant compte des variations liées à l'emplacement géographique, au statut socioéconomique et au degré de littératie.

## 3.2 OBSTACLES LÉGAUX ET AU CHAPITRE DES POLITIQUES

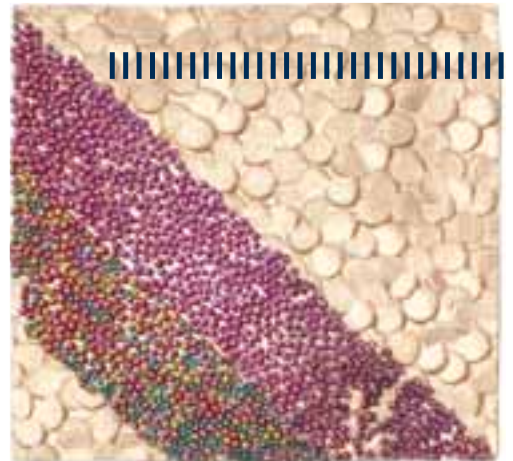
### Les lois et politiques régissant l'activité sexuelle : défis

Le cadre légal, en Inde, en Jamaïque et au Cambodge, pose des obstacles additionnels à l'accès au préservatif. Les politiques et programmes en matière de VIH sont souvent en conflit avec les lois pénales, par exemple celles qui criminalisent le travail sexuel, qui visent à prévenir la « traite de personnes », qui criminalisent les rapports sexuels entre hommes, et qui interdisent la provision de préservatifs et d'information sur la santé sexuelle aux personnes d'âge mineur.

La Jamaïque a des lois anti-sodomie qui prévoient l'imposition de peines sévères aux contrevenants (jusqu'à 10 ans de travaux lourds). Ces lois reflètent et renforcent l'homophobie et créent des obstacles à l'accès au préservatif et à d'autres interventions de santé, en poussant dans la clandestinité les rapports sexuels entre hommes.

Le projet Sangram a été aux prises, par ailleurs, avec des projets d'amendements à l'*Immoral Trafficking Prevention Act* [Loi pour la prévention du trafic immoral] où était proposée une nouvelle définition du travail sexuel qui menaçait de pénaliser sa clientèle ainsi que les personnes dont le revenu est tiré du travail sexuel.

Au Cambodge, la *Law on Suppression of Human Trafficking and Sexual Exploitation* [Loi pour supprimer la traite de personne et l'exploitation sexuelle],



promulguée au début de 2008, a entraîné la fermeture de bordels et accéléré le virage du travail sexuel pratiqué dans de tels établissements vers une approche plus « indirecte », comme la sollicitation dans des « beer gardens » et des salons de karaoké. En conséquence, le travail sexuel est devenu de plus en plus clandestin et caché, ce qui rend les travailleuses sexuelles plus vulnérables à l'intimidation policière ainsi qu'à d'autres violations des droits de la personne, en plus de réduire leur accès au préservatif et aux services pertinents au VIH. Certains établissements ne sont plus disposés à fournir ouvertement des préservatifs ou à faire valoir l'importance de les utiliser. Le manque de clarté de la loi anti-traite, embrouillant la distinction entre le travail sexuel qui constitue de l'exploitation et celui dont ce n'est pas le cas, a conduit à des opérations policières visant divers établissements que fréquentent des travailleuses sexuelles; de plus, de nombreuses travailleuses sexuelles ont exprimé des craintes – fondées sur des faits réels – à l'effet qu'être « attrapée » avec des préservatifs dans son sac est à présent considéré comme un synonyme d'implication dans le trafic sexuel et l'exploitation.

En Jamaïque, la *Child Care and Protection Act* [Loi sur les soins et la protection des enfants] rend illégal, pour les personnes de moins de 16 ans, le consentement à des services contraceptifs, et oblige les fournisseurs de soins de santé à signaler les cas de jeunes de moins de 16 ans qu'ils soupçonnent d'avoir des rapports sexuels (p. ex., ceux qui ont une infection transmissible sexuellement).

### **Les lois et politiques régissant l'activité sexuelle : stratégies**

La stratégie de plaidoyer de JN+ consistait à amasser de l'information (par sondage) sur les attitudes et comportements des fournisseurs de soins de santé, en ce qui a trait à la provision de préservatifs à des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Dès lors, il était évident que la stratégie de plaidoyer devait inclure l'objectif de sensibiliser à la fois le personnel des soins de santé et les PVVIH à l'importance de la « prévention positive ».<sup>3</sup>

Le projet Sangram, pour sa part, a adressé une lettre au Comité d'examen parlementaire et a organisé des manifestations aux paliers national, des États et local, pour dénoncer les amendements à la loi. Il s'est joint, de plus, à d'autres organisations indiennes pour plaider en faveur de l'abrogation de l'article 377 du Code pénal indien.<sup>4</sup>

Au Cambodge, des travailleuses sexuelles et leurs alliés ont réalisé en 2008 un projet de recherche-action afin de documenter les répercussions du cadre légal et des politiques, sur l'accès au préservatif et à d'autres services en matière de VIH parmi les travailleuses sexuelles et leurs clients. Les résultats de cette recherche éclaireront une stratégie de plaidoyer visant à endiguer la stigmatisation du VIH, à modifier les pratiques d'application de la loi anti-traffic et du programme « 100% CUP » ainsi qu'à accroître l'implication des travailleuses sexuelles et des organismes non gouvernementaux de riposte au VIH/sida, dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme « 100% CUP ». Bien que des participants au sondage aient signalé l'efficacité du programme dans certaines régions, ils ont aussi souligné les graves violations de droits de la personne qui ont nui à sa mise en œuvre. Un élément fondamental de la stratégie de plaidoyer concerne la nécessité que les autorités locales et nationales reconnaissent le travail sexuel comme une occupation légitime et qui ne revêt pas nécessairement un caractère d'exploitation.

## **3.3 LES OBSTACLES STRUCTURELS**

### **L'éducation sexuelle et la disponibilité de préservatifs : défis**

Sangram et JN+ ont tous deux observé que l'obtention et la distribution de préservatifs étaient un obstacle structurel à leur utilisation. Les régions rurales de la Jamaïque, où la prévalence du VIH est la plus élevée, sont les plus désavantagées, et plusieurs PVVIH doivent franchir des distances considérables pour visiter un site de traitement, où des préservatifs sont fournis gratuitement. Dans le cas de Sangram, les problèmes étaient notamment :

- la piètre qualité des préservatifs fournis par les services de santé publique;
- le manque d'éducation sexuelle (en particulier dans le système scolaire); et
- le manque d'intégration de programmes sur le VIH dans le cadre des services sur la santé sexuelle et génésique.

3 Récemment, avec le leadership du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), l'expression « prévention positive » a été révisée, en raison de lacunes ainsi que d'interprétations potentiellement contradictoires. Le GNP+ et d'autres réseaux et organisations de personnes vivant avec le VIH ont convenu provisoirement d'utiliser l'expression « Santé, dignité et prévention positives » (SDPP) [traduction libre de « Positive Health, Dignity and Prevention » (PHDP)]. L'expression englobe ces éléments : promotion de la santé, accès, droits et santé sexuels et génésiques, prévention de la transmission, droits humains, y compris atténuation du stigmate et de la discrimination, égalité des sexes, soutien social et économique, habilitation, et mesure de l'impact.

4 L'article 377, chapitre XVI, du Code pénal de l'Inde avait été introduit sous le règne britannique en Inde; il criminalise l'activité sexuelle « contre nature ». L'interprétation de l'article a été limitée par un jugement phare de la Haute cour de Delhi, le 2 juillet 2009, qui a exclus de son application, donc décriminalisé, les rapports sexuels entre adultes de même sexe consentants.

## L'éducation sexuelle et la disponibilité de préservatifs : stratégies

La stratégie de plaidoyer de JN+ afin de résoudre les problèmes d'obtention et de distribution de préservatifs étaient notamment :

- une proposition et demande de financement au Programme national sur le sida, décrivant l'urgente nécessité de sites additionnels de distribution de préservatifs, dans les paroisses rurales, y compris dans les centres de traitement;
- la tenue de réunions de dépositaires d'enjeux pour travailler, de concert avec des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et d'autres intervenants, à la problématique de l'accès aux préservatifs.

Sangram a fait un plaidoyer fructueux, auprès d'administrateurs d'écoles ainsi que d'enseignants, pour qu'il soit permis à l'organisation de présenter des programmes d'éducation sexuelle dans les écoles, par divers moyens traditionnels, afin de livrer des messages de sensibilisation au VIH et à sa prévention, dans des établissements laïques de même que religieux. En quelques mots, Sangram a réussi à :

- plaider auprès de politiciens locaux afin que les départements de santé publique règlent les problèmes de qualité des préservatifs; et à
- plaider auprès de responsables de la santé et d'administrateurs de cliniques afin qu'une employée de Sangram soit présente dans les cliniques de santé publique, pour rehausser l'intégration de services en matière de VIH et de santé sexuelle, et d'assurer une meilleure reddition de comptes au sein du système.

Pour Sangram, la création d'un réseau de personnes qui connaissent les choses « de l'intérieur » (des travailleuses sexuelles, leurs enfants, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) et l'appui à leur capacité d'élaborer et mettre en œuvre des stratégies, dans une approche d'implication populaire et dirigée par des pairs, a été un ingrédient vital de la réussite de son plaidoyer pour l'accès aux préservatifs. En impliquant ces populations clés, de manière significative, Sangram a fait en sorte que les stratégies de plaidoyer correspondent aux besoins des intéressés et apportent des solutions à des problèmes qui les touchent.

### 3.4 OBSTACLES ÉCONOMIQUES ET FINANCIERS

#### Le coût des préservatifs : défis

Le coût est un obstacle majeur pour les PVVIH jamaïcaines (dont la plupart ont un revenu faible) – un problème exacerbé par certains commerçants qui (contrairement aux politiques gouvernementales) ajoutent une taxe de 16,5 % au prix de vente au détail des préservatifs. En Inde (où le Sangram est établi), dans le district de Sangli, la distribution gratuite de préservatifs aux travailleuses sexuelles a été suspendue à deux reprises (en 2002 et en 2006), sur la base qu'ils ne devraient servir qu'à un usage contraceptif et non à la prévention des infections transmissibles sexuellement. Au Cambodge, une interruption du financement du Programme d'usage du préservatif à 100 % a entraîné une baisse de l'usage des préservatifs parmi les travailleuses sexuelles, dans des maisons de prostitution et dans d'autres milieux.



### Le coût des préservatifs : stratégies

L'organisation JN+ planifie des efforts de plaidoyer avec le ministère de la Santé et de l'Environnement et le ministère des Finances et de la Planification, sur des enjeux liés aux coûts, notamment une campagne pour aviser les commerçants que les préservatifs ne devraient pas faire l'objet de taxes ou de frais additionnels, et pour demander que des préservatifs soient distribués gratuitement dans un plus grand nombre de sites de traitement et d'autres lieux.

En 2002, le Sangram a plaidé auprès de dirigeants du gouvernement local, et en 2006 auprès du gouvernement d'État, pour que soit rétablie la distribution gratuite de préservatifs aux travailleuses sexuelles; il a réussi à faire valoir qu'en tant qu'intervention salvatrice, les préservatifs devraient être gratuits. Des militants cambodgiens demandent un financement rehaussé du Programme 100 %, en plus de changements fondamentaux à la manière dont les travailleuses sexuelles sont impliquées dans sa conception et sa mise en œuvre.

## 4 CONCLUSION

Dans les trois pays, on fait état d'approches et d'étapes différentes dans leur plaidoyer pour l'accès aux préservatifs, mais d'importants points communs se dégagent de leurs démarches :

- L'importance d'un modèle fondé sur les pairs, dans lequel l'identification des obstacles et la planification et la mise en œuvre des activités de plaidoyer pour des préservatifs sont menées par la population affectée, qui éclaire la fourniture des services de prévention du VIH, y compris les programmes pour l'usage du préservatif.
- La nécessité de répondre au stigmate, à la discrimination et à d'autres enjeux préexistants de droits humains aux paliers individuel, institutionnel et sociétal, comme préalable à l'expansion de l'accès aux préservatifs et de leur usage.
- La nécessité d'une approche pratique et fondée sur des données, pour un plaidoyer qui tient compte des réalités de la vie des personnes représentées par les trois organisations.
- La nécessité d'intégrer les efforts de plaidoyer pour des préservatifs dans les services liés au VIH et d'autres services de santé; par exemple, intégrer le VIH dans les services de santé sexuelle et génésique, la sensibilisation et la formation des travailleurs de la santé, et les efforts de réforme des lois et politiques.

Plus de 25 ans après le début de l'épidémie du VIH/sida, des organisations communautaires continuent de lutter pour maintenir et élargir l'accès à l'intervention de prévention du VIH la plus efficace dans la vaste majorité des cas – l'usage du préservatif. Il est à espérer que les leçons tirées de ces trois études de cas contribueront à inspirer des efforts similaires ailleurs au monde.

