

# Projet Modèles de soins

Etablir un lien entre le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH/sida dans les structures de soins de santé sexuelle et reproductive:

Exemples actifs



access=life

# Abréviations et sigles

<b>AM</b>	Association membre (de l'IPPF)
<b>ARBEF</b>	Association rwandaise pour le bien-être familial
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>CDV</b>	Conseils et dépistage volontaires
<b>Fonds mondial</b>	Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
<b>FPAK</b>	Family Planning Association of Kenya
<b>GTZ</b>	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit - Coopération technique allemande
<b>HRSH</b>	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
<b>CCM</b>	Instance de coordination nationale (Country Coordinating Mechanism)
<b>ICN</b>	Instance de coordination nationale
<b>IO</b>	Infections opportunistes
<b>IPPF</b>	Fédération internationale pour la planification familiale
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>LGBT</b>	Lesbiennes, Gays, Bisexuels et Transgenres
<b>MdS</b>	Modèles de soins (projets)
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
<b>PGIPVVIH/SIDA</b>	Plus grande implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA
<b>PTME</b>	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
<b>PVVIH/SIDA</b>	Personne vivant avec le VIH/SIDA
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>VIH</b>	Virus d'immunodéficience humaine

Couverture. Clients se faisant peser à l'une des cliniques de la FPAK à Nakuru, Kenya

La Fédération pour la planification familiale (IPPF) est une organisation non gouvernementale représentant un réseau de 151 associations nationales oeuvrant pour l'amélioration de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction pour tous, sans distinction aucune, dans 183 pays à travers le monde. L'IPPF est la plus grande voix mondiale s'attachant à sauvegarder ces droits.

## REMERCIEMENTS & CREDITS

### Consultants du projet:

Debra Jones (République Dominicaine et Colombie), Farst Africa (Rwanda), Marcela Rueda (Colombie) Katinka de Vries (évaluation des modules destinés aux jeunes), Brian Griffin (évaluation des modules destinés aux jeunes)

**Correction et rédaction:** Derrick Fine

Publié en décembre 2005, Londres, Royaume-Uni

© 2005 Fédération internationale pour la planification familiale

Pour obtenir de plus amples informations sur les études de cas ou bien d'autres d'exemplaires de cette plaquette, veuillez contacter :

Fédération internationale pour la planification familiale

4 Newhams Row, Londres SE1 3UZ, Royaume Uni

**tél** +44(0)20 7939 8200

**fax** +44(0)20 7939 8300

**email** [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)

**web** [www.ippf.org](http://www.ippf.org)

# Table des matières

---

## **SECTION 1: Présentation du projet Modèles de soins** **5**

Qu'est-ce que le projet cherche à réaliser ?	5
Quels sont les différents éléments du projet ?	5
Quel est le but de cette plaquette ?	6
Qu'est-ce que les projets ont réalisé ?	6

---

## **SECTION 2: Etudes de cas** **8**

<b>REPUBLIQUE DOMINICAINE</b>	<b>8</b>
<b>KENYA</b>	<b>14</b>
<b>RWANDA</b>	<b>19</b>
<b>COLOMBIE</b>	<b>24</b>

---

## **SECTION 3: VIH/SIDA: vulnérabilité, droits et jeunes** **28**

Quels étaient les objectifs de cet atelier ?	
Comment l'atelier et son évaluation ont-ils été conçus ?	
Quels ont été les principaux résultats de cet atelier ?	

---



# Présentation du projet Modèles de soins

## Qu'est-ce que le projet cherche à réaliser ?

En 1987, la Fédération pour la planification familiale (IPPF) est l'une des premières organisations à reconnaître l'importance du VIH/SIDA pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) et le développement et à proposer l'**intégration** d'interventions de lutte contre le VIH/SIDA dans le contexte élargi de la santé et de la SSR.

Cette intégration est l'un des volets de l'engagement de l'IPPF à permettre à ses associations membres (AM) d'**intégrer le VIH/SIDA** dans tous les aspects de leurs activités à la base. Pour l'IPPF, l'intégration du VIH/SIDA signifie que tous les secteurs et toutes les organisations doivent déterminer:

- Comment leurs secteurs ou leurs activités entraînent la propagation du VIH ou y contribuent.
- Comment la pandémie du VIH/SIDA peut influencer leurs objectifs et leurs programmes.
- Quelles opportunités s'offrent à leur secteur de limiter la propagation du VIH et d'atténuer l'impact de la pandémie.
- Comment ils peuvent exploiter ces informations pour prendre des mesures.

L'expérience des AM de l'IPPF et d'autres types d'organisations travaillant dans ce domaine montre que l'intégration des interventions de lutte contre le VIH/SIDA s'est avérée la méthode la plus efficace pour réduire les taux de transmission du VIH/SIDA. En ce qui concerne les programmes, l'IPPF estime que ceux-ci constituent l'intervention la plus appropriée de lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA, et le mode le plus rentable d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la réduction de la pauvreté, la mortalité maternelle et infantile et la lutte contre le VIH/SIDA.

Grâce à son vaste réseau d'organisations locales, l'IPPF a accès au savoir et à l'expérience locaux aux infrastructures existantes et à l'ingrédient fondamental que constituent la légitimité et la confiance dont elle bénéficie de la part des personnes qui bénéficient de ses services au sein des communautés.

Le renforcement de la participation des organisations non gouvernementales (ONG) de SSR à des programmes de prévention/traitement/soins du VIH/SIDA contribuera au succès des alliances et des partenariats mondiaux mis en place pour lutter contre le VIH/SIDA. Cette démarche vise à garantir l'adoption, à l'échelon communautaire et quel que

soit le secteur, de stratégies efficaces de lutte contre la pandémie du VIH/SIDA.

Grâce à une subvention de la Coopération technique allemande (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit - GTZ) accordée sur 18 mois, le projet a pu fonctionner de juin 2004 à la fin 2005. Il avait un double objectif : produire des modèles savants et durables de lutte contre le VIH/SIDA dans différents cadres de SSR et pouvant être adaptés et mis en œuvre par les AM de l'IPPF n'importe où dans le monde ; et renforcer et associer la prise en charge et le traitement du VIH/SIDA aux services déjà existants de planification familiale et de SSR, tout en développant les compétences du personnel des AM en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

## Quels sont les différents éléments du projet ?

Les principaux objectifs spécifiques du projet des Modèles de soins (MdS) sont les suivants:

- Concevoir un stage mondial pour les professionnels de la SSR axée sur les groupes vulnérables, les droits humains et le VIH/SIDA, pour soutenir le mouvement de la SSR dans son recentrage sur les défis posés par la pandémie.
- Exécuter un processus systématique de sensibilisation des AM afin de leur permettre de se considérer comme des partenaires capables de contribuer à relever les défis posés par le VIH/SIDA.
- Concevoir pour les AM un module de plaidoyer qui expose la mission des Instances de coordination nationales (CCM) et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), et présente de manière détaillée les voies et moyens pour les AM d'y être associées.
- Initier quatre projets pilotes destinés à mettre au point des modèles de meilleures pratiques qui permettront aux AM d'accroître leur participation à différents aspects des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de renforcer le travail des CCM.

En ce qui concerne les projets pilotes, l'IPPF s'est concentrée sur quatre pays en utilisant différents points d'entrée pour cibler le VIH/SIDA par le biais d'organisations traditionnelles de SSR: la République Dominicaine, le Kenya, le Rwanda et la Colombie. Les pays choisis présentant diverses réalités socioéconomiques et culturelles, ce pouvait donc être l'occasion d'appliquer ailleurs les enseignements tirés du projet.

La mise en œuvre de ces projets pilotes a permis de résoudre trois problèmes fondamentaux:

- La démarche des MdS a examiné les voies et moyens pour les organisations de SSR d'offrir le traitement antirétroviral aux client(e)s de SSR.
- Les projets pilotes ont évalué comment et dans quelle mesure les services intégrés de SSR peuvent réduire la stigmatisation qui caractérise le VIH et le SIDA.
- Les projets pilotes ont souligné quelles étaient les principales implications concrètes de l'intégration de traitements antirétroviraux aux services de SSR.

### Quel est le but de cette brochure ?

L'IPPF souhaite présenter différents modèles qui utilisent plusieurs points d'entrée afin de rapprocher la SSR du VIH/SIDA. Les trois types d'exemple dont il est question ici utilisent les points d'entrée suivants:

- l'établissement de liens plus étroits entre prévention et soins, grâce à la prestation de services antirétroviraux et de suivi des infections opportunistes (IO) (voir nos études de cas en République Dominicaine, au Kenya et au Rwanda).
- la collaboration avec des programmes existants et le lancement de nouveaux programmes ciblant des populations spécifiques (voir notre étude de cas sur la Colombie).
- le renforcement de programmes visant à réduire la vulnérabilité des jeunes au VIH/SIDA (voir notre cours pour les jeunes).

Nos quatre études de cas seront résumées à travers les quatre questions ci-après:

- **Quels besoins le projet a-t-il satisfaits ?**  
Cette partie se penche sur le contexte national et les objectifs du projet pilote.
- **Comment a-t-on satisfait ces besoins ?**  
Nous exposons ici les processus suivis et quelques-unes des principales activités qui ont été mises en œuvre.
- **Qu'est-ce qui a été réalisé ?**  
Nous présentons les principaux résultats et conclusions à ce jour.
- **Quels enseignements peut-on tirer ?**  
Nous examinons les réactions aux succès et aux difficultés.
- **De quels défis s'agit-il ?**  
Nous identifions ici les défis et les voies moyens de les relever.

Nous présentons ensuite quelques-uns des progrès réalisés en matière de formation et de renforcement des capacités grâce à l'atelier sur le thème **VIH/SIDA: vulnérabilité, droits et jeunes**, pour lequel nous donnons des informations en répondant aux quatre questions suivantes:

- Quels étaient les objectifs du stage ?
- Comment le stage et son évaluation ont-ils été conçus ?
- Quels ont été les principaux résultats du stage ?
- Quelles sont les améliorations possibles ?

### Qu'est-ce que les projets ont réalisé ?

Les projets pilotes visant à créer des modèles de pratique ont été mis en œuvre avec succès. En République Dominicaine, un programme efficace de prestation de traitement antirétroviral est en cours. L'AM, Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la familia (PROFAMILIA), a mis en place un service

de qualité qui offre la thérapie antirétrovirale, des soins médicaux, l'éducation, l'assistance psychosociologique, et de l'appui affectif aux personnes vivant avec le VIH et à leurs familles. Des équipes pluridisciplinaires ont été constituées et formées dans deux cliniques et des négociations sont en cours afin que PROFAMILIA puisse assurer la formation de fonctionnaires de l'Etat.

Au Kenya, les capacités du personnel de l'AM, la Family Planning Association of Kenya (FPAK), ont été considérablement renforcées grâce au projet pilote. Les cliniques ont offert des services de lutte contre le VIH/SIDA à un nombre sans cesse croissant de personnes et, suite à une évaluation sur place, la FPAK est déjà en mesure d'assurer la prestation du traitement antirétroviral. Des contacts sont en cours avec les structures gouvernementales de lutte contre le VIH/SIDA, des organisations locales et le bureau de liaison de la GTZ pour mobiliser l'appui au programme.

Au Rwanda, l'Association Rwandaise pour le Bien-être Familial (ARBEF) a procédé à une évaluation sur place et se prépare à associer de manière plus exhaustive la prévention et les soins. En attendant, elle continue d'orienter les clients vers les structures d'Etat pour qu'ils bénéficient du traitement antirétroviral. L'évaluation a recommandé que l'ARBEF profite de sa longue expérience de santé familiale et de la solidité de ses liens avec les communautés. ARBEF continue de renforcer les capacités de son personnel.

En Colombie, l'Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA), a achevé la première phase qui s'est par ailleurs avérée très productive, et s'emploie désormais à exécuter diverses activités au nombre desquelles une série d'ateliers de sensibilisation de grande portée avec 35 de ses cliniques. PROFAMILIA a mis au point divers supports créatifs pour toucher les populations vulnérables, et notamment les pédérastes et leurs partenaires.

Dans le cadre du volet de formation et de renforcement des capacités, l'IPPF a, en novembre 2004, organisé un stage innovant de deux semaines, en Afrique du sud, sur le thème: **VIH/SIDA: vulnérabilité, droits et jeunes**. Ce stage portait essentiellement sur des liens stratégiques et programmatiques entre le VIH/SIDA, la vulnérabilité, les droits humains et les jeunes. À l'issue de l'atelier, les participants venus des AM ont élaboré des plans d'action sur la base des enseignements tirés du stage. Des financements ont accordé à certains projets de petite taille visant à:

- Promouvoir la participation des jeunes vivant avec le VIH/SIDA au Kenya et au Nigeria.
- Réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec et affectées par le VIH en Ouganda.
- Réduire les obstacles et renforcer le lien entre SSR le VIH/SIDA au Soudan.
- renforcer les activités de conseils et dépistage volontaires (CDV) et améliorer l'assistance psycho-sociologique avant et après le dépistage en Colombie.

# République Dominicaine



Membres du groupe de soutien VIH+ à la clinique de Santiago

## Etudes de cas

### REPUBLIQUE DOMINICAINE

#### À quels besoins le projet a-t-il répondu ?

PROFAMILIA (Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia), l'AM de l'IPPF en République Dominicaine, a participé à un projet pilote financé par la GTZ de prestation de soins et de traitement contre le VIH/SIDA, et notamment de thérapie antirétrovirale.

D'après les statistiques de la Banque mondiale, à peu près 29 % de la population de la République Dominicaine vit en dessous du seuil de pauvreté. En 2001, le gouvernement de la République Dominicaine a accordé une place de choix à la question démographique dans son Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP), et plusieurs programmes à succès sur la santé de la reproduction chez les adolescents ont ainsi été mis en œuvre ces dernières années. Mais aujourd'hui encore, la pauvreté, la violence conjugale et la violence sexiste restent d'énormes défis.

La République Dominicaine compte parmi les pays des Caraïbes où la séroprévalence est la plus élevée – 120 000 personnes sont touchées par le VIH/SIDA, soit neuf fois le nombre total de cas déclarés. Plus particulièrement, la séroprévalence est en hausse chez les personnes âgées de 15 à 24 ans (Commission présidentielle pour le VIH/SIDA). Le VIH/SIDA est la première cause de décès chez les femmes en âge de procréer. Le taux de prévalence le plus élevé (5 % des adultes) s'enregistre chez les couches à bas salaires qui comptent beaucoup d'immigrants haïtiens vivant et travaillant dans les communautés rurales et employés dans les plantations de canne à sucre. Le taux de prévalence chez les travailleurs et travailleuses du sexe est d'environ 8 %, et atteint les 12 % dans certaines villes.

PROFAMILIA a une longue expérience de travail avec les jeunes âgés de 13 à 20 ans à qui elle offre de l'éducation et des services de SSR grâce à un réseau de plus de 600 pairs éducateurs qualifiés. PROFAMILIA sensibilise les médias locaux et nationaux sur les droits de la reproduction, les grossesses d'adolescentes et l'importance de l'éducation sexuelle dans les écoles.

Depuis le début des années 1990, le projet de SSR de PROFAMILIA a commencé à intégrer le VIH/SIDA, les droits en matière de santé, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH dans ses activités cliniques et de proximité au niveau des communautés. Quand le programme pour les jeunes de PROFAMILIA a inclus la prévention du VIH à ses activités de promotion de la santé, le nombre de nouveaux demandeurs de CDV dans les cliniques de l'AM a immédiatement augmenté. Avant la fin des années 1990, PROFAMILIA a dû former son personnel pour pouvoir satisfaire les besoins en matière de gestion clinique et de traitement des personnes touchées par le VIH/SIDA. En République Dominicaine, le projet pilote a eu pour objectif :

- D'améliorer l'accès des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH/SIDA) à des services complets de

gestion et de traitement du VIH/SIDA dans deux cliniques de la République Dominicaine.

- D'améliorer la prise de conscience et les attitudes du personnel de PROFAMILIA en ce qui concerne les soins relatifs à l'infection et aux traitements du VIH, y compris la réduction de la stigmatisation.
- D'augmenter les efforts de plaidoyer en direction des personnalités influentes et des décideurs du secteur de la santé afin de promouvoir le droit à des soins prompts et de qualité et l'accès des PVVIH/SIDA à des médicaments antirétroviraux.

#### Comment ces besoins ont-ils été satisfaits ?

##### La mise en marche

Au début de l'année 2004, la clinique de PROFAMILIA à Saint-Domingue a assuré la formation d'une équipe de base de lutte contre le VIH/SIDA. Avec des dons de médicaments antirétroviraux de la part de l'Etat et un appui en formation de la part de l'Université de Columbia, la clinique a commencé à traiter un petit groupe de personnes vivant avec le VIH. L'initiative de l'IPPF/GTZ a permis à PROFAMILIA :

- De piloter un modèle permettant d'intégrer de manière plus systématique les soins et le traitement du VIH dans les services de SSR actuellement offerts.
- D'élargir la prestation de services intégrés à une deuxième clinique de Santiago.

##### Approche du programme de traitement du VIH/SIDA

Le traitement pilote repose sur sept principaux éléments :

- **La formation du personnel soignant** – aide de l'IPPF et de différentes institutions.
- **Les tests de laboratoire** – le pourcentage des personnes testées positives au VIH a atteint 5,4 % dans la première moitié de 2005.
- **L'appui psycho-sociologique avant le test** – des séances de préparation sont organisées dans les salles d'attente des cliniques et des conseils en tête-à-tête sont prodigués avant le test du VIH.
- **L'appui psycho-sociologique après le test** – cela peut consister en la communication des résultats, un supplément d'informations sur le VIH/SIDA et une invitation à participer à un groupe de soutien.
- **Le groupe de soutien** – des groupes pris en charge au niveau des deux cliniques se rencontrent chaque mois pour se soutenir mutuellement et discuter de sujets tels que la prise en charge de soi-même.
- **L'équipe pluridisciplinaire** – elle comprend généralement un médecin, un(e) infirmier(ière), et un(e) éducateur(trice) (souvent un(e) psychologue).
- **Le suivi de l'application rigoureuse du traitement** – cela comprend une formation continue, des explications personnalisées sur les médicaments, l'identification des obstacles à l'application rigoureuse du traitement et les voies et moyens de les surmonter, des visites régulières, des entretiens et un soutien affectif.





## La situation à Saint-Domingue

La clinique de Saint-Domingue a décidé de ne pas avoir un service de lutte contre le VIH/SIDA séparé de la clinique. Les séances d'appui psycho-sociologique en matière de lutte contre VIH/SIDA ont lieu dans les locaux du service d'appui psycho-sociologique et émotionnel de la clinique. L'on a dû déplacer un bureau de planification familiale pour assurer la confidentialité dans le service d'appui psycho-sociologique.

Au début du programme de traitement, une thérapie antirétrovirale était proposée aux personnes présentant alors une teneur en CD4 de moins de 200/mm<sup>3</sup> ou une série d'IO. Avant de commencer la thérapie ARV, les clients reçoivent des vitamines et du Bactrim dans un pilulier hebdomadaire pour les préparer à la prise régulière de médicaments, leur redonner des forces et prévenir les infections. Une fois que les clients utilisent de manière stable leur thérapie ARV, ils rencontrent l'infirmier(ère) une fois par mois, et un docteur tous les trois mois ou à chaque fois que cela est nécessaire.

## La situation à Santiago

Suite au succès du modèle à Saint-Domingue, PROFAMILIA a décidé d'élargir le traitement à la clinique de Santiago à la mi-2005. Ici, les options de service de santé comprennent l'hospitalisation et vont au-delà des services de SSR. Toutefois, PROFAMILIA tenait à s'assurer que les nouveaux services de traitement du VIH/SIDA s'intègrent aux autres services de la clinique, plutôt que de créer un espace séparé pour la clinique. Les personnes non qualifiées pour la thérapie ARV bénéficient de conseils d'ordre général

sur le VIH/SIDA, et reviennent tous les six mois pour un bilan général de santé et des tests de laboratoire. Tous les clients vivant avec le VIH sont invités à participer à des réunions mensuelles de groupe de soutien, où des infirmier(ière)s animent des débats sur des sujets tels que l'amour-propre et la nutrition.

## Qu'est-ce qui a été réalisé ?

### Sauver des vies

Le personnel des deux cliniques affirme que le programme a sauvé des vies et qu'il y a un regain d'espoir chez les personnes vivant avec le VIH. A ce jour, la clinique de Saint-Domingue a presque 100 clients atteints par le VIH, dont 41 personnes en thérapie ARV. La clinique de Santiago offre la thérapie ARV à 26 personnes, tandis que 39 personnes vivant avec le VIH font l'objet de suivi. Selon l'éducatrice Ana Gloria Garcia, après près de 9 années d'efforts dans la prévention du VIH qui, malgré tout, n'empêchaient pas la mort des patients: "PROFAMILIA a comblé, en un an et demi, le retard accusé ces dix dernières années. Nous sauvons des vies."

### Autonomisation des clients

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA deviennent autonomes et responsables de l'amélioration de leur santé. De plus, elles se rendent compte que le VIH/SIDA est une maladie chronique qu'elles peuvent gérer. Les clients arrivent avec peu d'espoir et, avec le temps, apprennent à vivre avec le VIH/SIDA.

Des membres du groupe de soutien VIH+ à la clinique de Saint-Domingue

Selon l'éducatrice Ana Gloria Garcia, après près de 9 années d'efforts dans la prévention du VIH qui, malgré tout, n'empêchaient pas la mort des patients:

**"PROFAMILIA a comblé, en un an et demi, le retard accusé ces dix dernières années. Nous sauvons des vies."**

Un client en thérapie ARV à Saint-Domingue exprime le sentiment d'espoir que le traitement et l'application rigoureuse peuvent apporter:

**“Depuis que j’ai commencé ma thérapie ARV, ma vie a complètement changé ... Ces médicaments sont merveilleux parce qu’ils rendent le miracle possible... Merci à Dieu et à vous qui nous permettez d’avoir ces médicaments... Je sais que je peux vivre longtemps... si je suis mon traitement tel qu’il a été prescrit.”**

### Application rigoureuse

Le projet pilote a obtenu de bons résultats en termes d'application rigoureuse, car 95 % des clients bénéficient de la thérapie ARV pendant six mois ou même plus. L'équipe attribue cela à son approche d'équipe pluridisciplinaire, notamment en ce qui concerne les séances d'appui psychosociologique et de et d'éducation.

Un client en thérapie ARV à Saint-Domingue exprime en ces termes le sentiment d'espoir que le traitement et l'application rigoureuse peuvent apporter: “Depuis que j'ai commencé ma thérapie ARV, ma vie a complètement changé ... Ces médicaments sont merveilleux parce qu'ils rendent le miracle possible... Merci à Dieu et à vous qui nous permettez d'avoir ces médicaments... Je sais que je peux vivre longtemps... si je suis mon traitement tel qu'il a été prescrit.”

### Confidentialité et intégration des services de lutte contre VIH/SIDA

La structure de services intégrés du programme de lutte contre le VIH/SIDA, sans avoir été physiquement séparée, a réduit la perturbation qui, souvent, résulte de l'intégration de nouveaux services. De plus, le niveau de confidentialité est élevé et les clients bénéficient d'appui et de services, mais il ne sont pas identifiés comme des clients « sidéens ». Les personnes touchées par le VIH/SIDA ne se sentent pas isolées et tous les clients sont traités au même titre.

### L'approche d'équipe pluridisciplinaire

Les études de cas et les réunions hebdomadaires organisées pour étudier les cas difficiles constituent une bonne stratégie pour renforcer les capacités de l'équipe de lutte contre le VIH/SIDA et des administrateurs de la clinique. Le succès de l'approche d'équipe tient pour beaucoup au respect mutuel et à la libre communication entre tous les membres.

### Réduction de la stigmatisation et de la discrimination

D'importants progrès ont été réalisés dans la sensibilisation des employés de PROFAMILIA au VIH/SIDA et dans l'initiation de l'équipe pluridisciplinaire aux principales aptitudes nécessaires à la prise en charge des personnes atteintes par le VIH/SIDA. Les employés de la clinique amènent désormais leurs parents et amis pour qu'ils bénéficient d'appui psychosociologique, de prise en charge et de traitement liés au VIH.

### Modèle national de traitement : alliance avec le gouvernement dominicain

Deux cliniques PROFAMILIA ont rejoint le Réseau national dominicain de soins anti-SIDA (qui compte 18 centres de soins) à titre de programmes modèles à reproduire dans le reste du pays. L'affiliation à ce réseau assurera l'accès aux ARV et couvrira les frais des médicaments et de certains tests de laboratoire. Les avantages inhérents à l'adhésion au réseau restent

à évaluer dans leur totalité car le réseau n'a démarré à Saint-Domingue qu'en 2005 et que les premières thérapies ARV n'ont été sollicitées pour la clinique de Santiago qu'en novembre 2005.

### Quels enseignements peut-on tirer ?

Le programme de traitement du VIH/SIDA de PROFAMILIA a eu sa part de succès et d'embûches. L'expérience acquise peut servir d'enseignements précieux aux autres ONG des pays en développement qui s'engagent sérieusement dans la SSR et qui s'efforcent de lancer leurs propres programmes de thérapie ARV.

### Lancer un programme de traitement du VIH/SIDA

Quelques conseils utiles tirés de l'expérience dominicaine:

- L'organe exécutif doit soutenir le programme de traitement du VIH/SIDA.
- Choisir un modèle qui a fait ses preuves et l'adapter.
- Il est généralement préférable de simplement intégrer les services de VIH/SIDA dans l'ensemble des services de SSR, plutôt que de convertir une clinique en un 'centre de soins anti-VIH/SIDA'.
- Choisir des employés dévoués et passionnés par la lutte contre le VIH/SIDA.
- Les premières activités doivent consister à apprendre aux employés à dominer les mythes et préjugés sur le VIH/SIDA et à leur donner beaucoup plus d'assurance.
- S'efforcer de créer des services d'appui psychosociologique des individus et des groupes.
- Envisager une approche tarifaire dégressive pour couvrir les frais de certains clients.
- Nouer et consolider des partenariats avec le gouvernement et d'autres organisations œuvrant dans le même domaine.

### Formation et parrainage des employés

Les employés apprendront par la pratique. La formation individuelle sur place avec les clients et les superviseurs est cruciale. Les équipes de PROFAMILIA à Saint-Domingue et Santiago se sont bien développées sous une supervision directe. Les employés de la clinique ont appris par la pratique et l'expérience et ont profité des visites sur place aux Etats-Unis et en Afrique du Sud..

### Intégration à d'autres services de santé sexuelle et reproductive

Les centres de SSR sont des plateformes qui permettent d'entrer en contact avec des personnes sexuellement actives et de promouvoir les CDV et la prévention du VIH, des IST et des grossesses non désirées. Il est possible d'offrir des services de lutte contre le VIH/SIDA dans une clinique de contraception sans faire de ségrégation entre clients séropositifs et clients sollicitant d'autres services. Les demandeurs de services anti-VIH/SIDA sont très sensibles au fait d'être traités comme tout autre client. “Je me sens comme toute autre personne dans la salle d'attente. Nous nous asseyons sur les mêmes sièges et partageons la même pièce que tous les autres ; ainsi, je

ne me sens pas montré du doigt. Personne dans la salle d'attente ne sait que je suis séropositif".  
Client séropositif, Clinique de Santiago.

Il est crucial de s'attaquer aux inégalités de traitement entre hommes et femmes dans la prestation des services de lutte contre le VIH/SIDA. Une fois qu'une femme est testée séropositive, son souci majeur est la réaction de son partenaire. Son statut sérologique peut entraîner des actes de violence sexiste de toutes sortes.

### Publicité autour les services

La publicité autour des services anti-VIH/SIDA dans les cliniques de PROFAMILIA a été discrète en raison des capacités limitées de ces cliniques. En cas d'augmentation exponentielle de la demande des services anti-VIH/SIDA offerts par les cliniques de PROFAMILIA, celles-ci pourraient ne pas être en mesure de satisfaire une telle demande.

### Créer des alliances

Il faut promouvoir les approches plurisectorielles avec la participation, par exemple, du gouvernement, des ONG et des universités. La pérennité du programme dépend de l'engagement élargi et du niveau de mobilisation de ressources. Les municipalités jouent un rôle important dans la mobilisation de fonds et de médicaments et aussi dans la création d'un environnement de politique favorable. Les universités et les institutions internationales offrent de l'assistance technique vitale qui fait souvent défaut.

### Suivi et évaluation

Pour le succès de tout programme de traitement, il est important d'avoir un plan précis de suivi et d'évaluation, avec listes de contrôle et des indicateurs. Plus particulièrement, les plans de suivi doivent mesurer et assurer le respect des régimes posologiques.

## Quels défis sont-ils abordés?

### La formation au niveau de PROFAMILIA

Au départ, pendant le programme pilote, l'on a pu observer une certaine discrimination et une stigmatisation de la part des prestataires de services de santé des cliniques de PROFAMILIA. Toutefois, ces craintes se sont dissipées grâce à la sensibilisation et à la formation des employés. Mais cette formation est confrontée à un obstacle car les équipes de lutte contre le VIH/SIDA des deux cliniques travaillent à plein temps et n'ont pas beaucoup de temps libre pour se former. Voici quelques exemples de thèmes à développer lors des formations continues:

- Les droits des patients à la confidentialité des services.
- Les droits des travailleurs en matière de VIH/SIDA.
- Le VIH et les droits des femmes enceintes.

### L'orientation vers des services spécialisés et la stigmatisation chez les prestataires de soins de santé

L'on assiste encore à de nombreux cas de stigmatisation et de discrimination dans les centres de santé dominicains et au sein même de la communauté médicale. Les cliniques publiques

et les hôpitaux offrant des services médicaux aux personnes atteintes du VIH/SIDA ont rejeté les clients de PROFAMILIA souffrant d'IO et ayant besoin d'hospitalisation. A Santiago, PROFAMILIA a d'abord pris en charge l'hospitalisation des clients séropositifs, mais a trouvé que les coûts étaient trop élevés. Les clients des deux cliniques soulignent le caractère inhumain du traitement souvent infligé aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les hôpitaux publics.

### Violence sexiste

Les femmes séropositives sollicitent souvent des conseils sur la manière dont elles doivent annoncer leur statut sérologique à leur mari ou à leur partenaire. Le conseiller de la clinique de Saint-Domingue envisage d'étudier les différents modèles de réaction des partenaires selon le sexe de ces derniers. Cela permettra de tester la théorie selon laquelle les partenaires masculins ont tendance à réagir violemment et à abandonner leur partenaire séropositive, tandis que les femmes ont tendance à rester pour prendre soin de leur partenaire séropositif.

### Information, éducation et communication

L'on note une insuffisance de supports pédagogiques pour les PVVIH/SIDA. La plupart des supports viennent des Etats-Unis et n'ont pas été culturellement adaptés à l'environnement dominicain. Par ailleurs, la plupart des clients ont un niveau d'instruction assez bas et ne savent pas bien lire. Les conseillers créent des supports visuels à utiliser lors des ateliers et au cours des séances individuelles d'appui psycho-sociologique. PROFAMILIA met en ce moment au point des plaquettes et des fiches d'information sur des thèmes tels que:

- La prévention du VIH/SIDA.
- Le dépistage du VIH.
- La vie avec le VIH.

### Améliorer la santé des personnes sous traitement

Le mieux-être des participants aux programmes représente à la fois un acquis et un défi lorsqu'il s'agit de l'application rigoureuse du traitement et de la résistance éventuelle aux médicaments. Aux dires de l'infirmière de Saint-Domingue, Flor Benitez:

"Une fois que les gens se sentent mieux physiquement, ils n'ont plus beaucoup de raisons de se prêter à un examen physiologique à la clinique. Certains commencent même à douter de la nécessité de poursuivre le programme de traitement."

**"Je me sens comme toute autre personne dans la salle d'attente. Nous nous asseyons sur les mêmes sièges et partageons la même pièce que tous les autres ; ainsi, je ne me sens pas montré du doigt. Personne dans la salle d'attente ne sait que je suis séropositif".**

Un client séropositif de la clinique de Santiago

**"Une fois que les gens se sentent mieux physiquement, ils n'ont plus beaucoup de raisons de se prêter à un examen physiologique à la clinique. Certains commencent même à douter de la nécessité de poursuivre le programme de traitement.."**

L'infirmière de Saint-Domingue, Flor Benitez.

### **Accès aux médicaments essentiels**

A Saint-Domingue, l'accès aux ARV s'est avéré irrégulier et coûteux. D'abord, la Fondation Clinton a fourni des ARV et c'est maintenant le gouvernement dominicain qui en a pris la relève. Toutefois, il y a eu des ruptures de stock. Or, il est essentiel de pouvoir accéder en permanence aux produits antirétroviraux si l'on veut assurer l'application rigoureuse, éviter la résistance du virus et obtenir un service de haute qualité.

### **La question des dépenses**

Les analyses coûtent cher, car il n'y a dans le pays que trois machines pour mesurer les niveaux de CD4 et la charge virale, et toutes trois sont à Saint-Domingue. PROFAMILIA négocie actuellement le don d'une machine à mesurer le CD4 pour Santiago, de même que le financement de tests de mesure de CD4 pendant cinq ans.

### **Protocole institutionnel pour les services et le traitement du VIH/SIDA**

Pour garantir la qualité des services de lutte contre le VIH/SIDA et faciliter leur élargissement à d'autres cliniques, PROFAMILIA a entrepris l'élaboration d'un protocole institutionnel de soins en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Ce processus sera participatif et le protocole sera basé sur les normes nationales de soins dans ce domaine.

Des membres du programme de suivi à la clinique de Santiago



# Kenya



Les aliments intervenant dans un programme nutritionnel à la FPAK

## Quels besoins le projet a-t-il satisfaits ?

Au Kenya, le projet pilote de MdS est une initiative de l'AM de l'IPPF, la Family Planning Association of Kenya (FPAK), financée par la GTZ et visant à intégrer des soins complets de VIH/SIDA dans son réseau actuel de services de SSR.

Selon le Programme commun des Nations sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), "le SIDA est une crise extraordinaire – c'est à la fois une urgence et un problème de développement à long terme. Après plus de 20 ans et plus de 20 millions de morts depuis le premier diagnostic du SIDA en 1981, près de 38 millions de personnes sont atteintes du VIH."

(Rapport mondial d'ONUSIDA, 2004).



La salle d'attente d'une clinique de la FPAK à Nakuru

Le premier cas de SIDA a été enregistré au Kenya, en 1984; en janvier 2005, l'on estimait à 2 millions le nombre des Kenyans vivant avec le VIH (ministère de la Santé, 2005). La prévalence du VIH chez les femmes, qui représentent 65 % des adultes du pays, est de 8,7 %, tandis que chez les hommes, elle est de 4,5 % (Enquête sur la population et la santé au Kenya, 2003).

Le Kenya fut le premier pays d'Afrique subsaharienne à adopter un programme de planification familiale. Depuis la fin des années 1970, l'indice synthétique de fécondité par femme a diminué de près de moitié, et le taux d'utilisation de la contraception a doublé. Le projet MdS a été mis en place dans un environnement où l'accès à des services anti-VIH/SIDA de qualité, abordables et complets reste limité et où il est nécessaire d'intégrer ces services aux services existants de SSR.

Le projet pilote faisait partie d'un processus mondial et national d'élargissement de l'accès à la thérapie ARV.

Selon les estimations actuelles, entre 33 000 et 46 000 Kenyans étaient sous thérapie ARV à la fin du mois de juin 2005, ce qui signifie que près de 233 000 personnes nécessitant ce type de thérapie n'y avaient pas encore accès. (ONUSIDA/Organisation mondiale de la santé, 2005).

Au plan historique, la FPAK a complété les efforts du gouvernement et autres institutions pour améliorer le programme national de planification familiale et de santé de la reproduction. La FPAK a aussi ciblé des volets spécifiques tels que la prestation de services aux jeunes, le statut des femmes, la participation des hommes et le développement de ses propres services. La FPAK a joué un rôle clé dans l'intégration de la prévention du VIH dans les services nationaux de SSR.

Le projet pilote s'est inspiré des activités de prévention et de soins déjà menées par la FPAK, à savoir, notamment:

- Éducation des pairs et communication pour le changement de comportement.
- Conseils et dépistage volontaires (CDV).
- Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME).
- Groupes de soutien pour promouvoir une vie positive et la prise en charge psychosociale.

Le projet pilote visait à accroître l'accès des PVVIH/SIDA aux services de prise en charge et d'appui.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants:

- Renforcer les capacités de la FPAK en matière de prestation de services de prise en charge et d'appui dans la lutte contre le VIH/SIDA.
- Accroître progressivement l'accès des PVVIH/SIDA aux services de prise en charge et d'appui dans la lutte contre le VIH/SIDA au niveau des quatre cliniques de La FPAK.

## Comment ces besoins ont-ils été satisfaits ?

Le projet était au départ conçu comme un programme pilote d'un an visant à introduire la thérapie ARV dans les services de quatre sur les neuf cliniques de SSR de la FPAK. Deux cliniques offraient déjà des services de PTME et sept offraient des services de CDV.

### L'approche du projet

Le projet s'appuyait sur quatre éléments clefs:

- Le renforcement des capacités de la FPAK.
- La prestation effective de services.
- La demande des services et la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées par la maladie.
- La recherche, le suivi et l'évaluation.

### L'évaluation de l'état de préparation du site

L'évaluation visait à mesurer le site actuel et sa prédisposition du programme (forces et faiblesses) à lancer, gérer et pérenniser des programmes de thérapie ARV, en utilisant les CDV et la PTME comme points d'entrée dans les cliniques sélectionnées de la FPAK. Elle a aussi commencé à élaborer des stratégies spécifiques au site pour lancer, gérer et pérenniser les programmes de thérapie ARV.

L'évaluation s'est déroulée en février 2005. Suite à une revue littéraire complète, des outils d'évaluation ont été mis au point en tenant compte de six principaux aspects de la thérapie ARV :

- L'expérience et les capacités des dirigeants et des organes de gestion.
- Les services et la prise en charge clinique.
- Le suivi et l'évaluation.
- Les capacités des ressources humaines.
- Les capacités du service de laboratoire.
- La gestion et l'achat des médicaments.

### Formation du personnel

Une équipe de base de prestation de services (un membre provenant de chacun des quatre sites et trois du siège de la FPAK) a suivi une formation en prise en charge des patients du VIH/SIDA en Afrique du Sud. Avec d'autres Kenyans spécialisés dans la formation en prise en charge des patients du VIH/SIDA, cette équipe a ensuite conçu et animé une formation en cascade en deux ateliers de six jours à l'intention des autres employés de l'association. Ce fut également l'occasion de mettre au point, ensemble, des outils de prestation de services, par exemple des directives et procédures pour le choix et le suivi des clients.

D'autres initiatives de formation ont porté sur :

- La formation en gestion de programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
- La formation en d'autres compétences spécialisées telles que les conseils en matière d'application rigoureuse de la thérapie.
- La formation expérimentale en mentorat.
- La formation, au niveau des communautés, de personnes ressources telles que les distributeurs de contraceptifs, les pairs éducateurs, et les PVVIH/SIDA pour mobiliser et soutenir d'autres PVVIH/SIDA.

### Offre de services élargis

La FPAK a dû réorganiser ses services pour permettre l'introduction de la thérapie ARV. Il a en effet fallu offrir des services plus intégrés d'appui psycho-sociologique et psychosocial, assurer un suivi plus rigoureux des clients et introduire des procédures d'achat d'antirétroviraux et d'équipements supplémentaires tels que des réfrigérateurs et des ordinateurs.

La FPAK fait payer des frais nominaux pour les services courants de SSR afin de motiver les usagers à accorder de la valeur aux services et à s'y prêter. La thérapie ARV n'est pas gratuite, mais grâce au programme de subvention du gouvernement, elle est offerte à un dixième du prix pratiqué sur le marché. Le traitement des IST et des IO fait partie intégrante des services médicaux courants et des frais facturés par les cliniques.

"La santé de la reproduction, le VIH et la pauvreté sont si étroitement liés que l'on doit les aborder de manière intégrée." (Dr Joachim Osur, médecin à la FPAK).

### Creating awareness about the ART programme

La FPAK a voulu accroître la visibilité de ses services de prise en charge et d'appui dans la lutte contre le VIH/

SIDA ainsi que leur demande par les clients actuels, les autres prestataires de soins de santé, les services de VIH/SIDA et les autres groupes de soutien de VIH/SIDA. Voici quelques exemples des méthodes utilisées à cette fin :

- Entretien en tête-à-tête.
- Techniques d'éducation à la santé en milieu clinique.
- Plaquettes et affiches.
- Réunions des parties prenantes.

### Recherche, suivi et évaluation

Les principaux domaines de suivi et d'évaluation sont l'élaboration et le déroulement du projet, les prestataires de services, le processus d'intégration d'éléments de différents services, le suivi des clients et l'impact du projet sur la FPAK et ses services.



Le projet pilote comprenait un élément spécifique de 'recherche-action', initialement axé sur la **pharmacovigilance** – détection, évaluation, compréhension et prévention des effets indésirables des médicaments. La pharmacovigilance comporte des volets tels que l'utilisation des ARV par les femmes enceintes, les interactions possibles entre les ARV et les contraceptifs et le non-respect des traitements prescrits.

### Qu'est-ce qui a été réalisé ?

#### Prestation de services

Le projet pilote avait pour objectif de fournir des ARV à 100 clients par an aux cliniques de la FPAK à Nairobi West, Thika, Nakuru et Eldoret. Les statistiques d'octobre 2005 indiquent que depuis janvier 2005 :

- 1 722 clients se sont prêtés au dépistage (CDV) – 223 personnes ont été testées séropositives.
- Sur 328 femmes enceintes bénéficiant d'appui psycho-sociologique en matière de PTME et s'étant prêtées au dépistage du VIH, 20 ont été testées séropositives – elles ont toutes reçu le traitement de PTME à base de Névirapine.
- La thérapie ARV a commencé en juin 2005 – avant la fin octobre, 25 personnes avaient commencé une thérapie ARV.

**"La santé de la reproduction, le VIH et la pauvreté sont si étroitement liés que l'on doit les aborder de manière intégrée."**

Dr Joachim Osur,  
médecin à la FPAK

Une conseillère de personnes séropositives expliquant la PTME à un groupe de soutien à Nairobi West

## KENYA

**“Chez les jeunes Kenyans aujourd’hui, on pense que c’est ‘cool’ de connaître son statut sérologique. Ceux qui ne vont pas se faire dépister ne se sentent pas toujours dans le coup. ”**

Rufus Murerua, Coordinateur du centre de jeunes

**“Le VIH a ouvert le débat sur des choses qui n’étaient jamais discutées auparavant. Les gens veulent bien s’asseoir et dire: ‘Bon, parlons’. ”**

Rufus Murerua, Coordinateur du centre de jeunes

“Chez les jeunes Kenyans aujourd’hui, on pense que c’est ‘cool’ de connaître son statut sérologique. Ceux qui ne vont pas se faire dépister ne se sentent pas toujours dans le coup.”  
(Rufus Murerua, Coordinateur du centre de jeunes)

### Innovation et pratiques prometteuses

Ce projet est novateur en ce sens où il a commencé:

- À répondre au besoin criard d’accès à la thérapie ARV de patients issus de la clientèle habituelle de la FPAK mais aussi de clients se situant hors de cette clientèle traditionnelle, ce sur la base des structures en place et des opportunités de contact.
- À ouvrir la voie à la pharmacovigilance, un aspect largement ignoré dans le suivi des thérapies ARV au Kenya.
- À repositionner le VIH/SIDA comme composante à part entière de la SSR, et à promouvoir un modèle de prise en charge et d’appui intégrés aux services de SSR.
- À renforcer la capacité de la FPAK à offrir un service essentiel.

“Le VIH affecte presque tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive. L’on ne peut donc éviter d’en tenir compte.”  
(Dr Winifred Mwangi, Clinique de Nakuru)

### Quels enseignements ont-ils été tirés ?

#### Une vision plus large du traitement et de la prise en charge en matière de VIH/SIDA

La prise en charge et l’appui en matière de VIH/SIDA ne se limitent pas à la seule offre de thérapie ARV et de gestion des IST et des IO ; le concept initial du projet ne tenait pas compte de l’éventail des besoins en matière de prise en charge et d’appui tels que la prise en charge psychosociale, l’éducation continue et les groupes

de soutien aux personnes suivant un traitement. Ces besoins sont vitaux pour les personnes sous ARV, pour celles qui l’envisagent et pour celles qui n’en ont pas encore besoin. À la FPAK, l’expérience semble montrer que seuls 10 %, voire moins, des PVVIH/SIDA sous traitement ont réellement besoin d’antirétroviraux.

“Le VIH a ouvert le débat sur des choses qui n’étaient jamais abordées auparavant. Les gens veulent bien s’asseoir et dire: ‘Bon, parlons’. ”  
(Rufus Murerua, Coordinateur du centre de jeunes)

### Responsabilisation et participation des PVVIH/SIDA

Une plus grande implication des clients et leur responsabilisation pour assurer une participation plus efficace et plus soutenue sont tout aussi importantes dans la prestation de services de lutte contre le VIH/SIDA que dans la prestation de tout autre service traditionnel de la FPAK. En outre, cette approche soutient le principe international de la GIPA (participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA).

La participation des PVVIH/SIDA va désormais au-delà de leur simple implication comme volontaires:

- Des PVVIH/SIDA ont été recrutés comme employés salariés, même au niveau du Comité consultatif sur place, et ont intégré dans le Conseil consultatif de la FPAK.
- L’implication accrue des PVVIH/SIDA a renforcé leur sens de l’engagement vis-à-vis de ce projet qu’ils considèrent comme activité durable, avec des possibilités de plan de carrière, et a aussi réduit la stigmatisation et la discrimination de la part des autres employés.
- Les PVVIH/SIDA ont accru la crédibilité des services de lutte contre le VIH/SIDA offerts par la FPAK auprès des communautés desservies, des autres organisations de prestation de services anti-VIH/SIDA et, surtout, chez les autres personnes vivant avec le VIH/SIDA.



Un groupe de dispense de soins à domicile offrant de la nourriture et des conseils nutritionnels à Nakuru





Des clients de la FPAK recevant des conseils nutritionnels à Nakuru

### Subvenir aux coûts et aux besoins

Les soins complets de VIH/SIDA coûtent très cher – il faut planifier minutieusement afin de prendre en compte tous les éléments, il faut du temps pour adapter les équipements et les services et il faut investir d'importantes ressources pour lancer et pérenniser tous les services nécessaires. Il faut à cet effet nouer des partenariats de référence, mobiliser d'importantes ressources et assurer la participation de toutes les parties prenantes au processus de prise en charge et d'appui. Certains clients ne peuvent toujours pas se payer les services subventionnés de la FPAK, et un grand nombre de besoins restent non satisfaits.

L'IPPF et la FPAK se sont considérablement investies dans le projet. Des ressources ont été, à juste titre, consacrées à une évaluation détaillée sur place, à un processus participatif de conception de projet et à la mobilisation des ressources existantes et de nouvelles pour modifier les cliniques afin d'offrir un ensemble complet de services intégrés.

### Quels défis ont-ils été relevés ?

#### Capacité limitée des services de laboratoire

Un problème crucial auquel la FPAK doit faire face est la capacité limitée de son service de laboratoire, et notamment le manque d'une machine à mesurer les CD4 et d'un analyseur hématologique. Les efforts faits pour utiliser des services externes ont été contrecarrés par les pannes fréquentes des machines (surtout dans les hôpitaux gouvernementaux). En outre, il est impossible d'assurer le suivi des patient(e)s lorsque les laboratoires offrant les tests de CD4 utilisent différentes méthodes de mesure.

Bien que selon les directives de l'Organisation mondiale de la santé, les machines à mesurer les CD4 ne sont pas nécessaires dans un environnement pauvre en ressources, la FPAK envisage des alternatives pour améliorer la capacité de ses services de laboratoire et renforcer le suivi des patients.

### Coût de la prise en charge

Le défi permanent posé à la FPAK est de trouver les voies et moyens de faire face, en matière de traitement et de prise en charge des patients du VIH/SIDA, à des coûts tels que les frais de laboratoire, les besoins en matière de nutrition, le transport aux centres d'accueil et la gestion des groupes de soutien. Il a été envisagé des solutions telles que la collaboration avec les services de l'Etat, l'orientation vers des services spécialisés et la recherche d'un plus grand nombre de donateurs.

### Conception de programmes et de la formation

La FPAK continuera d'améliorer les directives de conception de programmes, les contenus et supports de formation intégrant suffisamment la SSR, la prévention et la prise en charge des patients du VIH/SIDA afin de pouvoir les appliquer à l'échelle nationale. Mais les opportunités limitées de formation pratique sur le tas constituent un point faible. Le système de mentorat a, d'une certaine manière, constitué un début de solution à ce problème, même si la distance entre les mentors et les employés ayant besoin d'appui reste un problème.

### Concurrence

Les autres prestataires de services anti-VIH/SIDA ont réservé à la FPAK un accueil assez mitigé et lui ont fait une certaine concurrence. A titre d'exemple, certains prestataires de services de thérapie antirétrovirale n'acceptent pas de stagiaires de la FPAK, et d'autres s'interrogent sur le rôle que joue une institution de planification familiale et de SSR dans la prestation de services de lutte contre le VIH/SIDA.

### Elargissement à partir du projet pilote

Cette période initiale de mise en oeuvre a permis de dégager des enseignements qui ont inspiré le processus d'élaboration d'une proposition afférente à un programme de consolidation et d'élargissement sur trois ans. Cette proposition prévoit une consolidation des services sur les quatre sites actuels et un élargissement vers les cinq autres cliniques de la FPAK (deux au cours de la deuxième année et trois pendant la troisième année).

# Rwanda



L'une des activités à but lucratif initiées par le groupe de soutien aux séropositifs du Rwanda

## Quels besoins le projet a-t-il satisfaits ?

Le projet pilote de Modèle de soins (Mds) du Rwanda est une initiative financée par la GTZ pour le compte de l'Association rwandaise pour le bien-être familial (ARBEF), qui est l'AM de l'IPPF. L'objectif du projet est d'augmenter à la fois l'accès et l'utilisation des services de prise en charge et d'appui en matière VIH/SIDA dont la prestation est assurée par des personnes vivant avec le VIH/SIDA et/ou affectées par la maladie.

La guerre civile des années 1990 a fait un million de morts ; c'est une tragédie dont les effets se font encore sentir dans la vie sociale, économique et politique du pays. La guerre a détruit les infrastructures, causé des traumatismes psychologiques énormes et engendré une forte mobilité de la population. L'on estime à environ 60 % le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté.

La situation sanitaire s'est sérieusement détériorée suite au génocide. La mortalité infantile est en nette progression : presque un enfant sur cinq (19,6 %) meurt avant l'âge de cinq ans. Le taux de prévalence du VIH/SIDA augmente rapidement et est aujourd'hui de 5,1 % (Rapport ONUSIDA, 2004). Dans le cadre de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA du gouvernement, les groupes à risque élevé d'infection du VIH, tels que les jeunes hommes et les jeunes femmes, les chauffeurs de camion, les travailleurs du sexe, ainsi que les soldats et autres fonctionnaires qui voyagent fréquemment, seront sensibilisés.

Un grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA a besoin d'être hospitalisé, ce qui met les structures sanitaires sous forte pression. L'accès à la thérapie antirétrovirale et au traitement des infections opportunistes (OI) est limité. Les quelques dispensaires sont confinés aux zones urbaines, et plus particulièrement autour de Kigali. Les coûts sont élevés, et de nombreux PVVIH/SIDA ne peuvent s'offrir le traitement. Le gouvernement a consacré des ressources à la réduction du prix des médicaments et à la mise au point de stratégies pour élargir l'accès. Cependant, même avec les subventions gouvernementales, la plupart des gens remplissant les conditions requises pour recevoir un traitement ne sont pas traités.

Le rôle de l'ARBEF est de compléter les efforts du gouvernement en matière de santé familiale en mobilisant l'opinion publique, en renforçant les structures de prestation de soins de santé familiale et en améliorant sa propre capacité institutionnelle. ARBEF offre des services de SSR complets et intégrés, y compris les CDV et la prise en charge, dans le cadre de son ensemble de services cliniques. 14,8 % des clients qui utilisent ses services intégrés de CDV sont séropositifs. Avant le projet, l'ARBEF disposait des capacités techniques, logistiques et en ressources humaines insuffisantes pour inclure la thérapie antirétrovirale dans son ensemble de services de SSR.

Le projet pilote annuel a été mis en place en septembre 2004 pour combler ces lacunes, améliorer le travail de base de l'ARBEF en matière de SSR et

contribuer à la prestation d'un ensemble complet de services de soins.

Le projet prévoit que toute personne testée séropositive sera orientée vers les hôpitaux d'Etat afin que son taux de CD4 soit mesuré et qu'il lui soit administré, le cas échéant, un traitement antirétroviral ; l'ARBEF assure le suivi des cas pour veiller à l'application rigoureuse du traitement et suivre de près les clients.

Les objectifs spécifiques du projet étaient les suivants:

- Renforcer la capacité de l'ARBEF à offrir aux PVVIH/SIDA des services de prise en charge et d'appui en matière de VIH/SIDA, y compris le traitement des IO et la dispense de thérapie antirétrovirale.
- Améliorer l'accès des patients du VIH/SIDA à la prise en charge et à l'appui dans deux cliniques de l'ARBEF.

## Comment ces besoins ont-ils été satisfaits?

Plusieurs cliniques de l'ARBEF offrent déjà des services de prise en charge et de traitement en même temps que des CDV et de la SSR dans différentes régions du pays. Le projet pilote ciblait les cliniques de l'association à Kigali et à Butare.

L'ARBEF est l'une des rares organisations du Rwanda capable d'accéder à une grande majorité des communautés rurales. Elle dispose de plusieurs cliniques de consultation externe, mais accède également aux communautés par le biais de distributeurs à base communautaire et de volontaires. Une nouvelle catégorie de volontaires est apparue : il s'agit des associations de PVVIH/SIDA qui rendent à d'autres PVVIH/SIDA des visites à domicile et leur offrent de l'appui en matière de nutrition et d'appui psycho-sociologique.

## Partenariats

Dans le cadre de l'intégration des services de CDV et de prise en charge dans son ensemble de soins cliniques, l'ARBEF a retenu quatre de ses associations ayant des PVVIH/SIDA pour partenaires, pour participer au projet pilote. Ce projet a aussi noué un partenariat avec les hôpitaux universitaires de Kigali (Hôpital central) et de Butare. Ces deux hôpitaux provinciaux sont chargés de superviser les structures sanitaires dans chacune des provinces du pays. En outre, le Centre de traitement et de recherche sur le SIDA (TRAC) doit servir de centre de référence en matière de services de laboratoire et de gestion de la thérapie antirétrovirale.

## Evaluation des sites

Une évaluation des cliniques de Butare et de Kigali a été effectuée en mars 2005 afin de mesurer le potentiel des sites à initier, gérer et pérenniser des programmes de thérapie antirétrovirale. Les cliniques de l'ARBEF ont donc été évaluées dans les domaines suivants:

- L'expérience et les capacités des dirigeants et des organes de gestion.
- Les services et la prise en charge clinique.
- Le suivi et l'évaluation.
- Les capacités des ressources humaines.

**“Avant de venir à l'ARBEF, je ne connaissais pas mon état sérologique. Quand j'ai fait le dépistage, on m'a dit que mon taux de CD4 était si bas que je devais prendre des médicaments de toute urgence. On m'a ensuite orientée vers le TRAC (Centre de traitement et de recherche sur le SIDA) où j'ai pu obtenir les médicaments requis ; j'ai désormais un nouvel espoir de vie.”**

Femme séropositive, travaillant désormais à l'ARBEF

- Les capacités du service de laboratoire.
- La gestion et l'achat des médicaments..

L'évaluation des sites a indiqué que les deux cliniques en étaient à la phase de planification en ce qui concerne la prestation de services de traitement antirétroviral. Elle a également révélé des obstacles majeurs en matière d'infrastructure, de personnel, de renforcement des capacités et de la logistique. Cependant, la longue expérience de l'ARBEF dans la mise en œuvre de programmes de planification familiale, et les liens tissés avec les communautés par les distributeurs à base communautaire, les associations de PVVIH/SIDA et le forum des ONG pour la lutte contre le VIH/SIDA, sont autant d'atouts importants pour la mise en place de ce projet. Le projet de Modèle de soins a apporté des améliorations aux structures, et notamment aux salles de réception pour la SSR et les CDV, construit des salles supplémentaires de conseils et acheté de nouveaux équipements de laboratoire. En outre, deux médecins ont été recrutés pour répondre à l'accroissement de la demande.

### Formation

Au nombre des activités de formation et de renforcement des capacités, l'on peut citer :

- Un atelier de formation de l'IPPF en Afrique du Sud consacré à la gestion clinique du VIH/SIDA, auquel ont participé quatre membres du personnel de l'ARBEF (deux médecins et deux infirmières de Butare et de Kigali).
- Un atelier sur la gestion de la thérapie antirétrovirale à laquelle ont participé deux membres du personnel de Kigali.
- Une formation en dispense de thérapie antirétrovirale et en gestion des IST et des IO à l'intention de 12 membres du personnel, dont des infirmier(ère)s et des conseiller(ère)s.
- Une formation en prestation de services intégrés (SSR et VIH/SIDA) à l'intention de 18 membres du personnel.
- Une formation en dispense de soins à domicile à l'intention de 60 volontaires issus des associations partenaires de PVVIH/SIDA.

## Qu'est-ce qui a été réalisé ?

### Impact d'un modèle à base communautaire d'orientation vers les centres spécialisés

L'ARBEF mène ses activités depuis 1986 et a commencé à offrir des services communautaires en 2001. Selon le personnel de l'association, le programme est devenu beaucoup plus efficace depuis que le projet de MdS a été lancé. Suite à ce lancement, le nombre de clients a plus que doublé. L'approche des MdS a introduit un système communautaire d'orientation vers les services spécialisés de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH/SIDA et des états cliniques qui s'y rapportent. Ce réseau d'orientation supposait l'application d'une prise en charge à la fois basée sur le client et sur la clinique.

L'ARBEF a continué de collaborer avec des associations de PVVIH/SIDA ayant, par le passé, travaillé sur des sujets tels que la sensibilisation sur le VIH/SIDA, la communication pour le changement de comportement, l'élaboration de documentation (communication et autres), et la mise en place d'activités à but lucratif. Dans le cadre du projet pilote, les associations de PVVIH/SIDA ont participé à l'identification de volontaires communautaires et assuré l'échange d'informations entre les conseiller(ère)s et les infirmier(ère)s basé(e)s dans les cliniques et les communautés rurales. Ces visites sont l'occasion d'administrer le traitement des IO et de veiller à l'application rigoureuse du traitement par les personnes sous thérapie antirétrovirale.

“Avant de venir à l'ARBEF, je ne connaissais pas mon état sérologique. Quand j'ai fait le dépistage, on m'a dit que mon taux de CD4 était si bas que je devais prendre des médicaments de toute urgence. On m'a ensuite orientée vers le TRAC (Centre de traitement et de recherche sur le SIDA) où j'ai pu obtenir les médicaments requis; j'ai désormais un nouvel espoir de vie.”

(Femme séropositive, travaillant désormais à l'ARBEF).

Le réseau d'orientation des patients et la dispense de soins à domicile ont favorisé la réduction du nombre des hospitalisations.



Des clients attendant des CDV à Kigali.

## Augmentation des ressources humaines

Le développement et le renforcement des capacités en ressources humaines, en vue d'intégrer les soins anti-VIH/SIDA et les services d'appui et de traitement des IO, ont beaucoup amélioré les deux cliniques. Un médecin à temps partiel se rend trois fois par semaine à la clinique de Butare, et un médecin à temps plein a été recruté pour travailler à la clinique de Kigali. Des techniciens de laboratoire à plein temps ont également été recrutés. Les activités de proximité ont été renforcées par la formation et le déploiement de volontaires communautaires pour des activités liées aux soins à domicile.

## Amélioration de la réaction du public

150 séances d'éducation à la santé sur la thérapie antirétrovirale et les IO ont été organisées sur les deux sites, et 250 prospectus et 50 affiches sur la thérapie antirétrovirale ont été distribués. Ces campagnes d'éducation et de communication ont entraîné une augmentation de la demande de CDV et des autres services y afférents au niveau des deux cliniques.

A Kigali, l'ARBEF a, par exemple, enregistré une augmentation de 53 % du nombre de ses clients qui est passé de 160 à 300 aujourd'hui. Cette augmentation serait encore plus importante si des contraintes logistiques ne freinaient pas la demande.

## Appui en assurance-maladie

Le projet de MdS apporte de l'appui aux familles de personnes vivant avec le VIH/SIDA et/ou affectées par la maladie afin qu'elles puissent avoir accès au traitement et à la prise en charge:

- Dans huit quartiers de Kigali et Butare, les communautés participent à l'identification de familles n'ayant pas les moyens de payer pour les services de santé.
- Le projet prend en charge 85 % de toutes les dépenses de santé pour un maximum de sept membres d'une même famille, grâce à la mutuelle instituée par l'Etat et dont le but est de réduire les dépenses de santé des ménages.
- Les clients obtiennent une carte d'assurance-maladie après s'être rendus dans l'une des cliniques de l'ARBEF, ce qui leur permet d'accéder, grâce au système de mutuelle, aux services de santé gratuits dans les dispensaires publics. Il faudra élaborer et appliquer des critères clairs de sélection des bénéficiaires, car la demande est bien plus forte que l'offre.

L'appui en assurance-maladie offert par le projet pilote a permis de garantir à la plupart des PVVIH/SIDA la poursuite de leur traitement contre les IO, et également permis à certains d'entre eux de connaître la thérapie antirétrovirale au Centre de recherche et de traitement sur le SIDA.

## Quels enseignements ont-ils été tirés ?

### Suivi limité

Le suivi des clients résidant dans des secteurs où il n'existe pas d'associations partenaires ou de volontaires formés est limité. Dans ces cas-là, le suivi est quasiment nul. En outre, les orientations vers le TRAC ne sont pas documentées de façon appropriée (absence de retours). Les formulaires d'orientation vers les services spécialisés, dont le TRAC, ne sont pas renvoyés à l'ARBEF, qui doit donc compter sur les clients qui reviennent à la clinique ou sur les rapports des volontaires communautaires.

### Avantages des activités communautaires de proximité

L'approche à base communautaire de l'ARBEF a permis d'accroître le taux de couverture et l'efficacité des services. L'implication de la communauté s'est avérée cruciale à la réussite du programme. Elle a, par exemple:

- Contribué à la réduction de la stigmatisation des PVVIH/SIDA.
- Accru le taux d'utilisation des services de lutte contre les IST grâce à la bonne distribution de contraceptifs tels que les préservatifs par des associations communautaires.
- Résulté en un partenariat solide avec les dirigeants locaux qui contribuent au suivi des activités du projet.

"Si l'ARBEF ne m'avait pas orienté vers un traitement antirétroviral, c'en serait fini de moi, aujourd'hui. Qui se serait occupé de mes enfants ? " (Un homme séropositif en zone rurale).

### Pérennité du projet

Pour que le projet puisse être durable, il faut disposer de suffisamment d'équipements et de médicaments. L'évolution du projet semble dépendre de son intégration dans les structures existantes de l'ARBEF. Cependant, il faudra envisager un autre projet pour lui succéder afin d'assurer la continuité à la fin de la période du projet pilote.

Au bout du compte, la réussite du projet dépendra de la capacité accrue du personnel à gérer les services de traitement antirétroviral. Il est aussi nécessaire de former un plus grand nombre d'agents en dispense de soins et en gestion communautaire, et ce, en sus d'une formation clinique en gestion des IO. Le projet pilote a permis de se rendre compte de l'importance de compétences pratiques appropriées. A titre d'exemple:

- Bien que le personnel non médical chargé de la coordination puisse veiller au succès de l'approche communautaire, il ne sera sans doute pas capable de superviser le personnel clinique et médical du projet.
- Un coordinateur basé à la clinique de Kigali pourrait ne pas disposer des capacités qu'il faut pour superviser la clinique de Butare.

**"Si l'ARBEF ne m'avait pas orienté vers un traitement antirétroviral, c'en serait fini de moi, aujourd'hui. Qui se serait occupé de mes enfants ? "**

**Un homme séropositif en zone rurale**

Une cliente en séance d'appui psycho-sociologique avec une infirmière à Kigali



### Quels défis sont-ils abordés ?

#### Insuffisance des ressources humaines et des infrastructures

Le manque d'investissement dans les ressources humaines fut l'un des principaux facteurs ayant entravé la mise en œuvre du projet. En dehors des techniciens de laboratoire et des médecins, le projet s'est appuyé sur le personnel existant, quoique l'évaluation de site ait signalé que le manque de capacité du personnel représentait l'un des obstacles majeurs à l'introduction d'un programme de traitement antirétroviral.

Face la demande sans cesse croissante de ses clients, dont le nombre est lui-même en augmentation, l'ARBEF s'est retrouvée à court d'espace pour assurer ses services. A titre d'exemple, les salles de consultation (laboratoire et conseils) sont petites et peuvent compromettre la confidentialité. Les frais de location de locaux supplémentaires de bureaux constitue aussi un problème en ce qu'ils absorbent des sources potentielles de financement qui auraient pu être consacrées à des priorités telles que le développement du personnel.

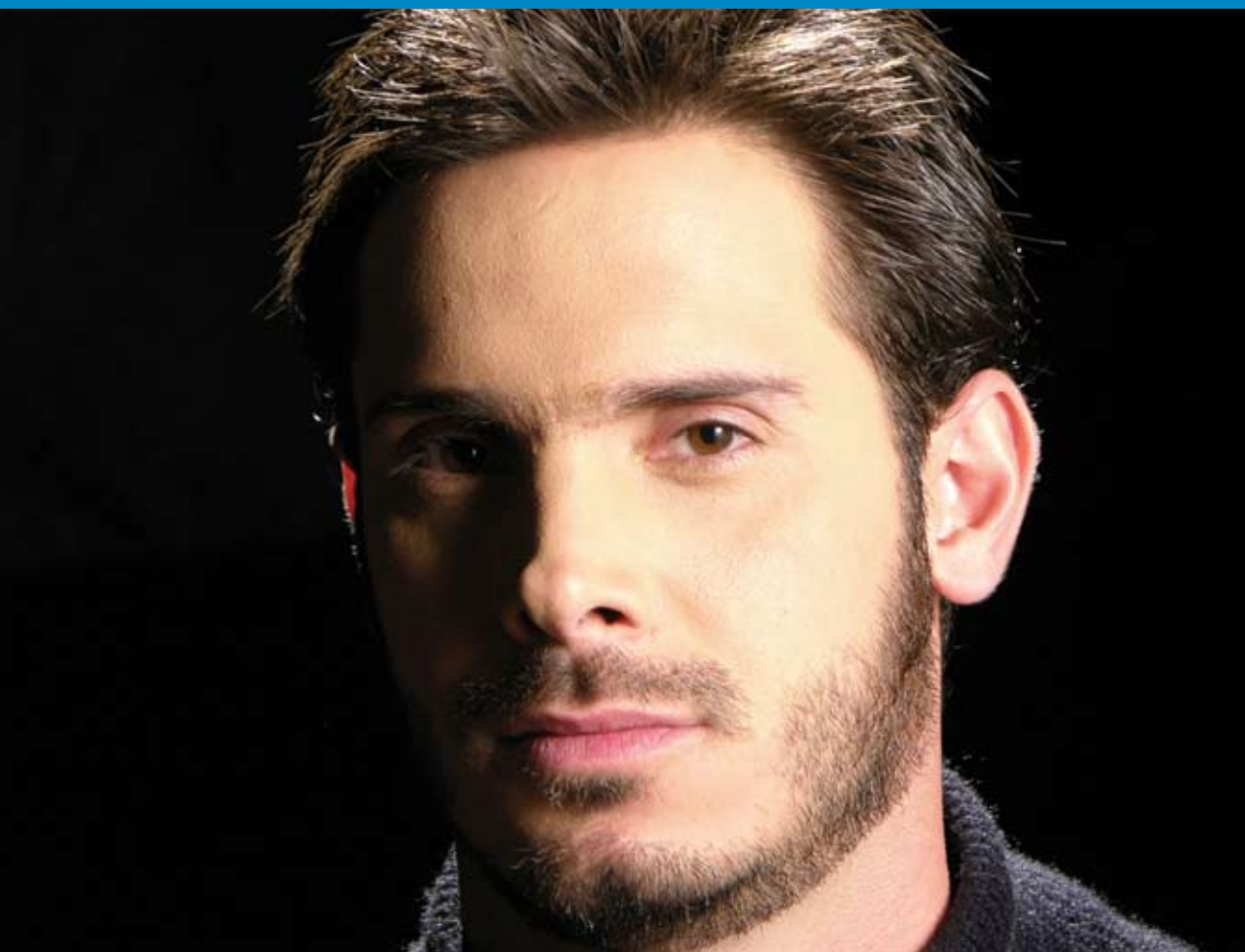
#### Amélioration du système d'orientation vers des centres spécialisés

L'efficacité du système d'orientation dépendra l'engagement accru de toutes les parties prenantes à sa planification et à sa mise en œuvre. Le centre de recherche et de traitement du VIH devra aussi régulièrement fournir des informations en retour à ARBEF afin d'améliorer le suivi des clients.

#### Possibilité d'offrir la thérapie antirétrovirale dans les cliniques de l'ARBEF

Le projet pilote a considérablement accru les activités d'éducation, de prise en charge et d'appui de l'ARBEF plutôt que d'instituer la prestation directe de thérapie antirétrovirale. Bien qu'il y ait un suivi et un meilleur traitement des IO, le personnel du projet estime que la prestation de thérapie antirétrovirale permettrait d'assurer un suivi plus rigoureux des clients.

# Colombie



Matériel d'IEC mis au point par PROFAMILIA pour sa campagne sur les HRSH en Colombie



## COLOMBIE

## Quels besoins le projet a-t-il satisfaits ?

Le projet de **Promotion des droits en matière de sexualité et la prévention du VIH/SIDA chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) en Colombie** est une initiative pilote innovante financée par la GTZ et gérée par PROFAMILIA (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana), qui est l'AM de l'IPPF en Colombie.

Dans de nombreuses régions d'Amérique latine, les rapports sexuels entre hommes et la consommation de drogues injectables constituent les vecteurs les plus courants de la transmission du VIH. En Colombie, alors que le taux d'infection du VIH chez l'adulte est relativement bas (0,4 %), il passe est de 18 % chez les HRSH (étude de la prévalence du VIH réalisée par l'Instituto Nacional de Salud, 2000). Dans les années 1980, PROFAMILIA, l'AM de l'IPPF en Colombie, a lancé ses activités de prévention du VIH/SIDA, au nombre desquelles des activités éducatives et la distribution de préservatifs dans un large éventail de milieux.

En 1991, PROFAMILIA a commencé à offrir des services de dépistage du VIH dans le cadre des CDV. Les homosexuels et les travailleurs du sexe constituaient la majorité du premier groupe de personnes vivant avec le VIH. L'épidémie a ensuite touché des groupes qui, au départ, n'avaient pas été jugés vulnérables : il s'agit des hétérosexuels des deux sexes. Le ratio femme/homme ayant contracté le VIH est passé de 1:20 (années 1980) à 1:10 (années 1990) puis à 1:3 aujourd'hui (Instituto Nacional de Salud, 2003). Les études de PROFAMILIA montrent que les femmes, qu'elles soient jeunes ou âgées, n'exigent pas de leurs partenaires masculins qu'ils utilisent des préservatifs, et ce, pour des raisons culturelles, notamment dans les cas de relations stables. Les jeunes Colombiens de moins de 19 ans éprouvent des difficultés à parler de sexualité et à négocier l'utilisation du préservatif, et choisissent souvent de ne pas en utiliser en « signe d'amour » (PROFAMILIA, 2002). En 2002-2003, la stratégie de PROFAMILIA en matière de lutte contre le VIH/SIDA a ciblé les adolescents à travers la production d'une série de clips vidéos qui prônaient la sexualité responsable en abordant des sujets tels que la prévention des IST et du VIH, la négociation sur l'utilisation du préservatif et la prévention des grossesses.

PROFAMILIA a diversifié sa stratégie VIH/SIDA en 2004 avec un programme d'intégration du VIH/SIDA dans tous ses services. Ce fut le début d'un programme de santé sexuelle et de sensibilisation sur l'égalité des sexes visant à coordonner les projets et activités liés au VIH/SIDA, au genre et à la diversité sexuelle, programme qui comprenait aussi un volet destiné aux HRSH.

L'objectif du projet pilote financé par la GTZ et l'IPPF consistait, dans le cadre de la défense des droits en matière de SSR, à réduire la stigmatisation et la discrimination, améliorer l'accès aux services de santé pour les HRSH, et réduire la mortalité due au VIH/SIDA. Les objectifs spécifiques étaient les suivants:

- Accroître l'accès à des informations de qualité sur le VIH/SIDA et les IST dans les 35 centres de soins de PROFAMILIA – y compris les besoins des populations HRSH.

- Améliorer les stratégies de prestation de services de lutte contre le VIH/SIDA et les IST de qualité dans 5 centres de PROFAMILIA – y compris les besoins spécifiques des populations HRSH.
- Grâce aux enseignements tirés, adapter et mettre au point des services adaptés aux besoins spécifiques des HRSH en matière de SSR.

## Comment ces besoins ont-ils été satisfaits ?

## Planification du projet

PROFAMILIA a pris contact avec **Colombia**

**Diversa**, une organisation partenaire qui travaille sur la diversité sexuelle, et procédé à une revue littéraire des ouvrages publiés en Colombie et en Amérique latine sur la masculinité, la sexualité, les pratiques sexuelles, l'érotisme et le VIH/SIDA.

Un document conceptuel fut rédigé pour servir de base au contenu de la formation, à l'élaboration des supports et à la mise au point de stratégies d'amélioration de la prestation de services. À l'aide de listes de contrôle et de questionnaires, PROFAMILIA a rassemblé des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel.

A titre d'exemple:

- La plupart des centres ne disposaient pas d'informations suffisantes sur les personnes les plus vulnérables à l'infection du VIH/SIDA au sein de leur communauté.
- Le personnel était toujours inquiet à l'idée de travailler avec des personnes vivant avec le VIH.

## Formation en sensibilisation et élaboration de protocole

PROFAMILIA a animé 14 ateliers pour plus de 200 prestataires de services dans ses 35 dispensaires. Les ateliers de trois jours ont été conçus et animés avec l'appui de **Colombia Diversa** et de **Mujeres al Borde**. Ils visaient à:

- Former le personnel en intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans les services qu'ils offrent.
- Promouvoir les droits en matière de sexualité et la prévention du VIH chez les HRSH et leurs partenaires.
- Sensibiliser le personnel sur la diversité sexuelle et la sexospécificité.

Les recommandations des ateliers ont ensuite été consolidées pour produire un protocole sur la SSR intitulé **Genre, sexualité, et diversité sexuelle dans la prestation de services de SSR**, ainsi qu'un guide sur les **Stratégies de prévention du VIH/SIDA dans les cliniques de PROFAMILIA**.

## Information, éducation et communication

PROFAMILIA a collaboré avec une agence locale de publicité, des groupes thématiques et des participants à ses ateliers pour élaborer des supports d'information et de promotion. Les efforts de sensibilisation des médias et de formation visaient à promouvoir chez les HRSH une plus grande utilisation des services offerts par ses cliniques. Les supports



ont été conçus de façon à toucher divers publics au nombre desquels:

- Les hommes qui s'identifient comme étant homosexuels.
- Les hommes qui se retrouvent dans des milieux homosociaux tels que les prisons, les garnisons militaires et les internats.
- Les partenaires de sexe féminin.

PROFAMILIA a conçu des supports pour chacun de ces groupes de personnes:

- Des cartes postales promotionnelles avec des bons d'accès à ses services et de la publicité dans les revues homosexuelles et les clubs pour bisexuels.
- Des brochures d'information et des cartes postales avec bons d'accès à ses services pour les hommes vivant dans des milieux homosociaux.
- Des spots radio sur la négociation de l'utilisation du préservatif et de la documentation de CDV pour les femmes.

## Qu'est-ce qui a été réalisé ?

### Messages créatifs et ciblés

Des messages appropriés et spécifiques ont été mis au point pour informer chaque groupe cible sur le VIH/SIDA et l'attirer vers les services de PROFAMILIA.

Les messages publicitaires destinés aux **gays** développaient le concept de la prévention et offraient des services intégrés de SSR. La publicité destinée aux hommes vivant dans des **milieux non mixtes** traitait de l'identité sexuelle, de la SSR et de la prévention du VIH/SIDA. Les messages destinés aux **femmes** encourageaient leur habilitation à exiger la protection lors des rapports sexuels, et abordaient de manière approfondie la sexualité et la féminité dans son essence même.

Des slogans créatifs ont été élaborés pour chaque population:

- Pour les gays: **L'homme le plus masculin VIT sa sexualité !** Le verbe 'vivre' renvoie ici à l'épanouissement et au plaisir mais également à l'idée que "pour vivre, je dois me protéger".
- Pour les hommes vivant en milieu non mixte: **L'homme le plus masculin prend soin de sa santé et protège sa vie !** L'idée ici est de toucher les hommes qui pensent à eux avant de penser à leurs partenaires.
- Pour les femmes: **L'homme le plus masculin dit OUI à la protection !** Le message vise à encourager les femmes à suggérer à leurs partenaires qu'ils utilisent un préservatif.

En espagnol, l'expression leitmotiv « l'homme le plus masculin (**El hombre mas hombre**) a une double signification: elle renvoie à l'homme dans toute sa masculinité bien sûr, mais pourrait également faire penser à deux hommes ensemble.

### Analyse des pratiques à risque

Le projet a permis d'étudier les pratiques à risque qui se cachent derrière les rôles traditionnels respectifs de l'homme et de la femme.

Par exemple:

- Un grand nombre de relations homosexuelles ont lieu dans le secret ; elles sont souvent niées et rarement protégées.
- En milieu non mixte, de nombreux hommes estiment qu'ils sont « contraints » d'avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes comme moyen de défense.
- Certains HRSH estiment qu'ils jouent un rôle 'actif' avec leurs partenaires masculins ou féminins sans penser qu'ils font prendre des risques à leurs partenaires.

L'expérience des femmes qui utilisent les services de PROFAMILIA attire l'attention sur les risques auxquels doivent faire face les femmes qui sont des partenaires potentielles d'HRSH:

Question:

"Pourquoi dites-vous qu'apparemment vous savez quand votre mari est fidèle ?"

Réponse:

"Bon, disons que dans mon cas, il est loin, et là-bas, il est entouré d'hommes... Je dirais que la plupart des hommes ont des aventures... Je ne sais pas comment Dieu nous a créés, nous pour l'homme et l'homme pour la femme, nous acceptons les choses. Malheureusement, surtout pour les femmes, c'est la loi et c'est la tradition, et c'est ainsi que nous sommes, et la tradition va se poursuivre."

### Nouer des partenariats

PROFAMILIA a développé d'étroites relations avec la population lesbienne, gay, bisexuelle et transsexuelle (LGBT). Ceci a conduit les groupes de LGBT à solliciter les services de PROFAMILIA et contribué à la planification stratégique et à la mise en œuvre du projet. Plus particulièrement, la participation de Colombia Diversa aux groupes de réflexion a permis de comprendre les besoins spécifiques de la population des HRSH et encouragé le débat autour d'un grand nombre de thèmes concernant la diversité sexuelle, la sexualité et des droits.

Le projet a également noué d'étroites relations de travail entre les prisons et bataillons d'hommes et les services de PROFAMILIA. Ces partenariats ont permis de mieux comprendre ce type de public et les facteurs inhérents au risque de transmission du VIH.

### Suivi et documentation du projet

Ce projet a été suivi et documenté dans le but d'en tirer des enseignements, de renforcer les interventions et d'en faire un modèle que les autres AM de l'IPPF pourraient reproduire. PROFAMILIA a ainsi rendu compte de l'évolution du projet, de ses succès, de ses difficultés et des besoins en assistance technique. Un protocole et un guide ont été mis au point sur la base des résultats des ateliers de formation. En outre, pour échanger les expériences du projet, PROFAMILIA compte bientôt publier un ouvrage intitulé **Género y VIH, prevención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en Colombia (Genre et VIH: prévention du VIH/SIDA chez les HRSH en Colombie)**.



**“Pour les ateliers avec le personnel de PROFAMILIA, nous avons utilisé des films d’Amérique latine. Nous avons sélectionné des films illustrant cinq situations faisant partie de l’expérience des HRSH. C’est le cas, par exemple, de l’histoire d’un homme marié ayant des rapports sexuels avec de jeunes hommes ; de la situation à laquelle est confronté un homme vivant en milieu non mixte ; et des diverses expériences de jeunes ayant fait l’objet d’exploitation sexuelle – ce qui permet d’ouvrir le débat sur les clients potentiels”.**

José Fernando Serrano,  
Proyecto Colombia Diversa

## Quels enseignements ont-ils été tirés ?

### Faire parvenir le message aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Travailler avec les HRSH va bien au-delà de la seule question de la sexualité. Dans le contexte colombien, il est important d’intégrer le genre, les rôles hommes/femmes, l’identité sexuelle, le contexte socioculturel, la pression exercée par les autres et les droits. Ces sujets requièrent d’une part une analyse scrupuleuse des pratiques et des droits des HRSH et, d’autre part, des consultations avec les organisations collaborant avec les LGBT et les PVVIH.

La population des HRSH n’est pas située en lieu spécifique. Elle est très diversifiée et comprend des groupes tels que les gays, les bisexuels et les hommes vivant dans des milieux homosociaux. La reconnaissance de cette diversité permet de définir différentes stratégies pour faire parvenir le message aux HRSH.

### Une communication sensible

La stratégie de communication doit se fonder sur les droits, le genre et l’expérience de la sexualité dans le langage quotidien. Par exemple, n’importe quelle femme pourrait avoir pour partenaire un HRSH mais rares sont celles qui pensent que cela pourrait leur arriver. Pour cette raison, tout message destiné aux femmes doit tenir compte des questions de genre, de négociation de l’utilisation du préservatif et de la promotion du dépistage du VIH, et éviter de suggérer que leur partenaire pourrait avoir des relations avec un autre homme.

L’élaboration d’un projet de cette nature devrait être soutenu par les organisations de LGBT, car leurs connaissances viendront enrichir la stratégie de communication. La capacité de PROFAMILIA à adapter des slogans et des messages et à concevoir des supports conventionnels et non conventionnels a permis au projet de plaire et de faire parvenir son message à des populations diverses. Une page web a été créée autour de l’histoire de trois personnages et de leurs démêlés avec des problèmes tels que leurs pratiques et identités sexuelles et leurs perceptions des risques.

### Ecouter les expériences et les besoins des personnes

Il est essentiel de fonder les débats de l’atelier et le contenu des supports sur l’expérience et la réalité locale des LGBT et des autres personnes vivant avec le VIH. Des projets tels que celui-ci doivent être l’occasion de mesurer le niveau de stigmatisation et de discrimination des utilisateurs lorsqu’ils entrent en contact avec les prestataires de services. Les données recueillies seront une source utile d’informations lorsqu’il s’agira d’améliorer la prestation des services. “Pour les ateliers avec le personnel de PROFAMILIA, nous avons utilisé des films d’Amérique latine. Nous avons sélectionné des films illustrant cinq situations faisant partie de l’expérience des HRSH. C’est le cas, par exemple, de l’histoire d’un homme marié ayant des rapports sexuels avec de jeunes hommes; de la situation à laquelle est confronté un homme vivant en milieu non mixte; et des diverses expériences de

jeunes ayant fait l’objet d’exploitation sexuelle – ce qui permet d’ouvrir le débat sur les clients potentiels.” (José Fernando Serrano, Proyecto Colombia Diversa)

### Réagir à la différence

La perception des pratiques sexuelles chez les hommes varie d’une région à une autre au sein du pays. Il y a une résistance très claire dans certains secteurs où les modèles de masculinité sont beaucoup plus rigides et hétérosexistes. Il est donc très important de tenir compte des facteurs locaux lorsque l’on pense à s’attaquer à des sujets liés à la sexualité, à la diversité sexuelle et au genre. PROFAMILIA doit aussi tenir compte des besoins spécifiques d’autres groupes cibles tels que les transsexuels.

La sensibilisation sur le VIH/SIDA des HRSH et des femmes dont le partenaire est un HRSH doit être complétée par des services appropriés assurés par un personnel qualifié et capable de satisfaire leurs besoins en matière d’appui psych-sociologique, d’éducation et de services.

### Quels défis sont-ils abordés ?

Pour relever les défis identifiés, PROFAMILIA a commencé à :

- Mettre au point de nouvelles approches et stratégies afin de toucher les groupes cibles concernés par l’homosexualité qui se sentent impuissants ou défavorisés de quelque manière en matière:
- D’accès à l’éducation sur la prévention et les préservatifs.
- De culpabilité en ce qui concerne l’identité sexuelle, ce qui conduit à un comportement autodestructeur.
- De perception que les risques sont absents ou limités selon certains actes sexuels.
- D’obligation de bien réagir sexuellement ou de répondre à avances sexuelles dans des environnements tels que les prisons.
- De limitation des capacités de négociation de rapports sexuels sans risque.
- De valeurs profondément ancrées sur la masculinité et la féminité.
- Créer une stratégie visant à tisser des liens entre la population transsexuelle et le projet et à engager les transsexuels dans le strict respect de leur identité sociale.
- Améliorer les systèmes de suivi afin de traquer l’épidémie du VIH/SIDA et mesurer les progrès réalisés par le projet dans la satisfaction des besoins en éducation, en prise en charge et en traitement de ses publics cibles.
- S’efforcer d’assurer la viabilité financière du projet afin de garantir sa continuité. Le projet a généré des attentes en ce qui concerne l’engagement de PROFAMILIA à collaborer avec les PVVIH et les LGBT.

**El hombre  
MAS  
hombre**



**iCuida su salud y protege su vida!**

**Profamilia**  
Para una vida sexual plena



Línea de Información Gratuita 01 8000 110 900  
[www.elhombremashombre.com](http://www.elhombremashombre.com) [www.profamilia.org.co](http://www.profamilia.org.co) Correo: [info@profamilia.org.co](mailto:info@profamilia.org.co)

## VIH/SIDA: la vulnérabilité, les droits et les jeunes

### Quels étaient les objectifs de cet atelier ?

Un rapport mondial d'ONUSIDA a estimé à 38 millions le nombre de PVVIH/SIDA à la fin de l'année 2003, et plus d'un quart (soit 10 millions) de ces personnes appartiennent à la tranche d'âge de 15 à 24 ans. Les jeunes sont vulnérables à l'infection à VIH pour des raisons culturelles, structurelles et biologiques. Pour concevoir des programmes susceptibles de prévenir efficacement la transmission du VIH, il nous faut comprendre ce qui rend des jeunes beaucoup plus vulnérables au virus, et nous devons aussi être à même d'identifier et de faire parvenir le message aux populations de jeunes qui sont les plus vulnérables.

L'IPPF et la GTZ ont satisfait ce besoin en initiant un stage de formation destiné aux professionnels de terrain travaillant spécifiquement avec les jeunes. Fortes de 12 ans d'expérience dans l'organisation de stages de ce genre, l'IPPF et la GTZ ont conçu un stage dynamique de deux semaines destiné à des participants du monde entier. Le titre - **VIH/SIDA: la vulnérabilité, les droits et les jeunes** – évoque les objectifs du stage qui eut lieu à Johannesburg, Afrique du sud, en novembre 2004.

Les 28 participants, venus de divers horizons, avaient en commun l'intérêt pour la santé et les droits des jeunes en matière de sexualité et de reproduction. Ce stage visait à :

- Donner aux participants un cadre pour comprendre la vulnérabilité des jeunes.
- Les encourager à observer la sexualité des jeunes du point de vue des droits.
- Renforcer leurs capacités à combattre la vulnérabilité des jeunes au VIH/SIDA dans divers contextes et régions du monde.

Deux consultants en évaluation ont animé une évaluation externe du stage au cours du second semestre de l'année 2005 afin, d'une part, de documenter l'impact du stage sur les participants et les AM et, de l'autre, d'orienter l'IPPF quant aux voies et moyens de développer et d'améliorer ce stage à l'avenir.

### Comment le stage et son évaluation ont-ils été conçus ?

Avant le stage, il a été procédé à une évaluation des besoins pour contribuer au contenu et à la méthodologie du stage. Grâce à cette évaluation, le contenu de l'atelier a pu, dans la mesure du possible, permettre aux participants :

- D'améliorer leur compréhension du contexte

mondial, des tendances et de l'impact de la pandémie du VIH/SIDA.

- De comprendre la vulnérabilité et les voies et moyens d'initier des programmes exhaustifs la combattre, tout en assurant la pleine participation des groupes vulnérables.
- De renforcer leur engagement à satisfaire les besoins en SSR et en développement des groupes et individus les plus vulnérables.
- De développer des aptitudes à créer des programmes sexo-spécifiques et basés sur les droits afin d'atténuer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- D'étudier des approches d'intégration du VIH/SIDA à la SSR et aux droits qui s'y rapportent, ainsi que les défis à cette intégration.
- De comprendre et améliorer l'accès aux services contenus dans le continuum de soins anti-VIH/SIDA.
- D'échanger des expériences sur les projets innovants visant à combattre la vulnérabilité et visiter de tels projets.

Quatre questions clefs ont orienté l'évaluation de ce stage :

- Quels changements le stage a-t-il suscités chez les participants quant à :
  - Leurs connaissances sur la vulnérabilité au VIH/SIDA ?
  - Leurs aptitudes à combattre la vulnérabilité au VIH/SIDA ?
  - L'appui dont ils ont besoin pour combattre la vulnérabilité au VIH/SIDA ?
- Quel a été l'impact de la conception et de la mise en œuvre du stage sur la capacité des participants à atteindre les objectifs du stage ?
- Suite au stage, quels ont été les changements apportés aux programmes et politiques des AM pour combattre la vulnérabilité au VIH/SIDA ?
- De quelles capacités supplémentaires les AM ont-elles besoin pour combattre la vulnérabilité au VIH/SIDA ?

Les consultants ont élaboré pour les participants un questionnaire contenant des questions fermées destinées à mesurer les changements intervenus dans les principales techniques enseignées pendant le stage. Les questions ouvertes demandaient aux participants comment certains éléments de la formation pouvaient être améliorés et comment ils avaient appliqué les enseignements du stage dans leur travail. Les questionnaires ont été suivis d'entretiens téléphoniques afin de déterminer comment les acquis de la formation étaient intégrés aux programmes et politiques des AM, et le type de capacités que les AM doivent renforcer pour travailler avec les jeunes vulnérables.

## Quels ont été les principaux résultats de ce stage ?

D'une manière générale, les participants ont apprécié les approches innovantes proposées par ce stage pilote pour collaborer avec les jeunes dans la lutte contre le VIH/SIDA. Voici quelques-uns des résultats spécifiques de l'évaluation:

- Le stage a permis aux AM participantes de cibler, dans leurs programmes de lutte contre le VIH/SIDA, les plus vulnérables parmi leurs populations. Les participants ont affirmé qu'ils devaient cibler les jeunes les plus vulnérables au VIH/SIDA, puis œuvrer pour les impliquer et concevoir des programmes adaptés à leurs besoins.
- Les modules du stage sur le risque par rapport à la vulnérabilité et sur la stigmatisation et la discrimination ont fait forte impression sur les participants. "Pour moi, c'était incroyable de voir... que différents facteurs affectent la vulnérabilité, et qu'il faut travailler sur ces facteurs parce qu'ils peuvent être associés au risque." (Un participant).

Les participants ont eu beaucoup plus de mal à établir un lien entre leur travail et le module relatif aux points d'entrée de l'intégration du VIH/SIDA et celui relatif au renforcement du plaidoyer en faveur des jeunes:

- Les attitudes des participants envers les PVVIH et la diversité sexuelle ont évolué: "Pour moi, une personne séropositive était quelqu'un de malade qui avait des problèmes. Mais quand je me suis rendu compte, en écoutant leurs histoires, de ce qu'étaient leurs problèmes quotidiens... ce n'était plus la même chose après." (Un participant).  
"Quand j'ai découvert que l'un des participants à ce stage était gay, j'étais choqué. À la fin du stage, mes perceptions avaient complètement changé – j'avais compris que ces participants avaient opéré un choix quant à leur sexualité." (Un participant).
- La diversité des origines géographiques des participants a créé certaines tensions, mais ces tensions les ont aidés à s'interroger sur leurs propres

valeurs. Certains ont affirmé que le fait d'échanger leurs expériences leur a donné de nouvelles perspectives sur leurs valeurs et leur travail.

- A l'issue du stage, les participants sont parvenus à transmettre ce qu'ils avaient appris à leurs collègues au niveau de leur AM. Au niveau des AM plus petites, cette transmission de connaissances a consisté en un compte rendu aux collègues sur les connaissances acquises lors du stage. Au niveau des AM plus grandes, cela a consisté en une formation des prestataires de services les plus en vue puis celle des cadres moyens.
- Les participants ont souhaité davantage d'activités de suivi du stage, notamment à travers les médias électroniques. Ils estiment qu'un système de suivi électronique et plus interactif aurait un impact encore plus grand.
- Le stage a aidé les participants à identifier les besoins en capacités nécessaires pour combattre la vulnérabilité. L'IPPF doit donner aux participants des compétences leur permettant d'exécuter leur travail différemment. Il s'agit, par exemple, des techniques requises pour améliorer la participation et de méthodes plus spécifiques de réduction de la stigmatisation et de la discrimination.
- Les projets pilotes sur la vulnérabilité financés après le stage ont permis aux AM de générer de nouveaux enseignements et à renforcer leur réputation en matière de lutte contre le VIH/SIDA. "Après avoir noué un partenariat avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA, nous avons gagné la confiance de la communauté et, aujourd'hui, les gens sont davantage intéressés à participer à nos activités et à collaborer avec nous." (Un participant).  
"Nous avons davantage mis l'accent sur la prévention... aujourd'hui, nous axons davantage nos activités sur la prise en charge et l'appui, la stigmatisation et la discrimination et la vulnérabilité au VIH. Je crois qu'il s'agit là d'un succès remarquable." (Un participant).



Les jeunes en action: le Groupe Sentimental du Centre de jeunes LoveLife de Johannesburg.





**gtz**

BACKUP Initiative



**IPPF**

International  
Planned Parenthood  
Federation

Le choix ouvre un monde de possibilités



**International Planned  
Parenthood Federation**  
4 Newhams Row  
London SE1 3UZ  
United Kingdom

**tel** +44 (0) 20 7939 8200  
**fax** +44 (0) 20 7939 8300  
**email** [info@ippf.org](mailto:info@ippf.org)  
**web** [www.ippf.org](http://www.ippf.org)