

PRATIQUES MEILLEURES ET PROMETTEUSES EN MATIERE D'IST/VIH/SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Futures
GROUP



PRATIQUES MEILLEURES ET PROMETTEUSES EN MATIERE D'IST/VIH/SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

AWARE-HIV/AIDS

Cette publication a été possible grâce au soutien du gouvernement des Etats-Unis d'Amérique à travers l'USAID sous l'accord de collaboration 688-A-00-03-00066-00 avec Family Health International (FHI). Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues de FHI ou de l'USAID.

REMERCIEMENTS

L'équipe du Projet AWARE-HIV/AIDS remercie sincèrement, pour leur collaboration, l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS), les Comités et Programmes Nationaux de Lutte contre le SIDA (CNLS/PNLS) du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, du Cap Vert, de la Côte d'Ivoire, de la Gambie, du Ghana, de la Guinée, de la Guinée Bissau, du Liberia, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Nigeria, du Sénégal, de la Sierra Leone, du Tchad et du Togo, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA) et Advance Africa.

Nous remercions également tous ceux et celles qui ont contribué au succès du processus de sélection et de documentation des pratiques meilleures et prometteuses. Ces remerciements vont particulièrement à l'endroit de Docteur Abdelkader Bacha, des membres des groupes de travail, des responsables des organisations/institutions initiatrices des expériences sélectionnées, et des collègues de Family Health International à Arlington.

Ce document est le fruit d'une parfaite collaboration entre AWARE-HIV/AIDS, et ses différents partenaires que sont : The Futures Group International, Population Services International, Care and Health Program, Bureau d'Appui en Santé Publique'96, John Hopkins Program for Information and Education of Gynecologists and Obstetricians, Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke et Centre Hospitalier Affilié à l'Université de Québec.

Nous espérons que les expériences ici sélectionnées et documentées, serviront de sources d'inspiration aux uns pour initier des interventions similaires dans leur environnement et aux autres pour améliorer et renforcer les interventions qu'ils mettent déjà en œuvre.

TABLE DES MATIERES

SIGLES ET ABBREVIATIONS -----	5
LISTE DES TABLEAUX -----	8
INTRODUCTION -----	9
CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH -----	12
<i>RENFORCEMENT DE L'ACCES DES JEUNES SCOLARISES AU CONSEIL ET AU TEST VOLONTAIRE VIH AU BURKINA FASO</i> -----	13
PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT -----	20
<i>ACCELERATION DE L'EXTENSION DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME) EN MILIEU RURAL AU CAMEROUN</i> -----	21
<i>INTEGRATION DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME) DANS LES CURRICULA DE LA FORMATION INITIALE DISPENSEE PAR LES INSTITUTS NATIONAUX EN COTE D'IVOIRE</i> -----	32
SOINS ET TRAITEMENTS AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA -----	42
<i>PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH A TRAVERS UN CENTRE D'ASSISTANCE COMMUNAUTAIRE EN COTE D'IVOIRE: « PROJET CASM »</i> -----	43
<i>DECENTRALISATION DE L'ACCES AUX TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX DANS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU SENEGAL</i> -----	53
<i>INTRODUCTION DES SOINS CLINIQUES COMPLETS DU VIH/SIDA DANS UN HÔPITAL DE DISTRICT : EXPERIENCES VECUES A MANYA KROBO AU GHANA</i> -----	63
PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES -----	73
<i>« SERVICES ADAPTES » POUR LES TRAVAILLEUSES DE SEXE (TS) OU PROSTITUEES ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS : UNE STRATEGIE POUR REDUIRE LA TRANSMISSION ET DECLINER LA PREVALENCE DES IST/VIH/SIDA AU BENIN</i> -----	74
COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS -----	83
<i>COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE (TS) OU PROSTITUEES EN MATIERE DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST/VIH/SIDA SUR LES AXES MIGRATOIRES AU TOGO : PROJET « SŒUR-A-SŒUR »</i> -----	84
POLITIQUE ET PLAIDOYER -----	91
<i>ADAPTATION ET ADOPTION DE LA LOI SUR LE VIH/SIDA AU BENIN</i> -----	92
<i>IMPLICATION DES RELIGIEUX DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU MALI</i> -----	97
MODELES DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA -----	103
<i>UNION COMMUNALE DES MUTUELLES DE SANTE DE BEMBEREKE (UCMSB)</i> -----	104
<i>TANTINES : UNE EXPERIENCE NOVATRICE EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION DES JEUNES ADOLESCENTS ET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA</i> -----	115
<i>TONTINE ET DEVELOPPEMENT DES ACTIVITES GENERATRICES DE REVENUS AU SEIN D'UNE ASSOCIATION DE PVVIH : LE CAS DE HIRASSO AU CAMEROUN</i> -----	123

<i>MUTUELLE DE SANTE DE L'UNACOIS AU SENEGAL</i>	129
<i>« MINI-CREDIT» DE L'ASSOCIATION ESPOIR 27 DE KOUMRA AU TCHAD</i>	136
<i>CENTRE D'ECOUTE, DE SOINS, D'ANIMATION ET DE CONSEILS POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (CESAC) AU MALI</i>	140
<i>RESEAUTAGE DES ASSOCIATIONS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU TOGO : RAS+ -TOGO</i>	149
<i>PARTAGE DES RISQUES AU SEIN DES MUTUELLES DE NKORANZA ET DANGME AU GHANA</i>	155
<i>REGIME D'ASSURANCE MALADIE A L'ECHELLE NATIONALE : L'EXPERIENCE DU GHANA</i>	165
EXPERIENCES TIREES DU REPERTOIRE DES MEILLEURES PRATIQUES DE ONUSIDA	173
<i>COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS</i>	174
<i>PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES</i>	176
<i>CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH</i>	177
<i>SOINS ET TRAITEMENTS</i>	178
ANNEXES	179
<i>GROUPE DE TRAVAIL PTME</i>	180
<i>GROUPE DE TRAVAIL SOINS ET TRAITEMENTS</i>	180
<i>GROUPE DE TRAVAIL IST</i>	181
<i>GROUPE DE TRAVAIL CDV</i>	181
<i>GROUPE DE TRAVAIL CCC</i>	182

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFAS	: Association Féminine d'Aide et de Soutien aux veuves et orphelins du VIH/SIDA
AG	: Assemblée Générale
AGR	: Activités Génératrices de Revenus
AIM	: AIDS Impact Model
AIPEF	: Association Islamique pour le Progrès et l'Epanouissement de la Famille
AMAS	: Association Malienne d'Aide et de Soutien aux PVVIH
AMN	: Politique Nationale d'Assurance Maladie
AMUPI	: Association Malienne pour l'Unité et le Progrès de l'Islam
ARCAD/SIDA	: Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes vivant avec le VIH/SIDA
ARV	: Antirétroviral/aux
AWARE	: Action for West Africa Region
BE	: Bureau Exécutif
BHAPP	: Benin HIV/AIDS Prevention Program
BHS	: Banque de l'Habitat du Sénégal
BM	: Banque Mondiale
CA	: Conseil d'Administration
CASM	: Centre d'Assistance Socio-Médicale
CBCHEB	: Cameroon Baptist Convention Health Board
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CDC	: Centers for Diseases Control (Centre de Contrôle des maladies E.U.)
CDV/A	: Conseil et Dépistage Volontaire/Anonyme
CEDEAO	: Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEFA	: Centre d'Etudes de la Famille Africaine
CESAC	: Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseil pour les Personnes vivant avec le VIH/SIDA
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHU FANN	: Centre HOSPITALIER Universitaire de FANN
CNLS	: Conseil National de Lutte contre le SIDA
COGEA	: Comité de Gestion des centres de santé d'Arrondissement
CPN	: Consultation prénatal
CS	: Comité de Surveillance
CSCom	: Centre de Santé Communautaire
CTA	: Centre de Traitement Agréé
DMHIS	: District Mutual Health Insurance Scheme
DYNA	: Entreprise spécialisée dans le crédit
EGPAF	: Elizabeth Glaser Paediatric Aids Foundation
FAAPPD	: Forum Africain et Arabe des Parlementaires pour la Population et le Développement
FCFA	: Franc de la Communauté Française d'Afrique
FMI	: Fonds Monétaire International
FNPJ	: Fonds Nationaux pour la Promotion de la Jeunesse
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
GAC	: Ghana AIDS Commission (Commission SIDA du Ghana)
GED	: Genre et Développement

GTC	: Groupe Technique Central
GTP	: Groupe Technique Provincial
GTZ	: Service Allemand de Cooperation
HGT	: Hôpital Gabriel Touré
HIRASSO	: Hope Is Rising Association
HIS	: Health Insurance Scheme
IEC	: Information, Education et Communication
IK	: Institut Kilimandjaro
IMAARV	: Institut Malienne d'Accès aux Antirétroviraux
IO	: Infections Opportunistes
ISAARV	: Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
JHPIEGO	: John Hopkins Program of Information and Education for Gynecologists and Obstetricians
LIMAMA	: Ligue Islamique des Imams et Erudits du Mali
MAMC	: Mutuelle d'Assurance Maladie Commerciale
MAMD	: Mutuelle d'Assurance Maladie étendue du District
MAMP	: Mutuelle d'Assurance Maladie Privée
MEG	: Médicaments Essentiels et Génériques
MHO	: Mutual Health Organization
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
NHIS	: National Health Insurance Scheme
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PAMAC	: Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire
PCR	: Polymerase Chain Reaction (Chaîne de réaction polymérase)
PEC	: Prise en Charge
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PPLS	: Programme Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA
PROMUSAF	: Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
PSAMAO	: Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest
PSI	: Population Service International
PTME	: Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
RAS+	: Réseau des Associations de PVVIH
RéCAP	: Réseau Camerounais des Associations des PVVIH
RETROCI	: Projet Rétrovirus Côte d'Ivoire
RNAM	: Régime National des Assurances Maladies
RNILS	: Réseau National Islamique de Lutte contre le SIDA
ROASTO	: Réseau des ONG et Associations des PVVIH
S&E	: Suivi et Evaluation
SA	: Services Adaptés IST pour prostituées
SEPA	: Succès Echec Passé et Avenir
SFPS	: Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA
SIDA	: Syndrome Immuno Déficience Acquise

SP/CNLS	: Secrétariat Permanent/Conseil National de Lutte contre le SIDA
SRJA	: Santé de la Reproduction des Jeunes Adolescents
SWOT	: Success Weakness Opportunity and Threat
TBA	: Traditional Birth Attendant (Accoucheuses traditionnelles)
TS	: Travailleuse du Sexe
TSVVIH	: Travailleuse du Sexe Vivant avec le VIH
UE	: Union Européenne
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNICEF	: Programme des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Aid (Aide des Etats-Unis)
VIH	: Virus de l'Immuno-déficience Humaine

Liste des tableaux

- Tableau No. 1** : Evolution de la pratique de l'UCMSB de 2002 à 2004
- Tableau No. 2** : Forces de la pratique de l'UCMSB en matière de lutte contre le SIDA
- Tableau No. 3** : Faiblesses de la pratique de l'UCMSB dans la lutte contre le SIDA
- Tableau No. 4** : Situation des tantines en octobre 2002
- Tableau No. 5** : Tableau de la situation des Tantines en fin 2003
- Tableau No. 6** : Grille SEPA du projet Tantines
- Tableau No. 7** : Activités réalisées par les bénéficiaires de la tontine.
- Tableau No. 8** : Grille SEPA de HIRASSO
- Tableau No. 9** : Illustration de la solidarité des membres au sein de l'UNACOIS
- Tableau No. 10** : Activités de prise en charge médicale des patients au CESAC
- Tableau No. 11** : Points forts et des points faibles du CESAC
- Tableau No. 12** : Forces, faiblesses et potentialités du RAS+ Togo
- Tableau No. 13** : Bénéficiaires des mutuelles de Dangme et Nkoranza
- Tableau No. 14** : Historique des mutuelles de Dangme et Nkoranza
- Tableau No. 15** : Types de collaboration avec les centres de santé
- Tableau No. 16** : Audit des fonds des mutuelles de Dangme et Nkoranza
- Tableau No. 17** : Recherche de financement de Dangme et Nkoranza
- Tableau No. 18** : Maladies couvertes
- Tableau No. 19** : Couverture prévention et maladies opportunistes du VIH/Sida
- Tableau No. 20** : Couverture des soins et de l'appui en matière de VIH/Sida
- Tableau No. 21** : Méthode de sensibilisation de Dangme et Nkoranza
- Tableau No. 22** : Forces, faiblesses et potentialités de Dangme et Nkoranza
- Tableau No. 23** : Stratégie de la mise en commun des risques dans le système National de l'Assurance Maladie
- Tableau No. 24** : Questions actuelles dans le système National de l'Assurance Maladie
- Tableau No. 25** : Forces, faiblesses et potentialités dans le système National de l'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Le projet AWARE-HIV/AIDS est un projet régional qui couvre 18 pays comprenant 16 pays en Afrique de l'Ouest (les 15 pays de la CEDEAO et la Mauritanie) et 2 pays en Afrique du Centre (Cameroun et Tchad). Il est financé par le gouvernement des Etats-Unis d'Amérique à travers l'USAID dans le cadre de son Programme Régional pour l'Afrique de l'Ouest (WARP). Le projet est mis en œuvre par Family Health International (FHI) en collaboration avec deux partenaires clés, qui sont Population Service International (PSI) et The Futures Group International (TFGI), ainsi que 5 partenaires associés dont le Bureau d'Appui en Santé Publique'96 (BASP'96), Care and Health Program (CHP), John Hopkins Program for Information and Education of Gynecologist and Obstetrician (JHPIEGO), Centre Hospitalier Affilié à l'Université du Québec (CHA) et le Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS).

Comme première étape des efforts du projet AWARE-HIV/AIDS sur les « pratiques meilleures et prometteuses » en matière de lutte contre les IST/VIH/SIDA dans la sous région, un atelier sous régional de consensus sur les pratiques meilleures et prometteuses a été organisé à Dakar par le projet AWARE-HIV/AIDS du 22 au 26 mars 2004 avec la participation des programmes et conseils nationaux de lutte contre le SIDA dans la région, l'ONUSIDA, Advance Africa, OMS, et de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (OOAS). A l'issue de cet atelier, une définition consensuelle de la pratique meilleure et prometteuse a été adoptée. Les grandes lignes du processus de la sélection et les critères de choix des pratiques meilleures et prometteuses ont été définis. Les termes de référence des groupes de travail, leur taille et le profil de leurs membres ont été également précisés au cours de cet atelier.

A Dakar, tous ont convenu qu'une pratique meilleure et prometteuse est « ***une expérience, une initiative, un programme ayant fait les preuves de son efficacité et de sa contribution dans la réponse au VIH/SIDA, et ayant valeur d'exemple, capable d'inspirer les (autres) acteurs*** ». Pour être reconnue comme telle, la pratique doit satisfaire aux critères suivants : utilité/pertinence, efficacité, innovation, conformité à l'éthique, production de résultats en un temps raisonnable, rapport qualité/coût favorable.

Les étapes suivantes ont été identifiées à l'atelier de Dakar comme étant nécessaires dans le processus de sélection des pratiques meilleures et prometteuses :

- Nomination de comités d'experts pour la sélection (groupes de travail) ;
- Préparation des outils opérationnels du processus (formulaire de soumission, abstract type, formulaire d'appel à candidature, note explicative du processus et des critères, et guide de sélection) ;
- Inventaire des pratiques meilleures identifiées dans des publications antérieures (récapitulatifs des meilleures pratiques ONUSIDA, compendium des meilleures pratiques de Advance Africa, etc.) ;
- Appel à manifestation et nomination des pratiques candidates ;
- Sélection des pratiques meilleures et prometteuses par les groupes de travail ;
- Publication et diffusion des meilleures pratiques retenues.

Les candidats, pour être membres des groupes de travail, doivent satisfaire au profil suivant :

- Avoir de l'expérience dans le domaine technique concerné ;
- Avoir été impliqué dans une démarche similaire de sélection de meilleure pratique ;
- Avoir travaillé dans un processus d'évaluation de projets ;
- Avoir une bonne connaissance de la région de l'Afrique de l'Ouest et du centre en matière de lutte contre le VIH/SIDA ;
- Pouvoir être disponible à tout instant.

Sur la base des recommandations et des propositions faites par les participants à l'atelier de Dakar, 5 groupes de travail ont été constitués dans les 5 domaines techniques suivants : communication pour le changement de comportements (CCC), conseil et dépistage volontaire (CDV), infections sexuellement transmissibles (IST), prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et soins et traitements (S&T). Les groupes de travail ont tenu leurs premières réunions en juin 2004 au cours desquelles les membres ont été informés sur le processus de sélection des pratiques meilleures et prometteuses arrêté à Dakar. Ces réunions ont également permis de développer les outils de sélection conformément aux recommandations de Dakar à savoir : le formulaire de soumission, l'abstract type, le formulaire d'appel à candidature, la note explicative du processus et des critères, et enfin le guide de sélection. Au cours de ces réunions, les membres des groupes de travail ont examiné des expériences tirées du récapitulatif des meilleures pratiques de ONUSIDA (éditions 2000 et 2001) et 6 d'entre elles ont été sélectionnées pour une plus large diffusion par le projet AWARE-HIV/AIDS.

A la suite de la première réunion des groupes de travail, l'équipe de AWARE-HIV/AIDS a consolidé et harmonisé les différents outils qui ont été développés. Puis un appel à soumission a été lancé dans la région en mettant à contribution les programmes et conseils nationaux de lutte contre le SIDA pour une plus large diffusion. Près de 50 soumissions ont été enregistrées et examinées par les groupes de travail. Celles ayant été unanimement appréciées « excellentes » par les membres des groupes de travail et jugées éthiquement acceptables ont fait l'objet d'une documentation. Les autres soumissions, au sujet desquelles les appréciations par les membres des groupes de travail divergent, ont été mises en attente le temps d'un second examen pour une harmonisation éventuelle des points de vue.

En marge des groupes de travail, un groupe informel a été constitué pour l'examen des soumissions dans le domaine de politique/plaidoyer et de financement communautaire.

Dans le domaine de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC), une expérience a été primée par les experts du groupe de travail. Il s'agit d'une expérience mise en œuvre au Togo par une ONG locale nommée FAMME. Il s'agit d'une intervention de CCC en faveur des travailleuses du sexe (TS) ou prostituées et qui utilise la pair éducation comme stratégie pour amener la cible à utiliser systématiquement les préservatifs avec les clients et à se faire suivre médicalement pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST). Vu le niveau d'implication de la cible dans l'exécution de l'intervention, le système d'approvisionnement et de distribution communautaire des préservatifs et l'implication des autorités locales, le projet « sœur-à-sœur » est un exemple à partager.

En matière de conseil et dépistage volontaire du VIH (CDV), une expérience mise en œuvre au Burkina Faso a retenu l'attention des experts. Elle vise à améliorer l'accès des jeunes scolarisés au conseil et dépistage volontaire en misant sur sa valeur préventive en ce sens que la connaissance de son statut sérologique renforce l'adhésion à l'adoption de comportements à

moindre risque. La stratégie de plaidoyer qui a permis l'adhésion des jeunes et l'appropriation de l'intervention par le comité du secteur de l'éducation font de cette expérience un modèle.

Une expérience a été également sélectionnée dans le domaine de la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Elle est mise en œuvre au Bénin et doit sa sélection à sa stratégie d'arrimage des activités cliniques aux interventions dans la communauté permettant une plus large prise en compte des préoccupations de la cible. Cette expérience est également un modèle d'intégration réussie d'une intervention dans le système de santé national offrant des garanties pour sa pérennité.

Deux autres expériences ont été sélectionnées dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Elles sont mises en œuvre au Cameroun et en Côte d'Ivoire. La première montre la rapidité avec laquelle l'on peut étendre un programme PTME en utilisant les capacités d'une organisation à base communautaire et en partant du niveau périphérique du système de santé national. La seconde est un exemple d'intégration de la PTME dans les curricula de la formation initiale dispensée par les instituts de santé.

En ce qui concerne les soins et traitements, trois expériences mises en œuvre en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Ghana ont retenu l'attention des experts. La première, le projet « CASM » met en évidence le rôle que peuvent jouer les organisations à base communautaire dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et montre le type de partenariat qui devrait exister entre les organisations de la société civile et les pouvoirs publics en matière de soins et traitements VIH/SIDA. La seconde expérience s'inscrit dans le cadre de l'initiative d'accès aux ARV au Sénégal et montre qu'il est possible de prescrire les thérapies ARV au niveau zones reculées des pays en développement par un système de parrainage des prescripteurs. La troisième expérience, le projet « Start » met l'accent sur le rôle du partage du statut sérologique avec une personne de confiance comme un moyen de renforcer et maintenir une observance thérapeutique de qualité, et sur la gestion des données en matière de traitements ARV.

Dans le domaine de politique et plaidoyer, deux expériences ont été retenues. L'une est mise en œuvre au Mali et l'autre vient du Bénin. La première concerne l'implication des religieux dans la lutte contre le VIH/SIDA au Mali et est mise en œuvre par le réseau des religieux de ce pays. Elle décrit le processus d'implication des religieux en faveur de la lutte contre le SIDA. La seconde porte sur l'adaptation et l'adoption de la loi-type VIH/SIDA au Bénin. Elle montre les étapes à suivre pour aboutir à une adoption de loi sur le VIH/SIDA. La loi-type est un outil qui permet d'accélérer le processus par une adaptation au contexte local.

En ce qui concerne le financement communautaire de la lutte contre le SIDA, plusieurs expériences ont été sélectionnées « Pratiques Meilleures et Prometteuses ». Elles décrivent divers aspects du financement de la lutte contre le SIDA sur une base communautaire. Elles sont mises en œuvre au Bénin, au Cameroun, au Mali et au Sénégal.

La présente collection des Pratiques Meilleures et Prometteuses est le récapitulatif de toutes ces expériences. Il appartient, dès cet instant, aux différents acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA dans la sous-région, exécutants comme bailleurs, de s'en servir comme une source d'inspiration aux fins d'améliorer leurs interventions et de porter la lutte contre le VIH à plus grande échelle.

CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH

RENFORCEMENT DE L'ACCES DES JEUNES SCOLARISES AU CONSEIL ET AU TEST VOLONTAIRE VIH AU BURKINA FASO

RESUME

Les stratégies ciblées en matière de prévention et de conseil /dépistage volontaire du VIH constituent une évolution qualitative des interventions efficaces de lutte contre le VIH/SIDA. C'est dans cette dynamique que s'est inscrit le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) à travers son projet de renforcement de l'accès des jeunes au conseil et au test volontaire du VIH/SIDA au Burkina Faso. Ce projet organise chaque année une campagne nationale de dépistage volontaire du VIH/SIDA en milieu scolaire et universitaire afin d'accroître l'accessibilité du conseil et du test volontaire dans ce milieu spécifique et promouvoir ainsi des comportements à faible risque face au VIH/SIDA.

La première campagne a été organisée du 13 au 23 Avril 2004, soit sur une durée de 10 jours. Elle a mobilisé 20 centres de dépistage dont les douze centres communautaires traditionnellement financés par le PAMAC. Un comité de concertation a été mis en place par le PAMAC pour définir une stratégie d'approche et de collaboration qui respecte la sensibilité spécifique de ce milieu. Ce comité comprenait le ministère chargé de l'enseignement secondaire et supérieur, le ministère de la santé, le SP/CNLS, le PAMAC, trois représentants des centres de dépistage et un représentant des organisations de jeunes. Pour accroître de façon significative l'accessibilité au test, une stratégie appropriée a été mise en place à travers la gratuité du test et la possibilité de bénéficier du counselling pré test et du prélèvement sur place dans les lycées et facultés. Les activités prévues par le projet comprennent :

- Le ravitaillement des différents centres de dépistage partenaires de l'activité en réactifs et consommables ;
- La promotion du dépistage dans les lycées et universités ;
- L'organisation du counselling et du prélèvement dans les lycées et facultés ;
- La remise des résultats dans les centres de dépistage ;
- La supervision et le contrôle de la qualité des prestations.

Cette campagne a permis de réaliser le counselling et le test volontaire VIH à 21.551 personnes (élèves, étudiants et enseignants), la distribution et/ou démonstration de port de préservatif à 30.000 personnes. La supervision des activités, le contrôle de la qualité des prestations et l'évaluation ont été menés avec l'aide de médecins, psychologues, conseillers expérimentés et avec l'appui du laboratoire national de référence sur le VIH/SIDA. Le projet a été financé par l'Ambassade du Danemark et le PNUD à hauteur de 38 millions FCFA.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

▪ PAMAC

Le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire – Burkina Faso
11 BP 1023 CMS Ouagadougou 11

Personne contact :

- Jean-François SOME
Chargé du conseil dépistage et de la prise en charge communautaire
Tél : +226 50 30 18 16/17/
Fax : +226 76 61 38 04
E-mail : jfsome.pamac@undp.org

Le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) est un programme du Secrétariat Permanent du Conseil National de lutte contre le SIDA et les IST. Ce programme a été créé en 2003 pour apporter un appui spécialisé aux Associations et ONG locales de lutte contre le SIDA dans les domaines prioritaires du conseil dépistage volontaire, de la prise en charge communautaire des malades et du renforcement des capacités techniques et opérationnelles des organisations communautaires.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina Faso compte environ 11 millions d'habitants. Avec ses six frontières, le Burkina demeure un pays carrefour et un passage terrestre obligé pour certains pays sahéliens pour accéder à la mer. Le Burkina Faso est marqué par des mouvements migratoires importants à la fois internes et externes. Les flux internes de migration concernent les populations des zones du Sahel et du Nord vers les zones du Sud et de l'Ouest à la recherche de pâturage et de terres fertiles. La migration externe concerne essentiellement les Pays côtiers comme la Côte d'Ivoire et certains pays d'Afrique centrale comme le Gabon à la recherche d'un emploi rémunéré. Ces phénomènes expliquent en grande partie une prévalence relativement forte estimée en 2003 à 4,2% par ONUSIDA (rapport 2004).

La lutte contre le SIDA au Burkina est coordonnée par le Secrétariat Permanent du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST, rattaché à la Présidence du Faso. Depuis 2001, le Burkina a adopté un cadre stratégique de lutte contre le SIDA pour une période de 5 ans (2001-2005) et proclamé la multisectorialité de la lutte. Le second cadre stratégique de lutte contre le SIDA est en cours d'élaboration actuellement et devrait couvrir la période de 2006 à 2010.

Dans le secteur de l'éducation, une étude réalisée par le PNUD en 2001, a montré l'impact de la pandémie sur ce secteur d'activités. Plusieurs études comportementales ont également indiqué la persistance des comportements à risque dans ce secteur malgré un accès appréciable aux informations. Les grossesses non désirées et la sexualité précoce sont encore des situations courantes chez les élèves et étudiants. De même, la faible utilisation du préservatif et les rapports sexuels entre élèves et enseignants constituent des préoccupations d'actualité dans les lycées, collèges et universités du pays. La création d'un comité ministériel de lutte contre le SIDA pour l'enseignement secondaire et l'enseignement de base avec la mise en place de cellules relais dans tous les établissements au niveau national a contribué à une meilleure sensibilisation sur la maladie. De même, l'émergence de plusieurs organisations d'élèves et/ou d'étudiants de lutte contre le SIDA, la formulation de projets spécialisés dans l'organisation de la lutte contre le SIDA dans le domaine de l'éducation sont des actions concrètes visant à apporter des solutions aux préoccupations du monde de l'éducation en matière de lutte contre le SIDA.

FINANCEMENT

Le projet a été financé à hauteur de 38 millions FCFA pour la première campagne et de 50 millions FCFA pour la deuxième campagne qui aura lieu en 2005. Le principal bailleur de fonds est l'ambassade Royal du Danemark qui finance les deux campagnes. Deux autres partenaires ont également contribué au financement des activités de la première campagne. Il s'agit de :

- PNUD qui a financé les activités de supervision (sortie de terrain pour les équipes de supervision, carburant et secrétariat de la campagne) ;
- SP/CNLS qui a complété les réactifs pour 10.000 tests.

Une concertation avec le comité ministériel de l'Enseignement Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique est en cours afin d'inscrire le financement de cette campagne dans son plan d'action pour prendre le relais du financement actuel à partir de 2006.

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

La population ciblée est la population jeune, scolarisée des villes et campagnes du Burkina Faso. La campagne intéresse, pour l'instant, les jeunes ayant au moins 18 ans au moment de l'organisation de l'activité conformément aux dispositions du document des normes et directives CDV en vigueur. Pour une question d'efficacité, nous avons ciblé les grandes villes qui concentrent la plupart des grands établissements secondaires ainsi que les universités et écoles professionnelles. La population ciblée est estimée à 55.000 personnes, ce qui représente 2/3 de la population cible au niveau national. L'intérêt pour cette population jeune est justifié par sa vulnérabilité vis-à-vis du VIH/SIDA et devant la persistance de certains comportements sexuels à risque tels les rapports sexuels non protégés, l'absence de partenaire sexuel fixe et la rareté des bourses d'études qui favorise les pratiques sexuelles en échange d'argent chez les élèves.

DUREE

Le projet est prévu pour deux ans (2004-2005). Durant ces deux années, la campagne de dépistage est organisée à une date consensuelle avec tous les acteurs impliqués. Pour 2004, elle a eu lieu du 13 au 23 Avril 2004. En 2005, elle est prévue du 16 au 21 Mai 2005. La période de mise en œuvre de la campagne ne doit pas excéder 10 jours pour ne pas perturber les activités traditionnelles des lycées et universités.

Il est prévu qu'à partir de 2006, le comité ministériel de l'Enseignement Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique puisse l'inscrire dans son plan d'action assurant ainsi une plus grande pérennité du projet.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

Le projet de renforcement de l'accès des jeunes au conseil et au test volontaire du VIH/SIDA au Burkina Faso a été mis en place pour offrir des services de CDV adaptés à cette couche vulnérable de la société.

Plusieurs raisons ont motivé la mise en œuvre d'un tel projet :

- Le besoin de promouvoir le CDV au sein de la population jeune ;
- L'urgence d'un renforcement de comportements à faible risque chez cette population jeune qui ne s'est pas encore installée dans des habitudes sexuelles permanentes ;
- Enfin, la persistance de certains comportements sexuels à risque (relations sexuelles entre élèves et enseignants, nomadisme sexuel, port non systématique de préservatifs, etc.).

Le projet vise à améliorer l'accessibilité des jeunes scolarisés au conseil et au test volontaire à travers l'organisation d'une campagne spéciale de dépistage volontaire à leur intention et à la définition d'une stratégie de sérosurveillance de l'épidémie adaptée au milieu.

Organisation et exécution de la campagne

Au démarrage du projet, il était prévu de réaliser le conseil et le test volontaire pour 15.000 élèves, étudiants et enseignants, et de distribuer et/ou faire la démonstration de port de préservatif à 30.000 personnes. L'organisation pratique de la campagne a démarré par la création d'un comité de concertation. Ce comité est composé du PAMAC, du secrétariat permanent du CNLS, du comité sectoriel de lutte contre le SIDA des ministères de l'enseignement et de la santé, des représentants des CDV et des représentants des Associations de jeunes. Il est chargé de définir l'approche et le rôle de chaque acteur. Le PAMAC en assure la coordination, fait des propositions sur les stratégies et les rôles. Ces propositions sont ensuite discutées, amendées et validées par les membres du comité. Ainsi, le comité a mis en place un système d'anonymat, une répartition des rôles et défini des points importants à prendre en compte dans la sexualité des jeunes avec l'appui de psychologues.

Une note du ministère de l'enseignement a été envoyée dans tous les établissements sélectionnés demandant aux responsables de mettre à disposition de la campagne les locaux appropriés. Dans l'ensemble, les infirmeries des établissements ont servi de locaux pour le conseil pré-test et le prélèvement. Les conseillers ont été choisis par les centres CDV parmi leur personnel. Les normes CDV en vigueur au Burkina ont été utilisées pour garantir l'anonymat et la confidentialité. Le conseil post-test avec annonce des résultats est effectué dans les centres CDV. Le matériel a été acheminé sur les différents sites en utilisant le transport en commun et des véhicules loués.

La campagne de 2004 a permis de faire la promotion du dépistage volontaire du VIH dans 140 établissements repartis dans 8 villes avec l'appui des professeurs, des cellules relais des établissements et des Associations de jeunes. La démonstration du port et/ou distribution de préservatifs a concerné 30.000 personnes au cours de la campagne (élèves, enseignants et personnel administratif des établissements). La campagne 2004 a permis de faire le dépistage du VIH chez 21.551 élèves, étudiants et enseignants du secondaire et du supérieur après un counselling pré et post test parmi lesquels on compte 47% de femmes et 53% d'hommes. Les tests sont revenus positifs chez 278 personnes dont 60,4% de femmes et 39,6% d'hommes, soit une séroprévalence globale de 1,3%.

Supervision et contrôle de la campagne

La supervision et le contrôle de qualité de la campagne ont mobilisé 23 personnes composées essentiellement de médecins, psychologues et de conseillers expérimentés pour évaluer la qualité technique du counselling, du dépistage et de l'organisation de la campagne.

Des outils ont été développés à cet effet, tels que la fiche de supervision, la fiche de conseil, le questionnaire de satisfaction, etc. Les équipes ont visité tous les sites de la campagne. L'évaluation a établi un indice de satisfaction qui regroupe des questions sur la qualité de l'accueil, le temps d'attente, la confiance au système d'anonymat et à la confidentialité des résultats, la qualité des informations reçues ainsi que la qualité de l'écoute du conseiller. Sur cette base, un score de satisfaction a été calculé et a mis en évidence 76,6% de satisfaction des clients par rapport aux prestations de la campagne.

Les difficultés et les contraintes rencontrées au cours de la mise en œuvre de cette campagne sont nombreuses parmi lesquelles on peut citer :

- l'insuffisance du budget mobilisé qui n'a pas permis de couvrir un nombre plus important d'établissements ;
- les difficultés de coordination et surtout de répartition des rôles entre les différents acteurs qui n'ont pas l'habitude de collaborer ;
- les difficultés d'approvisionnement en réactifs et consommables médicaux au niveau local et qui ont retardé la répartition du matériel sur le terrain ;
- l'âge minimum de 18 ans exigé pour faire le test et qui a suscité beaucoup de débats auprès des élèves et certains professionnels de l'éducation.

Cette expérience a montré qu'une implication des autorités administratives au niveau central permet de faciliter les démarches sur le terrain. Aussi, l'implication des jeunes dans le processus de conception de base des approches permet leur forte participation.

SUIVI ET EVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la campagne ont été menés à trois niveaux. La supervision a été assurée par un groupe conjoint composé du PAMAC, du Secrétariat Permanent du CNLS, du Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA de la santé et du Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA de l'enseignement et de la recherche scientifique. 7 équipes de 3 personnes y ont contribué.

L'évaluation du processus a été assurée par une personne extérieure (un médecin de santé publique de la faculté de médecine de Marseille). Cette évaluation a été réalisée sur la base d'un questionnaire. Le contrôle de la qualité des tests a été confié au laboratoire de l'hôpital Yalgado Ouédraogo qui est le laboratoire de référence en ce qui concerne le VIH/SIDA au Burkina Faso.

Des outils ont été élaborés à chaque niveau parmi lesquels :

- Fiche de supervision ;
- Note technique explicative de la supervision ;
- Fiche d'enquête pré-test, la fiche d'enquête post-test ;
- Questionnaire non participant ;

- Fiche d'évaluation du conseiller ;
- Fiche de rapport ;
- Fiche de conseil, et ;
- Fiche de collecte des échantillons au niveau du laboratoire, etc.

Les indicateurs essentiels de suivi et évaluation qui ont été définis dans le cadre de la mise en œuvre de cette campagne sont :

- Nombre d'établissements touchés par la campagne ;
- Nombre de conseillers mobilisés et de centres CDV impliqués ;
- Nombre de personnes ayant bénéficié du conseil pré-test ;
- Nombre de personnes venues prendre leurs résultats (post-test) ;
- Nombre de personnes ayant assisté aux démonstrations du port de préservatif ;
- Nombre de personnes ayant bénéficié de la distribution de préservatifs.

INFORMATIONS UTILES POUR EVENTUELLE REPLICATION

L'aspect à prendre en compte pour une éventuelle réplique de cette expérience est relatif à l'implication active du ministère de l'enseignement. L'espace scolaire est un milieu fermé et très délicat et toute approche de pénétration de ce milieu ne peut réussir qu'en passant par les acteurs traditionnels ou en les associant dès le début. Nous avons travaillé étroitement avec le comité ministériel de lutte contre le SIDA de ce ministère que nous avons convaincu de la pertinence de notre action. Par la suite, il s'est approprié l'idée et a pris le leadership de l'intervention. Ce comité grâce à son engagement a pu obtenir du ministre chargé de l'éducation, une note circulaire adressée à tous les chefs d'établissement pour leur pleine adhésion au processus. Cette note, relayée par les cellules relais des établissements, a facilité l'introduction des conseillers CDV au sein des établissements. De plus, l'information des autorités administratives est essentielle au plein succès des activités.

Le déplacement au sein des établissements favorise la pleine participation des élèves et des enseignants aux activités de dépistage. Il faut cependant mettre en place un système efficace pour veiller à la confidentialité lors du conseil et de l'annonce des résultats en insistant auprès des jeunes.

FACTEURS DE PERENNITE

Dès le début de l'initiative, le Ministère en charge de l'enseignement et de la recherche scientifique a été associé à travers son comité ministériel de lutte contre le SIDA. Ce comité a un plan d'action qu'il promeut auprès de différents partenaires. Ce comité s'est engagé à s'approprier progressivement l'activité d'ici 2006 et pourra ainsi l'inclure dans son plan d'action. Ce qui permettra de garantir la pérennité de l'intervention. De plus, le Secrétariat Permanent du CNLS s'est engagé à mobiliser les fonds pour l'organisation de campagnes de dépistage de ce genre chaque année, parce que ces campagnes contribuent énormément à la promotion du dépistage et à un accès plus large que ne peut garantir le dépistage dans les centres fixes.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- Jean-François SOME Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC), Burkina Faso
- Fodé SIMAGA Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC), Burkina Faso
- Gabrielle BANDRE Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA, Ministère de l'enseignement secondaire, supérieur et de la recherche scientifique (MESSRS), Burkina Faso
- Wamarou TRAORE Secrétariat Permanent/Comité National de Lutte contre le SIDA, Burkina Faso
- Michel NIKIEMA Comité Ministériel de Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé, Burkina Faso
- Jean-Marie TAPSOBA Centre D'information, de Conseil et de Documentation sur les IST/VIH/SIDA (CICDoc), Burkina Faso
- Bagnomboé BAKIONO Réseau des Jeunes de Lutte contre le SIDA (RAJS), Burkina Faso

**PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA
MERE A L'ENFANT**

ACCELERATION DE L'EXTENSION DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME) EN MILIEU RURAL AU CAMEROUN

RESUME

En février 2000, le Comité de Santé de la Convention Baptiste du Cameroun ou Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB) a initié un programme PTME dans deux provinces du Cameroun avec le concours de la Fondation Elizabeth Glaser pour les soins pédiatriques contre le SIDA ou Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Fondation (EGPAF). Après une phase pilote couronnée de succès, CBCHB s'est lancé dans la mise en œuvre d'un programme PTME. Le but du programme est de réduire l'incidence de l'infection à VIH chez les enfants par l'extension des services de PTME dans six des dix provinces du Cameroun, ciblant au moins 100.000 femmes enceintes d'ici à 2007.

De manière spécifique, les objectifs du programme étaient les suivants:

- Intégrer les services de PTME dans les services prénataux de routine dans deux provinces d'ici à 2004 ;
- Adopter une approche axée sur la communauté dans la fourniture des prestations (approche ascendante) ;
- Intensifier la formation des formateurs et accroître le nombre de conseillers de 21 en février 2000 à 500 en décembre 2005 ;
- Tisser des liens de collaboration avec le conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) dans le cadre des activités de formation.

De nombreuses stratégies ont été élaborées, portant en particulier sur :

- La formation des formateurs de conseillers de haut niveau qui ont formé, à leur tour, les agents de santé issus des sites potentiels,
- Le counselling des femmes enceintes suivi du dépistage volontaire en consultations prénatales avec possibilité de se retirer et l'annonce des résultats le même jour,
- La prise en charge des mères, notamment à travers les soins prénataux, le suivi des femmes séropositives, le counselling des femmes séronégatives afin d'éviter le risque d'infection, la fourniture d'ARV (Névirapine) aux femmes séropositives et à leurs nouveau-nés dans le souci de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, les conseils concernant l'alimentation des nourrissons, l'implication des partenaires masculins,
- La participation des populations locales à la fourniture des services à travers les accoucheuses traditionnelles formées,
- La supervision des activités, le suivi et l'évaluation,
- Le partenariat aux niveaux national et international.

Après 5 années de mise en œuvre, le programme PTME de CBCHB a porté ses activités à une plus grande échelle, passant de 2 structures de santé actives en février 2000 à 124 en mars 2005. Ces sites PTME sont répartis dans 6 des 10 provinces du Cameroun. Pendant la même période, 492 conseillers et autres agents de santé ont été formés, et 79.307 femmes au total ont bénéficié de services de counselling dans le cadre des soins prénataux. Environ 91,5% (72.513/79.307) des femmes conseillées ont accepté de subir le test de dépistage du

VIH pendant la période prénatale et 97,5% (70.693/72.513) ont reçu leurs résultats le même jour. Parmi les femmes ayant subi le test de dépistage, 8,6% (6255/72.513) ont été déclarées séropositives et environ 40% (2507/6255) des mères infectées et leurs nouveau-nés ont été traités avec la Névirapine. Le suivi de mères sous traitement et leurs bébés a été très difficile étant donné que certains de nos sites ne possédaient pas de services de maternité. De fait, nos estimations sont basées sur les rapports soumis mais des vérifications ont indiqué un taux de traitement à environ 60%. Environ 15% (162/1079) des bébés qui ont subi le test de dépistage ont été déclarés séropositifs à l'issue du test PCR à l'âge de 6 semaines. Les mères infectées par le VIH ont été organisées en 24 groupes d'appui fonctionnels regroupant environ 800 mères, afin de bénéficier d'un soutien psychosocial et des conseils en matière d'alimentation des nourrissons. Environ 100 accoucheuses traditionnelles ont été formées à la PTME au niveau des communautés et ont fourni à leur tour des conseils à plus de 1600 femmes au niveau des centres de santé primaire. Un partenariat solide a été établi avec le programme national de PTME, une structure dont la coordination est assurée par le Ministère de la santé publique, avec le concours d'autres partenaires publics et privés, nationaux et internationaux. Un tableur Excel a été mis au point, qui permet d'assurer un suivi efficace des activités du programme.

De cette expérience, nous retiendrons que l'approche ascendante garantit l'implication totale de la collectivité comme composante clé dans l'appropriation du programme PTME et que l'approche du « opt out » en matière de CDV, ainsi que la communication rapide des résultats des tests le même jour sont essentiels pour rendre plus acceptable le dépistage du VIH pendant la période prénatale. Le « opt out » consiste à offrir la possibilité à chacune des patientes de se retirer du processus de dépistage à tout instant. De même, les activités des groupes de soutien associant les femmes infectées par le VIH doivent être intégrées à chaque programme PTME pour la prise en charge rapide des problèmes psychosociaux et autres problèmes connexes. Enfin, le recours à des accoucheuses traditionnelles qualifiées pour l'extension des services de PTME aux zones rurales s'est avéré très utile.

Les principaux défis à surmonter sont constitués par l'accessibilité géographique de certaines zones reculées, l'implication des partenaires, l'épuisement de l'équipe centrale de gestion, la pérennité des fournitures (tests VIH), le suivi des mères et de leurs nourrissons et l'accès aux soins à un coût abordable, de même que le traitement des mères et des enfants infectés.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution:

- Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB)
P.O. Box 1 Bamenda, Cameroun
E-mail: cbchsc@aol.com

Personne contact:

- Tih Pius MUFFIH, MPH, PhD
Directeur des services sanitaires
Tél : +237 776 47 81/769 84 59/750 40 70
E-mail: piustih@aol.com

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Situé en Afrique centrale, le Cameroun est un pays d'environ 15,8 millions d'habitants, avec un taux de croissance démographique de 2,2%. L'indice de développement humain du Cameroun était de 0,528 en 1998, ce qui représente une légère amélioration de 1,7% en 8 ans. Au plan administratif, le pays est organisé en 10 provinces. Le Cameroun affiche un revenu par habitant de 560 dollars (2001) et 40,2% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté (ECAM, 2002). En septembre 2002, le pays a été déclaré admissible à bénéficier de financements au titre de l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés.

Le taux général de séroprévalence au sein de la population est de 5,5% (DHS-III, 2004). La transmission du VIH se fait principalement par voie hétérosexuelle et les femmes sont les plus vulnérables, avec 17 femmes infectées pour 10 hommes infectés. La prévalence chez les femmes enceintes dans les sites sentinelles a été multipliée par 23 en 15 ans, passant de 0,5% en 1987 à 11,8% en 2002. Les groupes d'âge les plus infectés sont les 30-34 ans et les 35-39 ans. Le VIH/SIDA a eu un impact négatif sur l'économie du Cameroun aux plans national, des collectivités locales et des ménages. La lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun a été déclarée « priorité essentielle », dans le domaine de la santé et au plan économique.

Dès le début de l'année 1996, les responsables politiques camerounais ont clairement exprimé leur ferme engagement en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. En septembre 2000, le gouvernement a lancé le plan stratégique multisectoriel national pour la période 2000-2005 qui fait intervenir un partenariat avec la société civile et les populations locales. Pour assurer une gestion efficiente, le conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) a été institué et ses structures décentralisées.

Récemment, le Cameroun a développé de solides capacités dans le domaine de la gestion des programmes de prévention du VIH/SIDA et a ainsi pu porter les activités de prévention à une échelle plus grande. Les services de CDV et de PTME, les activités destinées à favoriser le changement de comportement, le marketing social des préservatifs, et la fourniture de sang non contaminé sont autant d'activités qui bénéficient d'un important appui technique et financier aux niveaux international et national. Grâce à son admission, en 2004, au Fonds Mondial et aux initiatives « 3 by 5 », le Cameroun améliorera l'accessibilité, la qualité de la gestion globale et l'extension de sa panoplie de services au bénéfice des PVVIH et l'appui aux OEV, à travers une expansion des initiatives pilotes qui ont donné des résultats satisfaisants et en intégrant des innovations marquantes en matière de programmation.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est une priorité majeure du plan stratégique. Le programme national de PTME est exécuté sous la coordination du Ministère de la santé publique, en partenariat étroit avec le secteur public et le secteur privé. Depuis 2000, le programme national de PTME du Cameroun a connu de nombreux succès, grâce à l'extension des activités de PTME à plus de 272 structures sanitaires dans les dix provinces en décembre 2004 et à l'intégration de l'intervention de PTME comme composante des services de santé reproductive. CBCHB est l'un des principaux partenaires du Ministère de la santé publique dans ces réalisations.

Les services de santé gérés par CBCHB sont localisés dans 6 des 10 provinces du Cameroun. Il s'agit notamment du Nord-Ouest, du Sud-Ouest, du Centre, du Littoral, de l'Adamaoua et des Provinces de l'Ouest, dont la population totale est estimée à 10 millions d'habitants.

Selon une enquête de surveillance sentinelle réalisée en 2000, la séroprévalence dans ces provinces variait de 6,2% pour le Littoral à 17% pour la province de l'Adamaoua.

La lutte contre le VIH/SIDA dans ces provinces est coordonnée par le Comité provincial de lutte contre le SIDA, à travers le Groupe technique provincial qui assure la mise en œuvre d'un plan d'action multisectoriel avec le soutien de tous les partenaires locaux. Au niveau des subdivisions administratives et des villages, des comités locaux chargés de la lutte contre le VIH/SIDA ont été organisés pour la mobilisation et la sensibilisation des communautés.

Les activités de PTME dans ces provinces sont exécutées aussi bien par les pouvoirs publics, CBCHB et d'autres partenaires (l'UNICEF, la Fondation Glaxo, l'Union européenne et Plan Cameroun). Les activités de PTME exécutées par CBCHB se sont concentrées surtout sur les structures publiques, confessionnelles ou privées, dans les zones rurales comme dans les zones urbaines de ces provinces.

FINANCEMENT

L'initiative de PTME de CBCHB est essentiellement financée par la Fondation Elizabeth Glaser pour le SIDA pédiatrique (EGPAF) basée aux Etats-Unis. Parmi les autres partenaires qui ont contribué au financement du projet, l'on peut citer :

- Le laboratoire ABBOT qui a fait don de kits de dépistage et de Névirapine ;
- Le gouvernement camerounais ;
- UNICEF Cameroun qui soutient la formation ;
- Le Centre de lutte et de prévention des maladies (CDC) d'Atlanta qui fournit une assistance technique à travers la réalisation de tests PCR gratuits pour les enfants en bas âge de mères séropositives et l'analyse des données collectées ;
- USAID par l'entremise de son programme régional pour l'Afrique de l'Ouest (WARP) et le projet Action for West Africa Region (AWARE).

CBCHB apporte sa propre contribution au financement des activités de PTME selon le principe de partage des coûts.

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

La population cible du programme de PTME exécuté par CBCHB est estimée à 500.000 femmes enceintes d'ici à 2007 dans les provinces du Nord-Ouest, du Sud-Ouest, du Centre, du Littoral, de l'Adamaoua et de l'Ouest. Selon une enquête de surveillance sentinelle réalisée en 2000, la séroprévalence dans ces provinces variait de 6,2% pour le Littoral à 17% pour la province de l'Adamaoua. Parmi les facteurs qui prédisposent les femmes à l'infection à VIH dans ces régions, figurent, entre autres, le faible niveau d'instruction, la pauvreté, la faible capacité de négociation des femmes en matière de sexualité, le statut de la femme dans la société, les mariages précoces et la polygamie.

DUREE

Le programme PTME de CBCHB a démarré en février 2000. Ce document contient des informations sur le programme jusqu'en mars 2005. Etant donné que le programme est intégré dans les activités de routine des services de santé, il est attendu qu'il se poursuive comme partie intégrante de la mise en oeuvre du système de santé.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

CBCHB est une organisation confessionnelle à but non lucratif ayant pour mission de manifester l'amour chrétien à travers la fourniture des soins de santé à tous ceux qui en ont besoin. Elle gère 3 hôpitaux, 21 centres de santé intégrée et 42 centres de santé primaire. L'Hôpital baptiste de Bango (BBH) et l'Hôpital baptiste de Mbingo (MBH) sont 2 des principaux hôpitaux et servent d'hôpitaux de référence dans la Province Nord-Ouest du Cameroun, tout comme l'Hôpital baptiste de Mutengene dans la province du Sud-Ouest. En février 2000, le Comité de santé de la Convention baptiste du Cameroun (CBCHB) a lancé un programme PTME dans 2 provinces du Cameroun avec le concours de la Fondation Elizabeth Glaser (EGPAF).

Après une phase pilote couronnée de succès, CBCHB s'est lancé dans la mise en oeuvre de l'extension des services de PTME dans six des dix provinces du Cameroun, couvrant au moins 100.000 femmes enceintes d'ici à 2007. Ceci dans le souci de réduire l'incidence générale de l'infection à VIH chez les enfants.

Le programme visait, de manière spécifique, les différents objectifs suivants :

- Intégrer les services de PTME dans les services prénataux de routine dans deux provinces d'ici à 2004 ;
- Adopter une approche axée sur la communauté dans la fourniture des prestations (approche ascendante) ;
- Intensifier la formation des formateurs et accroître le nombre de conseillers de 21 en février 2000 à 500 d'ici en décembre 2005 ;
- Tisser des liens de collaboration avec la Commission nationale de lutte contre le SIDA (CNLS) dans le cadre des activités de formation.

Diverses stratégies ont été élaborées, portant en particulier sur :

- La formation des formateurs de conseillers de haut niveau, qui ont formé à leur tour les agents de santé issus des sites potentiels ;
- Le counselling et dépistage volontaires des femmes enceintes en soins prénataux, avec possibilité de se retirer et la communication des résultats le même jour ;
- La prise en charge des mères, notamment à travers les soins prénataux et le suivi des femmes séropositives, le counselling des femmes séronégatives afin d'éviter le risque d'infection, la fourniture d'ARV (Névirapine) aux femmes séropositives et à leurs nouveau-nés dans le souci de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Les conseils concernant l'alimentation des nourrissons, l'implication des partenaires masculins ;
- La participation des populations locales à la fourniture des services à travers les accoucheuses traditionnelles (TBA) recensées ;
- La supervision, le suivi et l'évaluation des activités ;

- Les partenariats aux niveaux national et international.

Avant le démarrage des activités, des sessions de formation sont habituellement organisées par l'équipe de CBCHB dans tous les districts sanitaires de ces provinces afin de s'assurer que les stagiaires (médecins, techniciens de laboratoires et infirmiers) ont une parfaite connaissance des normes et directives du programme de PTME.

Les procédures du counselling comprennent une discussion de groupe, des conseils pré-test et post-test individuels lors des consultations prénatales. Les centres de soins prénataux (CPN) au Cameroun sont ouverts tous les jours, mais la plupart réservent des jours particuliers pour l'accueil des femmes venant pour leur première visite. CBCHB en profite pour préparer les femmes pour le counselling à l'aide d'une méthode connue sous le nom de « discussion de groupe dirigée ». Des notions sur la santé sont dispensées sur divers aspects, y compris le VIH. Des informations essentielles sont fournies sur le VIH/SIDA. Les différents examens effectués par les femmes pendant la période prénatale sont analysés et l'accent est mis sur le dépistage du VIH. Les femmes sont informées qu'elles peuvent choisir de ne pas subir l'un quelconque des tests et de se retirer du processus de dépistage à tout instant selon leur volonté (approche du « opt out »).

Le counselling pré-test est effectué par un conseiller formé et intervient après la discussion de groupe dirigée. Après cette étape, les informations obtenues à l'issue de la discussion de groupe dirigée sur le VIH sont examinées et la cliente décide si elle veut se soumettre ou non au test. Elle est ensuite envoyée au laboratoire pour le test. Pendant le dépistage, le technicien de laboratoire effectue le test et transmet personnellement les résultats au conseiller. Le personnel du laboratoire et les conseillers s'efforcent de maintenir entre eux un degré élevé de confidentialité. Un système de codage est établi entre le conseiller et le technicien de laboratoire. Le conseiller attribue un code spécifique à la cliente, lequel est inscrit sur la fiche d'examen. Le résultat du test VIH est également codé au niveau du laboratoire. La signification du code représentant le résultat sérologique est connue de l'un et de l'autre.

Pendant le conseil post-test, le conseiller communique les résultats du test à la cliente. Des conseils sont prodigués à celles qui sont séronégatives sur les moyens d'éviter l'infection tandis que celles qui sont séropositives reçoivent des informations sur les moyens de faire face à leur situation. CBCHB s'efforce de fournir les résultats aux clientes le même jour. Cette stratégie a pour effet d'augmenter le taux des femmes qui ont reçu leurs résultats à 97,5% (70.693/72.513).

Après 5 années de mise en œuvre, le programme PTME de CBCHB a porté ses activités à une plus grande échelle, passant de 2 structures de santé actives en février 2000 à 124 en mars 2005. Ces sites PTME sont répartis dans 6 des 10 provinces du Cameroun. Pendant la même période, 492 conseillers et autres agents de santé ont été formés et 79.307 femmes, au total, ont bénéficié des services de counselling dans le cadre des soins prénataux. Environ 91,4% (72.513/79.307) des femmes conseillées ont accepté de subir le test de dépistage du VIH pendant la période prénatale et 97,5% (70.693/72.513) ont reçu leurs résultats le même jour. Parmi les femmes ayant subi le test de dépistage, 8,6% (6255/72.513) ont été déclarées séropositives et environ 40% (2507/6255) des mères infectées et leurs nouveau-nés ont été traités à la Névirapine. Le suivi des mères traitées et leurs bébés a été très difficile étant donné que certains sites ne possèdent pas de services de maternité. Nos estimations de traitement sont alors basées sur les rapports mais des vérifications ont montré un taux de traitement d'environ 60%. Environ 15% (162/1079) des bébés qui ont subi le test de

dépistage ont été déclarés séropositifs à l'issue du test PCR à 6 semaines. Les mères infectées par le VIH ont été organisées en 24 groupes d'appui fonctionnels regroupant environ 800 mères, afin de recevoir un soutien psychosocial et des conseils en matière d'alimentation des nourrissons. 29 accoucheuses traditionnelles ont été formées à la PTME au niveau des communautés et ont fourni à leur tour des conseils à plus de 1600 femmes au niveau des centres de santé primaire. Un partenariat solide a été établi avec le programme national de PTME, une structure dont la coordination est assurée par le Ministère de la santé publique, avec le concours d'autres partenaires publics et privés, tant au plan national qu'international. Un tableur Excel a été mis au point, qui est utilisé pour assurer un suivi efficace des activités du programme.

Les principaux défis à surmonter sont : l'accessibilité géographique de certaines zones reculées, l'implication des partenaires, l'épuisement de l'équipe centrale de gestion, la pérennité des fournitures (tests VIH), le suivi des mères et de leurs nourrissons et l'accès aux soins à un coût abordable, de même que le traitement des mères et des enfants infectés.

Les enseignements suivants peuvent être tirés de cette expérience :

- L'éducation communautaire sur le SIDA sert de prélude à la PTME. La plupart des femmes qui ont reçu une éducation sur le VIH/SIDA viennent à la clinique en étant déjà informées sur la PTME. Ce qui facilite le conseil ;
- L'intégration de la PTME dans les soins prénataux de routine est un facteur essentiel pour l'expansion rapide, à l'échelle, des services de PTME ;
- Les discussions de groupe dirigées et la possibilité de se retirer (approche du « opt out ») sont à la fois essentielles et utiles ;
- La remise des résultats des tests le même jour entraîne un taux élevé d'acceptation du dépistage du VIH et des résultats ;
- Le recours aux accoucheuses traditionnelles qualifiées est efficace dans l'expansion à l'échelle des services de PTME ;
- Les groupes de soutien fournissent un complément de ressources humaines pour le soutien psychosocial et nutritionnel nécessaire à l'expansion des services de PTME ;
- La mise au point du tableur Excel est une initiative novatrice qui a permis de répondre aux besoins nationaux en matière de suivi des activités de PTME.

SUIVI ET EVALUATION

Les indicateurs sont définis en fonction de l'objectif global d'une réduction de 50% de la transmission de la mère à l'enfant et les variables à surveiller sont choisies sur la base des critères établis par les organismes de financement et les pouvoirs publics. Les outils de collecte et d'analyse des données sont élaborés et examinés avec les prestataires de service et le personnel du bureau de coordination dans un souci de bonne coopération et de compréhension mutuelle. Les indicateurs de suivi et évaluation comprennent :

- Le pourcentage des clientes qui acceptent de se soumettre au test de dépistage ;
- Le pourcentage des clientes testées qui reçoivent les résultats des tests ;
- Le pourcentage des femmes testées qui sont séropositives ;
- Le pourcentage des mères qui sont sous prophylaxie ARV ;
- Le pourcentage des nouveau-nés qui sont sous prophylaxie ARV ;
- Le pourcentage des nourrissons présentant un statut sérologique positif à 18 mois.

Des fiches mensuelles et annuelles sont élaborées et envoyées aux prestataires de service afin de garantir une continuité dans la collecte des données. Celles-ci sont rassemblées et transmises au bureau de coordination en vue d'être analysées d'une part et d'autre part pour la préparation des rapports. Des rapports trimestriels et semestriels sont établis à destination des pouvoirs publics, des organisations internationales et à des fins de coordination. Les coordinateurs s'inspirent des rapports de suivi pour identifier les sites qui éprouvent des difficultés à assurer le counselling, le dépistage et le suivi des patients afin de prendre les mesures correctives qui s'imposent.

Les outils de S&E comprennent les registres, les fiches de collecte de données, les fiches de rapport mensuel, les fiches de rapport annuel et les fiches de suivi pour les mères séropositives et leurs nourrissons. Des tableurs Excel, Epi Info 6.04.INC et d'autres logiciels informatiques permettent de compiler et analyser les données. Ce tableur est constamment modifié pour répondre aux besoins croissants du fait de l'extension du programme.

INFORMATIONS UTILES POUR EVENTUELLE REPLICATION

L'approche ascendante

Cette approche consiste en une mise en œuvre des services de PTME en commençant au niveau des communautés, plutôt qu'à partir du niveau central (hôpitaux de référence, etc.). Le slogan : « utilisez ce que vous avez pour faire ce que vous avez à faire » est utilisé. Grâce au recours aux accoucheuses traditionnelles, on arrive à desservir davantage de communautés. Un programme de lutte contre le SIDA au niveau des communautés a été initié dans le but de mieux sensibiliser la population au fléau du VIH/SIDA. Il a servi de « pré-counselling » au niveau local ou de « prélude » aux services de PTME. Ce programme a permis aux populations locales de prendre la mesure de leurs capacités, de s'y impliquer et de se l'approprier. Elles sont formées et recrutées en cas de besoin.

Au niveau des provinces, un partenariat est en train de se nouer avec l'administration et d'autres partenaires intéressés. CBCHB partage les enseignements tirés au niveau national, apporte son concours à la formation des animateurs, encourage la transparence et aide à l'élaboration de politiques et directives nationales. CBCHB a démarré la PTME en février 2000 et compte à son actif seulement 5 sites à la fin de la même année. Dans un premier temps, nous avons mené nos activités en organisant des séances de formation sur le site. En 2002, nous avons opté pour une nouvelle stratégie qui nous a permis d'étendre rapidement nos activités et qui consistait en la formation en groupe des conseillers et des techniciens de laboratoire. Cette nouvelle formule s'est consolidée en 2003 lorsque Prof Tih a reçu le prix International Leadership Award (ILA) de EGPAF. Grâce à ce prix, il a été possible de fournir une formation aux prestataires de services de PTME et aux animateurs dans 4 des 10 provinces du Cameroun, et d'étendre de manière constante la PTME dans ces provinces. Une équipe de formateurs a été constituée et un manuel de formation scindé en modules de formation a été confectionné. Un plan de suivi de la PTME est également disponible. Lorsque les prestataires de services sont formés et qu'un site est prêt pour la mise en œuvre de la PTME, une équipe de coordinateurs est dépêchée pour y apporter son assistance. Des visites régulières sont organisées pour en garantir l'efficacité. Les activités font l'objet d'un suivi et d'une évaluation réguliers.

Tout en reconnaissant les résultats impressionnants atteints par cette approche ascendante dans l'expansion rapide de la PTME, il est néanmoins capital pour la pérennité et la qualité des services, que le niveau central s'implique à temps afin de canaliser le processus d'expansion, superviser les efforts sur le terrain et garantir la qualité des services offerts.

Discussions dirigées en groupe associées aux conseils individuels avant le test

Les centres de soins prénataux (CPN) au Cameroun sont ouverts tous les jours, mais la plupart réservent des jours particuliers pour recevoir les femmes venant pour leur première visite. CBCHB en profite pour préparer les femmes aux conseils par une méthode connue sous le nom de « discussion de groupe dirigée » qui consiste à recevoir les femmes par groupes. Des notions sont dispensées sur divers aspects de la santé, y compris le VIH. Les informations essentielles sur le VIH/SIDA sont exploitées.

Les différents tests effectués par les femmes en période prénatale sont examinés, en identifiant les avantages et en mettant l'accent sur le dépistage du VIH. Les femmes sont informées qu'elles peuvent choisir de ne pas subir l'un quelconque des tests (possibilité de retrait). Le counselling individuel avant le test suivent immédiatement et les informations obtenues sur le VIH sont examinées et la cliente décide si elle souhaite subir le test ou non.

Résultats rapides le même jour

Le flux des malades est organisé pour éviter les pertes de temps. À l'issue de la discussion de groupe dirigée, les conseillers passent au counselling individuel précédant le test. Une fois qu'une femme consent à se soumettre au test, elle est envoyée au laboratoire où des échantillons pour tous ses tests de laboratoire sont collectés, y compris le test VIH. Elle retourne et poursuit les procédures normales de soins prénataux tandis que le technicien de laboratoire procède au dépistage du VIH à l'aide des tests rapides. Le technicien de laboratoire porte immédiatement les résultats au conseiller une fois qu'il les a et le counselling post-test peut alors commencer. Il faut noter que certains centres offrent un divertissement (Télévision). Le counselling est habituellement convaincant et toutes les femmes ont hâte de connaître leur résultat.

Intégration de la PTME dans les soins prénataux de routine

La PTME fait partie du paquet minimum de soins prénataux. Les personnels intervenant dans les soins prénataux (sages-femmes, infirmiers(ères), conseillers, techniciens de laboratoire et médecins) sont formés et ils offrent les services de PTME dans le cadre de leurs activités normales. Ceci étant, le counselling (pré et post-test) nécessite un investissement de temps supplémentaire. Les personnels sont sensibilisés aux buts et objectifs du programme, et à l'importance de leur contribution dans la réduction de la propagation du VIH parmi les enfants. Ils suivent leurs activités, rédigent les rapports et sollicitent une intervention en cas de difficultés.

Groupes de soutien (PVVIH)

Les groupes de soutien trouvent leur justification dans le fait que les personnes de même condition peuvent discuter plus aisément entre elles et proposer des solutions à leurs problèmes.

L'objectif global d'un groupe de soutien est de créer un cadre destiné à permettre à des personnes vivant une situation commune, d'apprendre comment mieux faire face au VIH/SIDA.

Lorsqu'une femme séropositive revient au centre pour les visites suivantes, on lui demande si elle voudrait partager son expérience avec une autre personne séropositive. On en fait de même pour les autres et celles qui l'acceptent se rencontrent pour échanger. Cette méthode s'avère très utile et il arrive qu'elles expriment le souhait de se revoir. D'autres femmes sont invitées de la même manière et le groupe s'agrandit. Les groupes de soutien se sont révélés très utiles et offrent la possibilité d'améliorer le suivi des mères et des bébés. Les membres servent de pairs éducateurs dans leurs communautés et certaines ont été recrutées comme conseillères pour réduire la stigmatisation et la discrimination.

Education des communautés sur le SIDA

La sensibilisation de la communauté et la formation de bénévoles au rôle d'éducateurs communautaires permettent de fournir au public des informations sur le VIH/SIDA. La transmission de la mère à l'enfant ne manque pas d'être évoquée au cours de ces interventions. Par conséquent, l'action intensive d'éducation de la communauté sert de « prélude » à la PTME. Lorsque les femmes ont des informations sur la transmission de la mère à l'enfant avant de se rendre dans les centres, une partie du résultat escompté à travers le counselling est déjà atteint et elles sont plus disposées à accepter de se soumettre au test.

Système de supervision, suivi et évaluation

Le programme de PTME a besoin d'animateurs efficaces, visionnaires et disponibles en toutes circonstances pour suivre de près et veiller à son bon fonctionnement. Des coordinateurs/superviseurs régionaux sont désignés. Ils effectuent des visites de supervision dans les sites en vue de faciliter les activités. Un animateur est choisi au niveau de chaque site et se charge de traiter les rapports mensuels. Une équipe de gestion solide veille au bon fonctionnement du programme. Les responsabilités sont déléguées et des réunions de coordination organisées régulièrement en vue d'évaluer le programme.

Lorsqu'un site est créé, des registres sont créés pour la collecte des données. Au début de chaque année, des fiches de rapport mensuel et annuel, et des enveloppes pré adressées sont envoyées à chaque site. Les coordinateurs visitent les sites pour fournir des explications en cas de besoin. Le personnel au niveau des sites remplit les fiches de rapport mensuel et les renvoient au bureau central de coordination. Les données collectées sont enregistrées dans le tableur Excel. Des rapports mensuels et trimestriels sont établis.

Les rapports trimestriels sont envoyés au Gouvernement et aux bailleurs de fonds tandis que des états récapitulatifs par site sont envoyés aux sites afin de les informer, recueillir leurs réactions et leur permettre de faire leur auto évaluation. Des rapports annuels et semestriels sont établis à partir de cette base de données, qui est constamment mise à jour.

Coût - efficacité

L'utilisation du personnel disponible au niveau des centres et des accoucheuses traditionnelles permet de réduire les charges salariales. La proximité du programme par rapport aux populations rurales permet une plus large couverture.

L'intégration des activités de PTME dans les services de soins prénataux permet une utilisation multifonctionnelle du personnel.

Difficultés et options

CBCHB fait face à des défis tels que le suivi des mères séropositives et de leurs bébés, le mauvais état du réseau routier qui empêche la supervision des zones reculées, la fourniture gratuite d'aliments de substitution, l'information des mères sur les choix d'alimentation possibles, et la fourniture de réactifs en quantité suffisante. Parmi les solutions qui ont été élaborées, figurent le démarrage de l'initiative des groupes de soutien et le dépôt de demandes directes de fournitures (tests et antirétroviraux gratuits) auprès des Laboratoires ABBOTT.

FACTEURS DE PERENNITE

CBCHB se préoccupe de la pérennité de ses activités de PTME. C'est ainsi que des mesures comme l'intégration de la PTME dans la Santé materno-infantile ont été adoptées. Il faut ajouter à cela, le fait que le personnel éduque continuellement les clientes sur le fait que la gratuité du dépistage et du traitement ne sera pas assurée indéfiniment et qu'en conséquence, elles devront payer lorsque le besoin se fera sentir. Par ailleurs, un compte dénommé « adoptez un agent de santé » a été ouvert, dans lequel les agents versent 1% de leur salaire tous les mois. Les fonds provenant de ce compte sont utilisés pour traiter les agents infectés. Ce fonds peut également être mis à contribution pour pérenniser le programme pendant un certain temps en cas de manque de financement.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- Tih Pius MUFFIH MPH, PhD, Executive Director, Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB), Cameroun
- Thomas K. WELTY MD, MPH, Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB), Cameroun
- Marc BULTERYS MD, MPH, Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB), Cameroun
- Cathy WILFERT MD, Cameroon Baptist Church convention Board (CBCHB), Cameroun
- Janet KAYITA MD, Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB), Cameroun
- Joseph NKAUSAI Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB), Cameroun
- Godlove NKOH Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB), Cameroun
- George NDIKINTUM Cameroon Baptist Convention Health Board (CBCHB), Cameroun

INTEGRATION DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MERE A L'ENFANT (PTME) DANS LES CURRICULA DE LA FORMATION INITIALE DISPENSEE PAR LES INSTITUTS NATIONAUX EN COTE D'IVOIRE

RESUME

L'information, l'éducation et la formation sont des volets importants des efforts de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Pour plus d'efficacité, ces efforts doivent cibler les agents de santé et être intégrés dans les programmes des instituts de formation des agents de santé. Jusqu'à une date récente, en Côte d'Ivoire, seuls 32 centres de protection maternelle et infantile (PMI) offraient des services de PTME dans un pays qui disposait de plus de 2700 centres de santé¹ dans les secteurs public et privé combinés ; avec plus de 3000 médecins, pharmaciens, biologistes et dentistes, et 9000 infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire et assistants sociaux. La plupart de ces agents de santé n'avaient reçu aucune formation formelle en PTME pouvant leur permettre de prendre en charge les femmes enceintes en la matière. Le Ministère de la santé reconnaît la nécessité, face au taux de prévalence élevé du VIH, d'intégrer la PTME dans les programmes des instituts de formation des agents de santé.

L'objectif global du programme est de promouvoir une formation à long terme, durable et de qualité en matière de PTME et de mettre sur pied une équipe d'experts formateurs en PTME. Les objectifs spécifiques suivants devaient être atteints :

- Evaluer les supports pédagogiques de PTME existants pour la formation initiale et le perfectionnement des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des assistants sociaux et des techniciens de laboratoire ;
- Mettre en place un comité national de pilotage chargé de la supervision et du suivi des activités ;
- Amener 250 formateurs et leaders d'opinion à s'impliquer dans la mise oeuvre du programme de PTME à travers un processus participatif et par la sensibilisation ;
- Elaborer ou adapter les supports pédagogiques pour la formation initiale et le perfectionnement des agents en s'inspirant de matériels didactiques existants en français et en anglais (notamment les documents génériques de formation en PTME de l'OMS/CDC);
- Créer, sur la base des supports pédagogiques élaborés en PTME, un pool de formateurs spécialistes représentatifs de toutes les institutions de formation initiale et de perfectionnement.

En novembre 2003, JHPIEGO a été chargé de réaliser une évaluation des besoins à l'Université d'Abidjan, à l'Institut national de formation sociale et à l'Institut national de formation des agents de santé, afin de déterminer comment intégrer au mieux la PTME dans les programmes de formation initiale et de perfectionnement professionnel. L'évaluation a révélé l'utilisation de supports pédagogiques de PTME non standardisés pour les interventions de perfectionnement par les partenaires d'exécution. Dans les instituts de formation initiale, il n'existait pas de modules formels de PTME et la question du VIH/SIDA ne bénéficiait que d'un faible volume horaire de formation.

Une réunion des différents acteurs a été organisée pour partager les résultats de l'évaluation des besoins. Les parties prenantes ont mis en place un comité de pilotage constitué de 20 membres chargé de superviser et diriger l'élaboration et la standardisation des initiatives de formation et de perfectionnement en PTME.

Le premier acte posé par le Comité de pilotage a consisté à mobiliser 250 professeurs et assistants d'université afin de les amener à s'engager dans la mise en oeuvre de la PTME à travers un processus participatif. La rencontre avait pour objectif de sensibiliser les Universités et les instituts de formation sur la nouvelle politique nationale et les nouveaux documents de directives concernant la PTME, ainsi que sur le plan de mise en oeuvre et les besoins en formation.

D'avril à juin 2004, des supports pédagogiques de PTME en français (Document de référence sur la PTME, manuel de formation pour les formateurs et les participants à la formation) ont été élaborés pour les prestataires de service et/ou les conseillers. La méthodologie consistait à collecter et réviser les supports pédagogiques de PTME disponibles en Afrique, ainsi que les documents de formation générique en PTME de l'OMS/CDC. Une liste de modules de formation a été adoptée et des documents de PTME ont été élaborés. En septembre 2004, un atelier de validation a été organisé et les observations et suggestions complémentaires ont été intégrées aux documents.

Un pool de 44 formateurs spécialisés représentatifs de toutes les structures de formation initiale et de perfectionnement a été constitué sur la base des documents de PTME nouvellement élaborés. Les participants ont été soigneusement sélectionnés. Concernant les instituts de formation initiale, le chef de chaque département a été choisi en vue d'organiser par la suite des ateliers pour ses pairs du département, et pour faciliter l'intégration des modules de PTME dans les programmes d'enseignement du département. Deux groupes ont été formés à travers une session de dix jours pour chaque en utilisant l'approche de JHPIEGO en techniques d'apprentissage axées sur les compétences (soit 5 jours de formation en techniques d'apprentissage et 5 jours consacrés aux questions de PTME) en septembre 2004 et janvier 2005.

La démarche consistant à sensibiliser et à former des professeurs, occupant une position clé dans les instituts de formation initiale, était en réalité la première étape de l'intégration des modules de PTME dans les programmes existants d'enseignement universitaire et des instituts de formation. Les professeurs récemment formés ont rapidement adapté leurs cours respectifs pour y intégrer la PTME lorsque la situation s'y prêtait. Le programme global offrait une base solide pour créer au fil du temps une masse critique d'agents de santé capables de maîtriser les pratiques de PTME sur l'ensemble du territoire national.

Les prochaines étapes, au cours de la deuxième année du programme, consistent à modifier le volume horaire consacré à la question du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement des instituts de formation par le biais d'un arrêté ministériel qui rendra la stratégie efficace.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution:

- CDC/Projet RETRO-CI
Sous couvert de l'Ambassade des Etats-Unis, 5 rue Jesse Owens,
01 BP 1712 Abidjan 01, Côte d'Ivoire
Tel: +225 21 25 41 89 / Fax: +225 21 24 29 69

Personnes contact:

- Monica NOLAN
Directeur de CDC/Projet RETRO-CI
E-mail : mgn1@cdc.gov
- Mathurin Soumahoro OULAÏ
Directeur de la formation et de la recherche
Ministère de la santé, Côte d'Ivoire

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Située en Afrique de l'Ouest, la Côte d'Ivoire s'étend sur 322.462 km² et est limitée par l'Océan Atlantique et 5 pays : le Liberia, la Guinée, le Burkina Faso, le Mali et le Ghana. Premier producteur mondial de cacao, ce pays est également grand producteur de café, de caoutchouc, d'huile de palme, de coton et de bois. Il possède aussi des infrastructures et un réseau routier, ferroviaire et maritime très développés. C'est une plaque tournante économique, et un centre migratoire et de transport pour la sous-région. Le français est la langue officielle du pays. La population totale est estimée à 16,8 millions d'habitants (Banque mondiale 2002).

Le taux de natalité est de 41 pour 1000 (DHS 1998) et la croissance démographique annuelle est estimée à 3.3%. Ce qui correspond à un doublement de la population en moins de 25 ans. Environ 54% de la population vit en zone rurale. La population est jeune dans l'ensemble et se répartit comme suit : 46.2% entre 0-14 ans, 51.6% entre 15-64 ans, et 2.2% a 65 ans et plus. Le ratio homme/femme est d'environ 1/1 dans toutes les classes d'âge (recensement 1998). L'espérance de vie à la naissance est de 50,9 ans.

Le taux de mortalité infantile et juvénile est également très élevé, soit 93,6 et 140 morts pour 1.000 naissances vivantes respectivement (DHS 1998). Les maladies infectieuses, notamment le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires, la rougeole, le tétanos, et de plus en plus le VIH/SIDA constituent, par ordre d'importance, les premières causes de maladie et de décès chez les enfants. La mortalité maternelle est de 1200/100.000 naissances vivantes.

Le niveau d'utilisation du contraceptif est très bas (7.3% de la population utilisent des méthodes modernes) et les taux de fertilité sont très élevés en Côte d'Ivoire, pour un taux de fertilité total de 5,2 enfants (DHS 1998).

La Côte d'Ivoire détient depuis longtemps le taux de prévalence de VIH le plus élevé de l'Afrique de l'Ouest, avec une prévalence stable dans la population adulte estimée à 7% en 2004 (ONUSIDA 2004). Le SIDA est la première cause de décès chez les adultes (15-49 ans)

depuis 1998. Le VIH-1 et le VIH-2 co-existent mais la prévalence du VIH-1 est beaucoup plus importante chez les femmes enceintes infectées par le VIH. La surveillance sentinelle prénatale du VIH révèle une prévalence urbaine de l'ordre de 10% environ et de plus de 5% dans la plupart des unités sentinelles en zone rurale. En 2004, l'ONUSIDA estimait qu'environ 420,000 enfants avaient perdu soit l'un de leurs parents, soit leurs deux parents du fait du SIDA. L'on estime à 54.000 le nombre de bébés nés de mère séropositive chaque année, parmi lesquels environ 1/3 sont infectés en l'absence d'intervention de PTME. En 2003, seules 2,4% de femmes enceintes séropositives ont reçu un traitement prophylactique complet à base d'antirétroviraux (ARV) en vue de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant. Ceci montre à quel point les interventions de PTME sont nécessaires.

FINANCEMENT

Le programme global a été financé à travers le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis en matière de lutte contre le SIDA. Les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis (CDC), qui oeuvrent depuis 1988, à travers le Projet Retro-CI, à la prévention du VIH en Côte d'Ivoire, et JHPIEGO ont fourni l'assistance technique et l'expertise nécessaires à ce programme.

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

Le programme a ciblé de manière directe 314 professeurs, assistants, agents de santé et leaders d'opinion. Mais environ 12.000 agents de santé travaillant dans les différents centres de santé sur l'ensemble du territoire national ont été indirectement ciblés ainsi que les étudiants à travers la formation de perfectionnement et dans les instituts de formation initiale des agents de santé.

DUREE

Le programme a démarré en novembre 2003 et est prévu prendre fin en mars 2006.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

L'information, l'éducation et la formation sont des volets importants des efforts de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME). Pour plus d'efficacité, ces efforts doivent cibler les agents de santé et être intégrés dans les instituts de formation des agents de santé. Aujourd'hui, seuls 32 centres de protection maternelle et infantile (PMI) offrent la PTME alors que la Côte d'Ivoire dispose de plus de 1300 centres¹ dans le secteur public et 1416 cliniques², infirmeries privées et pharmacies dans le secteur privé. Le fonctionnement de ces centres de santé, publics et privés, est assuré par plus de 3000 médecins, pharmaciens, biologistes et dentistes, et 9000 infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire, et assistants sociaux. Tous ces personnels ont reçu leur formation initiale à l'Université (dans les Unités de formation et de recherche de Sciences médicales, biologiques et pharmaceutiques, en odontologie et en stomatologie) ainsi qu'à l'Institut national de formation sociale et à l'Institut national de formation des agents de santé pour le personnel paramédical. Le Ministère de la santé en Côte d'Ivoire a reconnu que la plupart des

agents de santé intervenant dans le domaine n'avaient reçu aucune formation formelle en PTME pouvant leur permettre de prendre en charge des femmes enceintes dans ce pays qui détient un taux élevé de prévalence du VIH. Il a reconnu la nécessité d'intégrer la PTME dans les centres de formation des agents de santé. En réponse à ce besoin, le Programme national de soins et de traitement du VIH et la Direction de la formation et de la recherche du Ministère de la santé se sont appuyés sur l'assistance des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis (CDC), à travers le Projet Retro-CI, et l'expertise de JHPIEGO pour travailler avec les Universités et les instituts de formation sanitaire à élaborer rapidement une approche de formation à long terme.

L'objectif global du programme était la promotion d'une formation à long terme durable et de qualité en matière de PTME et la mise en place d'une équipe de formateurs spécialistes de PTME. Les objectifs spécifiques consistaient à :

- Evaluer les supports pédagogiques existants pour la formation initiale et le perfectionnement des agents en exercice (médecins, sages-femmes, infirmiers, assistants sociaux et techniciens de laboratoire) ;
- Mettre en place un Comité national de pilotage de 20 personnes, présidé par le Directeur de la formation et de la recherche au Ministère de la santé, composé de représentants des Universités et des instituts de formation de santé, des organismes appliquant la PTME et des agences techniques des Nations Unies, pour la supervision du processus et le suivi des activités ;
- Amener 250 formateurs et leaders d'opinion à s'impliquer dans la mise en oeuvre de la PTME à travers un processus participatif et par la sensibilisation sur le programme national et les directives nationales de PTME, sur le programme de mise en oeuvre et les besoins de formation en PTME ;
- Elaborer ou adapter des supports pédagogiques pour la formation initiale et de perfectionnement (guide national, manuel des formateurs et manuel des participants adaptés aux différents groupes professionnels), en s'inspirant de matériels didactiques existants en français et en anglais (notamment les documents génériques de formation en PTME de l'OMS/CDC et les supports pédagogiques en français existant dans d'autres pays africains) ;
- Créer, sur la base des supports pédagogiques élaborés en PTME, un pool de formateurs spécialistes représentatifs de toutes les structures de formation initiale et de perfectionnement en sélectionnant les responsables de département ou des membres du conseil pédagogique de l'Université ou des Instituts de formation pour faciliter et faire progresser l'intégration des modules de PTME dans les programmes d'enseignement existants.

Les activités suivantes ont été programmées et mises en oeuvre :

Evaluation des besoins

JHPIEGO a effectué une évaluation des besoins à l'Université d'Abidjan, à l'Institut national de formation sociale et à l'Institut national de formation des agents de santé, afin de déterminer comment intégrer au mieux la PTME dans les programmes de formation initiale et de perfectionnement professionnel. L'évaluation a révélé l'utilisation de supports pédagogiques de PTME non standardisés par les partenaires d'exécution pour leurs interventions. Dans les instituts de formation initiale, il n'existait pas de modules formels de PTME et la question du VIH/SIDA ne bénéficiait à cette époque que d'un faible volume d'heures d'enseignement.

Création d'un Comité national de pilotage

Une réunion des différents acteurs a été organisée pour partager les résultats de l'évaluation des besoins. Les parties prenantes ont mis en place un comité de pilotage constitué de 20 personnes chargé de superviser et assurer la direction de l'élaboration et la standardisation des initiatives de formation initiale ainsi que de perfectionnement en VIH/SIDA, en commençant par la PTME. Ce comité était présidé par le Directeur de la formation et de la recherche au Ministère de la santé, et composé d'acteurs clés des secteurs de la formation initiale et des membres du personnel enseignant des facultés. Ce comité comprenait également des représentants d'ONG de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) et a permis d'avoir un échantillon représentatif de comité national de PTME ouvert aux autres acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA. Les termes de référence du comité de pilotage consistaient à encourager l'application et l'efficacité des initiatives, faire des recommandations, et apporter un appui politique et technique. Ce comité de pilotage entrait dans la mission de la Direction de la recherche et de la formation du Ministère de la santé définie par arrêté ministériel et a travaillé en étroite collaboration avec le Programme national de soins et traitement du VIH/SIDA, JHPIEGO et CDC pour la mise en oeuvre des activités. Le processus a généré la mobilisation et l'engagement ferme des leaders d'opinion locaux, notamment les Doyens et/ou les Directeurs des instituts de formation, ainsi que les principaux représentants des différents corps professionnels. Ce groupe est devenu une nouvelle force de plaidoyer pour une mise en oeuvre rapide de la PTME ainsi que de services élargis de VIH.

Mobilisation

Le premier acte posé par le comité de pilotage a consisté à mobiliser 250 professeurs et assistants d'université afin de les amener à s'engager dans la mise en oeuvre de la PTME à travers un processus participatif. La mobilisation avait pour objectif de sensibiliser les Universités et les Instituts de formation sur la nouvelle politique nationale et les nouvelles directives concernant la PTME, ainsi que le plan de mise en oeuvre et les besoins en formation.

La démarche consistait à toucher un public aussi large que possible ainsi que des individus clés à la Direction des départements des Universités et des écoles spécialisées de santé. Pour sensibiliser et informer les Directeurs et les Doyens sur le programme de formation et ses implications, le Programme national de soins et traitement du VIH, la Direction de la recherche et de la formation du Ministère de la santé, et CDC/Projet RETRO-CI ont rencontré les Directeurs des organismes et les Doyens afin de leur présenter le contexte et la raison d'être de la formation. Ceci a été l'occasion de souligner le besoin de voir les personnes clés choisies participer à toutes les sessions de mobilisation. Des ateliers d'une journée ont été organisés en mars 2004 pour les Unités de formation et de recherche des Sciences médicales, biologiques et pharmaceutiques, en odontologie et en stomatologie, ainsi qu'à l'Institut national de formation sociale et à l'Institut national de formation des agents de santé. Au cours de ces ateliers, des présentations ont été faites sur le contenu de la politique de la PTME, et les documents de directives, ainsi que sur le plan d'extension de la PTME. Les présentations ont été suivies de débats permettant de renforcer la compréhension des participants. Près de 50 personnes ont pris part à chaque atelier, et les documents nationaux sur la PTME ont été distribués à chacun des participants.

Identification des spécialistes nationaux et internationaux de la PTME

Le processus d'élaboration des supports pédagogiques de la PTME a été conduit par trois consultants de JHPIEGO, six consultants nationaux, et des personnes ressources de PTME du CDC/Projet RETRO-CI, et du Projet DITRAME Plus. Les consultants nationaux venaient de l'Université et des Instituts nationaux de formation de la santé. Les critères de sélection étaient les suivants : être professeur ou assistant d'Université, membre du Conseil pédagogique chargé de l'élaboration des programmes d'enseignement en rapport avec l'établissement des volumes horaires, membre du comité national de pilotage, et avoir au moins trois années d'expérience en PTME.

Rédaction des projets de supports pédagogiques de PTME

D'avril à juin 2004, les documents pédagogiques de PTME en français (document de référence de la PTME, manuel des formateurs et manuel des participants) ont été élaborés pour les prestataires de services et/ou les conseillers. La méthodologie a consisté à collecter et à réviser les supports pédagogiques de PTME disponibles en Afrique, ainsi que les documents de formation générique en PTME de l'OMS/CDC. Une liste de modules de formation a été adoptée ; il s'agit notamment :

- De l'aperçu général du VIH/SIDA ;
- Des services intégrés de PTME dans le cadre des soins de santé de la mère et de l'enfant (SME) comprenant le conseil et le dépistage volontaire du VIH systématique sur le site, la prophylaxie basée sur les ARV et le conseil pour l'alimentation des nourrissons ;
- De la promotion du conseil et de l'implication des partenaires/couples ;
- De la liaison avec les services de planification familiale ;
- Du soutien social et les groupes de soutien post-test ;
- De la prise en charge familiale du VIH et le continuum de soins ;
- De la réduction de la stigmatisation et l'implication des PVVIH ;
- De la gestion des programmes, le suivi et évaluation ;
- Du soutien et la supervision du personnel.

Les avant-projets de documents ont été rédigés et révisés avec la contribution des experts de PTME de Côte d'Ivoire et d'ailleurs.

Validation des supports pédagogiques de PTME

En septembre 2004, un atelier de validation a été organisé et les observations et suggestions complémentaires ont été intégrées aux documents.

Formation des formateurs pour les professionnels en exercice et les instituts de formation initiale

Un pool de 44 formateurs spécialisés, représentatifs de toutes les structures de formation initiale et de perfectionnement, a été formé sur la base des documents de PTME nouvellement élaborés. Les participants ont été soigneusement sélectionnés. Concernant les instituts de formation initiale, le Chef de chaque département a été choisi en vue d'organiser par la suite des ateliers pour ses pairs du département, et pour faciliter l'intégration des modules de PTME dans les programmes d'enseignement du département. La formation a été assurée dans le cadre de 2 ateliers d'une durée de 10 jours chacun, sur la base de l'approche

de JHPIEGO en techniques d'apprentissage axées sur les compétences, en septembre 2004 et janvier 2005. Avant le début de chaque atelier, les formateurs ont fourni un questionnaire préliminaire à tous les participants sélectionnés. Ce questionnaire n'était pas un test de connaissances. Il visait plutôt à s'informer sur les attentes des participants et leur expérience en élaboration ou utilisation de techniques d'apprentissage et de documents/matériels de PTME. Il avait pour objectif de donner aux formateurs un aperçu sur les participants, leurs antécédents et leurs niveaux d'expérience. La tâche des formateurs consistait donc à faire en sorte d'exploiter au mieux les forces de chacun des participants. Les formateurs ont utilisé des méthodes de formation participatives et de travail de groupe. Les formateurs de JHPIEGO ont administré un questionnaire à mi-parcours afin d'obtenir les réactions des participants à la formation. Nombre d'entre eux ont eu des réactions positives qui montraient que le temps consacré aux techniques de formation axées sur les compétences puis aux modules de PTME était utile.

Intégration des modules de PTME dans les programmes d'enseignement des instituts de formation initiale

La démarche consistant à sensibiliser et à former des professeurs occupant une position clé dans les instituts de formation initiale était la première étape de l'intégration des modules de PTME dans les programmes d'enseignement existants des universités ainsi que ceux des instituts de formation. En fait, les professeurs récemment formés ont adapté sans retard leurs cours respectifs pour y intégrer le cas échéant la PTME.

Suite à ce programme, les modules de formation de la PTME ont été élaborés et les enseignants des Instituts de formation ont été formés. L'enseignement des nouveaux modules créés a démarré dans les Instituts de formation. Les prochaines étapes prévues pour la deuxième année du programme consistent à modifier à la hausse le volume horaire consacré à la question du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement des Instituts de formation par le biais d'un arrêté ministériel afin de rendre la stratégie efficace.

En septembre 2002, la Côte d'Ivoire a connu une grave crise politique, socio-économique et humanitaire à la suite d'un « coup d'état » qui s'est terminé par l'occupation de grandes villes et localités du Nord du pays par une rébellion. Cette situation a engendré la désorganisation des services publics y compris les services de santé et a ralenti la mise en œuvre du programme.

De cette expérience, nous avons retenu les leçons suivantes:

- L'implication totale de toutes les parties prenantes de la PTME, (donateurs, ONG, PVVIH, instituts de formation), dès le début est très utile ;
- La révision des avant-projets de supports pédagogiques de PTME par d'autres spécialistes de PTME de Côte d'Ivoire et d'ailleurs a contribué à les améliorer ;
- L'utilisation des supports pédagogiques génériques de PTME de l'OMS comme documents de référence a facilité le processus d'élaboration des documents pédagogiques.

Les prochaines étapes du programme d'intégration de la PTME dans les curricula de formation initiale et de perfectionnement sont les suivantes :

- Organiser un atelier d'une durée de trois 3 jours rassemblant les Conseils pédagogiques de chaque institut de formation initiale pour examiner les programmes

actuels d'enseignement et proposer des modifications des volumes horaires afin d'intégrer le sujet du VIH/SIDA dans les programmes d'enseignement ;

- Organiser un atelier de formation de formateurs pour 20 enseignants de chaque institut de formation initiale afin d'accélérer l'intégration des modules de PTME dans les programmes actuels d'enseignement des Universités et des Instituts de formation, et faciliter la formation d'une masse critique d'enseignants et d'étudiants des sciences médicales ;
- Assurer une surveillance périodique des recommandations dans chaque département de formation initiale, sur la base des termes de référence, du plan de travail et des rapports trimestriels fournis par les instituts de formation initiale à la Direction de la recherche et la formation du Ministère de la Santé.

SUIVI ET EVALUATION

Les indicateurs clés suivants ont été recherchés :

- Nombre de sessions de formation organisées pour les formateurs ;
- Nombre de personnes formées ;
- Nombre d'heures attribuées à la PTME dans les programmes de formation ;
- Un programme de révision est élaboré pour les modules de formation.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE EVENTUELLE REPLICATION

L'implication de spécialistes nationaux et des autorités gouvernementales a été décisive pour le succès du programme. Le recours à la Direction de la recherche et la formation du Ministère de la santé pour jouer le rôle de comité de pilotage est une alternative possible à la contrainte de motivation des membres du comité de pilotage.

FACTEURS DE PERENNITE

Le processus participatif utilisé avec des institutions de formation initiale publiques établies et motivées, des formateurs motivés et la méthodologie appropriée pour l'intégration des modules de PTME dans les programmes d'enseignement de formation initiale assurent une approche durable.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- Edith BONI-OUATTARA CDC-Projet RETRO-CI / Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Cote d'Ivoire
- Monica NOLAN Centers for Diseases Control and Prevention (CDC), Cote d'Ivoire
- Laurence BEQUET Project ANRS DITRAME Plus, Programme PACCI, Côte d'Ivoire
- Paul SOSSA JHPIEGO, Cote d'Ivoire
- Simplicie ANONGBA Unité de Formation et de Recherche (UFR) des Sciences Médicales, Cote d'Ivoire
- Anthony TANOH Programme National de Prise en charge Médicale des Personnes Vivant avec le VIH, Cote d'Ivoire
- Mathurin Soumahoro OULAÏ Direction de la Formation et de la Recherche, Ministère de la Santé Publique, Cote d'Ivoire
- Coulibaly MAKAN UNICEF, Cote d'Ivoire

**SOINS ET TRAITEMENTS AUX PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH/SIDA**

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH A TRAVERS UN CENTRE D'ASSISTANCE COMMUNAUTAIRE EN COTE D'IVOIRE: « PROJET CASM »

RESUME

HOPE Worldwide Côte d'Ivoire est une organisation communautaire basée sur la foi. Avec l'appui du Ministère de la santé, elle a ouvert un Centre d'Assistance Socio Médicale (CASM) en février 1991 qui fonctionne sous le modèle d'une clinique de jour. La mission du CASM est double: assurer une prise en charge adéquate (médicale, psychologique, sociale et nutritionnelle) des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leurs familles ; et renforcer le continuum de soins.

Le CASM a accueilli, depuis sa création, plus de 5000 personnes en provenance des hôpitaux, des centres de santé, des centres sociaux, des centres de conseil et dépistage volontaire (CDV), des organisations de lutte contre le SIDA et des Associations de PVVIH. Initialement destiné pour Abidjan et ses environs, le centre a également accueilli des personnes en provenance de l'intérieur du pays. Le centre a deux catégories d'activités : les activités réalisées sur place (au centre) et les activités externes réalisées au sein des communautés.

Les principales activités réalisées au centre sont les suivantes:

- La prise en charge médicale (consultations, soins, suivi des patients, dons ou achats de médicaments, mise en observation, etc.) ;
- La prise en charge psychologique (counselling, focus group, référence vers les groupes d'auto support, etc.) ;
- La prise en charge sociale (Activités Génératrice de Revenu, assistance scolaire, etc.) ;
- L'assistance nutritionnelle (services de petit déjeuner, repas aux patients mis en observation, distribution de kits alimentaires, etc.) ;
- La formation d'agents communautaires pour les soins et soutien aux PVVIH et aux orphelins et enfants vulnérables (OEV).

Les activités communautaires comprennent les visites et soins à domicile par les bénévoles ou agents communautaires et les médecins du centre ; et le renforcement des capacités communautaires à la prise en charge des PVVIH et des OEV.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- HOPE Worldwide Côte d'Ivoire
BP 1021 Cidex1 Abidjan 06, Côte d'Ivoire
Tél. : +225 21 24 43 79 / 21 24 74 65
Fax : +225 21 24 43 79
E-mail : hwci@aviso.ci

Personnes contact:

- Mark OTTERWELLER
Managing Director HOPE Worldwide Africa
E-mail: mark.otterweller@hwwafrica.org

- Marc AGUIRRE
OVC Program Manager/ M&E, HOPE Worldwide South-Africa
E-mail: marc.aguirre@hwwafrica.org

- Blaise FEUMBA
Managing Director HOPE Worldwide Côte d'Ivoire
Tel: +225 05 05 88 18
E-mail: feumbar@africaonline.co.ci

- Isabelle KOUAME
Directeur technique
Tel : +225 07 078 819/08 041 008
E-mail : isabelle_kouame@yahoo.fr

HOPE Worldwide Côte d'Ivoire est une représentation de HOPE Worldwide, une organisation non gouvernementale de droit américain basée sur la foi. En Côte d'Ivoire, HOPE Worldwide a un accord de siège avec le gouvernement. Le siège pour l'Afrique est à Johannesburg en Afrique du Sud. HOPE Worldwide est également représenté au Nigeria, en Zambie, au Botswana et au Kenya.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Le projet « CASM » est mis en oeuvre en Côte d'Ivoire, pays le plus touché de l'Afrique de l'ouest avec une séroprévalence du VIH/SIDA estimé à 7% (source ONUSIDA, 2004). Cette épidémie touche en grande partie la population jeune et sexuellement active de 15 à 49 ans qui représente les bras valides de ce pays. Plus d'un million de personnes y vivent avec le VIH/SIDA.

Le Centre d'Assistance Socio Médicale (CASM) est localisé à Abidjan, ville de 3 millions d'habitants. Abidjan, la capitale économique de la Côte d'Ivoire, est une ville moderne avec ses « points chauds » et ses points d'attraction touristique. La prévalence y est estimée à plus de 10%, une des plus fortes dans le pays. Au plan de la lutte contre le VIH/SIDA, cette ville compte un effectif élevé de PVVIH et regorge d'un maximum de structures et d'infrastructures. En effet, les ONG les plus expérimentées interviennent essentiellement à Abidjan. De même, l'essentiel des centres de prise en charge et de prescription des ARV y est basé.

FINANCEMENT

Depuis sa création en 1991, les ressources financières du CASM proviennent de diverses sources, à savoir :

- HOPE Worldwide USA et HOPE Worldwide Côte d'Ivoire dont les financements ont permis de mettre en œuvre les activités du CASM et de les poursuivre en l'absence de financement externe ;
- Le PNUD qui a mis à disposition des fonds pour des activités génératrices de revenus au profit des PVVIH ;
- Family Health International (FHI) qui a mobilisé des fonds pour les soins et soutien aux Orphelins et Enfants Vulnérables dans la communauté ;
- Le gouvernement américain qui a mis à disposition un financement (à travers le Center for Diseases Control et le Projet RETROCI) ayant permis de développer des activités de mobilisation communautaire, de prise en charge des PVVIH et des OEV, et de renforcer les capacités des communautés à prévenir le VIH/SIDA et à prendre en charge les PVVIH ainsi que les OEV;
- Les dons provenant de la Semaine Espoir (collecte de fonds), de la Première Dame de Côte d'Ivoire, d'entreprises et d'organisations de la place, d'individus pour le petit déjeuner des patients, de vente d'objets, les dons de matériels et d'équipements médicaux et de médicaments, et, la participation des patients à un prix forfaitaire aux activités de soins permettent de faire face à certaines charges. Par ailleurs, les patients achètent les ARV à des prix subventionnés par le gouvernement ivoirien.

Ainsi, le CASM n'a pas connu d'interruption dans ses activités depuis sa création.

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

Le CASM est ouvert à toute PVVIH indigente et à sa famille sans distinction de race, de nationalité et de religion. Depuis le démarrage de ses activités il y a 14 ans, plus de 5000 personnes ont bénéficié des services du CASM.

DUREE

Le CASM a démarré ses activités en février 1991. HOPE Worldwide Côte d'Ivoire envisage de poursuivre les activités aussi longtemps encore tant que l'environnement financier et politique le permet. Malgré la crise socio – politique que vit la Côte d'Ivoire depuis plus de deux ans, le CASM a continué à offrir ses services car ils sont indispensables et nécessaires, et, aussi à cause de la demande accrue du fait du nombre croissant de PVVIH que cette crise a entre autre exacerbée.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

L'épidémie du VIH/SIDA s'est rapidement répandue en Côte d'Ivoire, créant un nombre de plus en plus croissant de personnes vivant avec le VIH/SIDA cherchant des soins et soutien appropriés. La majorité des PVVIH doivent faire face à plusieurs défis au sein de leurs familles et de leurs communautés dont les principaux sont : les conflits conjugaux, le rejet, la stigmatisation, la discrimination et la violation des droits de l'homme.

Devant la croissance de leur nombre, les structures hospitalières se retrouvent débordées par des PVVIH souvent laissées pour compte dans les lits d'hôpitaux par leur famille et par un personnel médical ayant une charge de travail élevée, parfois désarmé et impuissant. Très peu de projets de soins et soutien à base communautaire existent pour servir de relais aux structures hospitalières et renforcer le continuum de soins des PVVIH de l'hôpital à la maison. C'est dans ce contexte que le Centre d'Assistance Socio-Médicale « CASM », a été mis en place pour : désengorger, quelque peu, les structures hospitalières ; apporter une prise en charge de compassion aux PVVIH ; et renforcer le lien de solidarité entre les PVVIH, leurs familles et leurs communautés.

Trois périodes ont marquées l'évolution du CASM :

De 1991 à 1994, il s'est agit de soutenir les malades souvent abandonnés au service des maladies infectieuses du CHU de Treichville par des visites à l'hôpital, des soins corporels ainsi qu'un soutien psycho social et financier (distribution de médicament, de nourriture, de vêtement) ; et de développer la prise en charge en ambulatoire des PVVIH indigents, stigmatisés, venant des centres hospitaliers ou adressés par les centres de santé.

Entre 1995 et 2000, les objectifs du centre ont changé en réponse aux difficultés rencontrées notamment le nombre élevé de patients, l'augmentation de la morbidité, le nombre élevé de perdu de vue et de décès à domicile du fait de la pauvreté, les hospitalisations récurrentes avec l'évolution de la maladie, les difficultés de transport pour se rendre au centre, les difficultés d'accès au lieu d'habitation des malades, l'absence du soutien familiale et communautaire, l'accroissement de la stigmatisation et du nombre de PVVIH rejetées. L'objectif principal de cette période a été de renforcer le continuum de soins des PVVIH à travers :

- La facilitation d'établissement d'un lien de solidarité entre la PVVIH, sa famille et sa communauté ;
- Le développement des visites et soins à domicile ;
- Le développement de partenariat entre les structures de prise en charge des PVVIH et des OEV ;
- L'implication des PVVIH dans les activités de prise en charge, de prévention et de mobilisation de ressources (formation, développement d'Activités Génératrices de Revenus) ;
- La facilitation de la mise en place d'un groupe de soutien qui s'est soldé par la création d'une Association de PVVIH (« Le Club des Amis » composé aujourd'hui de plus de 500 membres)

De 2001 à ce jour, l'objectif principal est de renforcer la prise en charge communautaire par :

- La décentralisation de la prise en charge psychologique et sociale à travers le développement de groupe d'auto support ou groupe de soutien aux PVVIH dans les 10 communes d'Abidjan et de Grand Bassam avec l'implication de structures sanitaires ;
- La formation d'acteurs (facilitateurs) communautaires à la prise en charge des PVVIH et des OEV ;
- La mobilisation de leaders religieux et communautaires dans la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et le soutien aux PVVIH.

L'amélioration de la qualité de vie des PVVIH et celle de leurs familles à travers une meilleure prise en charge médicale, psychologique, sociale et nutritionnelle est la mission

que s'est assignée le Centre d'Assistance Socio-Médicale (CASM). La réussite d'une telle mission passe par l'atteinte des objectifs suivants :

- Améliorer l'accès aux soins des PVVIH et des OEV ;
- Renforcer le continuum de soins des PVVIH et des OEV ;
- Aider et encourager les PVVIH et leurs familles à vivre positivement ;
- Renforcer les capacités communautaires à la prise en charge des PVVIH et des OEV.

Pour ce faire, d'autres projets sont initiés ayant pour but de prolonger les activités de prévention et de prise en charge du CASM au sein de communautés identifiées. Ce sont le « Projet de renforcement des capacités communautaires face au VIH/SIDA » et le « Projet de renforcement des réponses communautaires pour le soutien des orphelins et enfants vulnérables (OEV) ».

Les soins et soutien aux PVVIH ont été développés à travers 5 stratégies à savoir : la prise en charge médicale, le système de référence, la prise en charge psychologique et sociale, la prise en charge nutritionnelle et la prise en charge communautaire. Les principales activités découlant de ces stratégies ont été énoncées dans le tableau synoptique des activités du CASM ci-joint.

Prise en charge Médicale des PVVIH et leurs familles

Les soins médicaux au centre

La mise en place de cette activité a été possible grâce au partenariat avec les ministères de la Santé et de la lutte contre le SIDA. Les soins sont assurés en ambulatoire par une équipe composée de médecins dont 2 de manière permanente et 2 à temps partiel, d'un infirmier, d'un assistant de pharmacie et de bénévoles. Le centre dispose de 4 lits pour les mises en observation et les traitements par perfusion. Les patients qui fréquentent le centre sont pour la plupart des indigents et/ou des laissés pour compte par leurs familles. Ils paient une fois à leur arrivée au centre l'équivalent de 6 dollars pour l'ouverture d'un dossier. Les consultations médicales et le suivi des patients sont gratuits quel qu'en soit le nombre. Les médicaments proviennent de deux sources : les dons et la Pharmacie de la Santé Publique (Pharmacie gouvernementale). Les médicaments reçus en dons sont gracieusement offerts aux malades. Ceux issus de la Pharmacie de la Santé Publique sont vendus aux patients à des prix raisonnables fixés par cette pharmacie.

Les malades sont orientés au besoin vers les centres accrédités, les structures de référence et les centres d'accompagnement pour la mise sous traitement antirétroviral (ARV), une prise en charge spécialisée (examen de spécialité, bilans biologiques et radiologiques, hospitalisation) et la prise en charge des malades au stade terminal. Cette activité a permis la prise en charge de plus de 5000 PVVIH indigents avec en moyenne 20 à 30 nouveaux patients enregistrés tous les mois et l'intégration de plus de 500 patients dans les initiatives d'accès aux traitements ARV.

Les visites et soins à domicile

Ils sont effectués chez les PVVIH alités et démunies. L'équipe en charge de cette activité est composée d'un facilitateur communautaire ou d'un bénévole, au besoin d'un infirmier et d'un médecin. Les malades sont identifiés par les prestataires de santé du centre, le facilitateur communautaire, la famille ou la communauté. Le facilitateur communautaire, qui peut être lui-même ouvertement séropositif, est équipé d'un kit de soins à domicile comprenant : le guide de prise en charge communautaire, un cahier de notes ; un thermomètre, un tensiomètre, une fiche de suivi à domicile, des produits pour l'hygiène, les

pansements, les massages, des médicaments constitués essentiellement de sel de réhydratation orale et de paracétamol. Les visites et soins à domicile consistent à :

- Apporter des soins médicaux et un soutien psychologique au malade ;
- Référer les malades vers les structures spécialisées et dans les centres d'accompagnement au besoin ;
- Aider à l'observance du traitement médicamenteux ;
- Eduquer et informer le malade, sa famille sur le VIH/SIDA et l'hygiène ;
- Apporter un soutien psychologique au malade ;
- Former la famille aux soins et soutien aux PVVIH et aux OEV ;
- Faciliter le soutien familial à la PVVIH.

Ainsi, plus de 100 visites à domicile avec du personnel médical sont réalisées chaque année au profit des patients alités et démunis. De même, plus de 300 PVVIH ont été réintégrées dans leurs familles, 57 relais familiaux sont mis en place pour apporter des soins à domicile aux PVVIH. A ce jour, plus de 6700 visites à domicile ont été réalisées. Un kit a été constitué pour les soins à domicile comprenant le matériel de consultation et des médicaments (antidiarrhéique, antipaludique, antibiotiques, solutés, fer, antimycosiques, vitamines, etc.).

Mise en place du système de référence

Le système de référence a été mise en place grâce à une collaboration avec les autres acteurs de la prise en charge des PVVIH comme le CDC /RETROCI, Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) d'Abidjan et en particulier le service des maladies infectieuses et le service de dermatologie du CHU de Treichville, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Associations de lutte contre le VIH/SIDA notamment les Associations de PVVIH.

De façon chronologique, la mise en place de ce système de référence s'est opérée comme suit :

- Etablissement de partenariats avec, en aval, les structures de premier contact (centre de conseil dépistage volontaire, centre de santé, centre social, Association de PVVIH) et, en amont, les structures spécialisées de prise en charge (centres accrédités, centres d'accompagnement, centres hospitaliers universitaires), l'objectif étant d'obtenir la gratuité ou la réduction du coût de certaines prestations de soins et de services pour les malades ;
- Mise en place d'un mécanisme de référence et de contre-référence avec les structures partenaires de prise en charge de PVVIH et l'élaboration d'outils à cet effet tels que la fiche de référence et de contre référence, le registre de référence, etc.
- Le renforcement de la référence interne (au sein du centre) entre les offres de soins médicaux, psychologiques et les activités communautaires (groupes de soutien des PVVIH, soutien social et spirituel).

Ce système regroupant 51 structures sanitaires a permis de répondre au besoin de prise en charge globale des PVVIH et des OEV.

Prise en charge Psychosociale des PVVIH et leurs familles

Elle comprend les activités de conseil individuel et de groupe, des séances d'Information, Education et Communication (IEC) sur l'hygiène, la nutrition, l'observance du traitement, la maternité, le VIH/SIDA et d'autres activités de soutien telles : la collecte de vivre,

l'assistance financière pour bilans biologiques et radiologiques, les activités génératrices de revenus (AGR), les activités récréatives pour les OEV. Cette activité a permis de réaliser de nombreuses séances de conseils, d'informations et des arbres de Noël. L'implication des PVVIH et leur participation active aux séances de conseils, d'information et lors des témoignages ont favorisé la création d'une Association de PVVIH dénommée « Le Club des Amis ». Le rôle de cette Association est de faciliter le relais d'information, d'emmener ses membres à vivre positivement et à développer des AGR.

Prise en charge nutritionnelle des PVVIH et leurs familles

Chaque matin, un petit déjeuner est offert aux malades venant en consultation. Pour un nombre considérable de nos consultants, ce repas constitue le seul de la journée. La prise du petit déjeuner est un moment de détente, de communication et de partage entre les PVVIH. Ce moment renforce le soutien psychosocial. Des dons de denrées alimentaires provenant de collectes ponctuelles et une distribution mensuelle de kits alimentaires sont organisés en faveur des veuves et des patients les plus démunis et/ou alités. Tous les mois, 350 petits déjeuners sont offerts aux patients et 540 kits alimentaires sont distribués par an.

Prise en charge communautaire

Elle est réalisée en faveur des PVVIH et des OEV à travers :

- La mobilisation des leaders religieux et communautaires ;
- L'identification et la formation de facilitateurs communautaires;
- Le développement de groupe d'auto support en partenariat avec les structures sanitaires.

Les activités de prise en charge communautaire ont permis de former plus d'une vingtaine de facilitateurs communautaires, 40 bénévoles, 154 personnes ressources dans la communauté et d'impliquer plus de 300 leaders religieux dans le soutien aux PVVIH et aux OEV. Plus de 20 séances de soutien aux PVVIH ont lieu toutes les semaines à travers les 10 communes d'Abidjan et celle de Grand-Bassam.

Difficultés rencontrées

La difficulté majeure est liée à la disponibilité des financements. Les bailleurs sont en général réticents à financer une approche globale de la prise en charge des PVVIH. Aussi, le coût élevé des médicaments, la paupérisation des ménages et la crise sociopolitique en Côte d'Ivoire depuis plus de 2 ans contribuent à augmenter les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités.

En plus de ces difficultés, il faut également signaler :

- L'augmentation exponentielle du nombre de patients fréquentant le centre engendrant un accroissement de la charge de travail de l'équipe du CASM d'où l'implication de la communauté ;
- Le personnel de plus en plus insuffisant et le manque de ressources pour recruter et salarier du personnel qualifié ;
- L'espace de travail de plus en plus étroit à cause du nombre de patients à prendre en charge;
- L'implication insuffisante des familles et par ricochet de la communauté;
- La peur de l'annonce du statut sérologique du fait de la stigmatisation et de la discrimination.

Leçons apprises

Des quatorze années d'expériences, nous avons tiré de nombreuses leçons qui nous ont permis d'améliorer et de renforcer nos interventions. Certaines sont rapportées ici à titre d'exemple :

- La fausse croyance selon laquelle une personne vivant avec le VIH/SIDA ne peut être prise en charge est très répandue et freine l'utilisation des services de soins ;
- L'implication des leaders religieux, la formation de facilitateurs communautaires et de bénévoles engagés facilitent le soutien aux PVVIH et aux OEV ;
- La mise en réseau des structures de prise en charge et le développement de partenariat sont indispensables au renforcement du continuum de soins des PVVIH et des OEV ;
- L'implication des PVVIH dans les différentes stratégies de prise en charge et de prévention est indispensable pour leur permettre de vivre positivement et prévenir la propagation de l'infection à VIH ;
- Les visites et soins à domicile permettent de créer un lien de solidarité entre les PVVIH, leurs familles et la communauté et aussi contribuent à améliorer la qualité de vie des PVVIH et des OEV ;
- La confidentialité est une vertu très exigée dans toutes les démarches avec les personnes vivant avec le VIH ;
- Les PVVIH ont de réelles capacités et peuvent contribuer à la prise en charge et à la prévention de l'infection à VIH si on leur donne l'opportunité.

SUIVI ET EVALUATION

HOPE Worldwide a développé un plan de suivi et évaluation (tableau de bord) pour tous ses programmes. Ce plan est révisé chaque année et suivi. Le suivi et l'évaluation sont assurés par les responsables du projet et à tous les niveaux (unités d'intervention). Le suivi est fait à travers des réunions de service, des réunions hebdomadaires de coordination (staff), des visites de terrain mensuelles et à la demande. L'évaluation est conduite en fonction du cycle des financements. En effet, à la fin de chaque financement, une évaluation est conduite en deux étapes : interne par le staff et externe par un évaluateur extérieur identifié par le bailleur de fonds.

Le suivi et l'évaluation se fondent sur les indicateurs suivants :

Prise en charge médicale

- Nombre total de patients et de nouveaux patients consultés ;
- Nombre de patients mis sous prophylaxie primaire des infections opportunistes (cotrimoxazole) ;
- Nombre de patients ayant reçus des visites médicales et des soins à domicile.

Prise en charge psychologique

- Nombre de clients reçus en conseil ;
- Nombre de clients ayant reçu des visites à domicile ;
- Nombre de visites à domicile effectuées ;
- Nombre de personnes référées aux groupes de soutien ;
- Nombre de personnes formées dans les communautés.

Prise en charge sociale et nutritionnelle

- Nombre de personnes soutenues pour les bilans paracliniques ;
- Nombre de repas/petits déjeuners servis ;
- Nombre de personnes ayant bénéficié des repas/petits déjeuners ;
- Nombre de kit alimentaire distribué.

Des outils de collectes de données ont été élaborés pour enregistrer les indicateurs. Ce sont les fiches de collecte, les registres et les fiches de consultations, de conseils, d'identification de patients, les dossiers de malade, les rapports d'activités, les fichiers informatiques, les listes de présence, les fiches récapitulatives (jour, semaine et mois), etc.

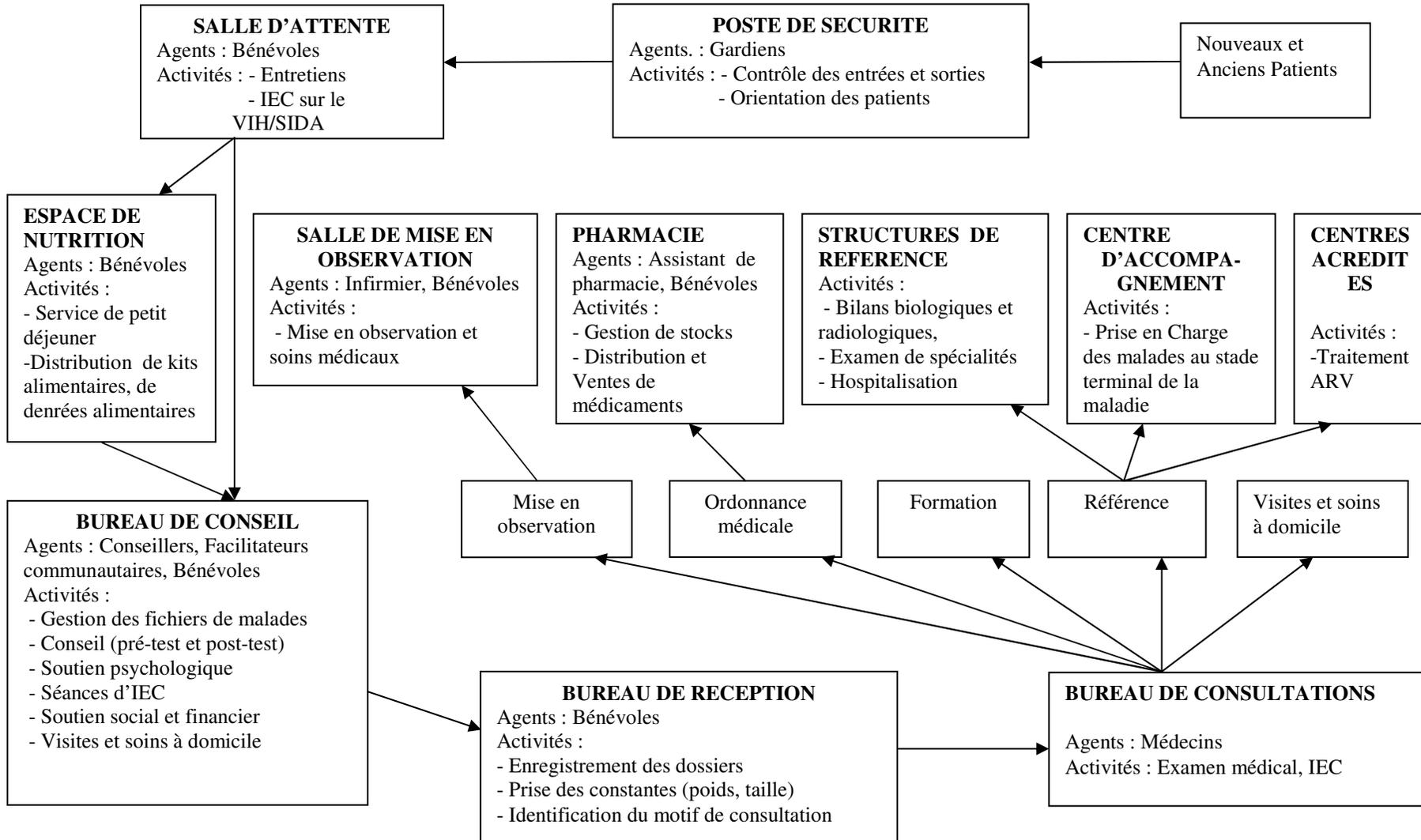
INFORMATIONS UTILES POUR UNE EVENTUELLE REPLICATION

La stratégie de mise en œuvre du projet est une combinaison de plusieurs approches : l'implication du gouvernement, le plaidoyer, la mobilisation communautaire, le partenariat/collaboration avec les structures de prise en charge de PVVIH et la mise en réseau de ces structures, la formation et l'implication des personnes vivant avec le VIH, la formation de nombreux bénévoles engagés. Cette démarche a permis de conduire le projet et de lever les barrières. Le succès de l'intervention repose essentiellement sur la disponibilité de financement et la disponibilité d'un personnel compétent. Le centre est une structure de prise en charge communautaire des PVVIH et de leurs familles. Il représente un maillon très important du continuum de soin. La gestion de cette structure n'est pas très coûteuse. La pérennisation d'une telle entreprise requiert de la part de l'initiateur, une capacité à autofinancer les interventions lorsque les bailleurs sont rares. Le développement d'activités génératrices de revenus pourrait en être une solution.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- Isabelle KOUAME Directeur technique, HOPE Worldwide Côte d'Ivoire
- Mark OTTERWELLER Manager Director, HOPE Worldwide Africa
- Marc AGUIRRE OVC Program Manager/M&E Officer, HOPE Worldwide South-Africa
- Patrice Assi YAPI Coordinateur adjoint de la prise en charge des PVVIH, HOPE Worldwide Côte d'Ivoire
- Solange BALOU Médecin CASM, HOPE Worldwide Côte d'Ivoire
- Romain EKRAKOU Responsable de la prise en charge communautaire, HOPE Worldwide Côte d'Ivoire
- Désiré G. KOKREU Responsable de la prise en charge psychosociale, HOPE Worldwide Côte d'Ivoire

SCHEMA DES ACTIVITES DU CASM



DECENTRALISATION DE L'ACCES AUX TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX DANS LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES PATIENTS VIVANT AVEC LE VIH/SIDA AU SENEGAL

RESUME

Le Sénégal est situé dans la zone soudano-sahélienne en Afrique de l'Ouest. Il a une superficie de 192.722 km² et une population estimée à 9.200.000 habitants, soit une densité moyenne de 47 habitants au km². Le Sénégal compte actuellement 809 postes de santé, 53 centres de santé et 17 hôpitaux. En 1999, en terme de couverture sanitaire, il y avait 1 poste de santé pour 11.500 habitants, 1 centre de santé pour 175.000 habitants, 1 hôpital pour 545.800 habitants. La situation du VIH au Sénégal est caractérisée par une épidémie stable avec une séroprévalence faible de l'ordre de 1,5 % dans la population générale. Les deux sérotypes viraux (VIH-1 et VIH-2) sont présents et la principale voie de transmission du VIH est hétérosexuelle. Le nombre de cas cumulés de SIDA est passé de 1 en 1986 à 5500 cas en 2004. Au mois de septembre 1997, un atelier international s'était tenu à Dakar sur la place des ARV chez les patients vivant avec le VIH en Afrique. En décembre 1997 à l'occasion de la CISMA à Abidjan, un consensus a été adopté sur les indications du traitement antirétroviral dans les pays africains.

L'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) a été mise en place en 1998 à travers une phase pilote de faisabilité. Les résultats obtenus après 18 mois d'utilisation des ARV sur une cohorte de 180 patients ont montré une bonne efficacité clinique, immunologique et virologique des trithérapies au Sénégal.

En 2001, la phase de décentralisation de la prise en charge de l'infection par le VIH a été initiée dans une approche holistique par la mise en place de centres de dépistage du VIH, de programme de prévention de transmission mère-enfant du VIH (PTME), de stratégies alternatives de détermination des lymphocytes CD4. L'objectif au Sénégal est de traiter 7000 patients par les ARV d'ici 2006.

Le processus d'accès aux antirétroviraux a consisté à mettre progressivement en place un système de référence, commençant par le niveau CHU dans la capitale (1998- 2001), puis après l'évaluation d'assurer la décentralisation au niveau des régions avec comme porte d'entrée l'hôpital régional. Une fois que l'expérience s'est consolidée, l'étape suivante est d'initier et de mettre les antirétroviraux dans les districts. Un certain nombre d'activités ont été développées pour réussir une décentralisation active et contrôlée ; il s'agit de :

- La formation théorique et pratique de l'équipe régionale pluridisciplinaire de prise en charge. Elle se déroule en deux parties : une formation théorique (exposés magistraux, étude de cas cliniques, discussions de groupe) et une formation pratique (stages dans les sites de prise en charge médicale du VIH) ;
- L'amélioration du plateau technique de laboratoire par la mise à disposition de matériel permettant d'évaluer les lymphocytes TCD4 par la technique du Dynabeads ;
- L'harmonisation des schémas de prescription des médicaments antirétroviraux ;

- La réactualisation des guides de prise en charge avec une définition des activités de soins par niveau de la pyramide sanitaire ;
- La mise en place d'un système de parrainage des régions par les experts du niveau national ;
- La désignation d'un coordonnateur technique de la PEC au niveau régional ;
- La confection et mise en place d'une fiche pour le recueil des données ;
- Des activités régulières de supervision formatives par le parrain.

Des contraintes et des problèmes ont été rencontrés dans la mise en œuvre de l'ISAARV. Au nombre de ceux-ci, on peut citer:

- Le long délai dans l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux et en réactifs ;
- Le coût élevé des examens biochimiques et hématologiques ;
- Le nombre très insuffisant de centres de dépistage volontaire du VIH disponibles ;
- Le retard dans la mise en œuvre du programme de prévention de la transmission mère à l'enfant du VIH ;
- La faible implication dans la prise en charge des Associations de PVVIH, des ONG et de la communauté ;
- L'absence d'un fichier national informatisé des personnes mises sous traitement antirétroviral.

Les résultats obtenus par l'ISAARV ont démontré qu'il était possible d'utiliser les médicaments antirétroviraux dans les pays à moyens limités d'Afrique au sud du Sahara. Le modèle Sénégalais de décentralisation de la prise en charge des PVVIH en général et de l'accès aux ARV sur toute l'étendue du territoire national s'est consolidé progressivement selon une approche respectant les niveaux de la référence sanitaire.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN OEUVRE

Institution :

- Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale Division de la Lutte contre le SIDA et les IST
Dakar, Sénégal

Personne contact :

- Abdoulaye Sidibé WADE
Chef de la Division de Lutte contre le Sida et les IST
Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale
Dakar, Sénégal.
Tél. : +221 822 90 45
E-mail : sabwade@hotmail.com
- Papa Salif SOW
Responsable du volet prise en charge médicale des PVVIH,
Chef du Service des Maladies Infectieuses CHN de Fann,
BP 5035, Dakar, Sénégal
Tél. : +221 869 18 81
E-mail : salifsow@sentoo.sn

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Le Sénégal est situé dans la zone soudano sahélienne en Afrique de l'Ouest. Il a une superficie de 192.722 km² et une population estimée à 9.200.000 habitants, soit une densité moyenne de 47 habitants au km². Cette population est inégalement répartie. La capitale, Dakar qui occupe 0,3% de la superficie concentre près de 24% de cette population.

Le Sénégal est classé parmi les pays moins avancés (PMA) avec un revenu annuel par habitant estimé à environ 545 euros. Plus de 60% de la population vit en milieu rural et tire ses revenus de l'agriculture qui reste artisanale et dépendante de la pluviométrie. En outre, plus de 50% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté fixé à 392 FCFA (0,6 euro) par adulte et par jour. Le chômage, en particulier celui des jeunes reste important (40% en milieu urbain et 38% en milieu rural). La population sénégalaise est en majorité analphabète (56,1% des femmes et 28,5% des hommes). Le taux de scolarisation est aussi faible (44% pour les filles et 53% pour les garçons).

Par ailleurs, la population est très jeune (57,7% ont moins de 20 ans) et est composée à 52% de femmes. Les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont respectivement à 63,5 pour 1000 et 143 pour 1000. L'indice synthétique de fécondité était estimé en 2000 à 4,8 enfants par femme. L'espérance de vie à la naissance est estimée à 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes.

Le Sénégal compte actuellement 809 postes de santé, 53 centres de santé et 17 hôpitaux. En 1999, en terme de couverture sanitaire, il y avait 1 poste de santé pour 11.500 habitants, 1 centre de santé pour 175.000 habitants, 1 hôpital pour 545.800 habitants. Sur le plan des ressources humaines l'on notait 1 médecin pour 17.000 habitants, 1 infirmier pour 8700 habitants et 1 sage-femme pour 4600 femmes en âge de procréer. Les dépenses de santé représentent 8,24% du budget de l'Etat. En 2002, le budget de fonctionnement de la santé s'élevait à 30,9 milliards FCFA (environ 47,2 millions d'euros), soit près de 5 euros par habitant et par an. Le système de santé du Sénégal est organisé en 5 niveaux de la base au sommet comme suit :

- Case de santé : c'est le niveau communautaire du système de santé. La structure est communautaire contrairement au reste de la pyramide. Elle est tenue par un ASC (Agent de Santé Communautaire). Selon l'OMS il faut une case de santé pour 500 habitants et située à plus de 5 kms.
- Poste de santé : c'est le premier niveau de structures de soins qui s'insère dans le cadre administratif. Il est dirigé par un Infirmier diplômé d'Etat ou par un agent sanitaire dans les zones où il y a pénurie d'infirmiers. Des activités de soins de santé primaires y sont menées : vaccination, IEC, soins primaires, CPN, etc. Selon l'OMS, il faut un poste de santé pour 10.000 habitants.
- Centre de santé : c'est le premier niveau où l'on trouve un médecin. On y mène des activités de soins et d'hospitalisation, des consultations prénatales, quelques examens de laboratoire, etc. C'est la structure de référence des postes de santé. Selon l'OMS, il faut un centre de santé pour 250.000 habitants.
- Hôpital régional : on y trouve plusieurs médecins, mais surtout des spécialistes : ORL, Radiologie, Ophtalmologie, Gynéco-Obstétrique... On y mène des activités

de soins, d'hospitalisation, des examens de laboratoire et de radiographie. En outre, un pharmacien diplômé y assure la gestion des médicaments. C'est la structure de référence des centres de santé.

- CHU : c'est le domaine des spécialités les plus pointues ; c'est également le lieu de formation des étudiants (Médecine, Pharmacie et Odonto-Stomatologie), du personnel en spécialisation, etc.

La situation du VIH au Sénégal est caractérisée par une épidémie stable avec une séroprévalence faible de l'ordre de 1,5 % dans la population générale. C'est une épidémie de type concentrée, car cette séroprévalence si elle reste inférieure à 2% chez les femmes enceintes et les donneurs de sang, est supérieure à 5% dans les autres groupes à risque ciblés par le programme de surveillance sentinelle (travailleuses du sexe, hommes consultant pour une IST, et tuberculeux). Les deux sérotypes viraux (VIH-1 et VIH-2) sont présents et la principale voie de transmission du VIH est hétérosexuelle. Le nombre de cas cumulés de SIDA est passé de 1 en 1986 à 5500 cas en 2004.

La stabilité et la faible prévalence de l'infection dans le pays sont liées à une convergence de facteurs dont l'engagement significatif des autorités politiques dans la lutte contre l'infection ; la précocité de la réponse élargie et multisectorielle à l'épidémie avec une forte implication des communautés (religieux, groupements féminins et des jeunes) - la mise en place de programmes de formation des acteurs de la prise en charge. Par ailleurs, la complémentarité entre prévention et accès aux soins a été très tôt développée et mise en œuvre : activités de sensibilisation et d'information sur le VIH/sida, prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH, traitement et prévention des infections opportunistes.

L'avènement des multithérapies antirétrovirales en 1996 dans les pays développés avait réduit de façon significative la morbidité et la mortalité liées à l'infection par le VIH. Cependant le coût exorbitant de ces médicaments limitait leur utilisation dans les pays à ressources limitées tel que le Sénégal. Des négociations furent alors engagées avec les laboratoires pharmaceutiques pour rendre disponibles les ARV dans ces pays. Au mois de septembre 1997, un atelier international s'était tenu à Dakar sur la place des ARV chez les patients vivant avec le VIH en Afrique ; il était organisé par le PNLS du Sénégal en collaboration avec l'IMEA, l'ANRS, l'OMS, l'ONUSIDA, l'UE et l'IAS. En décembre 1997 à l'occasion de la CISMA à Abidjan, un consensus a été adopté sur les indications du traitement antirétroviral dans les pays africains.

C'est à l'issue de cette réunion en 1998 que l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux (ISAARV) a été mise en place. L'allocation par l'Etat d'un budget annuel pour l'achat des médicaments ARV et des réactifs (kits pour CD4 et charge virale plasmatique), la réduction du coût des trithérapies par les firmes pharmaceutiques, l'engagement des experts nationaux en collaboration avec leurs partenaires du Nord ont permis de mettre en place la phase pilote de faisabilité de l'ISAARV. Les résultats obtenus après 18 mois d'utilisation des ARV sur une cohorte de 180 patients ont montré une bonne efficacité clinique, immunologique et virologique des trithérapies au Sénégal. En outre, l'observance thérapeutique était bonne, comparable à celle des pays développés.

FINANCEMENT

En 2004, le budget alloué à l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux antirétroviraux (ISAARV) est de 7.386.000 US \$ réparti comme suit : Etat Sénégalais (2.300.000 US \$), USAID/FHI (1.000.000 US \$), IDA (1.700.000 US \$), ESTHER (586.000 US \$), Fonds Mondial (1.400.000 US \$) et la France (400.000 US \$).

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

Au mois de Mai 2005, 2800 patients étaient mis sous traitement antirétroviral. Plus de la moitié des patients (52,3 %) étaient du sexe féminin ; en outre, la majorité des patients (65%) avaient un faible niveau socio-économique avec moins d'un dollar US de revenu journalier. Toutes les catégories socioprofessionnelles répondant aux critères d'inclusion cliniques et immunologiques de mise sous ARV étaient prises en charge par le programme.

DUREE

L'ISAARV a été mise en place en Août 1998 par une phase pilote évaluant la faisabilité de l'accès aux ARV. La phase de décentralisation active et contrôlée a débuté en 2001 en vue d'une couverture nationale de l'accès aux ARV dans les 11 régions que compte le Sénégal. C'est au mois de février 2005 que l'ensemble du pays a été couvert en médicaments antirétroviraux et en personnel de santé formé à la PEC des PVVIH.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

En 2001, la phase de décentralisation de la prise en charge de l'infection par le VIH a été initiée dans une approche holistique par la mise en place de centres de dépistage du VIH, de programme de prévention de transmission mère-enfant du VIH (PTME), de stratégies alternatives de détermination des lymphocytes CD4. Cette phase de décentralisation dans un contexte de santé publique nécessite la définition de stratégies et d'activités de prise en charge des patients vivant avec le VIH (PVVIH) sur toute l'étendue du territoire national dans les secteurs public et privé. La gratuité pour la sérologie de dépistage de l'infection par le VIH, pour les ARV et les examens du suivi immuno-virologique (CD4 et charge virale plasmatique) proposée par le gouvernement de la République du Sénégal en décembre 2003 traduit la ferme volonté des autorités d'améliorer la qualité de la prise en charge des PVVIH dans un souci d'équité et de santé publique. L'objectif au Sénégal est de traiter 7000 patients par les ARV d'ici 2006.

Le processus d'accès aux antirétroviraux a consisté à mettre progressivement un système de référence en place, commençant par le niveau CHU dans la capitale (1998-2001), puis après l'évaluation d'assurer la décentralisation au niveau des régions avec comme porte d'entrée l'hôpital régional. Une fois que l'expérience s'est consolidée, l'étape suivante est d'initier et de mettre les antirétroviraux dans les districts.

Un certain nombre d'activités ont été développées pour réussir une décentralisation active et contrôlée ; il s'agit de :

- Formation théorique et pratique de l'équipe régionale de prise en charge ;
- Amélioration du plateau technique de laboratoire par la mise à disposition de matériel permettant d'évaluer les lymphocytes TCD4 par la technique du Dynabeads ;
- Harmonisation des schémas de prescription des médicaments antirétroviraux ;
- Réactualisation des guides de prise en charge avec une définition des activités de soins par niveau de la pyramide sanitaire ;
- Mise en place d'un système de parrainage des régions par les experts du niveau national ;
- Désignation d'un coordonnateur technique de la PEC au niveau régional ;
- Activités régulières de supervision formatives par le parrain.

La formation de l'équipe régionale de PEC qui est pluridisciplinaire implique les médecins, les biologistes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux, les infirmiers et les sages-femmes. Elle se déroule en deux parties : une formation théorique et une formation pratique.

La formation théorique est assurée par les experts du niveau national qui se déplacent dans la capitale de la région choisie. Différents modules sont abordés au cours de ces séances de formation :

- Physiopathologie de l'infection à VIH ;
- Histoire naturelle de l'infection à VIH ;
- Diagnostic et traitement des infections opportunistes ;
- Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH ;
- Les médicaments ARV : classe et étude pharmacocinétique ;
- Modalités et indications des médicaments antirétroviraux ;
- Effets secondaires des ARV et surveillance du traitement ;
- Accidents avec exposition au sang : évaluation du risque, démarches administratives, proposition de mise sous ARV ;
- Système d'aide à l'observance ;
- Rôle du laboratoire dans le monitoring de la thérapie ARV ;
- Résistance aux médicaments ARV ;
- Prise en charge de l'enfant vivant avec le VIH ;
- Prévention de la transmission mère à l'enfant du VIH ;
- Soins palliatifs ;
- Rôles des communautés dans la prévention et la prise en charge des patients vivant avec le VIH ;
- Mise en place d'un système de prise en charge des PVVIH dans un contexte de Santé publique (au niveau de Poste de Santé, au niveau de Centre de Santé, au niveau de l'Hôpital Régional, au niveau du CHU) ;
- Place du pharmacien dans le système de dispensation des ARV.

Cette formation théorique se fait sous forme d'ateliers de 7 jours et utilise les approches suivantes: exposés magistraux, étude de cas cliniques et discussions de groupe.

La Formation pratique fait suite à la formation théorique et se déroule à Dakar dans les sites habituels de prise en charge des PVVIH. Il s'agit de participation aux consultations médicales des PVVIH, encadrement de la prescription des ARV, discussion de cas cliniques et visite de sites de prise en charge. Chaque stagiaire sera encadré pendant son séjour par un expert.

Un paquet minimum d'activités pour la prise en charge des patients vivant avec le VIH selon le niveau de la pyramide de santé au Sénégal a été défini au cours de la réactualisation du guide de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Les paquets définis se présentent comme suit :

- *Au niveau du poste de santé (infirmier et sage-femme)*

- Prévention de l'infection par le VIH : information et sensibilisation des populations ;
- Prise en charge psychosociale (counselling pré et post-test) ;
- Propositions de sérologie VIH devant : un homme ou une femme présentant une infection sexuellement transmise, un patient tuberculeux, une femme enceinte, un patient avec des signes cliniques d'immunodépression (zona, diarrhée chronique, amaigrissement, candidose buccale, prurigo généralisé) ;
- Traitement symptomatique des signes cliniques d'immunodépression utilisant les médicaments essentiels ;
- Soutien à l'observance des patients mis sous traitement antirétroviral ;
- Suivi d'une femme enceinte mise sous chimioprophylaxie antirétrovirale pour prévenir une transmission mère-enfant du VIH ;
- Référence des cas relevant de la compétence du médecin du centre de santé.

- *Au niveau du centre de santé (médecin, infirmier, sage-femme, travailleur social)*

- Dépistage de l'infection par le VIH utilisant la stratégie proposée par le laboratoire national de référence ;
- Diagnostic clinique des signes d'immunodépression (candidose buccale, zona, herpes cutanéomuqueux) ;
- Mise sous chimiothérapie par le cotrimoxazole des patients vivant avec le VIH répondant aux critères d'inclusion ;
- Diagnostic étiologique de la tuberculose ;
- Mise sous chimioprophylaxie antirétrovirale d'une femme enceinte vivant avec le VIH ;
- Initiation du traitement antirétroviral ;
- Suivi clinique et biologique d'un patient vivant avec le VIH mis sous trithérapie ARV ;
- Evaluation du risque d'exposition accidentelle au sang (ou au sexe) et initiation d'une chimioprophylaxie antirétrovirale ;
- Accompagnement nutritionnel des patients vivant avec le VIH.

- *Au niveau central : hôpital régional et centre hospitalier national*

- Initiation du traitement antirétroviral ;
- Diagnostic étiologique des infections opportunistes bactériennes, parasitaires et virales (tuberculose extra pulmonaire, isosporose, cryptosporidiose, cryptococcose neuro-méningée, shigellose, salmonellose, bactériémie, toxoplasmose cérébrale ;
- Suivi immunologique (taux des lymphocytes CD4) des patients sous ARV ;
- Détermination de la charge virale plasmatique ;
- Evaluation de la sensibilité des souches de VIH aux médicaments antirétroviraux.

Un dispositif de parrainage des nouveaux prescripteurs est mis en place et consiste, pour un expert en PEC au niveau national, à choisir une région et à y assurer les supervisions formatives de façon continue. Cet expert doit également identifier avec les collaborateurs de sa région, les besoins de PEC au niveau régional pour assurer le continuum des soins : dépistage, diagnostic et traitement des infections opportunistes, disponibilité des médicaments pour les infections opportunistes et la trithérapie antirétrovirale. Le parrain est en contact régulier avec les collègues de sa région (téléphone, Internet) afin de proposer des solutions, des suggestions aux éventuels problèmes rencontrés dans la prise en charge des patients en général et de la prescription des antirétroviraux en particulier.

Une mission de supervision formative est prévue tous les trois mois ; c'est l'occasion de revoir les schémas thérapeutiques antirétroviraux, la qualité des dossiers médicaux en terme de recueil des données, la discussion sur la conduite à tenir devant des réponses cliniques et immunologiques non optimales, la gestion des effets secondaires etc. Le parrainage s'avère très utile pour susciter une meilleure implication et une grande motivation du personnel de santé.

Les contraintes et difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'accès aux ARV ont beaucoup ralenti le processus de décentralisation ; il s'agit surtout :

- Du long délai dans l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux et en réactifs du fait des conditions de passation des marchés imposées dans l'espace UEMOA ;
- Du coût des examens biochimiques et hématologiques (en moyenne de 12.000 FCFA) non subventionnés par le gouvernement ; de ce fait certains patients démunis financièrement rencontrent des difficultés pour avoir accès aux ARV et d'autres pour un suivi régulier dans leur prise en charge ;
- De la lenteur du processus de décentralisation (trop de temps mis pour passer du niveau régional au niveau district) ;
- Du nombre très insuffisant de centres de dépistage volontaire du VIH au niveau des communautés à Dakar la capitale et dans les autres régions du Sénégal ;
- Du retard considérable dans la mise en œuvre effective du programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (le passage de la phase pilote à la décentralisation dans le contexte de santé publique s'est fait sur 3 ans) ;
- De la faible implication dans la prise en charge des Associations de PVVIH, des ONG et de la communauté ;

- De l'absence d'un fichier national informatisé des personnes mises sous traitement antirétroviral permettant d'avoir un aperçu régulier et permanent de la cohorte ARV dans les différents sites de prescription ;
- De la faible implication du programme de lutte contre la tuberculose dans les activités de prise en charge des patients vivant avec le VIH/SIDA et vis versa.

Les résultats obtenus par l'ISAARV ont démontré qu'il était possible d'utiliser les médicaments antirétroviraux dans les pays à moyens limités d'Afrique au sud du Sahara. L'observance des patients était comparable à celle des patients des pays du nord. Ce modèle de décentralisation de l'accès aux ARV a permis aujourd'hui de multiplier le nombre de sites de traitement par 8 et le nombre de personnels de soins formés à la prise en charge des PVVIH/SIDA par 30. En outre, les patients étant traités sur place dans leur région d'origine et éprouvent une grande satisfaction. Les réunions de coordination médicale pour discuter des dossiers cliniques et immunologiques des patients ont été très appréciées par les praticiens ; ce sont des moments d'échange d'expériences dans les stratégies de prescriptions des schémas thérapeutiques et aussi de discussion des cas cliniques nécessitant un traitement de seconde intention.

SUIVI ET EVALUATION

L'objectif du programme du Sénégal est de mettre sous ARV 7000 personnes vivant avec le VIH en décembre 2006. Ainsi, un certain nombre d'indicateurs ont été identifiés :

- Le nombre de médecins formés sur la thérapie antirétrovirale ;
- Le nombre de centres de traitement antirétroviral ;
- Le nombre de patients mis sous ARV ;
- Le nombre de centres de PTME ;
- Le nombre de centres de dépistage volontaire du VIH ;
- Le nombre de services sanitaires pouvant offrir la sérologie du VIH ;
- Le nombre de centres de traitement dotés d'un microscope à immunofluorescence pour la détermination du taux de CD4 ;
- Le pourcentage de résistance aux médicaments antirétroviraux ;
- Le niveau d'observance aux antirétroviraux par les patients traités par centre et au niveau régional et national.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE EVENTUELLE REPLICATION

Pour réussir une décentralisation active et contrôlée de la prise en charge des patients vivant avec le VIH, il faut :

- Un engagement politique fortement exprimé par la mise en place de moyens matériels et financiers ;
- Une bonne implication du personnel de santé (médecins, pharmaciens, travailleurs sociaux, infirmiers, sages-femmes...) ;
- Une collaboration avec des institutions (du Nord et/ou du Sud) ayant une expérience dans l'accès aux soins pour les PVVIH/Sida pour un partage d'expériences ;
- Une définition d'une politique nationale de prise en charge des PVVIH/SIDA ;
- Un personnel de santé motivé et formé sur la prise en charge ;

INTRODUCTION DES SOINS CLINIQUES COMPLETS DU VIH/SIDA DANS UN HÔPITAL DE DISTRICT : EXPERIENCES VECUES A MANYA KROBO AU GHANA

RESUME

La disponibilité et l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) ont transformé la perception de l'infection à VIH, la faisant passer d'une maladie fatale à une maladie chronique dans les pays développés. Malheureusement, les traitements disponibles touchent moins de 2% des africains qui en ont besoin. Le programme START est une initiative conjointe du gouvernement ghanéen et de Family Health International, qui vise à offrir une prise en charge complète du VIH/SIDA, notamment en mettant la thérapie antirétrovirale à la disposition des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les districts de Manya et de Yilo Krobo, dans l'Est du Ghana.

La composante liée aux soins cliniques est un aspect important du programme de lutte contre le VIH/SIDA. Elle intègre la prévention, le traitement des infections opportunistes et des maladies liées au VIH, de même que le recours à la thérapie antirétrovirale. Les médicaments antirétroviraux deviennent de plus en plus accessibles dans les zones dépourvues de ressources du fait de la baisse des prix. Une excellente adhérence constitue la clé de voûte d'une thérapie réussie. En effet, il faut une adhérence de plus de 95% pour garantir une suppression virologique maximale. Aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés, le maintien de niveaux d'adhérence constitue un immense défi qui nécessite des stratégies novatrices, gages de succès de la thérapie.

Le programme START est le produit de la collaboration entre Family Health International et de nombreux acteurs au Ghana, parmi lesquels figurent l'Équipe de gestion sanitaire des districts, l'Initiative de réponse au niveau des districts, la Commission de lutte contre le SIDA du Ghana (Ghana AIDS Council ou GAC), les Services de Santé du Ghana (Ghana Health Services ou GHS), le Programme National de Lutte contre le SIDA (National AIDS Control Program ou NACP), le DFID, l'UNICEF, l'ONUSIDA et d'autres partenaires.

L'objectif du Programme « START » est d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) et de leurs familles dans les districts de Manya et de Yilo Krobo en leur offrant des services complets de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA. Le programme offre des services complets tels que la communication pour le changement de comportement (CCC), le conseil et dépistage volontaire (CDV), la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), les soins cliniques pour la prévention et la gestion des infections opportunistes (IO), la thérapie antirétrovirale (ARV), les soins palliatifs, les soins à domicile et, éventuellement, le soutien aux enfants orphelins et vulnérables (OEV). Tous les services cités ci-dessus sont liés et intégrés dans les services actuels de prise en charge, ce qui permet de référer plus aisément les clients séropositifs pour des services de soins cliniques. Avant d'entamer la thérapie, les malades devaient remplir à la fois des critères médicaux et sociaux. Les critères médicaux correspondaient au Stade III ou IV de l'OMS ou avoir un décompte de CD4 de 250 ou moins.

En outre, les malades sont encouragés à révéler leur statut sérologique à un « accompagnateur » ou moniteur chargé de veiller à l'observance du traitement qui peut être un partenaire, un membre de la famille ou confident de son choix. Le malade est tenu de se soumettre à une série complète de séances de counselling avec le moniteur de l'observance. Le lieu de résidence du client/malade est également vérifié.

Dans la semaine suivant le début de la thérapie ARV, le conseiller chargé de l'observance effectue des visites à domicile afin d'évaluer et fournir un soutien au client/malade. L'adhérence est évaluée pendant les visites au centre à travers les rapports personnels du malade, le comptage des gélules/comprimés, les registres de pharmacie et les entretiens de sortie avec les clients.

L'on a observé un excellent niveau d'observance chez presque tous les malades, quel que soit leur niveau d'instruction. La plupart des malades se rendaient régulièrement au centre de santé, accompagnés de leurs moniteurs d'observance. Nous avons tiré comme enseignements de cette expérience que:

- L'intervention de moniteurs chargés de l'adhérence améliore le niveau d'adhérence des clients/malades ;
- Le fait de révéler son statut à un proche confident accroît le soutien apporté aux PVVIH et contribue à minimiser la stigmatisation parmi les membres de la communauté ;
- L'implication de la communauté, notamment la promotion active des services tels que le traitement et l'adhérence des groupes issus de la communauté comme les ONG renforcent l'utilisation des services ;
- La formation, le recyclage et la supervision améliorent considérablement les compétences cliniques des conseillers chargés de l'observance, augmentant ainsi le nombre de malades à traiter.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN OEUVRE

Institutions:

- Family Health International, Ghana
1st Floor Demmco House
1st Dzorwulu Crescent, West Airport
P.O. Box CT 4033 Accra, Ghana
- National AIDS Control Program
Ministry of Health
P.O. Box KB 493 Accra, Ghana

Personnes contact:

- Derek ARYEE
Directeur, Family Health International (FHI), Ghana
E-mail: daryee@fhi.org.gh
- Nii Akwei ADDO
Coordinateur, Programme National de Lutte contre le SIDA
E-mail : nacp@internetghana.com

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Le Ghana est situé en Afrique de l'Ouest, entre l'océan Atlantique (au Sud), la Côte d'Ivoire (à l'Ouest), le Togo (à l'Est) et le Burkina Faso (au Nord). Le Ghana a une population d'environ 20 millions d'habitants, avec un taux de prévalence du VIH en baisse de 3,4% en 2003 à 3,1% en 2004 (Ghana AIDS Commission - Conseil National de Lutte contre le SIDA). Cette expérience est mise en oeuvre dans les districts de Manya et de Yilo Krobo situés dans la région Est, qui présente la particularité d'être bordée par des districts appartenant à la région de la Volta et à la grande région de Accra.

Le barrage d'Akosombo, qui a créé le plus grand lac produit par l'homme et fournit de l'énergie hydroélectrique à l'ensemble du pays, est situé dans un rayon de 10 km. Les districts ont en commun une chefferie traditionnelle et une équipe de gestion sanitaire de district fortes.

La population vivant dans les districts de Manya et de Yilo Krobo est en grande partie agraire et composée dans son immense majorité d'agriculteurs de subsistance. Il existe un grand nombre de commerçants et d'artisans dans le secteur informel qui apportent leur contribution à l'économie locale. La région recèle un grand nombre d'activités commerciales et est dotée de marchés dynamiques dans les localités de Somanya et d'Agomanya. Comme dans le reste du pays, les femmes sont plus exposées au risque d'infection et représentent la majorité des personnes vivant avec le VIH/SIDA en raison des facteurs biologiques et sociaux. L'on peut citer parmi les facteurs sociaux, le manque de possibilités d'emploi, leur dépendance économique à l'égard des hommes et leur incapacité à négocier les conditions d'une sexualité moins à risque. Ce qui augmente leur risque de contracter le virus.

FINANCEMENT

Plusieurs bailleurs ont mis en commun leurs efforts pour assurer le financement de l'expérience. Ce sont :

- Département pour le développement international du Royaume-Uni (DFID) ;
- USAID ;
- Family Health International (FHI).

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

Le programme « START » vise, à travers ses interventions en matière de CDV et de CCC, l'ensemble de la population des districts de Manya et de Yilo Krobo et, plus particulièrement, les personnes infectées et leurs proches familles à travers les interventions dans les domaines de la prise en charge et du traitement ARV. Les districts de Manya et de Yilo Krobo comptent plus de 250.000 habitants. La région affiche actuellement un taux de séroprévalence de 9,2 % (2003). À l'heure actuelle, 1500 personnes infectées ont bénéficié des activités de soins cliniques et 650 autres sont sous ART à Manya Krobo. Environ 7500 personnes ont eu accès aux services de CDV. 14.000 femmes enceintes ont bénéficié des services de PTME dont 6000 ont accepté le CDV.

DUREE

Le programme a démarré à partir de janvier 2002 et a été intégré dans le système de fourniture des soins de santé.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

La mise en place du programme « START » a démarré par une réunion des acteurs et des évaluations de base. L'évaluation a porté sur la disponibilité et l'accessibilité aux services de CDV, de PTME, de soins cliniques, de laboratoire et l'existence de systèmes d'information sur la gestion et d'une composante communautaire.

L'intégration des ARV dans les services de santé actuellement offerts dans les zones à ressources limitées requiert la mise en place de composantes de programme clés. Certains aspects essentiels ont été sélectionnés et mis en œuvre afin de créer un contexte plus propice au succès du programme, à savoir :

Élaboration de directives nationales

Avec l'introduction des services cliniques liés au VIH, des directives nationales ont été élaborées pour la première fois en 2002 sur le traitement ARV, le CDV/PTME et les infections opportunistes pour servir de normes aux prestataires de services de santé. L'implication du Ministère de la Santé, des partenaires et d'autres acteurs a fourni un cadre pour le partage des idées et l'adhésion des acteurs. Elle a permis au Ministère de la Santé et au Gouvernement de s'approprier le processus et d'œuvrer à sa progression.

Mise en place de services de conseil et dépistage volontaires

Des locaux/bureaux devant accueillir les services de CDV ont été identifiés et rénovés pour garantir la confidentialité et l'intimité. Des agents de santé ont été identifiés et formés ensuite comme conseillers. Tous les autres membres du personnel ont été sensibilisés sur les services de CDV et sur les autres services disponibles dans les structures. Avec la formation des conseillers et, par la suite, l'introduction du counselling et dépistage volontaire, s'est opérée une nette évolution vers une approche positive vis-à-vis des clientes, ce qui a eu pour effet de renforcer la confiance des clients à l'égard de leurs fournisseurs de soins. Les malades récemment diagnostiqués étaient très confiants, ce qui a énormément facilité le travail des cliniciens. Beaucoup d'entre eux se faisaient accompagner par des proches/parents à qui ils avaient révélé leur statut sérologique. Ceux-ci apportaient un soutien considérable aux malades/clients.

Mise en place des services de PTME

La fourniture de névirapine pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant a été intégrée dans les services de soins prénataux. Les femmes enceintes ont bénéficié de counselling de groupe et par la suite, de conseils individuel. Les femmes qui choisissent de passer le test VIH sont testées et celles qui sont séropositives reçoivent des comprimés de névirapine, qu'elles doivent prendre chez elles au début du travail. Il leur est conseillé d'amener leurs bébés à l'hôpital dans les 72 heures suivant l'accouchement afin qu'ils reçoivent du sirop de névirapine.

Révision du système d'enregistrement

Le système d'enregistrement a été évalué et des suggestions ont été faites sur les moyens de son amélioration pour permettre aux services d'offrir des soins de qualité aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'évaluation a porté sur les domaines suivants : la capacité du personnel commis aux registres, l'état du service des archives, le système de classement, les processus relatifs aux flux des malades, les défaillances dans le système de tenue des registres.

Après l'évaluation, une version préliminaire de la fiche d'examen initial des malades et des fiches de suivi a été établie. Les cliniciens impliqués dans la prise en charge du VIH/SIDA ont été consultés afin de mieux faire accepter l'utilisation des fiches.

Mise en place de systèmes de gestion d'information de santé

La mise en place de systèmes d'information sur la gestion est importante pour la prise en charge des malades, le suivi, l'évaluation et la recherche opérationnelle. Cela aide à documenter les enseignements tirés et à intégrer ceux-ci dans les politiques. Le processus a démarré avec l'élaboration des fiches cliniques qui ont fait l'objet de tests préalables au niveau de plusieurs sites. Dans un premier temps, les informations sur les malades collectées à partir des fiches cliniques ont servi à établir manuellement les rapports mensuels. Par la suite, ces données ont été informatisées, ce qui a nécessité environ un an car il a fallu procéder à plusieurs révisions pour répondre aux besoins des structures. Le logiciel est destiné à suivre les malades et à alerter le personnel lorsqu'un client abandonne le traitement après quelques semaines, permettant ainsi d'identifier rapidement ces malades.

Développement des capacités en vue de renforcer les services de laboratoire

Suite à l'évaluation, du matériel d'analyse hématologique et chimique, des microscopes, des tubes de prélèvement, du matériel de transport d'échantillon pour comptage et d'autres matériels de laboratoire ont été fournis. Les capacités des hôpitaux ont été renforcées pour la réalisation des analyses hématologiques et chimiques sur place. Les échantillons de CD4 étaient transportés deux fois par semaine vers un laboratoire spécialisé situé à 45 km du site.

Élaboration de protocoles de soins cliniques

Un protocole de soins cliniques a été élaboré afin d'aider les cliniciens dans la gestion des malades. La base du protocole a été conçue à partir des directives nationales sur les ARV. Cependant, des modifications ont été apportées dans certains domaines et des critères supplémentaires ont été introduits lorsque les directives ne prenaient pas convenablement en compte ces aspects. En lançant la thérapie antirétrovirale, des critères sociaux ont été élaborés et inclus dans les protocoles pour améliorer l'adhérence et favoriser le suivi des malades.

Renforcement des capacités des prestataires de soins

FHI a organisé, en novembre 2003, une session de formation sur la thérapie antirétrovirale à l'intention de tous les médecins des hôpitaux d'Atua et de St Martin. Étant donné qu'il s'agissait d'un domaine tout à fait nouveau et que la plupart des médecins n'avaient pas l'expérience requise, il était nécessaire que tous les médecins soient présents. Après la formation, les ARV ne sont arrivés que 6 à 7 mois plus tard. Même après le cours de recyclage, certains médecins étaient plus confiants que d'autres au moment d'introduire la thérapie antirétrovirale. Ceci est tout à fait normal et l'on constate beaucoup de gêne dans la phase initiale. Il est important que l'encadrement des cliniciens soit assuré par d'autres collègues plus expérimentés.

FHI a organisé une formation sur l'adhérence ou observance à l'intention des médecins, des infirmiers conseillers et des techniciens en pharmacie. L'un des faits observés était que les personnes ne possédant pas les compétences de base en matière de conseil n'ont pas obtenu de bons résultats dans le processus de counselling sur l'observance. En fait, les infirmières qui ont reçu une formation aux ARV et aux IO constituaient l'ossature des conseillers chargés de l'adhérence dans les hôpitaux. Le service a été organisé de telle sorte que, quand les malades remplissaient les conditions, ils étaient référés aux conseillers chargés de l'observance.

Fourniture de services cliniques

La fourniture des services de soins cliniques aux malades du SIDA représente un immense défi en l'absence d'une thérapie antirétrovirale et dans un contexte de pauvreté. En raison de l'amélioration des services de counselling, la plupart des malades ont révélé leur statut sérologique à un membre de leur famille ou à leur conjoint. Les malades ont reçu un traitement contre les infections opportunistes. Certains des malades ont reçu une prophylaxie contre les IO. Pendant les sessions cliniques, les clients recevaient des messages préventifs à caractère général et l'accent était mis sur la prévention contre la réinfection par le VIH. L'amélioration de l'hygiène individuelle, la bonne nutrition, la réduction de la consommation d'alcool ont été également abordés. L'utilisation des préservatifs masculins et féminins a été démontrée aux clients, notamment aux couples.

Fourniture de services d'ART

Pour pouvoir bénéficier de la thérapie ARV, le malade devait présenter des signes (stade III ou IV de l'OMS) ou avoir un décompte de CD4 de moins de 250. Le malade devait également accepter de révéler son statut sérologique à un ami ou à un membre de sa famille et avoir au moins une séance de counselling avant le traitement. En moyenne, chaque malade a eu droit à deux ou trois séances de counselling avant le traitement. Le lieu de résidence est également vérifié pour les besoins du suivi. Dès que tous ces critères sont satisfaits, le traitement peut commencer. Les conseillers chargés de l'observance rendent visite au malade dans la première semaine pour voir comment il ou elle réagit au traitement. Le malade est examiné dans les deux semaines qui suivent le début du traitement à l'hôpital pour un bilan, et par la suite, sur rendez-vous tous les mois pendant trois mois. Si aucune difficulté n'est décelée, l'on donne des rendez-vous au malade tous les deux mois. Cependant, des visites non programmées peuvent être menées lorsque l'état du malade le nécessite.

Réduction de la stigmatisation

La stigmatisation liée au VIH/SIDA est un sujet épineux à Manya et à Yilo Krobo. Les résultats de quatre études de recherche formative effectuées dans le cadre du programme START révèlent que les PVVIH font l'objet de graves préjugés et de discrimination à divers niveaux, y compris de la part des prestataires de services. La stigmatisation a de graves conséquences sur la délivrance des services, autant sur la qualité que l'efficacité des services, de même que sur la demande de services. La peur de la stigmatisation et de la discrimination pourrait limiter le nombre de personnes sollicitant les services de CDV et les soins cliniques. En outre, la discrimination de la part des prestataires de soins a pour effet de réduire l'accès et la qualité des soins et du traitement en direction des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Des discussions de groupes ciblées entre les PVVIH et les membres de la communauté sur la stigmatisation et la discrimination ont été enregistrées. Ensuite, on les a fait écouter par les agents de santé lors d'un séminaire de sensibilisation. Lors du séminaire, plusieurs agents de santé ont concédé qu'ils n'avaient pas conscience que certaines de leurs actions et omissions équivalaient à de la stigmatisation et à de la discrimination. Beaucoup de ces actions et omissions, même si elles découlent d'une bonne intention, favorisaient la stigmatisation et la discrimination. Après la sensibilisation, les entretiens de sortie avec les clients ont marqué une nette amélioration dans leur perception de la stigmatisation et la discrimination dans les structures sanitaires.

Participation de la communauté

FHI a collaboré avec les communautés à travers les ONG locales partenaires. Les ONG locales ont été formées sur les rudiments des services de CDV, PTME et des soins cliniques, notamment les services d'IST. Les ONG ont formé à leur tour un certain nombre de pairs éducateurs dans les communautés. Le conseil et dépistage volontaire (CDV) a été utilisé comme point d'entrée pour la prise en charge et le soutien. Les avantages du CDV, tels que la promotion des mesures préventives, la planification pour l'avenir, le dépistage de la TB, le conseil nutritionnel, la thérapie antirétrovirale, etc., ont été fortement encouragés.

Il était essentiel de préparer la communauté à assumer la prise en charge complète, notamment au sein d'une communauté dont l'immense majorité s'était enfermée dans un déni de la réalité du problème. A cet égard, il y avait un besoin de rectifier certaines conceptions et perceptions erronées, telles que celles consistant à croire que les ARV soignent le SIDA ou que les ARV tuent les malades du VIH. Les problèmes liés à l'adhérence, les informations sur les ARV et leur efficacité sont, entre autres, les composantes clés du processus de préparation de la communauté.

La composante des soins cliniques est un aspect important du programme et fait appel à un traitement convenable des infections opportunistes et des maladies liées au VIH, de même qu'à l'emploi de la thérapie antirétrovirale. Elle vise à garantir au maximum la suppression de la réplication virale en encourageant des niveaux considérables d'observance de la thérapie. Ceci est l'objectif du programme « START » dans les districts de Manya et de Yilo Krobo.

Avant la mise en place de la composante des soins cliniques, un service CDV/PTME a été mis en place au sein de l'Hôpital St Martin et de l'Hôpital public d'Atua. Les infirmiers ont été formés comme conseillers en CDV/PTME. Certains des infirmiers/conseillers du service CDV et les techniciens en pharmacie ont été ensuite formés au counselling sur l'observance. La formation a porté sur le mode d'action des ARV, les classes d'ARV, certains médicaments antirétroviraux spécifiques, les effets secondaires, la toxicité et les moyens de la gérer, les régimes ARV dans le cadre des Directives nationales, le conseil à l'observance et son processus. Le conseil à l'observance et les séances d'exercices pratiques ont occupé 70% du temps de formation.

L'organisation du flux des services et des malades a été abordée. Les malades remplissant les critères médicaux pour bénéficier des médicaments antirétroviraux seraient référés au conseiller chargé de l'observance. Les malades seraient alors conseillés de révéler leur statut sérologique à un ami ou un membre de famille en qui ils ont confiance et qui serait le moniteur chargé de contrôler l'observance du traitement par le malade. Ils subiraient ensuite 2 à 3 séances de counselling sur l'adhérence. Le conseiller vérifiera le lieu de résidence pour les visites de suivi. Lorsque le malade est jugé prêt, il est référé au médecin pour la prescription des ARV. Le malade retourne ensuite chez le conseiller à l'observance (les infirmiers ou le technicien en pharmacie) dans la salle réservée au counselling sur l'observance où les médicaments sont distribués après avoir éclairci tous les points d'ombre.

Dans les deux semaines qui suivent le démarrage du traitement ARV, le conseiller chargé de l'observance effectue des visites à domicile pour évaluer et fournir un soutien au malade.

Évaluation de l'observance

A chaque visite au centre de santé, l'observance est évaluée grâce aux rapports personnels du malade, au comptage des comprimés et aux registres de pharmacie. A partir de la carte de bénéficiaire des ARV, le conseiller chargé de l'observance ou le clinicien est capable de déterminer si le malade a reconstitué son stock de médicaments selon le calendrier prévu.

Documentation

Le processus de counselling sur l'observance pour chaque malade a été documenté. Les malades qui manquent leurs rendez-vous au centre de santé font l'objet d'un suivi à domicile pour déterminer la raison de leur absence.

Les conseillers chargés de l'observance et les cliniciens évaluent l'observance pendant les visites dans les centres de santé, en se servant des rapports des malades eux-mêmes, en comptant les comprimés et en examinant les fiches de rendez-vous. Le rapport personnel du malade comporte un rappel hebdomadaire. Les résultats indiquent que plus de 99 % des clients n'ont jamais manqué aucune de leur prise de médicaments. Sur 132 malades suivis de mai 2003 en décembre 2003, un seul avait interrompu.

FHI a réalisé une enquête de suivi de l'observance entre novembre 2003 et janvier 2004 afin d'évaluer, de manière indépendante, l'observance de la thérapie antirétrovirale par les malades. 25 malades ont pris part à l'enquête. Même si des retards ont été signalés dans la

prise des médicaments, retards qui se situaient dans une fourchette allant de « quelques minutes » à « environ une heure », aucun des malades n'a manqué une dose. Les retards étaient attribués au fait que le « repas n'était pas prêt » ou à un « oubli passager ».

Afin de procéder, de manière indépendante, à une évaluation complémentaire du succès du programme de traitement antirétroviral et du niveau de l'observance, les malades sous traitement depuis quatre mois ou plus ont été choisis et leur charge virale a été mesurée par le système Abbott LCX pour le VIH-1. Sur 36 malades, l'on a constaté que 27 avaient des charges virales en dessous du niveau susceptible d'être détecté par ce test. Ceci indique un taux de succès thérapeutique à 75% dans la réduction de la charge virale du VIH-1. Ce pourcentage monte à presque 90% lorsque seuls les malades sous thérapie depuis six mois ou plus sont pris en compte.

Cette expérience permet de tirer les enseignements suivants :

- On observe une excellente observance chez presque tous les malades, même chez ceux qui sont illettrés et ceux qui ont un faible niveau d'instruction ;
- La divulgation du statut sérologique est un facteur essentiel pour garantir l'observance ;
- La formation des agents de santé au counselling sur l'observance est essentielle pour atteindre l'objectif visé.

SUIVI ET EVALUATION

Les principaux indicateurs de suivis étaient :

- Nombre de visites de suivi au centre de santé au cours desquels l'observance a été évaluée par trimestre ;
- Nombre d'entretiens de sortie trimestriels avec les clients pour évaluer l'observance ;
- Nombre d'études exceptionnelles (en utilisant les charges virales comme un marqueur de l'observance) ;
- Nombre de malades sous traitement ARV continu depuis plus de 12 mois ;
- Nombre de malades suivis qui sont perdus après chaque trimestre.

INFORMATION UTILES POUR EVENTUELLE REPLICATION

Le programme s'est appuyé sur les conseillers déjà formés et a renforcé leurs capacités d'assumer les tâches de counselling à l'observance. Les conseillers se consacraient à leur rôle de conseiller chargé de l'observance les jours d'ouverture du centre de soins prénataux tandis qu'ils prodiguaient des conseils généraux et assumaient d'autres tâches les autres jours. Ceci leur permettait alors d'accomplir des fonctions différentes et multiples.

Les tâches de counselling ont été incorporées dans l'emploi du temps de l'hôpital. Ce qui permet aux infirmiers conseillers d'être toujours disponibles, et d'intégrer pleinement ce service dans le système de fourniture des soins de santé.

Certains des conseillers chargés de l'adhérence dans les structures sanitaires ont été formés pour être des maîtres-formateurs et, à ce titre, ils recyclent et encadrent à leur tour les autres conseillers.

La révélation du statut sérologique à un ami ou un membre famille ayant la confiance du malade a été intégrée dans les directives nationales comme une des conditions préalables pour bénéficier de la thérapie antirétrovirale.

Cette stratégie nouvelle s'appuie sur la divulgation volontaire pour améliorer l'observance. Elle fait appel aux membres de la famille/communauté pour soutenir les malades sous traitement.

Le programme « START » a travaillé en collaboration avec l'Équipe de gestion sanitaire du district, les autorités traditionnelles, de même qu'avec les organisations à base communautaire et les organisations non gouvernementales. Les ONG/OBC ont été formées dans le domaine de la prise en charge complète, plus particulièrement aux soins et au traitement. Ces différents partenaires sont intervenus au sein des communautés afin de promouvoir le service et renforcer les messages de prévention. Les communautés, qui étaient des partenaires dans cet effort, ont été associées à l'étape de planification qui a précédé la mise en route du projet. Les évaluations formatives, le dialogue et la préparation de la communauté ont constitué des étapes indispensables qui ont nécessité un minimum de ressources, mais ont eu un impact durable sur le programme.

FACTEURS DE PERENNITE

Les stratégies de l'intervention ont été intégrées dans le système de fourniture des soins de santé. Les protocoles et les normes appliqués pour le counselling sur l'observance ont été incorporés dans les Directives nationales. Cette méthode peut être mise en oeuvre à un coût réduit ou sans aucun frais, et produit des résultats au bout d'une courte période.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- Derek ARYEE Family Health International/Ghana
- Henry NAGAI Family Health International/Ghana
- Kwasi TORPEY Family Health International/Ghana
- Richard AMENYAH Family Health International/Ghana
- Samuel BENEFOUR Family Health International/Ghana
- Regina AKAI-NETTEY Family Health International/Ghana
- Nii Akwei ADDO National AIDS/STI Control Program,
Ministry of Health/Ghana Health Service, Accra, Ghana
- Hannah ENNINFUL-ATUA Government Hospital Atua-Ghana
- Theresa TETTEH St. Martin's Hospital, Agomanya, Ghana

**PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

« SERVICES ADAPTES » POUR LES TRAVAILLEUSES DE SEXE (TS) OU PROSTITUES ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS : UNE STRATEGIE POUR REDUIRE LA TRANSMISSION ET DECLINER LA PREVALENCE DES IST/VIH/SIDA AU BENIN

RESUME

Le Bénin étant considéré comme un pays à prévalence du VIH modérée dans la population générale (2-4%), les interventions qui ciblent spécifiquement les « core groups » s'avéraient justifiées et impérieuses. Ainsi, une intervention pilote, visant la réduction de la transmission des IST et du VIH au sein de la population, a été initiée depuis 1993 et s'est renforcée en 1995, pour s'étendre progressivement à l'échelle des centres urbains jusqu'à ce jour. La stratégie consiste en l'implantation de services adaptés (SA) pour les Travailleuses de Sexe (TS), un groupe marginalisé, de niveau socio-économique bas et exerçant dans un contexte de non légalisation.

Les interventions consistent en des activités de suivi médical régulier, en stratégie fixe ou avancée, pour le dépistage actif et la prise en charge des IST, le counselling au sens plus large intégrant la promotion du dépistage volontaire du VIH et la prévention des infections opportunistes des travailleuses de sexe vivant avec le VIH (TSVVIH). La stratégie doit son efficacité à l'arrimage de la prise en charge clinique dans les SA aux activités communautaires de communication pour le changement de comportement (CCC) de proximité, selon une démarche appropriée. Celle-ci implique la concertation avec les forces de sécurité et propriétaires des sites de prostitution, ainsi qu'un suivi régulier des activités.

Des résultats assez encourageants ont été observés, marqués par une baisse statistiquement significative de la prévalence des IST et du VIH de 1993 à 2002 au niveau des zones d'intervention, contrairement aux zones non couvertes. Enfin le modèle d'implantation de services adaptés aux TS et partenaires sexuels comme moyen de réduction de la transmission des IST et du VIH est efficace et à coût raisonnable. L'implication de la partie nationale avec ancrage de ce modèle au plan stratégique national constitue un important facteur de pérennisation. Il est ainsi important pour un réel succès, d'étudier et de prendre en compte l'organisation du système sanitaire national du pays d'intervention et d'associer la cible en prenant en compte ses particularités et préoccupations depuis le début du processus en vue de son réel « empowerment » vis-à-vis de la prévention des IST et du VIH.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN OEUVRE

Institution :

- Projet SIDA 3 – Bénin (CHA/ACDI)
08 BP 0 900 TRI POSTAL Cotonou
Tél. : +229 30 34 71
Fax : +229 30 96 71

Personne contact :

- Marguerite NDOUR
Coordonnatrice nationale
E-mail : mndour@intnet.bj, ndourmarguerite@yahoo.fr

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

L'infection à VIH est un problème de santé publique et de développement de plus en plus préoccupant au Bénin. Elle a connu une prévalence progressant de 0,4% en 1990 à 4% en 2001 dans la population générale, avec des disparités régionales et de groupes. Chez les TS, une augmentation rapide de l'infection à VIH a été notée, passant de 3% en 1986 à 55% en 1999. Le Bénin s'est doté d'un cadre stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA avec 14 objectifs généraux dont la réduction de la prévalence des IST et VIH chez les travailleuses de sexe et leurs clients. Le Bénin fait partie des pays à prévalence modérée (2-4%) d'après l'enquête nationale de surveillance sentinelle réalisée en 2002/2003. Dans ce contexte, les interventions ciblant les « *groupes à haut risque* », dont les travailleuses de sexe et leurs clients, s'avèrent potentiellement efficaces.

L'intervention pilote qui consistait en une expérimentation sur la faisabilité de toucher et de suivre les travailleuses de sexe a démarré en 1993 à Cotonou, capitale économique et plus grande ville du Bénin. Cotonou comprend une population estimée à 665.100 habitants (statistiques démographiques de 2002), soit 10% de la population nationale. L'intervention qui ciblait principalement les plus grands quartiers de prostitution a ensuite été consolidée à l'échelle de la ville en 1995. Conscients du fait que les clients des travailleuses de sexe constituent le « pont » dans la propagation de l'infection vers la population générale à moindre risque ; les activités auprès des clients des travailleuses de sexe ont démarré en 1998. Le passage à l'échelle nationale s'est fait progressivement pour couvrir la ville de Porto-Novo, capitale politique du Bénin, en 2000, les villes de Bohicon et d'Abomey (capitale historique du Bénin), la ville de Lokossa et celle de Parakou, en 2001, ainsi que les villes frontalières du nord, soit de Kandi et de Malanville, en 2003, pour une couverture estimée à 75% des centres urbains du pays.

FINANCEMENT

Le Projet est financé par l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) pour 2.625.000 \$ sur 5 ans (moyenne de 525.000 \$/an). La phase actuelle est assurée jusqu'en 2006. Il faut signaler que certains aspects de recherche ont été financés par d'autres bailleurs de fonds, tels les Instituts de Recherche en Santé du Canada et CONRAD, entre autres, pour un montant d'environ 500.000 \$.

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

Le Projet cible particulièrement les travailleuses de sexe (TS) affichées et clandestines, ainsi que leurs partenaires sexuels masculins. Au Bénin, la prostitution féminine (affichée ou clandestine) est tolérée, mais non légalisée. On observe un nombre de plus en plus important de femmes s'adonnant à cette pratique, la majorité opérant dans la

clandestinité. La prévalence des IST et du VIH chez les TS est de 10 à 20 fois plus élevée que celle de la population générale. La prostitution au Bénin est cosmopolite avec la présence parmi les travailleuses de sexe de nigérianes, de ghanéennes, de togolaises, en plus des béninoises qui exercent majoritairement dans la clandestinité. La médiane d'âge est de 28 ans (selon la dernière enquête de 2002) chez ces TS. Il faut indiquer que 70% des TS sont scolarisées avec une déperdition scolaire.

Parmi ces scolarisées, le plus haut niveau scolaire est le primaire dans 43% des cas, le secondaire dans 56% des cas et le supérieur dans 1% des cas. 35% des TS exercent une activité au niveau du secteur informel (petit commerce, coiffure, serveuse de bar), métier très faiblement rémunéré. Cette configuration socio-économique et socioprofessionnelle constitue un facteur de vulnérabilité de ces femmes dont la majorité (65%) n'ont aucune activité et gagnent ainsi leur vie à partir du travail du sexe.

Au départ, le Projet a ciblé les différents sites de prostitution à Cotonou (maisons closes, bordels, maisons de passe, maisons-dortoirs et tout autre endroit d'exercice formel de prostitution). Au total, 174 sites de prostitution ont été recensés dans la ville à partir desquels les travailleuses de sexe (nombre estimé à 518 TS affichées) exercent leur métier. Cette intervention a par la suite été étendue dans les cinq autres principaux centres urbains du Bénin (693 sites et 2.532 TS). Elle est réalisée sous l'égide du Programme national de lutte contre le Sida et les IST (PNLS) avec responsabilisation des gestionnaires des structures sanitaires nationales de soins de santé primaires.

DUREE

Les interventions ont démarré en 1993 et ont établi la faisabilité et la pertinence du travail de proximité et l'établissement de services de prise en charge des IST pour les travailleuses de sexe. Les actions ont concrètement pris place en 1995, d'abord sur Cotonou, et se sont étendues progressivement dans les autres villes. Le Projet étant constitué de phases de cinq ans, la phase actuelle devrait se terminer en mars 2006.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

Le Projet a pour objectifs :

- Le traitement correct des IST curables chez les travailleuses de sexe et leurs partenaires sexuels, le personnel du milieu prostitutionnel et les catégories socio-professionnelles vulnérables;
- Le suivi régulier des travailleuses de sexe avec prise en charge (dépistage et traitement actif) des IST, communication pour le changement de comportements (CCC) en matière de prévention des IST/VIH/SIDA, promotion du Conseil et dépistage volontaire VIH, prophylaxie des maladies opportunistes au cotrimoxazole pour les TS vivant avec le VIH (TS/VVIH);
- L'arrimage des activités de prise en charge des IST et d'appui à la participation communautaire en tenant compte des préoccupations de genre et développement (GED) et d'*empowerment* de la clientèle vis-à-vis des mesures préventives des IST/VIH/SIDA;
- La fourniture de services de qualité adaptés à la clientèle visée, tant au plan clinique, préventif que promotionnel.

La stratégie consiste en la mise en place de services adaptés (SA) pour les travailleuses de sexe (TS) et leurs partenaires sexuels masculins en arrimage avec les activités d'appui communautaire et en tenant compte des préoccupations de genre. Dans ces SA, les services de soins de santé primaires les plus complets possibles sont fournis à la ou aux clientèle/s, dans une ambiance respectueuse et exempte de toute stigmatisation, à peu de frais, dans la discrétion et la confidentialité.

La pénétration de la population cible s'initie à travers des rencontres - collaborations avec les personnes ressources influentes du milieu prostitutionnel, identifiés avec l'appui des chefs des collectivités locales de la zone dont la collaboration primordiale aura aidé au *mapping* des sites de prostitution et des TS. Le contrôle de la pénétration dépend largement du degré d'implication de la cible et des personnes influentes (propriétaires des maisons closes par exemple) dans les activités et du degré d'arrimage entre les activités d'appui communautaire et l'offre de services de prise en charge clinique non stigmatisant qui fortifie les liens de confiance.

L'implication des forces de l'ordre s'initie à travers des ateliers de sensibilisation des autorités policières sur la situation épidémiologique du pays et le rôle des "core group" dans la dynamique de transmission. Il faut signaler que les points focaux des ministères de la Santé et de l'Intérieur participent à ces ateliers et avalisent les résultats des travaux de ces ateliers.

La collaboration avec le ministère de la santé est opérationnalisée par la responsabilisation des structures décentralisées du PNLs/Ministère de la Santé des différentes zones d'intervention dans la mise en oeuvre et le suivi des activités sur le terrain.

Les activités menées comprennent:

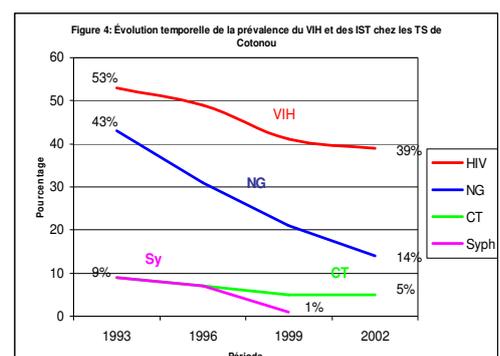
- Le renforcement institutionnel du plateau technique par l'aménagement des locaux pour une meilleure discrétion, l'équipement en matériels et produits (table d'examen, spéculums stérilisables, stérilisateur, gants à usage unique, produits de désinfection, médicaments, condoms et lubrifiants à moindre coût, etc.), la formation des agents de santé en prestation de services adaptés à cette clientèle particulière, tenant compte d'une approche négociée en consultation clinique et du genre;
- Le suivi médical mensuel des TS (carnet de suivi), des partenaires réguliers (boyfriends), et des clients des TS référés par les animateurs/trices des organisations communautaires appelées « organismes relais » (OR), partenaires de mise en œuvre du projet et les pairs éducatrices/teurs pour le dépistage et la prise en charge des IST, la promotion du dépistage volontaire VIH, la prévention et prise en charge des maladies opportunistes et la référence aux centres de soins pour les TS/VVIH, sans coût direct imputable aux travailleuses de sexe;
- Les interventions en stratégies avancées de prise en charge médicale des travailleuses de sexe par les prestataires des SA sur les sites de prostitution éloignés des services de soins avec des séances de dépistage des urétrites asymptomatiques auprès des clients des TS par le TEST LED (bâtonnets à leucoestérase) et le traitement unidose des cas d'IST dépistés;

- Les activités d'appui communautaire (sensibilisation, CCC, éducation, promotion de l'utilisation des condoms et amélioration de leur disponibilité, promotion de la solidarité qui est source d'estime de soi et de self-efficacy, mobilisation habilitante et référence des cibles vers les SA et services satellites) menées par des animatrices/teurs sanitaires des services adaptés, en synergie avec des organismes communautaires locaux, partenaires du projet et les pairs éducateurs/trices formés, outillés et motivés à cet effet à travers des entretiens individuels, des visites à domicile, des focus group, mais aussi rencontres du type café-rencontres où les TS débattent de leurs problèmes et recherchent des solutions communes ;
- La collaboration avec les Forces de sécurité et les propriétaires et gérants des maisons closes à travers des ateliers/rencontres trimestriels;
- La supervision formative mensuelle des agents/es de santé et membres des organisations communautaires à l'aide de fiches de supervision, enquêtes comportementales et biologiques périodiques (aux 3 ans) et contrôles de qualité périodiques des prestations de services (2 contrôles sur 5 ans) menés en collaboration avec les équipes nationales mises à contribution depuis la planification des activités;
- La collecte mensuelle des données à partir desquelles, des bases de données sont constituées pour le suivi de l'évolution des variables comportementales et cas d'IST;
- Les recherches opérationnelles destinées à des réajustements pour une performance accrue des actions à mener.

Ces interventions ont permis de réaliser et de mettre à jour de manière régulière (tous les 2 ans) le recensement des sites de prostitution, des TS et des structures susceptibles d'assurer les activités auprès des TS. Les activités de renforcement des capacités ont permis de former 10 formateurs/trices superviseurs nationaux, 83 prestataires de soins sur la prise en charge holistique des TS, 13 gestionnaires de médicaments et consommables médicaux, 53 animateurs/trices membres d'ONG, 252 pairs éducatrices/teurs.

La fréquentation des services de santé par les cibles a connu une augmentation significative. C'est le cas du Dispensaire IST de Cotonou 1 où le nombre de consultations de TS est passé de 200 par an, au début de l'exécution du Projet, à 2 534 en 2003, atteignant plus de 200 visites mensuelles pour certains mois depuis 1999.

Les résultats globaux de cette intervention indiquent un impact positif à Cotonou, qui se traduit par la proportion de TS utilisant toujours le condom avec leurs clients qui est passée de 23% en 1993 à 81% en 2002. Ceci expliquerait en partie les baisses significatives de prévalence des IST et du VIH observées chez ces femmes à Cotonou pour la même période (*Neisseria gonorrhoeae* de 43% à 14% ; syphilis de 9% à 1% ; VIH de 53% à 39%), illustrée par le graphique ci-contre.



Plusieurs études réalisées ont montré que la propagation du VIH et des IST dans la population générale était principalement due au fait que les partenaires sexuels des TS ont aussi des partenaires sexuelles régulières et occasionnelles dans la population générale. De plus, un exercice de modélisation mathématique a montré que l'intervention auprès des TS à Cotonou aurait prévenu environ 50% des nouveaux cas de VIH chez celles-ci depuis 1993, ainsi que le tiers des nouveaux cas dans la population générale. De fait, la prévalence du VIH dans la population générale adulte de Cotonou, qui se situait autour de 3% en 1998 selon une enquête menée sous l'égide de l'ONUSIDA, aurait atteint plus de 5% à cette date sans les interventions. Notons par ailleurs que la prévalence du VIH chez les TS a connu, dans le cas contraire de Cotonou, une augmentation dans les autres régions du Bénin (36% en 1993, 51% en 1995/1996, 55% en 1999 et 59% en 2002), et l'utilisation du condom y est également restée faible (53% en 2002).

L'*empowerment* communautaire est très développé surtout chez les TS ghanéennes qui exercent une solidarité remarquable à travers les Associations des ressortissants ghanéens vivant au Bénin, auxquelles elles appartiennent. Elles bénéficient de la solidarité du groupe au moment des difficultés.

Devant les clients violents ou ceux qui ne veulent pas utiliser le condom, les TS, quelle que soit leur nationalité, se solidarisent et organisent une protection collective contre ces clients violents en les jetant dehors avec la collaboration des propriétaires de maison avec lesquels elles tiennent des rencontres périodiques pour discuter de leurs conditions de logement et de travail. Des TS/VVIH à Porto-Novo se sont mises en Association (Association « SONAGNON ») qui bénéficie de financement d'autres bailleurs du domaine.

La problématique du moindre coût des médicaments anti-IST dans un contexte de recouvrement de coût au niveau des structures de soins et la très grande mobilité des TS entre le Bénin et les autres pays de l'axe côtier Lagos - Abidjan (Nigeria, Togo, Ghana) ont été les contraintes majeures rencontrées par le Projet. Par ailleurs, le changement constant et la non permanence des agents recrutés pour assurer le travail des cellules départementales, qui complètent les actions du Projet, constituent un risque pour la pérennité et l'appropriation des actions.

Cette expérience nous a enseigné les leçons suivantes :

- Les activités de CCC menées de pair avec les activités de prise en charge des IST auprès des TS et des hommes fréquentant les milieux de la prostitution (approche combinée « services cliniques/appui communautaire ») permet de mieux contrôler la propagation des IST/VIH du moins au sein de la population des travailleuses de sexe et leurs clients;
- Le développement d'une collaboration avec les Forces de sécurité permet de réduire les rafles (dispersion des TS), de rejoindre les TS dans les sites de prostitution et de favoriser leur fréquentation des SA pour le suivi médical régulier et la prise en charge des IST en tant que moyen privilégié de réduction de la transmission du VIH;
- Les interventions suscitées ou guidées par les données de recherche opérationnelle permettent d'atteindre rapidement des résultats concrets et tangibles, surtout lorsque les groupes bénéficiaires sont sensibilisés et mobilisés pour l'action et que leur participation est effective;

- L'orientation très tôt des interventions de lutte contre le VIH/SIDA vers les groupes cibles les plus à risques, à savoir les TS et leurs partenaires sexuels, a eu un impact mesurable sur la prévalence du VIH et celle des IST curables (syphilis, gonorrhée et chlamydiae);
- La prise en charge des IST chez les TS pour la réduction effective de l'incidence du VIH nécessite cette stratégie particulière de services adaptés pour le suivi régulier intégré des TS, laquelle stratégie est différente de celle applicable à la population générale dans la prise en charge des IST.

SUIVI ET EVALUATION

Le Projet a mis en place un cadre de mesure de rendement. Les indicateurs de résultats y sont précisés et, ils concourent, à plus long terme, à l'objectif principal, qui est de réduire la transmission du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST) au sein des populations cibles et, à moyen court termes, au but qui est d'assurer un contrôle efficace et durable des IST par le biais de réseaux de SA aux clientèles les plus exposées, par *l'empowerment* des femmes et par la présence d'Associations communautaires renforcées. Quelques uns des principaux indicateurs sont les suivants :

- Mesures périodiques des taux de prévalence du VIH, de la gonorrhée et du chlamydia chez les clientèles du Projet par sexe et âge ;
- Évolution de la fréquentation et du nombre de cas d'IST par service de santé adapté et appuyé par le Projet, par clientèle, par type d'IST et par sexe ;
- Taux d'utilisation des condoms, chez les clientèles cibles, par sexe et âge ;
- Nombre d'agents et d'agentes de santé formé/e/s par catégorie et par sexe;
- Proportion de personnes ayant consulté et ayant reçu des prescriptions de médicaments jugés efficaces par type de clientèle ;
- Satisfaction des clientèles concernant les services de santé et de prévention, par sexe, âge et profession ;
- Disponibilité des médicaments essentiels génériques (MEG) anti-IST;
- Nombre de membres d'organismes relais (OR) formés.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE EVENTUELLE REPLICATION

L'expérience a montré qu'il faut entreprendre une démarche triangulaire de renforcement basée sur :

- La formation des prestataires pour la prise en charge holistique des TS, sans oublier les étapes requises d'information et d'implication des autorités sanitaires locales;
- La prise en charge clinique incluant le choix du centre de santé, le réaménagement, l'équipement minimal;
- L'établissement de la structure d'arrimage entre les activités d'appui communautaire et la prise en charge clinique.

L'institutionnalisation de l'approche est l'étape ultime dans le processus de la mise en œuvre pour une pérennité planifiée.

Les éléments de succès résident dans le suivi régulier et permanent de la démarche d'implantation et de développement d'un SA, qui est consigné dans un guide à cet effet, dans la collaboration avec les Forces de sécurité pour faciliter l'habilitation des TS à fréquenter le SA, dans la motivation du personnel dédié à ces soins, dans la collaboration renforcée entre les agents/es de santé et les agents/es communautaires pour aborder le travail de proximité vers les TS de la même manière et dans le partenariat avec d'autres structures/institutions de l'environnement pouvant accompagner les TS pour des problèmes autres que ceux purement sanitaires. L'efficacité d'un SA dépend fondamentalement de l'efficacité du travail de proximité par les agents/es communautaires, de l'accueil, du *counselling* et d'autres éléments de la qualité des prestations de services dans les SA.

Dans un SA, il faut au moins deux agents/es de santé qualifiés travaillant à plein temps (selon le volume de fréquentation) ou à temps partiel pour la prise en charge clinique, au moins une ressource à l'accueil, une autre pour l'espace d'attente éducative et une pour le *counselling* de toute sorte; des cumuls de poste sont possibles si le volume de fréquentation n'est pas très élevé. Pour l'aménagement, la dotation en équipement et possiblement en médicaments anti-IST, un minimum de 15 000 \$Can, estimé en 2002 est nécessaire dans le contexte du Bénin.

FACTEURS DE PERENNITE

- Le suivi du guide d'implantation pour SA permet d'anticiper cette pérennité;
- L'appréhension, dès le départ, du contexte organisationnel et sanitaire du pays et plus précisément de la région d'implantation du SA, et des facteurs liés à l'environnement ;
- La planification des éléments de maintien des acquis sanitaires dans le temps;
- La planification de l'institutionnalisation de la stratégie, élément nécessaire de la pérennité, passant par les étapes de sensibilisation des autorités en place, visant ultimement l'adoption de la stratégie;
- L'accompagnement dans l'expérimentation pour obtenir des résultats qui conduiront à l'appropriation et puis l'incorporation dans le plan stratégique national sanitaire;
- La formation des agents de santé à la base et plus encore l'intégration de cette stratégie dans les curriculums de formation des écoles médicales et paramédicales, tient une place fondamentale dans la pérennité, car cette motivation technique à elle seule peut inciter les agents/es de santé à favoriser l'institutionnalisation de la stratégie, avec le temps.

**COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DES
COMPORTEMENTS**

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE (TS) OU PROSTITUEES EN MATIERE DE PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES IST/VIH/SIDA SUR LES AXES MIGRATOIRES AU TOGO : PROJET « SŒUR-A-SŒUR »

RESUME

Le projet « sœur-à-sœur » est un projet de communication pour le changement de comportements sexuels qui cible les travailleuses de sexe le long de l'axe routier Lomé – Cinkassé. L'approche sœur à sœur tourne autour de l'utilisation des pairs éducatrices recrutées dans la population cible des travailleuses de sexe (TS) pour la mobilisation sociale de leurs collègues dans des activités de prévention du VIH/SIDA/IST. Les pairs éducatrices ainsi identifiées et formées, cherchent à changer les perceptions des TS sur leurs risques d'infection, à promouvoir l'usage correct et systématique des préservatifs (masculins et féminins) au cours de tous rapports sexuels avec leurs clients ou partenaires sexuels, à assurer à leurs pairs une meilleure prise en charge des IST et un accès facile au conseil et dépistage volontaire du VIH, et aux condoms dans tous les sites de prostitution.

Le projet a démarré en septembre 1998 avec l'appui technique de PSI/Togo grâce au financement de SFPS /PSAMAO et DIFID. Les activités des pairs éducatrices sont encadrées par des superviseurs de FAMME avec une assistance technique des points focaux IEC/IST/VIH/SIDA des districts sanitaires couvrant les sites de prostitution concernés par le projet.

De septembre 1998 à ce jour, 100 PE formés contribuent, par leurs actions, à une meilleure application des méthodes préventives et l'adoption de comportements sexuels « responsables » au sein de la population cible. Un peu plus de 1.402.600 condoms masculins et 85.800 Condoms féminins ont été distribués par le réseau des pairs éducatrices dans les milieux de prostitution couverts. 96% des travailleuses du sexe (TS) ont une meilleure connaissance d'un porteur sain contre 69% entre 1998 et 2000. Les TS perçoivent mieux leurs risques de contracter le VIH et les proportions sont passées de 45% à 63% de 1998 à 2002. Le niveau d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel pour se protéger contre les IST/VIH/SIDA est passé de 85% en 1998 à 99% en 2002 (Source : évaluation PSAMAO 2002).

Aujourd'hui, dans le cadre de la pérennisation des acquis du projet, 10 kiosques d'information et de distribution – vente de préservatifs ont été installés dans les principaux sites de prostitution couverts grâce à un appui financier du Fonds Mondial pour la tuberculose, le SIDA et le paludisme.

ORGANISATION/INSTITUTION DE MISE EN OEUVRE

Institution:

- ONG FAMME
BP 12 321 Lomé, Togo
E-mail : fa_org2000@yahoo.fr

Personne contact :

- Dométo K. SODJI
Directeur Exécutif
Tél. : +228 912 37 57
E-mail : dometo_99@yahoo.fr

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Le projet est réalisé au Togo et couvre tous les grands sites de prostitution le long de l'axe routier Lomé – Cinkassé. Le Togo est un pays situé en Afrique de l'Ouest entre le Ghana à l'Ouest et le Bénin à l'Est ; l'Océan Atlantique au sud et le Burkina Faso au nord. La population togolaise est estimée en 2003 à 4.970.000 habitants avec un accroissement annuel de 2,4% et une espérance de vie de 49,9 ans. Le taux d'alphabétisation est de 44% chez les femmes et 73% chez les hommes. Le pays compte environ 130.000 personnes vivant avec le VIH avec une séroprévalence de 4,8% dans la population sexuellement active (15 à 49 ans). La séroprévalence dans le groupe des prostituées ou travailleuses de sexe est estimée à 78% en 1992 et 54% en 2003 à Lomé (source : PNLIS/IST - SIDA3).

Le Togo dispose aujourd'hui d'un cadre stratégique pour la lutte contre le VIH/SIDA avec 14 domaines prioritaires. Au Togo, les principaux déterminants qui entretiennent l'épidémie sont entre autres, l'activité sexuelle élevée au sein de la population des jeunes, la multiplicité des partenaires sexuels, la non-perception du risque d'exposition aux IST/VIH, le déni de la maladie, la subordination socio-économique des femmes, la pauvreté, la prostitution importante et très mobile dans le pays et dans la sous-région, et l'analphabétisme élevé surtout chez les femmes. Le projet s'intègre bien dans le plan stratégique national de lutte contre le SIDA au niveau de ses objectifs suivants : contribuer à la réduction de la transmission du VIH/SIDA par le marketing social des préservatifs et minimiser la propagation du VIH/SIDA dans les groupes de populations vulnérables notamment les prostituées et leurs partenaires.

L'axe routier Lomé – Cinkassé est un axe qui traverse le pays du Sud (Lomé – terminal du sahel/Agoè) au Nord (Cinkassé) en passant par plusieurs villes dont les plus significatives sont Notsé, Atakpamé, Anié, Sotouboua, Sokodé, Kara, Niamtougou, Mango et Dapaong qui comptent, chacune, un ou plusieurs sites de prostitution. Le projet « Sœur-à-Sœur » est mis en œuvre sur 15 sites dont 4 à Lomé et 11 à l'intérieur du pays.

FINANCEMENT

L'USAID (à travers le projet SFPS/PSAMAO) et DIFID (à travers PSI/TOGO) ont financé le démarrage des principales activités prévues. Le Fonds Mondial et le projet SIDA3 ont par la suite pris la relève pour la poursuite des activités dans les sites prostitutionnels. La contribution totale des partenaires à FAMME, pour 5 années, s'élève approximativement à 58.000.000 FCFA.

DESCRIPTION DES BENEFICIAIRES

Le nombre de travailleuses de sexe est estimé à près de 4000, toutes tendances confondues, au Togo. L'axe Lomé - Cinkassé compte à lui seul près de la moitié soit environ 2000 travailleuses de sexe. Elles se répartissent en trois grands groupes : les prostituées des maisons closes (800 recensées), les prostituées fréquentant les points chauds et les prostituées « domiciliées ». Sur le plan instruction, 34% d'entre elles sont analphabètes, 45% ont atteint le niveau primaire, 19% le niveau secondaire et 2% le niveau universitaire. 95% ont au moins un enfant avec une moyenne de 2 enfants par TS.

Les TS des maisons closes sont des étrangères essentiellement de nationalité ghanéenne (90%) alors que les togolaises, les béninoises, les nigériennes se retrouvent surtout dans les points chauds (bars, hôtels de passe, restaurants, etc.). L'âge des bénéficiaires du projet « Sœur-à-Sœur » varie entre 18 et 50 ans. La durée de résidence dans une localité varie d'une semaine à 6 mois et l'ancienneté dans la profession varie d'une semaine à 15 ans avec une moyenne de 6 mois pour plus de 70% d'entre elles. 53% d'entre elles exercent une activité génératrice de revenus en plus de l'activité de prostitution. Les TS des maisons closes reçoivent en moyenne 5 clients par jour contre 1 client en moyenne par jour pour celles qui fréquentent les points chauds. Elles perçoivent de 200 à 8000 FCFA la passe et de 1000 à 15.000 FCFA la nuit.

DUREE

La première partie du projet a démarré en septembre 1998 et pris fin en août 2002 avec le financement de l'USAID et de DIFID. Les activités continuent après le désengagement de DIFID/PSI avec le financement de SIDA3, du Fonds Mondial et récemment de l'USAID à travers le projet AWARE-HIV/AIDS.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

Avec une séroprévalence de 78.86% observée chez les prostituées en 1992 (source PNLIS/IST/1992), la prostitution demeure un déterminant majeur de la transmission du VIH/SIDA au Togo. Elle est favorisée par la mobilité de la population (au Togo et dans la sous-région), par les facteurs socio-culturels (tels que l'analphabétisme et la dépendance économique des femmes vis-à-vis des hommes) ainsi que la position stratégique du Togo, traversé par deux grands axes routiers : le corridor Abidjan – Lagos et l'axe Lomé – Ouagadougou.

C'est dans ce contexte que FAMME, en partenariat avec PSI/Togo, pour contribuer à la lutte contre le SIDA, a choisi de travailler avec les travailleuses de sexe pour réduire la transmission du VIH dans la population. Le projet « Sœur-à-Sœur » s'inscrit dans cette dynamique et utilise la stratégie de l'éducation par les pairs.

Le but du projet est de contribuer aux efforts entrepris par le programme national de lutte contre le SIDA et les IST en encourageant l'adoption de comportements sexuels sains et « responsables » chez les prostituées ou travailleuses du sexe (TS). De manière spécifique, le projet vise à :

- Accroître la dissémination d'informations adaptées aux populations cibles sur les IST/SIDA et leurs méthodes de prévention ;
- Accroître de manière substantielle la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs masculins et féminins ;
- Réduire au sein des TS, les comportements sexuels à risque de contamination IST/VIH.

Afin d'atteindre ces objectifs, un certain nombre d'activités ont été définies dans le cadre du projet. Il s'agit de la formation de pairs éducatrices, de l'organisation d'interventions éducatives et d'information, de distribution et vente de préservatifs, et enfin de référence vers les centres de prise en charge des IST et de CDVA.

Sélection des pairs éducatrices

La sélection des pairs éducatrices est faite en intégrant deux approches complémentaires. La première est une approche participative et consiste à demander aux bénéficiaires directes de l'intervention de choisir en leur sein les personnes qu'elles accepteraient comme éducatrices. La seconde approche est une approche sélective qui implique les animatrices qui sont des membres de FAMME. Durant les entretiens et les discussions avec les personnes proposées par les bénéficiaires, les animatrices identifient celles qui sont aptes à jouer le rôle de pairs éducatrices en se basant sur des qualités comme la capacité de compréhension, d'apprentissage et d'assimilation, la capacité à tisser des relations sociales, la capacité de conduire et orienter des discussions, etc. La dernière étape consiste à avoir le consentement des travailleuses de sexe identifiées pour servir comme pairs éducatrices. Ces dernières seront par la suite formées pour devenir des pairs éducatrices.

Formation des pairs éducatrices

Le curriculum de formation a été initialement élaboré par FAMME. Il a été renforcé par d'autres documents et approches tels que le manuel de formation de pairs éducateurs développé par PSI dans le cadre du projet PSAMAO. La formation utilise une méthodologie participative intégrant des jeux éducatifs, des exercices pratiques et des enseignements théoriques. L'aspect pratique est le plus développé car les pairs éducatrices à former sont en majorité de niveau d'instruction faible. La formation est basée sur l'amélioration de leurs connaissances sur les IST/VIH/SIDA et sur la communication. Elle vise à leur donner des aptitudes à motiver leurs pairs pour se protéger en utilisant les préservatifs, leur montrer comment utiliser les préservatifs et les amener à utiliser les services de santé en matière de prise en charge des IST et les centres de dépistage volontaire du VIH.

Education des pairs

A la fin de la formation, les pairs éducatrices élaborent un plan de travail. Le plan prévoit 2 causeries éducatives et 4 entretiens-conseils par semaine. Les causeries éducatives sont des activités de communication pour le changement de comportements en groupe de 5 personnes en moyenne. A l'inverse, les entretiens-conseils sont des activités individuelles. Au cours de ces activités, les PE informent leurs pairs sur les IST/VIH/SIDA (voies de transmission, moyens de prévention, traitements), les centres de références et les services disponibles, et les astuces de négociation du port du condom avec les clients. Elles font également des démonstrations du port du condom masculin et du condom féminin. Les pairs éducatrices sont supervisées par 2 catégories de superviseurs : des superviseurs internes aux travailleuses de sexe et les superviseurs externes appelés superviseurs techniques. Les superviseurs internes sont des travailleuses de sexe qui ont acquis une solide expérience de la pair éducation du fait des nombreuses années de pratique. Les superviseurs techniques sont des agents de santé issus des centres de santé de référence pour la prise en charge des IST. Ceux-ci effectuent des visites de supervision sur les sites prostitutionnels 2 fois dans le mois. Chaque superviseur technique supervise environ 5 PE. Le matériel de la pair éducation, appelé « kit IEC », est composé de prospectus, d'un mannequin de démonstration (ZOE), d'un pénis en bois, de condom, de spermicides, de boîtes à images, etc. Ce matériel est disponible au niveau du superviseur interne auprès duquel les PE peuvent s'approvisionner.

Distribution et vente de préservatifs

Les préservatifs sont commandés auprès du bureau local de PSI qui les livre à FAMME. Un accord est passé entre les deux structures de sorte que le délai de péremption des préservatifs livrés ne soit pas inférieur à 3 mois. Au niveau de FAMME, un système est mis en place qui permet de faire une dotation initiale aux PE et qui leur permet de se réapprovisionner. Une fois les préservatifs livrés, l'équipe de gestion du projet au niveau de FAMME confectionne des paquets en fonction des sites et du nombre des PE sur chaque site. Les paquets sont ensuite pré positionnés au niveau des superviseurs techniques des PE qui ensuite ravitaillent les PE qu'ils supervisent. Le prix d'achat du préservatif à PSI subit une petite majoration de l'ordre de 50% pour motiver les PE, les superviseurs et couvrir les frais de transport lors de la distribution. A titre indicatif, le préservatif féminin est payé à 60 francs CFA au niveau de PSI et vendu sur le terrain à 100 francs CFA l'unité. Après la vente du premier lot de condoms, les PE se réapprovisionnent auprès des superviseurs techniques. Le délai de péremption est vérifié lors des visites de supervision et si la date de péremption est dépassée, les condoms sont systématiquement retirés du circuit.

Référence des travailleuses de sexe vers les centres de prise en charge des IST et les CDVA

Lors des entretiens-conseils, les pairs éducatrices font de la recherche active des manifestations d'IST chez leurs pairs. Elles contrôlent le check-up mensuel et sensibilisent les TS pour qu'elles effectuent leurs check-up ou à faire le dépistage volontaire du VIH. En fonction des anomalies constatées, les travailleuses du sexe sont référées aux centres de santé pour prise en charge d'une IST ou pour un check-up de routine et aux centres CDV pour le dépistage VIH. Un ticket de référence est alors remis à la TS référée qui le présentera à la PE basée au niveau du centre de référence. Celle-ci

reçoit les TS référées et les introduit auprès des agents de santé. En appui aux activités de référence des PE, une clinique mobile conduite par un médecin volontaire de FAMME visite régulièrement les sites de prostitution de Lomé pour apporter des soins et faire le suivi médical aux travailleuses de sexe qui refusent ou qui ne peuvent pas aller au centre adapté.

Gestion du projet

La mise en œuvre du projet « Sœur-à-Sœur » implique 1 coordinateur, 2 animatrices communautaires, 10 superviseurs techniques, 15 superviseurs internes (TS) et 100 pairs éducatrices. Les animatrices font une tournée de supervision mensuelle pour superviser les intervenants terrain (superviseurs techniques et PE). Le but de la supervision est d'améliorer les prestations des PE et des superviseurs.

Depuis le démarrage du projet à ce jour, les pairs éducatrices ont réalisé près de 7950 causeries éducatives en petits groupes (5 personnes) et 85000 entretiens individuels. Les activités ont touché 28.600 personnes y compris les TS, leurs partenaires et leurs clients. Les PE ont vendu 1.402.600 condoms masculins et 85.800 condoms féminins « Protective ». 1500 orientations médicales dont 930 pour le traitement des infections IST et 570 pour le dépistage VIH/SIDA ont été réalisées par les pairs éducatrices. Les activités ont permis d'augmenter l'usage de préservatifs (masculins et féminins) avec les clients de 85% en 1998 à 99% en 2002. Le niveau de connaissance sur les IST/VIH/SIDA des travailleuses du sexe est passé de 69% en 1988 à 90% en 2002 et leur niveau perception du risque de contracter les IST/VIH/SIDA lors de rapports non protégés est passé de 45% en 1988 à 63% en 2002. Par ailleurs, les TS acceptent de plus en plus de se rendre dans les services adaptés pour un suivi médical régulier.

Les difficultés majeures, dans la mise en œuvre de ce projet, sont nombreuses au nombre desquelles il faut retenir :

- Le refus des TS de se rendre dans les centres IST et du dépistage;
- L'inconstance dans l'utilisation des préservatifs avec les clients ou partenaires réguliers ;
- Le refus de subir le test de dépistage volontaire du VIH du fait de la stigmatisation ;
- L'analphabétisme de la grande majorité des travailleuses de sexe.

Le fait de confier le réseau de distribution des préservatifs aux pairs éducatrices TS pour les TS a permis de renforcer la confiance au sein du groupe et leur adhésion au projet.

Cette expérience a mis en évidence la nécessité des services adaptés pour une meilleure prise en charge des infections sexuellement transmissibles chez les TS. Par ailleurs, le condom féminin, quand bien même il offre une meilleure protection aux TS, n'est pas très apprécié surtout pour son aspect contraignant lors du placement et de son anneau interne qui occasionne une inflammation douloureuse quand il n'est pas bien ajusté.

SUIVI ET EVALUATION

Les indicateurs suivants ont été utilisés pour évaluer les activités du projet :

- Nombre de travailleuses de sexe informées sur les modes de transmission ;
- Nombre de TS qui utilisent correctement et systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels ;
- Nombre de TS qui négocient le port de préservatif avec le client ;
- Nombre de TS qui perçoivent leur risque personnel de contracter le VIH/SIDA ;
- Nombre de TS qui font régulièrement leur suivi médical.

Les outils suivants ont été utilisés pour faire le suivi et l'évaluation du projet :

- Fiche de rapport mensuel ;
- Fiche de gestion de matériel et de stock de condom ;
- Plan de travail mensuel du PE et du Superviseur ;
- Fiches de supervision des PE et des Superviseurs des TS.

Par ailleurs, FAMME a utilisé l'approche du « client mystérieux » pour évaluer la qualité des activités des PE sur le terrain et améliorer leurs capacités techniques au cours des visites de suivi et des formations de recyclages.

FACTEURS DE PERENNITE

La majoration du prix de vente du préservatif sur le terrain pour motiver les pairs éducatrices et les superviseurs est un élément qui permet au projet de se poursuivre et se maintenir lorsque les bailleurs de fonds se font rares.

Avec le concours du Fonds Mondial, des Kiosques d'information et de distribution/vente des préservatifs viennent d'être implantés dans les principaux sites de prostitution.

Les kiosques sont gérés par les pairs éducatrices qui disposent d'un stock de condom comme fonds de roulement. En outre les kiosques offrent des produits de première nécessité aux populations environnantes. Une formation des PE des kiosques comme agent de santé communautaire est prévu pour leur permettre également d'offrir aux populations cibles des médicaments génériques. Les activités des kiosques sont donc de nature à permettre de prendre en charge la pair éducatrice gérante après le désengagement complet des bailleurs.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- Raymond K. SODJI Directeur exécutif de FAMME, Togo
- Epiphanie SOMENOU Responsable des activités communautaires à FAMME, Togo
- Barthélémy LAWSON Médecin épidémiologiste, chargé de la clinique mobile à FAMME, Togo

POLITIQUE ET PLAIDOYER

ADAPTATION ET ADOPTION DE LA LOI SUR LE VIH/SIDA AU BENIN

RESUME

Le projet AWARE HIV/AIDS, en collaboration avec le Forum Africain et Arabe des Parlementaires pour la Population et le Développement (FAAPPD) et le Parlement de la CEDEAO, a validé une Loi type sur le VIH/SIDA, au cours d'un atelier régional tenu à N'Djaména en Septembre 2004 et regroupant les dix huit pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre couverts par le projet. Un plan d'action a aussi été retenu par les participants pour l'adaptation, l'adoption et la promotion de cette Loi une fois de retour dans leurs pays respectifs.

Le Député BIO BIGOU Léon, Président du Réseau des Parlementaires du Bénin pour la Population et le Développement a représenté le Bénin à cet atelier. De retour de N'Djaména, il a élaboré une proposition de Loi sur le VIH/SIDA qui a débouché sur le vote de la Loi 2005-31 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin.

Cette loi dote les différents acteurs d'un cadre juridique pour lutter plus efficacement contre le VIH/SIDA. Sa promulgation est en cours. Le processus d'adaptation et d'adoption a été assez rapide (onze mois) et exemplaire. Il y a eu notamment l'implication de tous les partenaires concernés (Gouvernement, Assemblée Nationale, Société Civile et partenaires au développement). Le processus a été conduit avec un succès qui motive toutes les parties impliquées à revendiquer chacune la paternité de cette Loi, créant ainsi les conditions optimales de sa mise en œuvre.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

Réseau des Parlementaires du Bénin pour la Population et le Développement
BP : 217 Abomey-Calavi
Bénin

Personne contact :

Léon BIO BIGOU
Tél : +229 21 36 02 05
Fax : +229 22 21 61 51
E-mail : biobigou_leon@yahoo.fr

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Bien que l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest n'ait pas encore atteint les proportions très alarmantes observées en Afrique de l'Est et du Sud, cette région doit bénéficier des programmes de prévention et de prise en charge à grande échelle, si l'on veut prévenir l'explosion de l'épidémie avec ses conséquences désastreuses.

En 20 années, l'épidémie du VIH/SIDA est devenue une des causes principales de mortalité en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les taux de prévalence et d'incidence ont atteint des niveaux élevés dans plusieurs pays, indiquant que la mortalité sera encore plus significative dans les décennies à venir¹.

De plus, les conséquences actuelles de l'épidémie sont néfastes : forte mortalité au sein de la population active et nombre croissant d'orphelins. Les droits humains des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA, vivant en Afrique, sont régulièrement violés et elles doivent faire face à la violence, souvent dans une situation de précarité prononcée. Les enfants se voient refuser l'opportunité de recevoir une éducation.

Les veuves et les orphelins ont des difficultés pour l'acquisition des droits d'héritage et, dans certains cas, ils sont renvoyés de leurs domiciles, etc. Mais la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA ne font que repousser la pandémie dans la clandestinité créant ainsi les conditions idéales à sa propagation. Il apparaît donc primordial de se doter de cadre juridique approprié pour lutter, entre autres, contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA.

C'est dans ce contexte que AWARE-HIV/AIDS, en collaboration avec le Forum Africain et Arabe des Parlementaires pour la Population et le Développement (FAAPPD) et le Parlement de la CEDEAO, a organisé à N'djamena du 08 au 11 septembre 2004 un atelier dont l'objectif était de doter les pays africains d'une Loi type face au constat de vide juridique dans la quasi-totalité des pays d'Afrique. La Loi type sur le VIH/SIDA a été validée à cet atelier ainsi qu'un plan d'action pour son adaptation, son adoption et sa promotion.

DESCRIPTION DE L'EXPERIENCE

L'honorable député, BIO BIGOU Léon, Président du Réseau des Parlementaires du Bénin pour la Population et le Développement, avait deux ans auparavant élaboré un avant projet de Loi sur le VIH/SIDA. La rencontre de N'Djaména a été donc pour lui une opportunité saisie avec engagement et détermination.

En effet, de retour de N'Djaména en Septembre 2004, l'adaptation et l'adoption de la Loi type sur le VIH/SIDA avant la fin de l'année 2005 est devenue une priorité. Ainsi, avec l'aide d'un juriste expert national, la refonte des deux textes² en un seul document fut faite. Un plaidoyer continu et soutenu commença, tant pour mobiliser des fonds que pour rechercher des alliances et convaincre les réticents. Les stratégies de plaidoyer ont été constamment revues et adaptées.

Au terme de ce plaidoyer, bien qu'il s'agisse de proposition de Loi, le Gouvernement a été très impliqué³ de même que les partenaires au développement comme l'UNFPA, l'OMS, l'USAID⁴. L'avant projet de Loi a fait l'objet d'un examen par les organisations

¹ Avec 25,8 millions de personnes contaminées sur 40,3 millions dans le monde, l'Afrique sub-saharienne reste la région la plus touchée dans le monde, soit 64 % du total mondial.

² Celui qu'ils avaient initié avant la rencontre de N'Djaména et la Loi type adoptée.

³ Madame la Ministre de la Santé.

⁴ Sous financement USAID, le BHAPP (Benin HIV/AIDS Prevention Programm) a manifesté un grand intérêt et alloué le financement attendu pour organiser l'atelier de validation.

internationales, ONGs, la Société Civile, le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, pour lecture et amendement. Un atelier de validation a permis de finaliser le texte qui devint ainsi une proposition de Loi.

Par la suite, débuta le processus d'appropriation du document par l'Assemblée Nationale. Ceci fut facilité par un lobbying dynamique et efficace. Le texte fut voté à l'unanimité et devint la Loi 2005-31. Madame le Ministre de la Santé Publique honora de sa présence la journée de travail des Députés⁵.

Prise en compte des principales étapes requises en matière de processus de formulation de politique

Les principales étapes requises pour un processus de formulation de politique de bonne qualité ont été observées au sujet de la loi sur le VIH/SIDA au Bénin. Il s'agit des étapes ci-après :

- Identification des problèmes ;
- Reconnaissance de besoins de politiques pour faire face aux problèmes identifiés ;
- Elaboration et examen de texte de politique dans un processus participatif incluant toutes les parties ;
- Approbation et adoption du texte de politique ;
- Mise en œuvre du texte de politique adopté en étroite collaboration avec toutes les parties déjà associés depuis les étapes précédentes.

Les cinq étapes ci-dessus mentionnées ont été soutenues par une utilisation et une analyse d'informations adéquates ainsi que par la mise en œuvre d'un plan de plaidoyer approprié.

Large implication des parties concernées

L'implication de tous les partenaires concernés (Gouvernement, Assemblée Nationale, Société Civile et partenaires au développement) a été effective tout au long du processus. Cette implication n'est pas un «alibi», elle a été concrète et a amélioré la qualité du résultat obtenu.

Le processus participatif a été conduit avec un succès qui motive toutes les parties impliquées à revendiquer chacune la paternité de cette Loi, créant ainsi les conditions optimales de sa mise en œuvre.

FINANCEMENT

Le financement de ce processus provient de sources variées. Les partenaires au développement comme l'UNFPA et l'USAID ont contribué au financement de ce processus, mais c'est le Benin HIV/AIDS Prevention Program (BHAPP), bien que n'étant pas une agence de financement, qui a alloué la plus grande partie des fonds ayant servi dans le cadre de ce processus. Environ dix millions FCFA ont été dépensés pour

⁵ Elle est restée pendant toutes les séances de délibération et d'adoption, assistée entre autres par le Coordonnateur du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS).

couvrir toutes les activités (Elaboration du document, plaidoyer, table ronde, atelier de validation etc.).

BENEFICIAIRES

Cette loi sur le VIH/SIDA concerne les volets relatifs à la prévention, la prise en charge et le contrôle de l'épidémie. Les personnes infectées et affectées, de même que les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA en tireront grand profit.

SITUATION ACTUELLE ET ETAPES FUTURES

Une loi votée, n'a force exécutoire qu'après sa promulgation. La fin des travaux relatifs à la promulgation est annoncée pour décembre 2005. Mais promulguée une loi peut aussi demeurer lettre morte si les textes d'application ne sont pas pris, si elle n'est pas vulgarisée et traduite en actes concrets. Un plan de vulgarisation a déjà été élaboré et les démarches sont déjà entreprises pour l'élaboration et l'adoption des textes d'application.

Points forts de la Loi 2005-31 et du processus de son adoption

1. La Loi a été rédigée et votée en un temps record (11 mois)
2. Un atelier de validation a permis de mettre la proposition de Loi à la disposition de tous les participants (40), et d'obtenir des suggestions, propositions et amendements 48 heures avant l'atelier de validation.
3. L'accompagnement et le soutien de tous les partenaires au développement sollicités a été sans faille.
4. Le financement de l'atelier de validation a été assuré par le BHAPP en un temps record.
5. Le PNLS a participé activement à l'élaboration de la loi et a été impliqué dans tout le processus.
6. Il y a eu une Table ronde pour les journalistes de la presse audio visuelle pour l'élaboration de la loi.
7. La Loi type a joué un rôle catalyseur dans le processus d'élaboration de la loi.
8. L'engagement du Président du Réseau, des partenaires principaux et autres acteurs a été réel.
9. La présence à l'Assemblée Nationale du Ministre de la Santé Publique assisté du coordonnateur du PNLS durant tout le processus de vote (détermination exemplaire de l'autorité de tutelle) a été effective.
10. Il y a eu un civisme et un dévouement des députés de l'Assemblée National : vote à l'unanimité en procédure d'urgence de la Loi N° 2005-31 du 18 septembre 2005 par tous les députés (83).
11. La Loi offre un cadre juridique pour toutes les activités concernant le VIH/SIDA en République du Bénin.
12. Le processus de promulgation de la Loi est en cours.
13. Il y a un engagement des Députés pour la vulgarisation et la dissémination de la Loi.
14. L'appui de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a été efficace à travers l'organisation au bénéfice du Parlement du Bénin d'une activité de promotion de la Loi type sur le VIH/SIDA.

IMPLICATION DES RELIGIEUX DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU MALI

RESUME

La population du Mali est à 90% musulmane. L'éducation et la pratique islamique commencent très tôt en famille et se poursuivent durant toute la vie. Le sexe et toutes les pratiques relatives à la sexualité sont des sujets difficiles à aborder voire tabous. Les communautés sont organisées en Associations de jeunes, de femmes et d'hommes qui mènent des activités de lutte contre le VIH/SIDA.

Les communautés chrétiennes ont diverses Associations qui constituent des structures partenaires pour leurs interventions dans la lutte contre le VIH/SIDA. Des centres de santé et des centres nutritionnels qui leur appartiennent, entre autres activités, accompagnent les PVVIH.

L'implication effective des leaders religieux musulmans et chrétiens dans la lutte contre le VIH/SIDA a été un long processus. Les décideurs et leaders religieux n'avaient pas l'information claire et précise sur le VIH/SIDA notamment l'aspect de la protection personnelle. Cela s'est traduit par une faible perception du risque personnel et l'assimilation du SIDA à une malédiction divine.

Au Mali, Les grandes phases de l'implication des religieux dans la lutte contre le VIH/SIDA apparaissent comme suit :

- une phase de méfiance pendant laquelle les leaders ne se sentaient pas concernés par la maladie ;
- une phase dite d'engagement des leaders religieux musulmans qui eut comme temps fort :
 - La rencontre de Nioro du Sahel tenue du 10 au 12 Août 2001, initiée par Population Services International (PSI).
 - La journée de plaidoyer sur le SIDA organisée par POLICY/USAID et le Ministère de la Santé en collaboration avec Plan International, PSI et d'autres partenaires sous la présidence de Monsieur Alpha Oumar Konaré⁶.
 - La journée de plaidoyer sur le SIDA organisée par POLICY/USAID en collaboration avec LIMAMA, l'AMUPI à Bamako le 20 Août 2002 sous l'égide du Président de la République son Excellence Amadou Toumani Touré.

Les résultats obtenus peuvent être regroupés en quatre catégories qui sont (1) l'engagement des leaders, (2) la mise en place de cadres de concertation, (3) le renforcement de capacité, (4) la conception ainsi que la vulgarisation des supports de sensibilisation et de plaidoyer.

⁶ Alors Président de la République

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIENCE

Selon l'enquête EDSIII-M, la prévalence du VIH/SIDA au Mali est estimée à 1,7%. L'analyse de ce taux par région et par groupe d'âge permet de mettre en évidence de fortes disparités. Les groupes les plus exposés demeurent entre autres les professionnelles du sexe, les vendeuses ambulantes, les aides familiales, etc.

Le SIDA a des impacts importants sur tous les secteurs de la vie économique : la production agricole, la production industrielle, le secteur commercial et le niveau de vie des ménages. Au nombre des opportunités pour maîtriser l'épidémie et limiter ses impacts, l'engagement des leaders religieux constitue un facteur important et Policy Project joue un rôle déterminant par rapport à la participation réelle et effective des leaders religieux à la lutte contre le VIH/SIDA au Mali.

DESCRIPTION DE L'EXPERIENCE

Les premières années de la lutte contre le VIH/SIDA, ont été caractérisées par la méfiance des leaders religieux qui ne se sentaient pas concernés par l'épidémie et s'opposaient à la plupart des méthodes de prévention. Cette situation caractérisée par une position d'exclusion et d'auto-exclusion des leaders religieux s'explique comme suit :

- Les structures d'encadrement n'étaient pas suffisamment outillées pour définir les messages, les supports de sensibilisation et de plaidoyer appropriés ;
- Les structures de coordination d'alors n'ont pas trouvé les moyens d'élaborer les stratégies nécessaires d'un partenariat avec les leaders religieux ;
- Les religieux ne disposaient pas d'informations pertinentes sur le VIH/SIDA leur permettant de comprendre les questions clés et de pouvoir s'adresser aux fidèles dans les mosquées et autres lieux de culte.

L'engagement des leaders religieux a été par la suite effectif, suscité par Policy Project. Le processus a été long et difficile. Les stratégies mises en œuvre sont basées sur la formation, la sensibilisation et le plaidoyer. Plusieurs institutions d'appui ont aussi contribué à ce processus.

Les alliances des religieux du Mali ont permis d'obtenir des résultats significatifs. Ce mode concret d'organisation s'est révélé efficace dans la lutte contre la pandémie. Les alliances des religieux datent du 14 octobre 2004. Elles sont nouvelles au Mali et en Afrique et s'inscrivent dans le cadre du dialogue Islamo-Chrétien. Les objectifs de ces alliances sont de:

- renforcer la synergie entre les différentes confessions religieuses au Mali ;
- renforcer le leadership des responsables religieux face au VIH/SIDA ;
- contribuer à atténuer la propagation du VIH/SIDA au Mali ;
- renforcer les capacités des Associations religieuses en matière de prévention et de prise en charge psychosociale et spirituelle dans le cadre du VIH/SIDA.

PRINCIPALES ETAPES DU PROCESSUS

Les principales étapes observées au Mali dans ce processus de plaidoyer contre la stigmatisation et la discrimination dans la lutte contre le VIH/SIDA sont :

- identification des problèmes ;
- prise de conscience de la nécessité d'agir pour faire face aux problèmes identifiés ;
- définition et adoption de stratégies cohérentes avec des outils appropriés dans un processus participatif incluant toutes les parties ;
- mise en œuvre des stratégies retenues en étroite collaboration avec toutes les parties déjà associées depuis les étapes précédentes.

Les quatre étapes ci-dessus mentionnées ont été soutenues par une utilisation et une analyse d'informations adéquates.

LARGE IMPLICATION DES PARTIES CONCERNEES

L'implication des principaux partenaires concernés est réelle. Les religieux de toutes confessions, la Société Civile, le Gouvernement et les partenaires au développement ont contribué activement aux étapes importantes de 1994 à 2002 comme suit :

- *1994* : Le groupe Pivot Santé à travers son Projet Islam et Santé en collaboration avec le PNLS a organisé au centre Islamique d'Hamdallaye une rencontre de trois jours avec la participation de plus de 350 Imams et Erudits de l'AMUPI du district de Bamako et des régions. La rencontre a permis de délivrer des messages et de sensibiliser les leaders religieux sur les impacts du VIH/SIDA.
- *février 1999* : rencontre de SEBENIKORO : les Communautés catholiques et protestantes se sont rencontrées pour la première fois pour discuter des stratégies de lutte contre la pandémie du SIDA. Étaient présents des autorités politiques et sanitaires ainsi que les responsables des différentes églises.
- *Août 2000* : l'atelier préparatoire du forum national "Islam et SIDA" à Sélingué du 10 au 14 août 2000⁷, a permis de :
 - recenser les questions difficiles tirées de la vie familiale (couple) que pose la problématique VIH/SIDA et Islam ;
 - recenser les versets de l'Islam qui peuvent être des portes d'entrée pour la résolution des problèmes posés ;
 - définir le rôle des Ulémas face à la résolution des problèmes posés.
- *Août 2001* : l'atelier de Nioro du Sahel organisé par Population Services International (PSI) avec l'appui technique du PNLS. Le modèle AIM développé par Policy Project a été utilisé au cours de cette rencontre et a permis aux leaders religieux de disposer d'informations appropriées⁸. Des recommandations importantes ont été faites pour responsabiliser les leaders religieux.

⁷ Cet atelier était organisé par l'Association Islamique pour le Progrès et l'Epanouissement de la Famille (AIPPEF). Le financement était assuré par l'UNFPA avec l'appui technique du PNLS

⁸ Étaient présents les leaders religieux musulmans, femmes et hommes des régions de Sikasso, Mopti, Gao, Tombouctou, Bamako, Ségou, Kayes et Koulikoro.

- 2001 : Une journée⁹ de plaidoyer sur le SIDA a réuni autour de l'ancien Président de la République Alpha Oumar Konaré une dizaine de Ministres, des Ambassadeurs et plus de 600 leaders communautaires et religieux. Le résultat atteint est l'intervention en direct sur la télévision nationale du Chérif de Banamba¹⁰ (une des plus grandes autorités religieuses du Mali) sur le SIDA et son appel à l'implication des leaders religieux.
- Août 2002 : une journée de plaidoyer¹¹, présidée par son Excellence Amadou Toumani TOURE, Président du Mali fut un véritable succès¹², ayant consacré le dialogue politique entre 200 Imams et Erudits musulmans sur le VIH/SIDA.
- Les communautés chrétiennes sont organisées en Association de jeunes, de femmes et d'hommes qui constituent les structures partenaires de leurs interventions dans la lutte contre le VIH/SIDA¹³. Au niveau de chaque paroisse et église locale, de petites rencontres de formation et d'information sont organisées. Les leaders chrétiens ont mis en place sur l'ensemble du territoire des centres de santé, des maternités et dispensaires et centres nutritionnels au sein desquels des agents sont formés et s'occupent activement des populations¹⁴.

STRATEGIES ET OUTILS DEVELOPPES PAR LES LEADER RELIGIEUX DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Policy Project a travaillé sur la base de méthodes participatives. L'approche comprend (1) le développement des capacités avec quatre composantes, (2) le développement des outils de plaidoyer et de sensibilisation, (3) le développement des modèles de plaidoyer adaptés aux religieux, le AIM religieux¹⁵ et (4) la mise en œuvre du plaidoyer et de la sensibilisation.

Le développement des capacités a permis de développer des activités de :

- a. *Formation en VIH et Développement* sur tous les aspects de l'amélioration et du développement de la compréhension du VIH/SIDA par les leaders ;
- b. *Formation en leadership et en réseautage* des leaders religieux, à la gestion de la vie associative, la formulation de petits projets et la recherche de financement ;
- c. *Formation en techniques de présentation des modèles de plaidoyer* pour une meilleure sensibilisation et un plaidoyer efficace à l'endroit des décideurs.

⁹ Organisée par POLICY/USAID et le Ministère de la Santé en collaboration avec Plan International, PSI et d'autres partenaires.

¹⁰ Inédit au Mali.

¹¹ Organisée le 20 Août 2002 par POLICY/USAID et le PNLS en collaboration avec l'AMUPI, la LIMAMA sur financement de l'USAID.

¹² Il y a eu la présence du Premier Ministre et de l'ensemble du Gouvernement, les parlementaires, les Ambassadeurs accrédités au Mali et les partenaires au développement.

¹³ Au niveau de l'église protestante, les leaders sont les Pasteurs et les anciens de l'église ou Diacres. Dans l'église catholique les leaders sont les évêques et prêtres qui sont formés pour informer et sensibiliser par rapport au VIH/SIDA.

¹⁴ Certains centres sont plus avancés que d'autres dans la lutte contre la pandémie. D'une manière générale, les activités concernent la formation et la sensibilisation des leaders, l'organisation de caravanes, etc.

¹⁵ AIDS IMPACT MODEL

- d. *Voyages d'échange d'expérience* permettant aux Leaders de s'enrichir des expériences d'autres Leaders de la sous région.

Le développement des outils de plaidoyer et de sensibilisation concerne la conception et la vulgarisation de supports pédagogiques. Les leaders musulmans ont engagé des réflexions approfondies pour l'élaboration de sermons, la confection de dépliants et la production de film¹⁶.

La mise en œuvre du plaidoyer et de la sensibilisation : dans le cadre du VIH/SIDA, le modèle AIM est l'outil de plaidoyer. Un AIM religieux¹⁷ qui met l'accent sur le rôle et les responsabilités des leaders religieux a été élaboré.

SITUATION ACTUELLE ET ETAPES FUTURES DE L'IMPLICATION DES LEADERS RELIGIEUX DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Les résultats obtenus sont relatifs à l'engagement des leaders religieux et la mise en place de cadres de concertation.

1. *Engagement des leaders* : l'engagement sans faille des leaders religieux dans la lutte contre le VIH/SIDA est fondé sur des versets du coran et des hadiths précis. Pour les Chrétiens, des versets précis de la Bible ont été relevés pour justifier l'implication des leaders.

Les conséquences directes de cet engagement des Leaders religieux sont :

- Le témoignage à visage découvert des personnes vivant avec le VIH/SIDA n'a pas été dénoncé par les leaders religieux mais a suscité leur compassion et soutien ;
- Les leaders religieux ont décidé de collecter des fonds dans les mosquées et églises pour assister les PVVIH ;
- Les réflexions engagées ont permis d'extraire du Saint Coran et de la Sainte Bible des versets qui mettent les Leaders en parfaite confiance dans leur lutte contre le VIH/SIDA ;
- Les Leaders se sont engagés à sensibiliser dans les mosquées et lieux publics pour une meilleure tolérance des communautés religieuses envers les PVVIH et les malades du SIDA ;
- La confiance des leaders religieux maliens s'est accrue suite aux voyages d'études et aux rencontres sous-régionales ;
- Les leaders religieux ont atteint une participation effective dans la lutte contre le VIH/SIDA tant par la fonctionnalité de leur organisation que par les activités spécifiques ;
- Les leaders ont acquis une confiance certaine et sont devenus plus proactifs dans la lutte contre le VIH/SIDA.

¹⁶ *L'élaboration de sermons* : ces documents d'information sur la pandémie doivent servir de thèmes de "Kouthba" et de prêches dans les mosquées et les lieux de prêches. Ceci est un travail d'analyse et de recherche des versets du Saint Coran et de Hadiths pour soutenir l'engagement des musulmans dans la lutte contre le VIH/SIDA ; *la confection et la vulgarisation de dépliants* à l'attention du grand public, des messages simples et souvent en image doivent être confectionnés et vulgarisés ; *la production de films*.

¹⁷ Les grandes volets du modèle AIM sont : (1) les informations générales sur le VIH/SIDA, (2) la situation épidémiologique, (3) Connaissance du VIH/SIDA et les moyens de prévention, (4) les projections (femmes et SIDA, responsabilités des leaders religieux), (5) quelques perspectives et conclusion

2. *Les cadres de concertation* : deux structures ont été mises en place pour assurer le dialogue direct et permanent entre les institutions et les populations à tous les niveaux. Il s'agit du Réseau National Islamique de Lutte contre le VIH/SIDA (RNILS) et l'Alliance des religieux musulmans et chrétiens.

Le Réseau National Islamique de lutte contre le VIH/SIDA (RNILS) : L'ensemble des Associations religieuses du Mali sont représentées au sein de l'Exécutif. Le RNILS est représenté au niveau régional par le Réseau Régional Islamique de Lutte contre le VIH/SIDA (RRILS)¹⁸. Le RNILS a développé un partenariat avec l'Etat, les partenaires au développement, et les autres organisations de la Société Civile.

L'Alliance des leaders Religieux contre le SIDA regroupant les leaders Musulmans et Chrétiens : les leaders religieux musulmans et chrétiens ont constitué une entité dénommée : Alliance Islamo-Chrétienne contre le VIH/SIDA.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

- Le renforcement des capacités des organisations religieuses dans les domaines suivants est un préalable :
 - gestion de projet ;
 - leadership et gouvernance afin de s'assurer d'une réelle vie associative;
 - VIH et développement, concepts clés en Santé de la Reproduction (SR) et en survie de l'enfant ;
 - la formation en techniques de plaidoyer ;
 - le modèle AIM en arabe.
- L'octroi de mini subventions pour les activités de plaidoyer est nécessaire entre autres pour s'assurer de la pérennité dès la conception des projets.
- La traduction en langue arabe et dans les principales langues nationales des supports didactiques de plaidoyer.
- Le soutien des responsables religieux charismatiques est une nécessité. Au Mali, le très populaire El Hadji Chérif Ousmane Madani Haïdara, Imam et prêcheur de grande renommée a délivré d'importants messages qui ont été relayés par les media et sur internet. Ses prises de position très progressistes en matière de prévention du SIDA lui ont valu le surnom d' «imam rouge». De plus, il faut reconnaître le travail de pionnier accompli par feu El Hadj Kady Dramé et El Hadj Sidi Konaké. El Hadj Thierno Hady Oumar Thiam fin pédagogue et El Hadj Mamadou Traoré érudit et chercheur infatigable ne sont pas du reste.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- | | |
|----------------|------------------------|
| ▪ Modibo MAIGA | Directeur, POLICY/Mali |
| ▪ Bakary KANTE | Consultant |

¹⁸ Le RNILS dispose de ressources humaines formées en VIH et développement, en leadership, en gouvernance des Associations, en technique d'élaboration de projet et de présentation d'outils de plaidoyer. Ces différentes formations ont permis au RNILS lui même de faire des formations décentralisées, des prêches et des Kothbas sur toute l'étendue du territoire.

**MODELES DE FINANCEMENT COMMUNAUTAIRE DE
LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**

UNION COMMUNALE DES MUTUELLES DE SANTE DE BEMBERÈKÈ (UCMSB) AU BENIN

RESUME

L'expérience de l'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè (UCMSB) s'est développée à Bembèrèkè au Nord du Bénin avec l'accompagnement du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF). 7 mutuelles de santé¹⁹ fonctionnelles, en février 2002, ont décidé de créer une Union Communale des Mutuelles de Santé avec 1066 membres adhérents pour environ 4057 bénéficiaires. La lutte contre le VIH/SIDA par les mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè a commencé en 2002 par la mutuelle Tuko Saari de l'Arrondissement central. En 2003, l'activité s'est élargie à la mutuelle Su Tii Déra de Gamia en partenariat avec le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS).

Il s'agit d'une expérience de prévention du VIH/SIDA à travers les mutuelles de santé. Les comités d'animation des mutuelles de santé affiliées à l'Union Communale des Mutuelles de Santé de Bembèrèkè (UCMSB) organisent durant l'année, des séances d'information et d'échange sur la pandémie du SIDA. Elles invitent aussi les populations à accepter les porteurs du virus du SIDA comme membres de la société. Ces activités se font à travers des séances publiques de sensibilisation dans les quartiers et hameaux ainsi que dans les écoles et collèges d'enseignement de la Commune. Les mutuelles de santé sont appuyées par la radio communautaire FM Nonsina de la Commune de Bembèrèkè.

Le principal but de cette activité des mutuelles de santé est d'informer les populations de la Commune de Bembèrèkè en général et les mutualistes en particulier sur les modes de transmission et prévention du VIH/SIDA. L'enjeu, c'est la limitation de la propagation de la pandémie dans la localité.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- Union Communale des Mutuelles de santé de Bembèrèkè (UCMSB)
BP: 47 Bembèrèkè
Bénin

Personnes contact :

- Ousmane KOTO-YERIMA (Président)
E-mail: kotoyerimaa@yahoo.fr
- Bio Guio YAROU (Secrétaire)
- Adiza OROU-GUIDOU (Trésorière)

¹⁹ Mutuelle Tuko Saari de Bembèrèkè; Mutuelle Su Tii Déra de Gamia; Mutuelle Sango Gninin de Bouanri; Mutuelle Su Kianan de Béroubouay; Mutuelle Nonnin de Ina; Mutuelle Su Tii Dankin de Guessou-Sud (mutuelle villageoise); Mutuelle Su Nomma Ninnan de Kokabo (mutuelle villageoise).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Bembèrèkè est l'une des 77 Communes du Bénin. Située dans le Département du Borgou, au Nord du Bénin, cette localité couvre une superficie de 3.348 km² pour une population estimée à 94.580 habitants en 2004. La densité y est de 28 habitants au km². La Commune est subdivisée en cinq (5) Arrondissements²⁰ couvrant quarante-deux villages administratifs. Plusieurs ethnies y cohabitent. Les groupes ethniques les plus importants sont les Bariba (52,4%) et les fulfulde (35,6%). Les musulmans sont les plus nombreux dans la localité et représentent 55,9% de la population. Quant à la religion traditionnelle, elle mobilise 15,9% de la population alors que les catholiques représentent 7,8% et les protestants 2,1% de la population.

Au plan sanitaire, la Commune dispose d'un hôpital de plus de 100 lits (hôpital évangélique de Bembèrèkè). Depuis quelques années, cet hôpital est érigé en hôpital de référence pour la Zone Sanitaire (District Sanitaire)²¹. A l'instar des autres Communes du Bénin, l'utilisation des services de santé à Bembèrèkè est faible. La recherche de solutions à une telle situation a conduit à la promotion et au développement des mutuelles de santé.

FINANCEMENT

Fonds propres

Chacune des 7 mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè a les règles financières suivantes :

- Droit d'adhésion : 1000 FCFA
- Cotisation : 200 FCFA par personne et par mois
- Période d'observation : 6 mois
- Plafonnement : 2 recours par personne et par an répartis dans la famille
- Prestations couvertes : tout le paquet d'activités des centres de santé
- Ticket modérateur : 25%

Fonds issus des partenaires

- 500.000 FCFA pour les activités de sensibilisation sur le terrain. Ce fonds a été donné par la mutualité de la province de Luxembourg (Belgique).
- 300.000 FCFA pour les spots à la radio communautaire de Bembèrèkè, financés par le PROMUSAF (Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique).
- Par ailleurs il faut noter que le PSI a mis à la disposition des mutuelles de santé 400 préservatifs et des Bandes Dessinées (BD) sur le SIDA.

²⁰ Arrondissement central de Bembèrèkè; Arrondissement de Gamia; Arrondissement de Bouanri; Arrondissement de Béroubouay; Arrondissement de Ina.

²¹ Il s'agit de la Zone Sanitaire Bembèrèkè-Sinendé. Outre cet hôpital, la Commune compte cinq (5) centres de santé d'Arrondissement, quatre (4) dispensaires isolés et un (1) centre de santé de garnison

BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires directs de l'activité sont d'abord les mutualistes et les populations de la Commune de Bembèrèkè. De manière indirecte et en tenant compte de l'influence de la radio communautaire qui couvre 7 Communes (Bembèrèkè, Sinendé, Nikki, Kalalé, Pèrèrè, N'dali et Gogounou), l'activité bénéficie à au moins la moitié de la population du champ de couverture de la radio à savoir plus de 400.000 personnes.

DESCRIPTION DE L'EXPERIENCE

La pratique de l'UCMSB regroupant les 7 mutuelles de la Commune de Bembèrèkè, en matière de lutte contre le VIH/SIDA s'inscrit dans le schéma global d'éducation à la santé des populations de Bembèrèkè. Cette activité de prévention concerne plus largement les affections comme le paludisme, le choléra, le VIH/SIDA, la nutrition, la méningite, la fièvre typhoïde ainsi que les affections causées par le manque de l'hygiène/assainissement.

A l'origine l'activité a été suggérée par le PROMUSAF aux mutuelles de santé de la Commune. En effet, convaincu que les populations auront toujours des difficultés à faire face aux soins de santé, vu la modicité des revenus et les taux de recouvrement au sein des mutuelles de santé, le PROMUSAF encourage la prévention afin de réduire la morbidité et donc les dépenses de santé des ménages. Dans ce sens, l'accent a été particulièrement mis sur le SIDA pour éviter que beaucoup de personnes soient infectées.

La lutte contre le VIH/SIDA par les mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè a commencé en 2002. Elle était l'œuvre de la mutuelle Tuko Saari de l'Arrondissement central. En 2003, l'activité s'est élargie à la mutuelle Su Tii Déra de Gamia. En son temps, l'activité, s'est déroulée en partenariat avec le Projet Plurisectoriel de Lutte contre le SIDA (PPLS). Chacune de ces deux mutuelles a obtenu un financement pour :

- Former en son sein 10 pairs éducateurs sur le VIH/SIDA ;
- Assurer la sensibilisation des communautés, dans les quartiers et villages de chacun des arrondissements sur le VIH/SIDA ;
- Assurer la vente des préservatifs, durant la période de l'activité.

Pour mener cette activité, les deux mutuelles ont dû soumissionner avec succès auprès du PPLS. Pour ce faire, elles ont bénéficié de l'appui technique du PROMUSAF et de l'Institut Kilimandjaro, qui était l'ONG intermédiaire du PPLS dans le Borgou.

Évolution de la pratique de 2002 à 2004

La lutte des mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè contre le SIDA a évolué dans le temps. Cette évolution s'observe tant dans la stratégie utilisée, les localités touchées, les acteurs de la mise en œuvre qu'au niveau des partenaires associés à l'initiative. Le tableau ci-après en donne plus de détails.

Tableau No.1: EVOLUTION DE LA PRATIQUE DE L'UCMSB DE 2002 A 2004

Années	Stratégie adoptée	Localités cibles	Responsables	Partenaires	Améliorations spécifiques	Difficultés engendrées
2002	<ul style="list-style-type: none"> - Regroupement des populations dans un endroit unique. - Animation du thème par un agent de santé. 	Un (1) chef lieu d'arrondissement de Bembèrèkè soit une séance	Agent du Centre de santé conventionné (Médecin ou infirmier)	<ul style="list-style-type: none"> - PROMUSAF - Centre de santé - Mutuelles de santé 	Engagement d'un dialogue en séance publique sur le VIH/SIDA	Difficile participation des personnes âgées, surtout musulmanes aux échanges.
2003	<ul style="list-style-type: none"> - Formation de pairs éducateurs sur le SIDA au sein des mutuelles de santé - Animation des séances par les pairs éducateurs avec l'appui des agents de santé - Animation dans les différents quartiers et chef lieu d'arrondissement 	<ul style="list-style-type: none"> - Dix (10) quartiers de ville à Bembèrèkè - 08 quartiers de ville à Gamia 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables des mutuelles de santé (pairs éducateurs) - Agents de santé en appui aux pairs éducateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - PPLS - Centres de santé - Mutuelles de santé - IK - PROMUSAF 	<ul style="list-style-type: none"> - Elargissement de la cible - Extension aux différents quartiers administratifs. - Introduction de la vente de préservatif - Apprentissage du port du préservatif - Intensification des sensibilisations - Prise en compte de la non stigmatisation du malade de SIDA et la nécessité de le soutenir moralement - Invite au dépistage volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation nocturne des séances de sensibilisation - Gratuité des préservatifs (demande)
2004	<ul style="list-style-type: none"> - Elargissement à tous les arrondissements - Formation de 25 responsables mutualistes à l'éducation sur le VIH/SIDA - Animation par les responsables mutualistes - Couverture médiatique de certaines animations dans les villages - Diffusion de spots de sensibilisation sur le SIDA chaque mois y compris dans les Collèges d'Enseignement Général de la Commune 	<ul style="list-style-type: none"> - En moyenne six (6) villages et quartiers de ville par arrondissement - Quatre (4) collèges de la Commune 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables des mutuelles de santé formés - Animateurs PROMUSAF (dans les collèges exclusivement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mutualité de Arlon (Belgique) - PROMUSAF - Radio FM Nonsina - Mutuelles de santé de la Commune 	<ul style="list-style-type: none"> - Intensification des sensibilisations - Prise en compte de la non stigmatisation du malade de SIDA et la nécessité de le soutenir moralement - Invite au dépistage volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de préservatifs - Peur des animateurs eux-mêmes à se faire dépister
2005	Cf 2004	Cf 2004	Cf 2004	Cf 2004	Cf 2004	Cf 2004

SITUATION ACTUELLE ET ETAPES FUTURES

Les mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè, à travers l'UCMSB interviennent exclusivement dans la prévention. Elles sensibilisent les populations de leurs localités respectives sur le danger que représente le SIDA, les invitent à se prémunir contre le mal. Pour cela elles leurs indiquent les comportements à adopter pour éviter de se faire contaminer et donc d'accroître la propagation du virus. Aussi, invitent-elles les populations à accepter les porteurs du virus du SIDA comme personne à part entière, membre de la société.

La mise en œuvre de leurs activités se fait à travers des séances publiques de sensibilisation dans les quartiers et hameaux des différents arrondissements de la localité ainsi que dans les collèges d'enseignement de la Commune. Les animations se font désormais par les responsables des mutuelles de santé, qui sont formés à cet effet. Dans cette activité, les mutuelles de santé sont appuyées par la radio communautaire FM Nonsina de la Commune de Bembèrèkè. Pour ce faire, elles bénéficient d'un partenariat que PROMUSAF a conclu avec la radio pour toutes les actions mutualistes.

Après l'expérience du PPLS en 2003, les mutuelles de santé ne continuent plus la vente des préservatifs. Elles orientent les demandeurs vers les centres de santé malgré la réticence de ces derniers (pudeur ou honte).

Les mutuelles ne font pas de la prise en charge médicale des malades du SIDA. Mais l'adhésion n'étant pas exclusive, elles prennent implicitement en charge les maladies opportunistes pour ces éventuels PVVIH, membres des mutuelles de santé. Les mutuelles de santé n'organisent pas de dépistage pour leurs membres.

Le PROMUSAF et la mutualité d'Arlon sont actuellement les partenaires qui accompagnent l'UCMSB dans sa lutte contre le VIH/SIDA.

Les étapes futures pour l'UCMSB dans le cadre de sa lutte contre le VIH/SIDA se présentent comme suit, au terme de la mission :

- Poursuite et intensification de la sensibilisation ;
- Création de points de ventes de préservatifs au niveau des mutuelles de santé ;
- Création de centres d'échange et de conseil des populations sur le VIH/SIDA ;
- Organisation de dépistages volontaires des mutualistes ;
- Appui aux malades du SIDA ;
- Prise en charge médicale du SIDA ;
- Aide aux orphelins du SIDA.

FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

Forces

Les forces qui se dégagent à travers la pratique de l'UCMSB en matière de lutte contre le VIH/SIDA se trouvent retracées dans le tableau ci-après :

Tableau No. 2 : Forces de la pratique de l'UCMSB en matière de lutte contre le SIDA :

FORCES	COMMENTAIRES
Stratégie de communication intégrée	Dans leurs activités de sensibilisation, les mutuelles de santé de l'UCMSB combinent plusieurs canaux de communication, notamment les causeries débats, les média (radio) et la communication interpersonnelle. Ceci permet de toucher plus de personnes
Initiative encrée dans la communauté et porter par des acteurs locaux	A la différence de certaines initiatives, l'initiative de l'UCMSB n'est pas mise en œuvre de dehors. La pratique est conduite par les filles et les fils de la localité. Cette façon de faire réduit indiscutablement les coûts de réalisation.
Activité inscrite dans la durée	Démarrée depuis 2002, cette activité se poursuit encore et tend à s'institutionnaliser au sein de l'union pour devenir une activité permanente des mutuelles de santé.
Implication des acteurs locaux de santé communautaire	Dans la réalisation de cette activité, les mutuelles de santé associent les agents de santé de leurs localités, les membres des COGEA ainsi que d'autres leaders qui peuvent les aider dans la mobilisation et pour mieux passer le message.
Contact périodique des responsables des mutuelles de santé avec leurs membres et leurs populations de référence	Durant toute l'année et chaque mois, les responsables des mutuelles de santé sont en contact avec non seulement les mutualistes mais aussi toute la population pour la collecte des cotisations et la sensibilisation sur les mutuelles de santé. C'est des occasions qui sont mises à profit pour rappeler les messages du SIDA en plus des spots qui sont diffusés à la radio. Ainsi, l'information est continue et le message n'est ainsi pas oublié.
Bonne capacité d'animation des responsables formés.	Du fait de la pratique, les responsables formés ont fini par acquérir une maîtrise du sujet et adoptent de bonnes techniques d'animation
Ouverture vers d'autres structures de lutte contre le SIDA	Les mutuelles à travers leur union saisi les opportunités pour conclurent des partenariats avec diverses structures nationales ou internationales qui interviennent dans la lutte contre le SIDA. Cette possibilité de nouer des partenariats permet aux responsables de renforcer leurs capacités et éventuellement de mieux faire le travail.

Faiblesses

Quelques faiblesses caractérisent la pratique de l'UCMSB en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Ces faiblesses se présentent comme suit :

Tableau No. 3 : Faiblesses de la pratique dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA

FAIBLESSES	COMMENTAIRES
Forte dépendance de la pratique du financement extérieur	Les activités de l'UCMSB en matière de lutte contre le VIH/SIDA sont financées par des partenaires extérieurs. Cela ne garanti pas la pérennité de l'activité si des fonds propres aux mutuelles de santé ne sont pas mis à contribution.
Faible capacité de conception des responsables des mutuelles de santé et de l'UCMSB en matière d'élaboration de projet	Bien que dévoués à la mise en œuvre, les responsables montrent une grande faiblesse quand il s'agit de traduire leurs idées en projet et entreprendre des démarches pour les exécuter. Cet aspect devrait être sérieusement pris en compte, à l'avenir par l'union.
Manque d'outils d'animation propre à l'UCMSB (matériel de projection, affiches et affichettes de sensibilisation et autres supports d'animation)	Dans la plupart des cas, les mutuelles de santé font leurs animations sans images. Il est souvent utile de laisser quelques dépliants ou affichettes après l'animation, mais en dehors de l'expérience avec le PPLS qui avait mis son matériel à disposition, les autres animations sont moins « habillées ».
Animation dans la seule langue Batonon, marginalisant le Peuhl	Vu l'importance de la communauté peuhle (35,6%) dans la Commune de Bembèrèkè, l'UCMSB devra œuvrer à étendre ses animations dans les camps peuhls et assurer aussi la sensibilisation dans cette langue.
Pratique portée exclusivement sur l'information et la sensibilisation (prévention)	La lutte contre le VIH/SIDA revêt plusieurs aspects. L'UCMSB devrait réfléchir à comment s'occuper d'autres volets de la lutte, tout en renforçant la sensibilisation
Insuffisance de moyen financier pour : - mener plus d'actions ; - assurer le suivi ; - renforcer continuellement la capacité des animateurs ; - maintenir le partenariat avec la radio	L'UCMSB devra, avec le PROMUSAF, les agents de santé et les élus locaux, réfléchir à trouver une stratégie globale de lutte contre le SIDA avec un apport financier et matériel de la localité.

POTENTIALITES

En dépit des faiblesses ci-dessus relevées, il faut noter qu'il y a un réel potentiel lié à la pratique de l'UCMSB en matière de lutte contre le VIH/SIDA. Ces potentialités se présentent comme suit :

Existence d'un groupe homogène et bien structuré : l'UCMSB est la structure faîtière des mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè. Elle est structurée de la base au sommet, donc représentée dans chacun des cinq arrondissements de la Commune et même dans certains villages qui disposent de dispensaires isolés, tels Kokabo et Guessou-Sud. Il est donc facile de faire circuler l'information et assurer une mobilisation rapide des membres pour la mise en œuvre rapide d'une action au niveau communal.

Insertion de la pratique dans un ensemble d'activités mutualistes : la pratique de l'UCMSB en matière de lutte contre le VIH/SIDA n'est pas une activité isolée et ponctuelle. Elle s'inscrit dans un vaste schéma de prévention et d'éducation des membres et des populations pour la santé. Ainsi l'activité est reconduite d'année en année en essayant de lui apporter des améliorations.

Organisation du travail des mutuelles de santé : tous les mois, chaque mutuelle élabore un micro plan d'action. Cette micro planification retrace les grandes lignes des activités que la mutuelle compte mener dans le mois, notamment en ce qui concerne :

- la sensibilisation pour l'adhésion et la fidélisation aux mutuelles de santé ;
- la collecte des cotisations ;
- l'Information, Education et Communication (IEC) en matière de santé ;
- l'organisation des réunions des organes dirigeants de la mutuelle de santé.

Franche collaboration des agents de santé de la Commune : il existe une franche collaboration entre les mutuelles de santé et les agents de santé de la Commune. Au-delà de la simple prestation des soins, mutuelles de santé et centres de santé de la Commune se comportent comme de véritables partenaires pour la promotion de la santé communautaire en général et des mutuelles de santé en particulier.

Existence d'un potentiel humain qualifié : l'UCMSB dispose en son sein des personnes ressource formées à la sensibilisation pour la lutte contre le VIH/SIDA. Elles sont disponibles, dévouées à la tâche et portent à merveille l'activité.

Disponibilité d'une trésorerie globale appréciable : depuis leur mise en place aucune mutuelle de santé n'a encore enregistré de déficit. Elles ont chacune pu régulièrement payer leurs différentes factures au niveau des centres de santé conventionnés. Mieux elles arrivent à dégager d'année en année des excédents d'exercice dont le montant cumulé au 30 juin 2005 s'élève à : 6.765.333 FCFA. Avec un peu de volonté, l'UCMSB peut contribuer à un fonds local pour la lutte contre le SIDA.

Crédibilité des mutuelles de santé dans la Commune : par leur travail, notamment la prise en charge réelle des dépenses de santé de leurs membres et l'information continue des populations de la Commune sur les problèmes de santé, les mutuelles de santé bénéficient de la confiance des populations. Elles sont de plus en plus écoutées et sont sollicitées dans certaines prises de décisions en matière de santé communautaires. Elles constituent les seules

véritables Associations communautaires dans le domaine de la santé, avec un réel militantisme dans la localité.

Santé comme unique domaine d'action de l'UCMSB : à la différence de plusieurs Associations dans le pays, les mutuelles de santé ont comme domaine unique d'intervention la santé. Dans le cas de l'UCMSB, outre la prise en charge des soins curatifs, la prévention occupe une place importante dans les activités des mutuelles de santé.

Existence d'une radio communautaire qui accompagne le mouvement : le partenariat conclu par le PROMUSAF avec la radio FM Nonsina au profit des mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè est l'autre atout dont bénéficie la pratique. La disponibilité de cette radio à accompagner et soutenir le mouvement mutualiste en général et l'activité de prévention en particulier, permet à l'UCMSB de réaliser des résultats intéressants.

Soutien du PROMUSAF : les mutuelles de santé se développent dans la Commune de Bembèrèkè avec le soutien du Programme d'appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF). Dans ce cadre, l'UCMSB bénéficie d'un appui technique, matériel et financier pour la réalisation de ses activités. Toutefois, il faut dire que le soutien de cette institution est limité, d'où la nécessité de rechercher d'autres partenariats. L'UCMSB doit alors œuvrer dans ce sens à l'avenir.

Intéressement progressif des élus locaux : dans leur travail, les mutuelles de santé mènent des actions de plaidoyer en direction des élus locaux de la Commune (Maire, Chefs d'Arrondissement, chef de villages et de quartiers de villes). Ces actions commencent par porter leurs fruits vu que nombre d'élus locaux apportent déjà leurs soutiens aux mutuelles de santé dans leurs arrondissements. Ceci s'exprime soit par l'inscription de leurs familles à la mutuelle de santé, soit en appuyant les séances de sensibilisation, soit en lançant des appels à la radio ou encore en attribuant une parcelle à la mutuelle de santé pour y implanter à l'avenir son siège social.

Existence d'un centre de dépistage dans la Commune : l'autre potentialité pour l'UCMSB dans le cadre de sa lutte contre le VIH/SIDA est l'existence d'une unité de dépistage à l'hôpital de zone de Bembèrèkè, avec lequel l'UCMSB a une convention de prestation des soins hospitaliers. Il y aura donc une facilité pour les mutuelles de passer de la sensibilisation au dépistage.

LA PRISE EN COMPTE DU GENRE

Dans le fonctionnement des mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè, l'aspect genre est pris en compte. Les points ci-après l'illustrent :

Présence des femmes dans les organes : dans toutes les mutuelles de santé affiliées à l'UCMSB les femmes sont représentées. Leur taux de représentativité varie entre 14% (Gamia) et 44% (Bembèrèkè). Dans le Bureau Exécutif de l'UCMSB, les femmes sont représentées à près de 43% (3 sur 7) notamment aux postes de vice présidence et de trésorerie. Dans le conseil d'administration de l'UCMSB, elles sont représentées à près de 24% (5 sur 21).

Choix des prestations couvertes par les mutuelles de santé : dans le choix des prestations couvertes par les mutuelles de santé affiliées à l'UCMSB, les soins maternels figurent en bonne place, notamment les CPN et l'accouchement. Au niveau hospitalier, l'UCMSB prend également en charge les accouchements difficiles y compris les césariennes.

Choix des jours et heures des réunions et activités de sensibilisation : afin de permettre la participation effective des femmes aux différentes activités (réunions des organes de gestion et sensibilisation), les mutuelles de santé, évitent les jours de marché. Par ailleurs, les heures des séances sont souvent retenues en tenant compte des travaux ménagers qui pourraient occuper les femmes à la maison et les empêcher de sortir pour prendre part aux activités.

Participation des femmes à l'animation : pour l'activité de prévention, 5 personnes dont obligatoirement une femme, sont formées dans chaque mutuelle de santé. Ainsi, après la formation, elles animent les séances de sensibilisation au sein des équipes constituées et sont très utiles pour les démonstrations de port du préservatif féminin.

SUIVI ET EVALUATION

La mission première des mutuelles de santé étant de garantir à leurs membres des soins de santé de qualité, l'UCMSB à travers les mutuelles de santé qui la composent œuvre à l'amélioration de la qualité des soins au niveau de tous les centres de santé conventionnés et veille à maintenir le coût de ces soins dans les limites acceptables. C'est dans ce sens que s'inscrivent les rencontres périodiques d'évaluation qu'il y a entre les formations sanitaires et les mutuelles de santé.

Le suivi est fait par le PROMUSAF qui a sur place un agent pour le suivi rapproché et la formation. Pour la mise en œuvre de l'activité, l'UCMSB est organisée par arrondissement et par mutuelle de santé. Dans chaque mutuelle, il existe des mutualistes formés pour faire la sensibilisation sur le SIDA. Périodiquement chaque mutuelle de santé organise des tournées de sensibilisation.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

La pratique de l'UCMSB en matière de lutte contre le VIH/SIDA est encore récente. A l'instar de toute nouvelle initiative elle connaît quelques insuffisances (cf. paragraphe relatif aux faiblesses). Toutefois, pour une répliation il faut tenir compte des aspects suivants :

1. Briser le tabou que constitue le SIDA en milieu fortement islamisé requiert tact et stratégie appropriée. Parler du sexe en réunion publique, surtout avec des femmes et les jeunes filles n'est pas aisé. Les actions des mutuelles de santé, doivent progressivement aboutir à une ouverture ;
2. Faire adopter progressivement par les populations le préservatif comme moyen de protection constitue un réel challenge pour lequel il ne faut à aucun moment se complaire dans l'autosatisfaction ;
3. Amener l'opinion publique locale à se préoccuper de la maladie et rendre les populations moins réticentes à l'information et aux échanges sur le SIDA n'est pas aisé. Cela nécessite une grande persévérance.

VIABILITE /PERENNITE

Les responsables des mutuelles de santé bénéficient de formations diverses qui leur permettent de bien gérer les mutuelles de santé de la Commune de Bembèrèkè tant au plan administratif, relationnel que promotionnel.

Sur le plan financier, elles disposent d'une trésorerie acceptable qui leur permet non seulement de satisfaire les besoins de leurs membres en matière de soins curatifs mais aussi de voir l'avenir avec sérénité, au regard des réserves qu'elles constituent au fil des années.

En outre, le positionnement de l'UCMSB, non seulement comme instance de renforcement des mutuelles de santé affiliées, mais aussi comme structure devant porter les initiatives à l'échelle communale, est un aspect qui s'inscrit également dans la logique de la viabilité. Ainsi, le principe de subsidiarité peut mieux s'exprimer et éviter d'étouffer les mutuelles à la base et vice versa.

Tout bien considéré, il ressort que la poursuite de l'activité préoccupe les mutualistes. Ils l'envisagent non seulement avec le concours des partenaires étrangers mais aussi avec leur propre contribution et celle de la Commune. Pérenniser l'action, reviendra alors à trouver un meilleur équilibre entre les efforts locaux et les apports extérieurs.

CONTRIBUTEUR PRINCIPAL

- Aboubacar KOTO-YERIMA Coordonnateur, Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique, Bénin

TANTINES : UNE EXPERIENCE NOVATRICE EN MATIERE DE SANTE DE LA REPRODUCTION DES JEUNES ADOLESCENTS ET DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU CAMEROUN

RESUME

Le Programme Germano-camerounais de santé SIDA a conduit des études qui ont montré que les adolescents et les adolescentes étaient très exposés(es) aux grossesses précoces et aux IST/MST/SIDA. Ces études ont également montré qu'elles se confiaient surtout à leurs compagnons d'école en cas de problèmes. Le volet "santé de la reproduction des adolescents" du programme a donc développé un système d'appui conseil aux adolescents piloté par des Tantines : filles mères formées à la prévention des grossesses précoces et IST/MST/SIDA.

Ces Tantines jouent les rôles ci-après :

- l'éducation/encadrement des autres adolescents ;
- l'écoute conseil des adolescents sur les questions de sexualité ;
- l'information/sensibilisation ;
- le partage par des témoignages.

La démarche utilisée pour mettre en place un Projet de Tantines passe par 6 étapes que sont :

1. l'étude du milieu ;
2. le plaidoyer et la mobilisation ;
3. la programmation des interventions ;
4. la formation/renforcement des capacités ;
5. la descente dans les établissements scolaires et la communauté ;
6. la création des Associations de Tantines.

Cette méthode aurait permis de réduire jusqu'à plus de 60% les IST/MST et les grossesses précoces dans certaines écoles d'après le projet.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- GTZ, Cameroun, Programme Germano-Camerounais de Santé/SIDA
Projet Santé de la reproduction de jeunes et adolescents
E-mail : srjacameroun@yahoo.fr

Personnes contact :

- Flavien NDONKO
- Chantal NJOMOU
BP 7814
Tel: +237 221 18 16/221 91 18
Fax: +237 221 91 18

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Le «Projet Tantine» du Programme Germano-Camerounais de Santé/SIDA de la GTZ Cameroun est né à la suite d'une étude réalisée en 2000 sur 5000 adolescents issus de trois Provinces que soutient la GTZ à savoir : le Littoral, le Nord Ouest (NW province) et le Sud Ouest (South West province). Les résultats de cette étude sont ²² :

- 9% des adolescents sont déjà sexuellement actifs à 12 ans. Ce taux est de à 67% (dont 60% de filles) à 16 ans.
- Plus d'une adolescente sur cinq (21%) attrape une grossesse non désirée. Parmi elles, 36% en moyenne font au moins une interruption volontaire de grossesse. Dans certaines Provinces, cette proportion atteint 51%.
- Une fille sur trois (1/3) et deux garçons sur trois (2/3) ont des rapports sexuels avec plus d'un partenaire (entre 2 et 8) par an. 11% d'entre eux déclarent avoir déjà contracté une infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois.
- Plus de la moitié (51%) des adolescents et des jeunes sexuellement actifs reconnaissent entretenir des rapports sexuels non protégés.
- Plus de 63% de ceux qui déclarent utiliser le préservatif ne le font pas à chaque rapport sexuel.
- Plus de 84% n'utilisent pas ou ne connaissent pas une autre méthode moderne de contraception.
- Chez 4000 filles mères :
 - 64% ont eu leur premier rapport sexuel entre 12 et 16 ans ;
 - 10% ont accouché avant l'âge de 16 ans et 62% avant 19 ans ;
 - 37% ont abandonné l'école à cause de la grossesse. 31% n'ont pas revu leur partenaire et 46% s'occupent toutes seules de leurs bébés ;
 - 26% déclarent avoir contracté les IST au cours des 12 derniers mois.

Cette étude amène la GTZ à créer un volet dénommé SRJA : Santé de la Reproduction des Jeunes Adolescents au sein du Programme Germano-Camerounais de Santé/SIDA.

Une seconde étude approfondie aboutit aux données ci-après : En cas de problèmes tels que grossesses et MST, filles et garçons se tournent en priorité vers leurs amies ou compagnons pour des conseils. La moyenne est de 58,0% pour les filles et 55,3% pour les garçons. Viennent ensuite parents et personnel de santé, respectivement 27,5% et 9,3% pour les filles. Les garçons, par contre, font presque autant recours aux parents et au personnel de santé, respectivement 19,5% et 20,1%.

Le rôle de conseiller en matière de sexualité autrefois dévolu aux tantes n'est pratiquement plus assumé. C'est pourquoi le projet a voulu redonner des "tantes" aux adolescentes pour servir de conseillères en matière de sexualité. Comme ce sont les amies de leur âge qu'elles écoutent le mieux, l'idée des "Tantines", les petites tantes pour servir de guide a été concrétisée. Dans le projet existe aussi quelques "Tontons".

²² Dépliant de la GTZ sur les Tantines.

FINANCEMENT

Le Financement est assuré par les fonds de GTZ, les Tantines font des tontines pour s'autofinancer.

D'après des chiffres fournis par le Projet, la formation d'une tantine coûte entre 16.000 FCFA et 27.000 FCFA, pour des modules qui regroupent 60 à 100 personnes par District de santé.

Le coût moyen par District de santé est évalué entre 1 million et 1.6 millions FCFA.

BENEFICIAIRES

Le rapport d'évaluation de la GTZ en avril 2005 donne les chiffres ci-après :

- 3.000 Tantines organisées ;
- 70.000 jeunes filles sensibilisées dans les écoles par les Tantines ;
- Réduction des grossesses non désirées ;
- Réduction de la prévalence des IST de 28% à 5% dans les écoles et communautés sensibilisées.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

Les Tantines sont formées pour réaliser des missions très précises :

1. l'éducation/encadrement des adolescents pour l'adoption de comportements à moindre risque :
 - dans les écoles primaires (CMI & II) ;
 - au premier cycle des lycées et collèges ;
 - dans la communauté.
2. l'écoute/conseil des adolescents sur leur sexualité ;
3. l'information/sensibilisation sur les problèmes liés aux rapports sexuels précoces, aux grossesses non désirées et aux IST/SIDA ;
4. le partage, à travers des témoignages, des difficultés vécues avec une grossesse précoce.

Par définition, une tantine est une fille qui répond aux critères ci-après²³ :

- âge (12-24 ans). Cet âge a été porté à 30 ans en 2004 ;
- être fille mère ayant au plus un enfant ;
- être célibataire ;
- sans emploi ou scolaire ;
- avoir accouché entre 12-18 ans ;
- être formée en prévention des grossesses précoces et des IST/VIH/SIDA ;
- être volontaire, dynamique et engagée pour conseiller en matière de santé de la reproduction et de prévention des IST/MST SIDA.

²³ Les Tantines : journal d'échanges entre le Tantines NO2.

Les tontons quant à eux se définissent comme des garçons répondant aux critères ci-après :

- être âgé entre 15-50 ans ;
- avoir enceinté une fille âgée entre 12-18 ans ;
- être marié ou célibataire ;
- être formé ;
- s'engager à conseiller les autres en matière de santé de la reproduction et de prévention des IST/MST SIDA.

Il faut noter que de l'aveu de tous, l'idée des Tontons n'a pas connu autant de succès que celle des Tantines.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Les enquêtes ayant conduit au projet ont été essentiellement réalisées en mai/juin 2000 et ont porté sur la localité de Nkondjock dans le Département du Nkam, Province du Littoral. Le projet a ensuite été développé dans la localité de Manjo, Département du Mounjo de la même Province avant de s'étendre sur les trois provinces d'intervention de la GTZ que sont le Littoral, le Sud-Ouest et plus tard le Nord-Ouest.

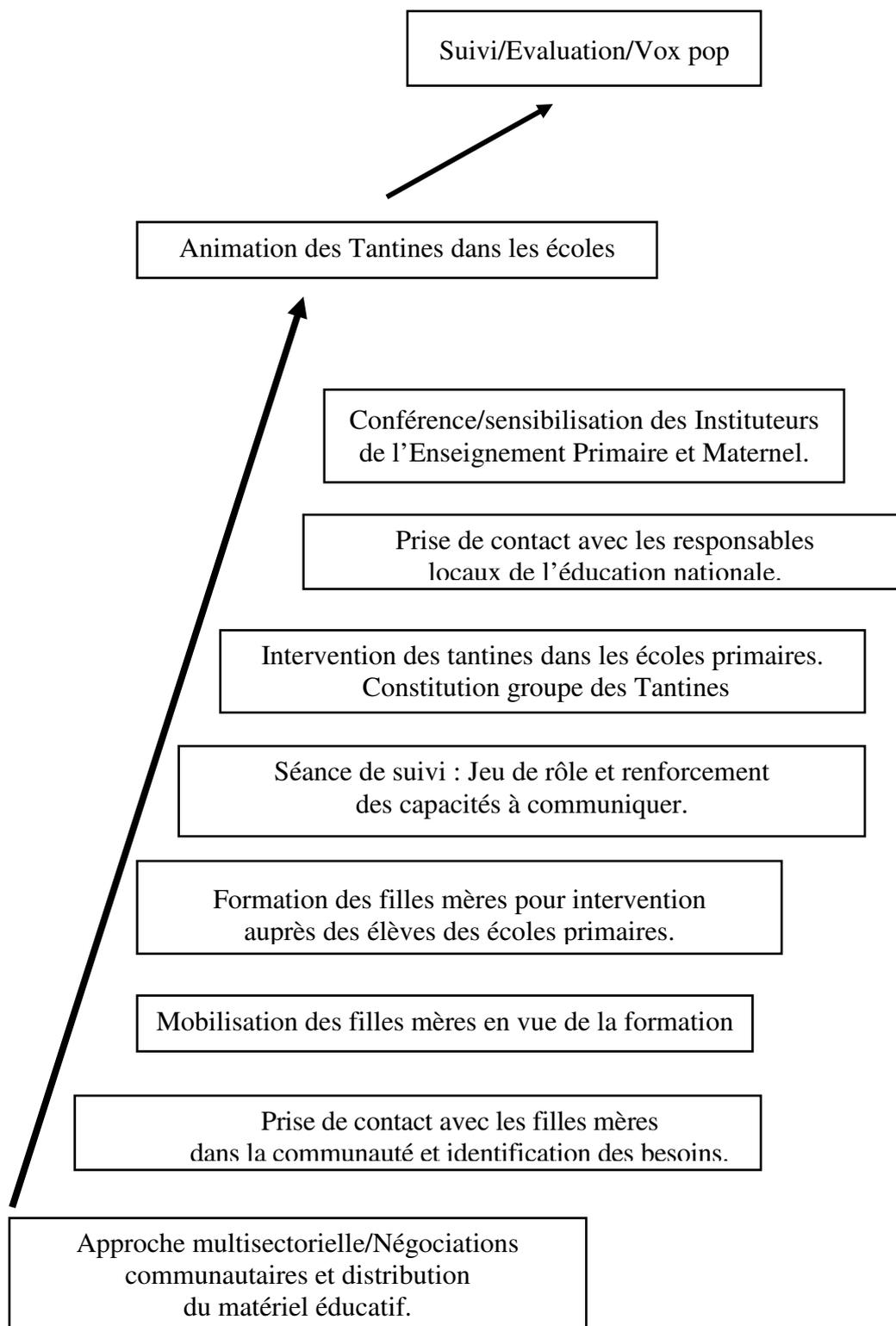
Tableau No. 4 : Situation des Tantines en octobre 2002 :

Province	Tantines	%	Tontons	%
Nord-Ouest	792	95,42	38	4,58
Sud-Ouest	331	96,22	13	3,78
Littoral	476	95,77	21	4,23
Total	1599	95,70	72	4,30

Tableau No. 5 : Situation des Tantines en fin 2003 :

Provinces	Nombres de sites/ Associations	Nombres de personnes formées et actives		TOTAL
		<i>Tantines</i>	<i>Tontons</i>	
Littoral	8	571	21	592
Nord-Ouest	8	1003	43	1046
Sud-Ouest	5	331	13	344
Total	21	1905	77	1982
<u>NB : 4 sites contrôle (2 dans la province de l'Ouest et 2 dans le Centre) ont un total de 310 Tantines formées</u>				

CANEVAS SUIVI POUR LA CREATION DU «PROJET TANTINE»



FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

Une grille SEPA : succès, échec, passé et avenir dite encore SWOT : success, weaknesses, opportunities and threats, présentée dans le tableau 6 permet de procéder à l'analyse.

Tableau No. 6 : Grille SEPA du projet Tantines

SUCCES	AVENIR (Opportunités)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact énorme sur la réduction des IST/MST SIDA ainsi que des grossesses non désirées chez les jeunes. ▪ Impact considérable sur leur équilibre moral et leur positionnement dans la société. ▪ Renforcement considérable des valeurs dans la société. ▪ Ouverture sur les questions sexuelles dans les communautés et les écoles. ▪ Grande visibilité du projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accroissement des moyens du Projet dès 2006. - La GTZ est une institution bien reconnue au dessus de tout soupçon. - Fort engagement bénévole des Tantines. - Le Sud Cameroun a une culture relativement ouverte avec peu de tabous. - La tontine des Associations des tantines qui leur permet de se secourir mutuellement et d'échanger. - Le projet fait déjà boule de neige et est sollicité directement par les communautés.
ECHECS	PASSE (Risques)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le processus nécessite une organisation bien établie et des coûts non négligeables de mise en place et de suivi. ▪ Les adolescentes accorderaient une prépondérance à l'abstinence, ce qui reste insuffisant. ▪ Les écoles catholiques refusent que l'on parle de condom. ▪ Mauvaise perception des Tantines par certains enseignants. ▪ Niveau bas du registre d'expression linguistique de certaines Tantines. ▪ Des Tantines considérées comme des filles sans éducation venues apporter leur mauvais exemple aux jeunes. ▪ Les tontons n'ont pas eu les mêmes succès que les Tantines. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une très grande rotation des Tantines qui oblige parfois à recommencer la formation dans certains quartiers/villages. - Danger de copier une méthodologie dans des environnements différents. - L'application dans l'ensemble de la communauté n'est pas aussi bien rodée comme dans les écoles. - Les limites du bénévolat.

LA PRISE EN COMPTE DU GENRE

L'expérience des tontons, jeunes pères ayant eu des enfants de jeunes filles ne connaît pas la même réussite, les conséquences d'un état de grossesse étant surtout assumées par les filles. Les tontons ont joué un rôle non négligeable dans la transmission du message contre les MST/VIH/SIDA. Comment peut-on expliquer le succès des Tantines face au Tontons ? Y a-t-il une question liée au genre ?

Les Tantines en tant que groupe de femmes ont une influence sur la société dans la mesure où le rôle de maternité est réservé aux femmes. Elles possèdent des qualités en ce qui concerne les questions liées à la santé de la reproduction. Les Tantines ont utilisé de leurs statuts de femme pour mobiliser tant les jeunes filles/femmes que les jeunes garçons/hommes.

Par contre, l'initiative des Tontons démontre que dans une société patriarcale, le fait qu'un homme (jeune garçon) mette au monde un enfant n'est pas condamnable. Il n'y a donc pas de motivation chez l'homme pour ce genre de statut.

SUIVI ET EVALUATION

Le suivi devient progressivement irrégulier. Il est confronté à la forte rotation des Tantines qui, soient se marient, se déplacent, trouvent un emploi ou dépassent la limite d'âge acceptable.

Les outils de suivi sont :

1. Un Guide d'entretien avec des jeunes mères célibataires ;
2. Une Fiche pédagogique "Séminaire" filles mères (durée : 3jours) ;
3. Un Programme de formation ;
4. Une Fiche pédagogique "Séance intermédiaire de formation: « comment mener une intervention éducative dans une école » » ;
5. Une méthodologie de Constitution du groupe ou Association des Tantines ;
6. Le Programme "Conférence des Instituteurs de l'Enseignement Primaire et Maternel" ;
7. La Fiche pédagogique de la conférence des Instituteurs
8. La Fiche "Plan d'action des Tantines et fiche de suivi des activités" ;
9. La Fiche "Déroulement d'une intervention des Tantines dans les écoles" ;
10. Le Guide d'entretien pour vox pop ;
11. Le Tableau récapitulatif de la durée de l'activité des Tantines sur un an ;
12. Les différents thèmes proposés lors des animations des Tantines dans les écoles.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

La pratique est de grande qualité. Ceci est remarquable à travers les indicateurs suivants :

- le processus de mise en place du projet est très pertinent et bien réfléchi ;
- les outils à utiliser sont bien conçus ;
- les formateurs choisis sont généralement très compétents ;
- Il existe des Tantines compétentes et réellement engagées.

Néanmoins, la sélection des Tantines devrait se faire avec beaucoup plus de soins. De plus, l'objectif de chercher à couvrir toutes les localités devrait être abandonnée au profit d'un travail plus sélectif des Tantines en considérant notamment leur niveau de formation, leur discrétion et surtout leur engagement à se conduire de manière responsable.

Toute Tantine qui accouche une seconde fois perd automatiquement son statut. Toutefois, certaines mieux informées sur les stratégies de protection changent continuellement de partenaires et du coup perdent leur respectabilité.

La conception de la pratique intègre sensiblement la question de l'adaptation aux environnements divers. C'est ainsi que deux semaines à un mois sont consacrés à l'étude du milieu et à la compréhension des us et coutumes pour éviter de commettre des erreurs préjudiciables. Toutefois, lorsque les personnes qui conduisent le processus sont issues de la localité, donc maîtrisant l'environnement, on peut épargner des ressources financières et de temps en renonçant à l'étude.

Le projet peut-il dans sa globalité s'adapter à tous les environnements? Quand on sait que dans certains milieux, une fille mère est considérée d'office comme une malédiction ou une honte et devient ainsi privée de toute possibilité de s'exprimer publiquement ? C'est pourquoi il est crucial avant toute initiative, d'analyser le contexte.

VIABILITE /PERENNITE

La viabilité d'un projet repose entre autre sur la capacité de fonctionner après le retrait des bailleurs de fonds et ou des promoteurs.

Une tantine ne reçoit que deux formations : une première qui concerne les bases du message à passer et une seconde qui porte sur l'approfondissement de certains thèmes. Elle est alors supposée devenir autonome dans son travail. En constituant des Associations de Tantines et en organisant des tontines, ces filles arrivent à couvrir les quelques besoins liés à leur travail et cela d'autant plus que ces Tantines ne travaillent que dans leur village/quartier.

Malheureusement, il existe une forte rotation des Tantines. On estime qu'une tantine n'est active que pendant deux à trois ans. Après cette période, soit elle se marie ou trouve un emploi rémunéré, ce qui oblige de former une nouvelle tantine pour cette localité.

C'est dire que malgré la rotation des Tantines qui oblige le projet à former régulièrement de nouvelles, on peut réfléchir à des moyens de prise en charge de ce processus soit par les Districts de santé, soit par des ONG locales qui offriraient ces formations à des coûts très faibles, une fois l'investissement de départ déjà consentie.

On pourrait sans doute améliorer la durabilité du projet en transférant ces formations complémentaires soit à une ONG locale, une église ou une mutuelle de santé.

CONTRIBUTEUR PRINCIPAL

- Deogratias Ntima NIYONKURU Secrétaire Général Adjoint, Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD)

TONTINE ET DEVELOPPEMENT DES ACTIVITES GENERATRICES DE REVENUS AU SEIN D'UNE ASSOCIATION DE PVVIH : LE CAS DE HIRASSO AU CAMEROUN

RESUME

HIRASSO : «Hope Is Rising Association» est une Association de personnes vivant avec le VIH/SIDA située dans la province anglophone du Sud-ouest Cameroun. L'Association compte une vingtaine de membres. L'originalité de cette Association est d'avoir créé une tontine orientée vers la création d'activités génératrices de revenus. Un groupe restreint (qui a varié entre 6 et 8 membres) a commencé en marge de l'Association à cotiser 10.000 FCFA par mois qui sont remis à l'un d'eux avec obligation de réaliser un projet générateur de revenus étudié au préalable par le groupe. Ainsi tous les 6 membres ont pu réaliser des projets intéressants et viables (tel un vidéoclub, un bar, réparation d'un taxi brousse etc...). Toutes les personnes impliquées dans cette tontine sont aujourd'hui hors du besoin et ont retrouvé leur dignité.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution:

- HIRASSO: Hope Is Rising Association
P. O. BOX 504 BUEA CAMEROUN

Personne contact :

- James Clovis KAYO
Président du RéCAP+
Tel : +237 745 47 12/972 59 32
E-Mail: hirasso@yahoo.fr

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Confrontées aux problèmes incessants de misère, de maladies opportunistes et de pauvreté et surtout aux difficultés de s'acheter régulièrement les ARV, les PVVIH se trouvaient dans l'obligation de « faire quelque chose pour eux-mêmes » et pour les affronter au lieu de les fuir. C'est ainsi qu'un petit groupe de personnes volontaires s'est donné pour tâche de démarrer une initiative génératrice de revenus avec des règles et objectifs spécifiques.

Le petit groupe crée une Association et initie une tontine mensuelle dont l'innovation est la mise en place par le membre bénéficiaire d'Activités Génératrices de Revenus dont la faisabilité a été au préalable discutée au sein du groupe.

HIRASSO a l'ambition de devenir une grande ONG qui reçoit des appuis importants de la coopération internationale à l'instar des organisations sœurs de Douala. De plus, les membres veulent "créer une unité de fabrication d'aliments enrichis pour PVVIH, bébés et personnes non encore infectées". La mise en place par les membres d'un fonds de solidarité soutenu par la communauté, les élites, entreprises et autres partenaires, facilitera l'accès aux traitements.

FINANCEMENT

Le Projet est entièrement autofinancé par une tontine dont le montant de la cotisation est de 10.000 FCFA par mois par personne. Ce montant est relativement important et exclusif pour la majorité des PVVIH. Des discussions sont en cours pour réduire ce montant afin de pouvoir engager plus de membres.

BENEFICIAIRES

Le projet a bénéficié à 8 familles et par ricochet à tout HIRASSO à travers la tontine soit 25 familles.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

« Hope Is Rising Association » (HIRASSO en abrégé) est une Association de PVVIH²⁴ créée en 2000 au Cameroun. Son siège social est basé à Buéa, chef lieu de la province du Sud-ouest. L'objectif global poursuivi par cette Association est de 'promouvoir l'autosuffisance des membres en encourageant le développement des Activités Génératrices des Revenus'.

HIRASSO a été fondé par James Clovis KAYO, actuellement Secrétaire Exécutif du RéCAP+, le Réseau Camerounais des Associations de PVVIH, avec l'appui du Dr Jacqueline MATSEZOU, Médecin chef de district de Buea. Au départ, il s'agissait simplement de réunir les PVVIH pour qu'ils puissent se soutenir moralement et échanger des expériences.

En 2001, le premier noyau composé de 5 membres consacre l'essentiel de son travail à faire du counseling en milieu hospitalier et à domicile ainsi qu'à l'entraide mutuel. Afin d'évaluer le travail réalisé en counseling, les membres se réunissent 4 fois par mois. En 2002, le groupe atteint 20 personnes et plus tard le nombre sera porté à 25.

Selon les règles de toute tontine classique, chaque bénéficiaire perçoit ainsi à son tour 60.000 FCFA. Le Président est le dernier bénéficiaire de la tontine.

Actuellement ils ont soumis au CNLS via le RéCAP+ un projet de moulin à écraser qui devrait leur permettre d'avoir des revenus pour l'unité d'aliments enrichis.

Résultats et évolution de la pratique : suivant les règles et le calendrier préétabli par le groupe des six, l'ordre de passage pour bénéficier de la tontine a été scrupuleusement respecté. Il était de coutume que la tontine se tienne aux jours correspondants aux dates des réunions ordinaires de l'Association (à savoir tous les samedis de la première semaine du mois). La Tontine était toujours inscrite au dernier point de l'ordre du jour.

²⁴ Personnes Vivant avec le VIH

C'est ainsi que les activités ci-après (cf tableau No. 7 ci-dessous) ont été réalisées par les bénéficiaires de la tontine :

Tableau No. 7 : Activités réalisées par les bénéficiaires de la tontine

MOIS/ANNEE	NOM DU BENEFICIAIRE	AGR ENGAGEE
Mars 2003	Azia	Vidéo-club, puis un bar
Avril 2003	Mme Myriam	Vente de poisson braisé
Mai 2003	Jonathan	Réparation et mise en route d'un minibus de brousse
Juillet 2003	Rachel	Vente de sous-vêtements
Août 2003	Valentin	Relance des activités d'un bar
Septembre 2003	James Clovis, le président	A dû rejoindre le RéCAP+

Toutes les activités initiées grâce à cette tontine fonctionnent parfaitement et les PVVIH d'abord considérées comme des exclus de la société ont réussi à se valoriser dans la société. Le bar de Valentin que nous avons vu au passage est devenu une référence.

Seul le Président n'a pas pu bénéficier de ce projet, parce qu'il a dû quitter Buéa pour Yaoundé d'où il coordonne actuellement le RéCAP+, le Réseau Camerounais des Associations de Personnes vivant avec le VIH/SIDA, la fédération nationale des organisations des PVVIH, une reconnaissance également du travail qu'il avait effectué au sein de HIRASSO.

Avec le succès des activités conduites, les membres décident d'adjoindre à la tontine une « caisse de solidarité pour la tontine » à raison d'une cotisation mensuelle de 500 FCFA par mois et par personne. Le produit de cette cotisation permet aux membres de s'approvisionner en Cotrimoxazole (Bactrim) : un antibiotique fortement conseillé aux PVVIH pour juguler les maladies opportunistes.

Devant le succès de l'expérience, le Médecin chef de district leur propose de réunir des moyens pour pouvoir acheter le médicament en gros. Pour se faire ils décident d'encourager le reste du groupe à participer à cette cotisation mensuelle. C'est ainsi que 25 membres participent à l'opération. Ils arrivent ainsi à acheter le comprimé à 4 FCFA au lieu de 10 FCFA en détail. C'est finalement ces achats en gros qui vont définitivement souder le groupe.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

En 2003, HIRASSO comptait 25 membres, elle en compte 26 actuellement et espère recruter au moins 12 nouveaux membres à court terme. En effet les deux membres de l'Association qui sont actuellement conseillers dans les centres de dépistage volontaire pour une durée de six mois ont pour mission entre autres de convertir au moins six de leurs clients en membres HIRASSO.

HIRASSO déplore deux membres qui sont décédés. Trois autres membres sont partis dans d'autres Associations parce que HIRASSO a réussi à leur trouver un emploi en counseling, notamment au GTP²⁵ et au CTA²⁶ de Limbé.

Les activités qui ont été initiées avec les fonds de la tontine sont toutes fonctionnelles et ont considérablement contribué à améliorer l'image des PVVIH dans la région.

Cependant, il faut déplorer que la tontine orientée vers les AGR ne fonctionne plus depuis que les deux premiers pionniers James et Rachel se sont éloignés de Buéa. Par contre la cotisation de 500 FCFA par mois pour l'achat en gros du Bactrim continue.

Il faut dire que ce mouvement a été freiné non seulement par l'éloignement des leaders, mais également parce que HIRASSO a acquis une certaine notoriété qui lui permet d'accéder à des financements du GTP.

C'est ainsi que le groupe a reçu entre 2003 et 2005 des financements cumulés à 3.500.000 FCFA qui lui ont permis de réaliser les activités ci-après :

1. L'achat et la vente de bouillies de maïs et soja germés à 1000 FCFA pour les membres et 1200 FCFA pour les non membres.
2. L'aide aux indigents.
3. Les visites à domicile et à l'hôpital des membres avec de petits paquets.
4. Le counseling dans les centres de dépistage.
5. Le counseling auprès des familles en cas de rejets.
6. L'assistance aux orphelins avec le soutien de certaines ONG.
7. La sensibilisation des populations (groupe de femmes, jeunes à la gare routière, à la mini cité, au salon du coiffeur, à la prison, dans l'école, dans le collège, etc.) sur le VIH/SIDA, le port correct du préservatif, la promotion du dépistage volontaire, etc.
8. Le témoignage.
9. Les Retraites spirituelles.
10. Le renforcement des capacités des membres.
11. La location d'une salle de réunion.
12. La contribution à la création de nouvelles Associations de PVVIH dans la région.

HIRASSO est également très impliqué dans la recherche d'emploi pour ses membres spécialement en counseling en milieu hospitalier. Sept de ses membres ont déjà été recrutés au GTP, GTC²⁷ et CTA où ils ont travaillé en qualité de conseillers ou consultants. L'organisation attache du prix à la formation de ses membres. Les membres qui trouvent un emploi sont d'ailleurs obligés de reverser 5% de leur salaire à l'Association et ceux qui perçoivent des perdiems dans les séminaires où ils représentent l'organisation versent 10%.

Certains membres résidents dans les villages périphériques de Buéa, du fait de la distance qui les séparait de Buéa, ont été soutenus par HIRASSO pour créer de nouvelles Associations de PVVIH dans leur village respectif. A ce jour HIRASSO a ainsi facilité la création de quatre Associations.

²⁵ Groupes techniques provinciaux du programme national de lutte contre le SIDA.

²⁶ Centre de Traitement Agréé.

²⁷ GTC : Groupe Technique Central du programme national de lutte contre le SIDA.

FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

Nous analyserons ces éléments en utilisant une grille SEPA : succès, échec, passé et avenir dite encore SWOT : success, weaknesses, opportunities and threats, présentée dans le tableau 8.

Tableau No. 8 : Grille SEPA de HIRASSO :

SUCCES	AVENIR (Opportunités)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ HIRASSO en général fonctionne bien avec des décisions prises consensuellement ▪ Le noyau de la tontine AGR a réalisé des AGR qui continuent toutes à fonctionner et à se diversifier ▪ La cotisation pour achat en gros de Bactrim fonctionne bien ▪ L'organisation est fortement sollicitée pour servir en counseling en milieu hospitalier et à domicile ▪ Les membres partis ont pu créer d'autres Associations de PVVIH. ▪ La réussite du projet a permis de valoriser les PVVIH dans l'environnement et ainsi les faire respecter. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le petit groupe de la tontine était composé de personnes bien formées (universitaires) avec beaucoup d'ambitions - Le fondateur est actuellement le Secrétaire Exécutif du RéCAP+ - Des idées de projets intéressants : unité de fabrication d'aliments enrichis - Fort engagement des membres - La gestion transparente
ECHECS	PASSE (Risques)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La tontine orientée vers les AGR est arrêtée depuis que HIRASSO a des aides externes ▪ Le départ de certains membres qui trouvent un emploi ▪ Le montant trop élevé de la cotisation pour tontine pour AGR a exclu la majorité des membres. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'aide internationale qui casse les dynamiques internes - Le départ des membres formés vers des emplois bien rémunérés - Les limites du bénévolat - Une certaine ségrégation dans le groupe entre les nantis et les moins nantis

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

Au vu du succès que connaît HIRASSO, on peut affirmer que la pratique est de qualité :

- l'idée est très simple et est bien intégrée dans la culture locale de la région ;
- le fonctionnement est décidé de manière consensuelle ;
- les membres de HIRASSO sont relativement bien formés et servent de modèles aux autres Associations.

Néanmoins, le fait que la tontine orientée vers les AGR n'intégrait que quelques personnes a créé chez certains un sentiment de frustration et d'exclusion. Ceci aurait pu être corrigé avec une meilleure communication interne pour fixer un montant intermédiaire (5000 FCFA par exemple).

Le principe de la tontine est bien intégré dans plusieurs environnements. Il existe certes des régions d'Afrique où le concept est inconnu, mais l'expérience dans plusieurs pays d'Afrique a montré que le concept est facile à promouvoir : au Sud du Tchad et en RDC, dans des régions qui n'ont pas une tradition de tontine.

Cependant pour des personnes déjà démunies et ruinées comme c'est souvent le cas pour la plupart des séropositifs longtemps traités par des tradipraticiens, il est difficile de réunir des ressources pour cotiser. De plus, pour qu'une PVVIH entreprenne des AGR, il importe au préalable qu'elle ait à nouveau confiance en elle-même.

VIABILITE /PERENNITE

Cette initiative est conçue par des personnes qui n'ont pas d'aide extérieure. Les projets sont bien identifiés, étudiés et réalisés même si les montants alloués pour leur réalisation restent faibles. Toutefois l'apport de ressources externes n'est pas toujours bénéfique²⁸.

Un appui constructif pourrait par exemple consister à mettre à disposition d'une telle organisation des fonds pour accélérer le tour ou doubler la mise : la tontine²⁹ devient ainsi le dernier bénéficiaire et l'argent est réinvesti soit pour recommencer un nouveau tour, soit pour être orienté vers un nouveau groupe.

CONTRIBUTEURS PRINCIPAUX

- Deogratias Ntima NIYONKURU Secrétaire Général Adjoint, Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD)

²⁸ Risque de déstabilisation avec de l'argent facile

²⁹ En tant qu'institution

MUTUELLE DE SANTE DE L'UNACOIS AU SENEGAL

RESUME

L'Union Nationale des Commerçants et Industriels du Sénégal (UNACOIS) est une Association du secteur informel, avec comme principaux membres des opérateurs économiques, acteurs du secteur informel.

Ces commerçants sont originaires d'une même région géographique (le Baol), et appartiennent principalement à une même confrérie religieuse (le mouridisme). Ils se sont installés comme marchands ambulants dans les marchés urbains. Ceux qui ont pu acquérir des moyens financiers sont devenus des opérateurs économiques, importateurs et exportateurs de marchandises diverses. Ils ont développé un système d'entraide qui a abouti à la création de mutuelles d'épargne. Chaque centre commercial³⁰ a sa mutuelle de santé.

L'originalité de l'expérience de l'UNACOIS est le couplage mutuelle de santé et réseau de mutuelles d'épargne et de crédit. Cela a accru les moyens (financiers, logistiques) et la capacité de négociation de la mutuelle de santé. Cette nouvelle dimension lui a permis de négocier des conventions très intéressantes avec les structures sanitaires pour une meilleure prise en charge des affections (explorations diagnostiques et traitement). La mutuelle de santé de l'UNACOIS est engagée dans la prévention du VIH/SIDA.

Dans sa dynamique de développement, l'UNACOIS bénéficie de l'appui technique et financier de partenaires comme le PHRplus.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- UNACOIS
Avenue Cheick Ahmadou Bamba, en face de l'Obélisque
Dakar/Coloban
BP: 3698 Dakar Peytavin.
Site Web: www.UNACOIS.sn
Mail Association: UNACOIS.as@UNACOIS.sn; UNACOIS.as@sentoo.sn
Mail de la Mutuelle de santé : UNACOISsante@hotmail.com

Personnes contacts :

- Ibrahima DIOP
E-mail : Ibrahimdiop_UNACOIS@hotmail.com
- Président de la Mutuelle : Médoune DIOP
Téléphone : +221 821 60 48
Fax : +221 822 01 85

³⁰ Et plus tard chaque marché

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Au Sénégal, en 2001, plus de 51% de la population vivait en dessous de seuil de pauvreté avec un faible accès aux soins de santé. Les infrastructures sanitaires comptent 809 postes de santé, 53 centres de santé et 17 hôpitaux soit en termes de couverture un poste de santé pour 11.500 habitants, un centre pour 175.000 habitants et un hôpital pour 545.800 habitants. Il existe de nombreuses cliniques privées mais qui ont des tarifs prohibitifs qui excluent de fait les plus pauvres. En 1975 l'Etat a rendu obligatoire les Instituts de Prévoyance Maladie pour le secteur formel. A partir de 1995, se sont développées pour le secteur informel et rural des mutuelles de santé à base communautaire pour améliorer l'accès au soin de santé. Ces mutuelles sont appuyées par l'Etat Sénégalais sur le double plan technique et politique.

FINANCEMENT

La mutuelle de santé adossée à la mutuelle de crédit, a été créée en 2000. Le droit d'adhésion unique est de 5000 FCFA, et les cotisations sont variables selon le niveau de prestation désiré par l'adhérent, 500 FCFA ou 1000 FCFA par mois et par bénéficiaire.

En effet, même si la mutuelle de santé de l'UNACOIS disposait de moyens plus élevés que la moyenne des mutuelles de santé du fait des cotisations (qui sont variables en fonctions du revenu) et par le nombre d'adhérents potentiels avoisinant les 10.000 membres, ses ressources restaient modestes.

BENEFICIAIRES

La mutuelle de l'UNACOIS regroupe des commerçants du secteur informel qui viennent d'une même région géographique (le Baol) et appartiennent à une même confrérie religieuse (le mouridisme). Plus de 25.000 entreprises adhérentes et un effectif de plus de 80.000 membres sur l'ensemble du Sénégal dont 30.000 pour la région de Dakar sont concernés par ce système. Les commerçants représentent 93% des membres, suivis des importateurs (5%), les industriels et les prestataires de services qui représentent respectivement 1,5% et 0,5% des membres. Les statuts d'occupant de leur lieu d'activité révèlent que les détaillants sont majoritairement des locataires (51%), contre 38% de propriétaires des lieux de leur vente.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

L'Assemblée Générale constitutive de l'UNACOIS a eu lieu en 1990. Selon le règlement intérieur de l'UNACOIS, peuvent être membres, tout commerçant, tout industriel, toute société commerciale ou artisanale, toutes sociétés ayant des activités commerciales, tout Groupement d'intérêt économique régulièrement installé.

Depuis sa création, l'UNACOIS a mené plusieurs actions pour défendre l'intérêt de ses membres. Pour assurer son fonctionnement, l'UNACOIS a mis en place l'Assemblée Générale, le Comité Directeur, le Bureau national et les Sections Régionales.

L'originalité de cette expérience est qu'après la création de la mutuelle de santé, la décision a été prise de la fusionner avec la mutuelle d'épargne bien que ces deux types de mutuelle ne

répondent pas à la même logique : La mutuelle d'épargne répond à une logique de financement, la mutuelle de santé répond à une logique sociale. Mais elle couvre la même population.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

L'UNACOIS est structurée en réseau et est présente dans toutes les 11 régions du pays avec un bureau national et des bureaux régionaux. L'UNACOIS s'appuie sur un vaste réseau de marchés et de centres commerciaux. Les marchés sont organisés en cellules. Ces cellules regroupent :

- les adhérents installés dans ces marchés ;
- les commerçants polarisés par ledit marché ;
- les adhérents non commerçants domiciliés dans la zone.

L'UNACOIS compte plus de cent mille membres (100.000) dont 90.000 sur l'ensemble du territoire national et 10.000 à travers la diaspora, notamment en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique. La répartition des membres se présente aujourd'hui comme suit :

- 65 % de détaillants ;
- 20% de demi-grossistes ;
- 9 % de grossistes ;
- 5,5 % d'importateurs ;
- 0,5% d'industriels.

L'objectif primordial de l'UNACOIS étant de devenir un partenaire incontournable pour la participation au développement économique national, l'organisation s'est illustrée dans des projets de développement. Ainsi actuellement, l'UNACOIS travaille avec plusieurs partenaires au développement, notamment l'USAID via DYNA entreprise, la BHS, le FNPJ.

L'UNACOIS a pu obtenir une coopérative d'habitat à Dakar et dispose d'un terrain viabilisé au niveau de la Patte d'oie de 99 Parcelles. La situation des membres de l'UNACOIS a connu une amélioration depuis leur adhésion. Ainsi, 75% des personnes interrogées trouvent que leur situation s'est améliorée du fait de leur adhésion.

L'UNACOIS également entretient certaines relations avec les organisations patronales. Sa stratégie consiste à s'associer pour défendre des objectifs communs en mettant toujours en avant les intérêts de ses adhérents.

La solidarité a un rôle très important dans l'organisation. La majorité des membres interrogés au niveau de l'UNACOIS (91%) affirment qu'il y a une solidarité qui se manifeste à divers niveaux. (Voir tableau)

Tableau No. 9 : Illustration de la solidarité des membres au sein de l'UNACOIS

Manifestations de la solidarité	Pourcentage %
Acquisition de marchandises sans payer	51%
L'entraide dans les affaires	14%
Le prêt d'argent	11%
La vie sociale	10%
Relations	9%
Facilite l'écoulement des produits	3%
Ethnique et confrérique	2%
Total	100

Avec les mutuelles d'épargne et de crédit, des banques de proximité se sont développées et constituent des opportunités pour les commerçants. Ainsi en 2004, l'UMECUDEFS, qui est le Réseau des mutuelles d'épargne et de crédit de l'UNACOIDEFS a distribué 9 milliards FCFA pour plus de 12.000 opérations de crédit. L'encours d'épargne au 31 décembre 2004 était de plus de 6 milliards FCFA. Ce Réseau est composé de près de 60 mutuelles réparties sur tout le territoire sénégalais. La répartition des membres par le sexe de l'UNACOIS, montre que les hommes sont largement majoritaires avec 76%, contre 24% de femmes.

Pour assurer un système de protection sociale des membres de l'Association, majoritairement des agents du secteur informel ne bénéficiant d'aucune couverture, elle a initié avec l'appui de PHRplus un schéma de micro assurance santé communautaire. L'option retenue est de considérer 2 régions comme expérimentales : celles de Dakar et de Kaolack. La mutuelle de santé se distingue aussi par une politique de prévention très dynamique. D'importantes campagnes de sensibilisation sont organisées de manière périodique pour la prévention du VIH/SIDA et des affections opportunistes.

FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

La principale force de la mutuelle de santé de l'UNACOIS est la densité et l'importance du réseau des adhérents. De plus, le couplage la mutuelle d'épargne et de crédit permet à la mutuelle de santé de disposer d'une viabilité financière de fait.

La potentialité majeure de la mutuelle de santé de l'UNACOIS est sa capacité de négociation avec divers partenaires (Direction des Etablissements Sanitaires du Ministère de la Santé et de la Prévention, Région Médicale de Dakar et tous les Districts de Santé). Des conventions sont signées avec les Structures de Santé de la Région médicale de Dakar. Il s'agit notamment :

- d'une Convention avec le Centre Hospitalier National des Enfants Albert Royer ;
- d'une Convention avec le CHU FANN ;
- d'une Convention avec l'Hôpital Général de Grand Yoff, ex CTO

D'autres sont en négociation : Convention Cadre avec tous les Centres de Santé de la Ville de Dakar, en rapport avec la Division de l'Action Sociale de la Mairie de Dakar. Ainsi, 17 centres de santé fonctionnels ou en voie d'inauguration sont ciblés. Des Conventions avec les

Postes de Santé suivront en rapport avec les Communes d'Arrondissement et Comités de Gestion.

SUIVI ET EVALUATION

Il existe un système de suivi évaluation que PHRplus développe en renforçant particulièrement avec l'UNACOIS/Kaolack (seule région test à part Dakar) le suivi de proximité qui est confié à des acteurs locaux.

En effet, le système de suivi évaluation de l'UNACOIS s'appuie sur une planification opérationnelle d'activités faite avec les instances régulières de la Mutuelle et des activités de suivi évaluation des activités planifiées, des paramètres clés et des finances. Autrement dit le suivi porte sur les activités planifiées, les paramètres fondamentaux et les ressources. Pour cela, des outils suivants sont utilisés.

Outil A : Outil de planification

Le tableau de programmation des activités permet de suivre régulièrement le niveau d'exécution des activités. C'est sur la base de ce plan d'action que la programmation mensuelle d'activités d'appui est établie.

Fiche de planification

Actions	Cibles	Partenaires	Responsable	Contribution locale	Echéancier

Outil B : Outils de Suivi évaluation

Il s'agit d'un ensemble d'outils développés d'abord pour suivre la mise en œuvre des activités de la mutuelle, ensuite collecter les informations relatives à l'évolution de certains paramètres fondamentaux de la mutuelle à savoir les adhésions, le taux de recouvrement des cotisations et enfin voir l'évolution des ressources financières.

1. Fiches de suivi des activités planifiées

Activités	Démarrage		Echéance		Résultats		Observations
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	
Activité 1							
Activité n							

2. Fiche de suivi des paramètres clés (adhésions, bénéficiaires, cotisations)

	Population cible	Nombre d'adhérents	Nombre de bénéficiaires	Adhérents à jour de cotisations
Période 1				
Période 2				
Période 3				
Période n				

3. Fiche de suivi des ressources financières

	Cotisations collectées	Doits d'adhésions	Autres ressources	Cumul
Période 1				
Période 2				
Période 3				
Période n				

Les moyens utilisés pour le suivi sont :

- Participation à la préparation et à la mise en œuvre d'activités
- Envoi de rapports d'activités par l'administration de la Mutuelle
- Collecte régulière de données générales par le chargé d'opérations de PHRplus
- Tenue de réunions périodiques entre PHRplus et le Bureau Exécutif
- Suivi de proximité par des consultants locaux

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

Pour une répliation :

1. Il faut préserver le caractère autonome de la structure faîtière de la mutuelle. Pour l'expérience du Sénégal, c'est la Mutuelle de Santé de l'UNACOIS de Dakar qui reste autonome, en tant que personne morale distincte des Mutuelles d'Epargne et de Crédit qui, pourtant logent les Bureaux de Section de la Mutuelle de Santé.
2. Il est impotant de considérer que l'adossement des Bureaux de Section à la Mutuelle de Santé permet de transférer l'expérience acquise par cette dernière en ce qui concerne le mode de management à la Mutuelle de Santé.
3. La synergie avec les mutuelles d'épargne a de nombreux avantages :
 - l'utilisation d'un même réseau sécurisé de collecte des cotisations ;
 - le respect des règles de procédures pour la collecte et du principe de régularité et de transparence ;
 - la proximité des bureaux de collecte par rapport aux lieux de résidence professionnelle des adhérents.
4. Les expériences de campagnes de sensibilisation et de mobilisation des acteurs du secteur informel permettent d'acquérir un savoir-faire dans le domaine de certaines prestations de services³¹.

VIABILITE /PERENNITE

1. L'Association UNACOIS est un regroupement de commerçants composé majoritairement des agents du secteur informel. La plupart des travailleurs du secteur informel sont particulièrement vulnérables face aux risques de santé en raison des conditions de travail dangereuses, d'un manque de prévoyance et de revenus faibles et

³¹ On peut rappeler une campagne de Février 2003 à avril 2003 relative à la vulgarisation du projet et une autre Campagne de sensibilisation de janvier à mars 2004.relative Recherche de l'adhésion

« MINI-CREDIT » DE L'ASSOCIATION ESPOIR 27 DE KOUMRA AU TCHAD

RESUME

L'Association Espoir 27 de Koumra octroie à partir de l'année 2003 des micros crédits aux personnes vivant avec le VIH/SIDA pour développer des activités de petit commerce. L'objectif est d'aider ces personnes valides à exercer un commerce afin de subvenir à leurs besoins primordiaux comme le logement, l'alimentation, l'achat des ARV, etc. Les conditions d'accès à ce crédit sont : être membre de l'Association, payer régulièrement ses cotisations, respecter les textes de l'Association, choisir de mener une activité génératrice de revenu. Le droit d'adhésion est de 1000 FCFA et les cotisations sont de 500 FCFA par mois. L'Association a des relations avec 2 hôpitaux pour la prise en charge des maladies opportunistes. Sont sous ARV uniquement les PVVIH qui sont des salariés de la société COTONTCHAD. L'Association exerce des activités de prévention.

Les témoignages des bénéficiaires et des autres membres de l'Association montrent que cette pratique a rehaussé le moral des PVVIH membres et renforcé leur solidarité ainsi que leur volonté de militer au sein de l'Association.

C'est une pratique facile à répliquer et à adapter dans les communautés en un temps raisonnable avec des moyens modestes. Elle peut être pérenne à cause de sa simplicité, de ses résultats positifs et son remboursement sans intérêt. Elle est adaptée aux femmes à cause de la diversité des activités qu'elles peuvent mener avec les fonds.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- Association Espoir 27 dans la région de Mandoul (AE27 PVV/MANDOUL)

Personnes contact :

- Tchori OUIGUE
Tél : +235 36 00 60
- Djimrabeye NAODINGAR
Tél : +235 44 79 99.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Située au sud, la ville de Koumra est le chef lieu de l'une des 18 régions administratives que compte le Tchad : la région du Mandoul. Le Mandoul regroupe trois départements qui sont le Mandoul-oriental (Koumra), le Mandoul-occidental (Bédjondo) et le Barh-Sara (Moissala). Elle compte 11 Sous-préfectures. Koumra est une ville carrefour à double titre : elle relie les différentes Sous-préfectures de la Région du Mandoul d'une part, et d'autre part facilite la jonction avec les régions voisines notamment le Logone-oriental (zone du pétrole), la Tandjilé et le Moyen-Chari. Koumra est une ville cosmopolite dans laquelle on rencontre des personnes venues de divers horizons, exerçant pour la plupart le commerce et/ou l'agriculture. Deux centres hospitaliers (public et confessionnel) sont fonctionnels.

Sur le plan épidémiologique, au premier semestre de l'année 2005 : 841 personnes ont été dépistées dont 205 séropositifs (23,53%) avec 68 hommes soit 7,80% et 137 femmes soit 15,74 %.

FINANCEMENT

- Fonds propres : 75.000 FCFA.
- Fonds issus des partenaires (contributions volontaires) : 100.000 FCFA.

NB : En dehors du micro crédit, l'Association reçoit des financements pour d'autres activités préventives.

BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires directs sont 11 personnes, soit 8 femmes et 3 hommes.
Les bénéficiaires indirects sont au nombre de 24 personnes.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

L'Association Espoir 27 de Koumra a été créée le 27 mars 2003 à la suite d'une réflexion sur les méthodes d'encadrement et de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ce fut avec la participation des organismes tels que le PNLs, le SODER, l'ATE ainsi que la Délégation Sanitaire de la région. L'objectif de cette réflexion était de faciliter l'insertion socio-économique des PVVIH et des orphelins du SIDA à travers des actions de solidarité. Ainsi grâce à l'assistance de l'ONUSIDA, des micros crédits furent octroyés aux membres pour mettre en œuvre des activités génératrices de revenus en vue d'assurer les besoins de base (alimentation, santé).

L'octroi des micros crédits découle d'une idée toute simple : les PVVIH avaient l'habitude de se retrouver au siège pour partager leurs préoccupations, leurs ressentiments, leurs problèmes moraux et matériels.

Certaines étaient des veuves avec des enfants à charge, d'autres des démunis ne pouvant assurer leurs besoins élémentaires. D'où l'idée d'organiser une chaîne de solidarité, en octroyant des micros crédits. L'assistance de l'ONUSIDA a permis de renforcer cette pratique.

La pratique des micros crédits vise à aider les membres encore valides à subvenir à leurs besoins notamment alimentaires, de

R. B. :

Je suis née un 18 novembre 1969 à Pala. Ma mère est décédée lorsque j'avais 2 ans. Mon père, travaillait à Sarh en 1983 quand il fut assassiné. J'étais au CE2. La vie n'était pas rose pour moi avec ma tutrice. A 16 ans, j'avais décidé de me marier à un fonctionnaire de l'ONDR en 1987 et l'année suivante, nous avons eu une fille. Il fut muté à Sarh. Il était souvent malade... Il voyageait beaucoup dans le cadre de son service...

Je savais qu'il avait des copines. Après une énième rechute, le médecin lui a demandé de faire un bilan sanitaire. Il avait accepté... ils découvrirent son état sérologique. Il était séropositif. J'ai alors décidé de me soumettre au même test et le résultat était le même. J'ai en effet découvert que j'étais infectée depuis 1999, année du décès de mon époux. En 2003, le 27 mars, j'étais la première femme ici à Koumra à parler de mon état sérologique publiquement, à visage découvert. Au début, c'était difficile pour joindre les deux bouts avec mes trois orphelins, mais grâce aux mini crédits de notre Association, je revends les produits alimentaires qui me permettent de faire face à certains besoins...

*Propos recueillis par Sainte N'Dem NGOIDI
Koumra, août 2005*

logement mais aussi accéder aux ARV éventuellement.

L'accent est mis sur la solidarité des membres. Les ressources proviennent du droit d'adhésion (unique de 1000 FCFA) et de la cotisation mensuelle (500 FCFA). Les quelques bonnes volontés qui viennent en aide³² le font par solidarité.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

L'Association Espoir 27 existe depuis mars 2003 mais n'a été reconnue qu'en avril 2003 par l'autorisation de fonctionner n° 025/MAT/RM/DMLOR/SG/03. L'expérience de micro crédits date de deux ans (2004 et 2005). Au cours de la première année, il y avait un manque d'organisation des membres. Par la suite, il y a eu une amélioration sensible des conditions de vie des bénéficiaires du micro crédit sur le plan social et moral. Ce n'est pas encore suffisant mais c'est utile et il y a de l'espoir. En plus, de nouvelles adhésions sont enregistrées.

Espoir 27 dispose d'une somme de 175.000 FCFA octroyés en crédits aux membres qui sont les plus démunis. Crédit qui varie de 10 à 25.000 remboursables en 12 sans intérêt.

FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

Les points forts de cette pratique sont :

1. la solidarité et la participation effective des PVVIH et sympathisants ;
2. la détermination et la motivation des membres à se battre, à lutter pour leur survie ;
3. l'amélioration sensible des conditions de vie des membres ayant bénéficié de crédits ;
4. la richesse des idées de membres.

Les points faibles sont :

1. insuffisance des ressources ;
2. manque de formation des responsables et des membres ;
3. manque d'un local propre à l'Association, la plaçant dans le statut de locataire ;
4. manque de moyens de travail (documentation, déplacement, communication) ;
5. difficile accès à la prise en charge des maladies opportunistes et aux ARV.

Les potentialités sont :

1. existence des Associations et réseau des PVVIH ;
2. disponibilité des services de santé pour la prise en charge psycho médico-sociale ;
3. existence des organisations à base communautaire ;
4. dynamisme et la motivation des membres ;
5. appui technique des partenaires ;
6. existence et la détermination de partenaires de lutte contre le VIH/SIDA ;
7. position stratégique de la région en matière de commerce.

³² MAF, MSF, ONUSIDA, WORLD VISIONS, Eglise Baptiste

LA PRISE EN COMPTE DU GENRE

La pratique de l'Association Espoir 27 constitue une opportunité pour les femmes car elles sont les plus affectées et infectées par le VIH/SIDA d'une part, et d'autre part elles ont de ce fait une variété d'activités génératrices de revenus qu'elles peuvent exercer.

Ces dernières, plus que les hommes, ne font pas de tabou de leur état de personnes vivant avec le VIH/SIDA facilitant ainsi leur contribution spécifique à la prévention de la pandémie. Elles sont actives dans la prise en charge psychosociale des membres de l'Association et d'autres PVVIH.

SUIVI ET EVALUATION

Le suivi des activités a lieu essentiellement lors de la réunion statutaire au siège de l'Association tous les deux mois. Il est fait par le comité de gestion composé d'un Président, d'un Trésorier, d'un Commissaire aux comptes et d'un chargé d'achats.

N'ayant pas été formée, l'équipe n'est pas assez compétente pour assurer convenablement l'évaluation des activités.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

L'expérience :

- est facile à répliquer et adaptée aux communautés en un temps raisonnable et à moindre coût ;
- reflète les habitudes de la solidarité et de la participation communautaire.

VIABILITE /PERENNITE

La pérennisation est possible à cause de :

- sa simplicité ;
- des résultats positifs constatés en un temps raisonnable ;
- des remboursements effectifs des fonds, sans intérêts financiers.

CONTRIBUTRICE PRINCIPALE

- Santa NDEM NGODI,
Coordinatrice – Programme Santé Communautaire, Tchad

D.N. : *Je suis né le 9 janvier 1970 à Abéché. En 1984, année où mon père était admis à la retraite, je fus confié à son ami militaire devenu commerçant. Je devais gérer son dépôt de sucre en même temps que je fréquentais dans l'après-midi. Comme j'avais de petits moyens, j'avais une petite amie à Koumra. L'aventure a abouti à une grossesse et elle me rejoignit...J'abandonnai les études pour exercer d'autres activités. Je louais un véhicule et je faisais du transport. Donc, je manipulais de l'argent et par conséquent des femmes...*

Mes rapports sexuels étaient non protégés. J'ignorais en effet tout de mon état sérologique lorsque mon 4^e enfant, le dernier tomba malade. J'étais en voyage quand l'enfant décéda... Rentré, je fus surpris de voir ma femme aussi malade. Ma conviction quant à l'éventualité de l'infection au VIH ne fut que renforcée. Certaines de mes anciennes partenaires étaient déjà décédées. Ma femme et moi fîmes le dépistage volontaire. Ce fut positif et je l'acceptai sans surprise. Elle fut la première à adhérer à l'Association Espoir 27. J'apprécie beaucoup la solidarité qui y règne et surtout la pratique des mini crédits octroyés à certains membres dont mon épouse et moi-même. Cela a contribué à rehausser notre moral mais aussi à pouvoir satisfaire certains besoins de base comme le savon, le pétrole et les cotisations. Je fabrique aussi des briques cuites pour les vendre et subvenir aux autres besoins de ma famille dans l'espoir que le médicament anti-sida sera découvert avant que la mort ne nous emporte...

*Propos recueillis par Santa N'Dem NGODI
Koumra, août 2005*

CENTRE D'ECOUTE, DE SOINS, D'ANIMATION ET DE CONSEILS POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (CESAC) AU MALI

RESUME

Le CESAC, Centre de Soins, d'Animation et de Conseil pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, a été créé en septembre 1996 afin d'apporter une réponse médicale et psychosociale adaptée aux problèmes de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ce Centre a été réalisé grâce au soutien financier de la Coopération Française en collaboration avec deux institutions : le Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité et l'Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à domicile des personnes vivant avec le VIH/SIDA (ARCAD/SIDA) qui en assure la gestion et l'animation. La durée du projet était de 3 ans (Sept 1996 – 1999) avec un financement de 300.000.000 FCFA³³.

Les objectifs du CESAC sont :

- Offrir aux personnes vivant avec le VIH/SIDA un lieu d'accueil, de rencontre, d'orientation, d'information, de soutien médical et psychosocial ;
- Assurer le dépistage volontaire assorti de conseils et d'hospitalisation de jour des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Promouvoir la formation des acteurs dans le domaine de la prise en charge ;
- Favoriser l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans leur propre prise en charge.

La prise en charge au CESAC est de type global. Le CESAC, Centre de Soins de l'Association ARCAD/SIDA est aujourd'hui un centre de référence de l'initiative Gouvernementale d'accès aux ARV.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- CESAC
Centre de Soins, d'Animation et de Conseil pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA
Bamako, Mali

Personne contact :

- Aliou SYLLA
Tel. : +223 223 64 47/ 675 55 35

³³ FAC 82/CD/94 : Appui aux séropositifs et aux malades du SIDA

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Le CESAC est un centre dirigé par une ONG: "Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes vivant avec le VIH/SIDA" ou ARCAD/SIDA qui a été créée en 1994.

Une convention de partenariat a été signée entre l'Etat (Ministère de la Santé/PNLS), la Coopération Française et ARCAD/SIDA pour apporter une réponse à la prise en charge médicale et psychosocial adaptée aux problèmes de la prise en charge des PVVIH. Le CESAC a donc été créé en septembre 1996, suite à la signature de la dite Convention de partenariat.

La mise en œuvre du CESAC est l'une des stratégies pour atteindre l'un des objectifs du Programme National de Lutte contre le SIDA à savoir "Réduire l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur l'individu, la famille et la communauté". La vision était : "Œuvrer avec les personnes touchées et leurs proches à l'amélioration des conditions de prise en charge sociale, médicale, économique et psychosociale".

FINANCEMENT

Les fonds proviennent des cotisations, des subventions de projets, du budget de l'Etat³⁴ et des dons. Au début les fonds du CESAC provenaient uniquement de la Coopération Française dans le cadre de la convention signée pour 3 ans de 1996 à 1999. Les partenaires extérieurs multilatéraux³⁵ et privés³⁶ financent aussi les activités du CESAC.

BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires des prestations du CESAC sont des hommes, femmes, enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA et de couches socio professionnels variées. Il y a en moyenne 100 à 160 consultations/jour tout motif confondu dont 20 à 25 conseils dépistages/jour. 1800 personnes sous ARV sont suivies au CESAC.

En 2003, plus de 16.000 personnes ont été bénéficiaires des prestations du CESAC. Les démarches de facilitation menées au profit des 107 patients sur les 254 examens demandés ont aboutis. 200 patients ont bénéficié d'appui de fonds de secours d'urgence. 71 enfants ont été parrainés. Les visites scolaires ont touché 197 enfants pour résoudre le problème d'abandons, de refus d'apprendre, d'aller à l'école. Le soutien nutritionnel a été donné à 274 personnes

En 2004, plus de 21.000 personnes ont été bénéficiaires des prestations du CESAC : 3211 ont fait le dépistage VIH et 2276 ont été dépistées séropositives. Plus de 10.000 enfants ont été identifiés dont plus de 3500 Orphelins du VIH/SIDA de père, de mère ou des deux parents.

³⁴ Le Ministère du développement social de la solidarité et des personnes Agées lors du mois d'octobre consacré mois de solidarité finance quelques activités du CESAC. De même, le Ministère de la santé pour le mois de décembre, consacré mois de lutte contre le SIDA et le Ministère de la Promotion de la femme, de l'Enfant et de la Famille à l'occasion de la célébration des journées commémoratives du 31 juillet ou du 8 mars donnent des subventions aux CESAC pour mener des activités en rapport avec le thème choisi.

³⁵ Fonds MAP, Fonds Mondial, et Fonds BAD

³⁶ Sidaction (ECS), Solidarité SIDA, Fondation Glaxo Smith Kline (FGSK), BMS, Projet ESTHER

Les fonds secours d'urgence destinés aux malades démunis ont permis de soutenir 213 patients.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

L'idée de création d'une structure de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA est née suite à la participation de maliens à des ateliers de prise en charge de PVVIH à Abidjan en Côte d'Ivoire³⁷ et à Ouagadougou au Burkina Faso dans les années 90. Les participants maliens aux 2 ateliers se sont réunis pour élaborer un projet de 6 mois sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH qui devrait être financé. Un draft a été élaboré avec une équipe pluridisciplinaire³⁸.

La Coopération Française a financé ce projet sous la condition qu'une ONG impliquée dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en soit l'unité d'exécution. C'est ainsi que le Dr Aliou Sylla qui s'occupait de la prise en charge des personnes infectées au CSCOM de Sébénicoro a été désigné Médecin-Directeur du CESAC. A l'époque, aucune politique de prise en charge n'était élaborée, les partenaires financiers n'investissaient que dans le volet prévention.

Les personnes vivant avec le VIH se cachaient et n'osaient pas témoigner à visage découvert à cause de la stigmatisation et de la discrimination dont elles faisaient l'objet. Les communautés étaient confrontées à plusieurs sortes de problèmes.

Ce n'est qu'en 1995 qu'un malien du nom de Mamadou Barry, pour la première fois a fait un témoignage à visage découvert le 1^{er} décembre en brisant le silence. Beaucoup de personnes ne croyaient pas à l'existence du SIDA malgré le témoignage de Mamadou Barry.

En 2004, des clubs d'observance ont été constitués après une formation sur l'éducation thérapeutique.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

L'approche de la personne infectée ou affectée par le VIH est de type global au CESAC. L'implication des PVVIH dès le début a permis de prendre en compte les préoccupations de ces personnes dans la prise en charge sur le plan médical, social, économique et psychologique.

1. *La prévention* : Le CESAC mène des activités de prévention du VIH/SIDA au sein de la structure, dans les formations sanitaires et à domicile en collaboration avec les Associations de PVVIH. La sensibilisation et la mobilisation sociale se font lors des séances d'animation dans les centres de santé de Communes ou dans les centres de santé communautaire, bref toutes formations sanitaires. Des émissions radiophoniques et télévisées sont faites lors des journées commémoratives.

³⁷ Conseil pour la Prévention du SIDA dans les Programmes de Dépistage des Anticorps du VIH du 26 au 30 juin 1989 à Abidjan, Côte d'Ivoire.

³⁸ PNL : psychologue, chef du projet prévention SIDA ciblant les jeunes, Chef du projet FHI pour les groupes à Haut risque, un représentant de l'Education pour la santé (le Médecin chef), une représentante des affaires sociales, un représentant de Africare.

2. *La prise en charge médicale et de la prévention des Infections opportunistes* : Le volet médical complète les activités de conseil/dépistage. Il comprend les consultations médicales, le traitement, les soins infirmiers et à domicile, ainsi que des conseils. Les activités consistent à un suivi médical des clients avec un tarif forfaitaire de 500 FCFA par mois. La consultation médicale est gratuite, de même que les médicaments contre les infections opportunistes quand ils sont disponibles : le cotrimoxazole, le Loepramide, les Antibiotiques (Amoxicilline), les Antalgiques (paracétamole), les Antiparasitaires (Quinine, Métronidazole, Mébendazole), les Antimycosiques (Fungizones, Nystatines, Nizoral), les produits dermatologiques (anti histaminiques, vaseline salicylées). La prescription est faite en DCI.

Un suivi biologique et clinique à la recherche de maladies opportunistes est entrepris et les clients reçoivent au besoin une prophylaxie au cotrimoxazole. Les infections opportunistes les plus couramment rencontrées sont les suivantes : Diarrhées, Dermatoses, Mycoses oropharyngées, Affections respiratoires et pulmonaires, Tuberculoses, Maladies sexuellement transmises, Problèmes nutritionnels, Toxoplasmoses, Kaposi.

Le suivi des clients sous ARV est également organisé avec l'accompagnement nécessaire.

Des conseils nutritionnels sont fournis pour circonscrire les Diarrhées d'origine alimentaire et corriger les pertes.

Les personnes vivant avec le VIH diagnostiquées atteintes de tuberculose bénéficient d'un régime antituberculeux sans thiacétazone.

Le CESAC propose une hospitalisation de jour pour un maximum de 12 heures environ. Pour les patients ayant besoin de soins spécialisés nécessitant une hospitalisation prolongée, un système de référence est organisé avec les structures spécialisées en fonction des cas.

Les activités de prise en charge médicale des patients suivis au CESAC sont mentionnées dans le tableau suivant.

Tableau No. 10 : Activités de prises en charge médicale des patients au CESAC

Activités	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Conseil/Dépistage	1093	2230	2553	2600	2451	2637	2586
Séropositifs	614	1128	1388	1417	1567	1657	1727
Consultations médicales	2880	4930	6696	6600	7303	8112	9453
Visites à domicile (VAD) hôpital (VH), Soins à domicile	523	417	493	472	1190	1359	1177
Ecoute téléphonique	-	70	50	30	10	101	150

3. *La prise en charge sociale* : Ce volet repose sur un certain nombre d'activités comme :
 - les Visites à Domicile (VAD) ;
 - les visites à l'hôpital (VH) ;
 - l'écoute téléphonique ;
 - la réinsertion socio économique des personnes vivant avec le VIH ;
 - l'animation au CESAC ;
 - les Activités Génératrices de Revenus (AGR).

4. *La prise en charge psychologique* : la prise en charge psychologique concerne l'individu et ses proches. Elle est composée de 2 types d'activités : entretiens individuels et entretiens de groupe de parole.

5. *Le soutien aux enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA* : la prise en charge des enfants infectés consiste à mener les actions suivantes :
 - suivi médical régulier (consultation, traitement des infections opportunistes) ;
 - disponibilité de médicaments à moindre coût ;
 - appui nutritionnel (lait, farine et conseils diététiques) ;
 - appui scolaire ;
 - proposition de dépistage à la mère.

La prise en charge des enfants affectés consiste à réaliser les actions suivantes :

- appui scolaire (inscriptions, fournitures et scolarités) ;
- soutien social (vêtement) ;
- visites à domicile ;
- visites scolaires (avec l'accord du parent quand un enfant a des difficultés scolaires).

6. *Couverture des autres formes de soutien* : une autre expérience est la création d'un centre de formation des acteurs de la prise en charge des PVVIH : le Centre de Formation DONYA. L'objectif est de contribuer à l'élargissement de l'accès aux traitements anti SIDA par la formation des acteurs de la lutte contre le SIDA. Il s'agit de former des ressources humaines à la promotion des actions d'information, de prévention et de dépistage volontaire, de renforcer la réponse publique nationale en matière de structure de santé investie dans la lutte contre le SIDA et de contribuer activement par la formation des équipes locales de soin au changement d'échelle et à la décentralisation des initiatives d'accès aux traitements

La formation porte sur les domaines de la prise en charge globale de l'infection à VIH (médicale, psychosociale, économique, nutritionnelle, juridique, etc.), la formation à la gestion de réseaux locaux de soins en partenariat avec ESTHER, la formation à la méthodologie de projet communautaire.

FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

Le CESAC présente des points forts et également des points faibles dont quelques uns sont mentionnés dans le tableau suivant :

Tableau No. 11 : Points forts et points faibles du CESAC

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<p><u>Prise en charge médicale des PVVIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ IST ▪ IO ▪ ARV 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de ressources humaines qualifiées. - Insuffisance de médicaments. - Salles exiguës pour l'hospitalisation du jour. - Patients ne peuvent faire face aux frais d'analyse bio médicaux. - Rupture de test de dépistage. - Faible gestion de la confidentialité - Absence de programme de prévention de la transmission mère-enfant. - Absence de normes et procédures nationales de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. - Qualité faible de l'offre de service (accueil, temps d'attente, circuit du patient).
<p><u>Prise en charge sociale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien aux enfants ▪ Appui vestimentaire ▪ Scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de ressources humaines qualifiées, de moyens économiques. - Organisation des activités de la division sociale.
<p><u>Prise en charge psychosociale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Groupe de parole ▪ Entretien individuel ▪ Visite à domicile ▪ Visites à l'hôpital ▪ Dévouement et engagement de l'équipe 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de ressources humaines qualifiées. - Insuffisances de moyens logistiques pour les VAD, SAD.
<p><u>Réinsertion socio économique des PVVIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ AGR ▪ Humanisation des soins ▪ Implication des PVVIH ▪ Amélioration de la qualité de vie des PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les AGR, difficultés de recouvrement de coût
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Activités récréatives ▪ Activités culinaires ▪ Colonies de vacances pour les jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérennisation
<p><u>Autres type de soutien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Visite à l'école ▪ Prise en charge des OEV ▪ Appui juridique 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de moyens financiers et de ressources humaines qualifiées. - Manque de données fiables sur les enfants orphelins vulnérables.

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de cellules de conseil au sein des structures qui accueillent les enfants malades. - Insuffisance de moyens pour un appui nutritionnel ou en médicaments pour les enfants infectés. - Insuffisance de financement car le volet enfant ne bénéficie pas de financement dans la convention.
Rencontre hebdomadaire du staff du CESAC	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partenariat ▪ Référence vers les structures spécialisées ▪ Signature de convention avec l'Etat. ▪ Ligne budgétaire de l'Etat ▪ Existence de partenaires financiers, les structures de santé privées, confessionnelles, publiques ▪ Réseautage (autres ONG). ▪ Motivation du staff ▪ Partenaires techniques et financiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Le système de suivi et évaluation des activités
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gratuité de la prise en charge médicale des PVVIH 	<ul style="list-style-type: none"> - La pérennisation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fonds de secours d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> - Locaux étroits
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formations, expertises 	

LA PRISE EN COMPTE DU GENRE

Le concept genre est une réalité au CESAC, l'approche genre est prise en compte dans les activités. C'est ce qui a permis à l'UNIFEM de choisir le CESAC pour exécuter les activités genre et VIH depuis 2001. Le CESAC avait démarré avec 5 personnes au départ, l'équipe était composée de 3 hommes et 2 femmes.

SUIVI ET EVALUATION

La gestion des fonds est auditée régulièrement au CESAC et les dépenses sont effectuées selon une programmation annuelle. Toutefois, en général, le système de suivi et d'évaluation doit être amélioré.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

L'expérience du CESAC est une bonne pratique prometteuse de prise en charge globale des PVVIH qui mérite d'être répliquée dans d'autres pays en tenant compte du contexte local. Pour ce faire, il importe d'impliquer les membres ou les Associations de PVVIH dès la conception du projet.

Pour la réplique, il est important d'analyser les indicateurs suivants dans les détails :

- *qualité des services* : la qualité de l'offre de service (accueil, temps d'attente, circuit du patient) doit être garantie.
- *capacité d'adaptation/ innovation* : le CESAC s'est adapté à l'évolution de la prise en charge des PVVIH en prenant en compte les volets médical, moral, économique, affectif et social. Les programmes sont toujours créés pour faire face aux nouveaux défis.
- *bonne relation avec le système de santé formelle* : Le CESAC a signé une convention avec le secteur public représenté par le Ministère de la Santé, en 2001 pour être une Association de Reconnaissance d'Utilité Publique (RUP). Le CESAC a des relations de partenariat avec les centres de santé communautaires gérés par les Associations de santé communautaire, les centres de santé de Communes, les centres de santé de référence, les structures hospitalières et les Associations et ONG intervenant dans le domaine du SIDA, ainsi qu'avec les Associations de PVVIH. Toutes ces structures réfèrent les patients au CESAC et en retour le CESAC leur réfère les malades qui nécessitent des soins spécifiques.

L'unité sociale intervient auprès des structures de santé pour faciliter la prise en charge des patients dans la mesure du possible gratuitement ou en réduisant les coûts (demi tarif pour les examens bio médicaux et hospitalisation).

- *bonne relation avec le système privé lucratif ou non lucratif* : des conventions ont été signées avec plusieurs partenaires privés : Sidaction (ECS), Solidarité SIDA, Fondation Glaxo Smith Kline (FGSK), Fondation Bristol Meyers Squibbs (FBMS). Le CESAC est en relation avec les structures de santé confessionnelles et les cliniques privées lucratives.
- Dans un futur proche, le CESAC envisage :
 - Une mise en place d'unité de conseil dans les services de Pédiatrie, au Centre National de Transfusion Sanguine, dans les Centres de Santé Maternelle et Infantile (6) et dans les Centres de Santé Communautaire (6).
 - Un accompagnement des Associations et structures socio sanitaires impliquées dans les réseaux régionaux de prise en charge des PVVIH.
 - La mise en place d'un groupe de réflexion sur un programme d'accès aux ARV.
 - Une recherche opérationnelle sur la prévention de la transmission mère-enfant.
 - Une promotion du CESAC en centre de référence de formation dans le domaine de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.
 - Une promotion du centre de formation DONYA pour les stages pratiques

VIABILITE /PERENNITE

Les bénéficiaires contribuent avec une cotisation mensuelle de 500 FCFA pour être pris en charge. L'Etat alloue aussi une ligne budgétaire annuelle au CESAC, en plus des subventions attribuées par plusieurs départements ministériels. Ces subventions bien qu'étant ponctuel contribuent à la réalisation des objectifs du centre. Plusieurs partenaires nationaux et internationaux soutiennent le CESAC.

Toutefois, même si les prestations du Centre DONYA pourraient contribuer à assurer dans une certaine mesure la viabilité financière du CESAC en cas de retrait des partenaires, la pérennisation pourrait être difficile car le coût de la prise en charge est très élevé.

CONTRIBUTEUR PRINCIPAL

- Boubacar KANTE Administrateur de « Systèmes d'Information "SI" », Mali

RESEAUTAGE DES ASSOCIATIONS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU TOGO : RAS+ -TOGO.

RESUME

Le RAS+ a été mis en place par 8 Associations qui ont décidé de se mettre en réseau avec l'accompagnement du programme "Action Positive" financé par Glaxo Smith Kline et du Centre d'Etudes de la Famille Africaine (CEFA). Le RAS+ est un réseau qui travaille pour la dignité des PVVIH et le maintien de leur volonté de lutter contre le VIH/SIDA. En 2002, sur le plan institutionnel, le Réseau est enregistré auprès du Ministre de l'Intérieur et reconnu par le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS). Il devient membre actif du Conseil National de Lutte contre le SIDA et les IST – CNLS/IST et est représenté au niveau du groupe thématique de l'ONUSIDA.

Le RAS+ a pour objectifs :

- Intensifier la lutte contre le VIH dans les localités les plus reculées ;
- Prendre en charge la grande majorité des PVVIH ;
- Faire du plaidoyer pour la disponibilité et la gratuité des ARV ;
- Assurer un accès gratuit aux soins pour les PVVIH ;
- Elargir le réseau à d'autres Associations de PVVIH et de PEC ;
- Négocier le partenariat avec un grand nombre d'institutions nationales et internationales.

Le réseau organise des activités de formation dans différents domaines dont la gestion, le plaidoyer, l'élaboration, l'exécution, le suivi et l'évaluation de projets, le renforcement des compétences en gestion associative et en PEC globale. Le RAS+ est ouvert à toutes les Associations de PVVIH et de Prise en charge globale qui disposent d'une reconnaissance officielle. Il dispose d'un plan stratégique 2002-2006. Le réseau a des partenaires nationaux, régionaux et internationaux. Sa viabilité technique et organisationnelle est acceptable. Il reste néanmoins vulnérable sur le plan financier.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- RAS+ Togo
Réseau des Associations de personnes vivant avec le SIDA au Togo

Personne contact :

- Augustin DOKLA
Président du RAS+ ;
Tél : +228 917 23 75 / 251 46 56

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Le Togo est le deuxième pays de la sous-région ouest-africaine où le taux de prévalence est le plus élevé après la Côte d'Ivoire. Les principaux déterminants qui entretiennent l'épidémie sont l'intense activité sexuelle au sein des jeunes, la multiplicité des partenaires sexuels, la non perception du risque et le déni de la maladie, la subordination socio-économique des femmes, la pauvreté, la prostitution très mobile dans le pays et dans la sous région.

Pendant longtemps la principale stratégie de lutte contre la pandémie a consisté à la sensibilisation des populations sur le risque de transmission du virus et à la prise en charge psychosociale des personnes infectées. Mais l'augmentation sans cesse croissante du nombre des personnes vivantes avec le VIH/SIDA, la morbidité et la mortalité liées aux infections opportunistes ont montré que la prévention seule ne suffit pas pour lutter efficacement contre le VIH/SIDA.

Ainsi depuis 1996, la prise en charge médicale du VIH/SIDA a renforcé les stratégies existantes. La lutte contre l'infection à VIH/SIDA est marquée par la création de Réseaux et d'Associations de personnes vivant avec le VIH et de prise en charge de ces PVVIH.

FINANCEMENT

Les fonds du RAS+ proviennent en partie des cotisations exceptionnelles et des cotisations ordinaires des membres définies dans le Règlement intérieur. Le Réseau est actuellement dépendant des financements extérieurs, et particulièrement du Fonds Mondial.

BENEFICIAIRES

Le RAS+ compte, pour ses 10 Associations³⁹ environ 4500 personnes infectées et affectées.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

Au Togo, le début de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA est marqué par la création des Associations de personnes vivant avec le VIH et de prise en charge de ces PVVIH.

Pourquoi le RAS+ ? Les résultats d'une enquête de recensement des besoins des Associations et ONG qui luttent contre le VIH/SIDA effectuée sur tout le territoire togolais ont donné les réponses suivantes :

- Existence de plusieurs Associations de PEC ;
- Existence d'une Association de PVVIH à Lomé ;
- Existence d'une Association de PVVIH à Kara ;
- Evolution en autarcie des Associations de PVVIH et de PEC ;
- Absence de coordination entre ces différentes Associations de PVVIH et de PEC ;
- Stigmatisation et discrimination des PVVIH.

³⁹ Action Contre le Sida (ACS), Association Espoir pour Demain (AED), Actions et Initiatives pour le Développement Sanitaire et Social (AIDSS), Aides Médicales et Charité (AMC), Association pour la Promotion de la Femme (ASPROFEM), Espoir Vie -Togo (EVT), Lolonyo, Promotion et Développement Humain (PDH), Vivre dans l'Espérance, Vivre Mieux.

Les différentes activités menées par ces Associations dans la lutte n'étaient nullement coordonnées sur le terrain par faute de structure.

Sur l'initiative du programme "Action Positive" financée par Glaxo Smith Kline, quelques Associations ont décidé de se mettre en réseau. A la suite d'un atelier qui a eu lieu à Kpalimé du 22 au 26 mai 2001, sur le réseautage organisé et animé par le Centre d'Etudes de la Famille Africaine (CEFA) qui avait regroupé 20 participants de 8 Associations, le RAS+ a été mis en place. Le 19 août 2001, sous l'initiative de 8 Associations de PVVIH a eu lieu l'assemblée générale constitutive du RAS+ avec l'adoption des statuts et règlement intérieur et l'élection d'un Bureau Exécutif de 5 membres.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

Les objectifs poursuivis par le RAS+ sont les suivants :

- Impliquer les PVVIH dans les instances de décisions nationales, régionales et internationales ;
- Constituer un groupe de pression pour faire du plaidoyer et défendre les droits du PVVIH ;
- Faire le plaidoyer pour une meilleure prise en charge psychosociale, médicale, nutritionnelle des PVVIH ;
- Contribuer à la création d'un cadre favorable à l'épanouissement, au soutien mutuel et à l'insertion sociale des personnes vivant avec le VIH ;
- Appuyer les Associations membres dans la création des activités génératrices de revenus pour le bien être des PVVIH ;
- Renforcer les capacités des Associations des PVVIH et de celles des PEC.
- Promouvoir la recherche dans le domaine du VIH/SIDA sur le plan épidémiologique, socioculturel, thérapeutique, médical et éthico-juridique ;
- Inciter les membres à créer de nouvelles Associations de PVVIH et les intégrer au réseau ;
- Créer un cadre éthico-juridique favorable aux témoignages à visage découvert des personnes infectées et affectées par le VIH.

Dans l'exécution de ses activités, le RAS+ dispose de divers moyens :

- Contribution des Associations membres ;
- Recherches des ressources nécessaires (financières, matérielles et humaines) et utiles au bon fonctionnement et à la réalisation des objectifs de réseau. A cet effet, le RAS+ a participé efficacement à l'élaboration du projet d'intensification de la lutte contre le VIH qui est financé par le Fonds Mondial depuis 2004 dans l'intérêt des Associations membres ;
- Coordination, supervision et suivi des activités des Associations membres : le RAS+ a négocié l'appui technique auprès de CEFA pour le suivi de certaines activités auprès de ses membres ;
- Coopération avec les partenaires financières et techniques nationaux, régionaux et internationaux ;
- Organisation des rencontres d'échange, de formations (colloques, conférences, séminaires, ateliers et autres).

Le Bureau Exécutif, composé de 5 membres, assure la gestion et l'administration du réseau. Il développe une collaboration pour la synchronisation et l'exécution de certaines actions et tâches avec les différents bureaux des Associations membres, ce qui constitue également un atout pour la bonne gestion du réseau. Il dispose d'outils de gestion administrative.

Les différentes formations reçues par les membres des Associations ont renforcé leurs capacités. Ces formations ont outillé les bénéficiaires pour la recherche et la mobilisation des ressources financières et humaines aussi bien au sein du RAS+ qu'au sein des Associations membres.

Le réseau a des relations avec des partenaires nationaux, régionaux et internationaux.

Sur le plan national, le RAS+ est en partenariat avec le CNLS et le PNL, les leaders religieux et d'opinion, le ROASTO (Réseau des ONG et Associations des PVVIH au Togo).

Sur le plan international, l'ONUSIDA, l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, l'OMS, la BM, la GTZ, le Laboratoire Glaxowellcome et le CEFA accompagnent le RAS+.

FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	POTENTIALITES
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un cadre institutionnel et organisationnel • Représentation décentralisée des Associations membres du Réseau (les 5 régions du Togo) • Elaboration et existence d'un plan stratégique 2001 – 2006 • Disposition des systèmes de suivi des activités des Associations du réseau. • Participation à l'élaboration du projet d'intensification de lutte contre le VIH/SIDA (Fonds Mondial) • Existence de logistique pour l'exécution des activités. • Formation des membres du RAS+ • Implication des PVVIH dans les prises de décisions. • Documents de présentation de RAS+élaboré en 2001 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certaines Associations de PVVIH ne rédigent pas de rapports d'activités de manière systématique ▪ Les Associations de PVVIH n'ont pas de personnes compétentes pour l'administration et la gestion du réseau. ▪ Déficit de communication entre le Bureau Exécutif et les Associations membres de RAS+. ▪ Non maîtrise des exigences du réseautage par les Associations membres. ▪ Insuffisance des moyens financiers des Associations de PVVIH pour la mise en oeuvre du plan stratégique. ▪ Faible niveau d'instruction en générale de la majorité des membres des Associations de base. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Existence dans les Associations membres du réseau de quelques personnes ressources compétentes (médecins, assistants médicaux, sociologues, comptables, conseillers psychosociaux, nutritionnistes ...). ○ Système d'organisation de gestion de chaque Association membre. ○ Effectif croissant des PVVIH adhérents aux Associations membres. ○ La détermination des PVVIH dans la lutte contre le VIH ○ La visibilité des PVVIH dans les activités de sensibilisation. ○ L'implication des groupes religieux dans la lutte contre l'infection ○ Le RAS+ s'appuie sur les partenaires locaux, bilatéraux et multilatéraux

LA PRISE EN COMPTE DU GENRE

Sur 5 membres du Bureau Exécutif, 3 sont des femmes. Il s'agit de la secrétaire générale du réseau, son adjointe et la trésorière. L'approche genre est également prise en compte dans les activités et les structures des organes membres.

Les rôles primordiaux accomplis par les 3 femmes membres du Bureau Exécutif du RAS+ constituent un exemple majeur pour d'autres femmes à participer et bénéficier des services du Réseau. La participation massive des femmes aux activités du Réseau permettra de briser les barrières socioculturelles. Elle servira aussi de cadre pour contre la discrimination et la stigmatisation dont les femmes sont les premières victimes à cause de leur statut social. Le cas des 3 femmes, membres du Bureau Exécutif du RAS+ est un exemple significatif pour les autres Associations qui ne comptent pas dans leurs exécutifs des femmes occupant des rôles importants. Ces femmes possèdent de réelles capacités de mobilisation et leurs voix peuvent porter très loin en matière de lutte contre le VIH/SIDA.

SUIVI ET EVALUATION

Il est prévu dans le Cadre stratégique (2003-2006) un mécanisme de gestion et de suivi régulier des activités du RAS+ qui est assuré par le Bureau Exécutif et un comité technique créé à cet effet. Un plan d'action annuel a été élaboré mais le mécanisme de suivi reste encore à renforcer. Les outils de suivi/gestion comptable sont disponibles. Des rapports financiers sont élaborés pour chaque partenaire financier.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

Pour la réplication de cette pratique prometteuse il est utile de prendre en compte ces quelques points qui constituent des difficultés actuelles du RAS+. Il s'agit :

1. De constituer des comités techniques thématiques qui vont être des bras ouvriers pour le réseau dans le domaine de la formation, de l'élaboration et de la gestion des projets. Ils peuvent être des comités techniques ad hoc ou définitifs qui vont appuyer le réseau. Cela se justifie par le fait que les compétences formées par le réseau sont d'abord pour l'intérêt des Associations et sont donc utilisées principalement par ces dernières ;
2. De revoir l'organigramme du RAS+ en séparant le rôle du Président de celui du Coordonnateur. En effet, jusqu'à présent le Président du réseau cumule les deux fonctions. Le Président pourrait se charger de l'orientation politique du réseau et le coordonnateur de l'exécution des tâches et des activités ;
3. Que le réseau dispose d'un appui de fonctionnement qui pourrait lui permettre de recruter du personnel adéquat ;
4. De la mise en place d'un système pérenne de mobilisation de fonds : Le RAS+ dépend essentiellement de ses partenaires financiers et la capacité contributive des Associations membres du réseau est très faible et limité.

Une logistique satisfaisante est nécessaire pour le bon fonctionnement d'un réseau à l'instar du RAS+ (1 micro-ordinateur, 1 ordinateur portable, un véhicule 4X4, une moto, un siège). Il

est également nécessaire d'avoir une bonne collaboration entre les différentes Associations membres et coordination efficace. Ceci constitue un gage de visibilité des PVVIH sur le plan national, régional et international.

VIABILITE /PERENNITE

Viabilité institutionnelle et organisationnelle : le RAS+ dispose de statuts et d'un règlement intérieur qui ont favorisé sa reconnaissance officielle. Les organes statutaires sont mis en place pour son bon fonctionnement. La qualité des membres composant le réseau présage d'une bonne prise en compte de la problématique de la viabilité.

Viabilité économique et financière : le RAS+ est en relation avec des partenaires nationaux et internationaux qui subventionnent la plupart de ses activités. Les recettes générées par les formations organisées et données par le RAS+ constituent une source de financement des autres activités. Néanmoins, dans la programmation de ses activités, le RAS+ dépend essentiellement de ces partenaires financiers et la capacité contributive des Associations membres du réseau est très faible, voire limitée. La pérennisation sur le plan financier pourrait poser des problèmes si les Partenaires se retirent.

Viabilité sociale et culturelle : la solidarité traditionnelle que vivent les PVVIH au sein des Associations membres du Réseau est une opportunité pour le développement des actions pérennes et viables. De plus, les différentes actions menées par le RAS+, contribuent à la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.

CONTRIBUTRICE PRINCIPALE

- Ghislaine SAIZONOU épouse BROOHM Coordinatrice de programme du volet protection sociale, Formatrice et Responsable zone Afrique de l'Ouest francophone

PARTAGE DES RISQUES AU SEIN DES MUTUELLES DE NKORANZA ET DANGME AU GHANA

RESUME

Au Ghana, la société civile, en particulier l'Eglise Catholique a été pionnière en matière sociale à travers le système d'assurance maladie. C'est ainsi que le premier système d'assurance maladie (*Health Insurance Scheme-HIS*), *Nkoranza Community*, initiative de *St Theresa Catholic Hospital* a été mis en place en 1992. *Dangme West Health Insurance Scheme*, suivra en 2000.

Les mutuelles de santé de *Nkoranza Community Health Insurance Scheme* et *Dangme West Health Insurance Scheme* ont bénéficiés de l'appui des partenaires tels que DANIDA, Union Européenne (UE) et l'Hôpital Catholique St Therese de Nkoranza pour leur mise en œuvre.

En plus des appuis techniques et financiers, les autres sources de financement de ces mutuelles de santé sont les souscriptions des membres. Le paiement des primes par échéances pendant la période d'inscription aide les pauvres à honorer leurs engagements. Le système *Nkoranza Community HIS* couvre les frais d'hospitalisation tandis que *Dangme West HIS* couvre seulement les soins externes de base.

Avec l'avènement de la politique nationale en matière de l'assurance maladie, les deux mutuelles de santé fonctionnent en partenariat avec des centres de santé qui offrent des services de santé à leurs membres.

INSTITUTIONS DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- Système d'assurance de *Dangme West*
Dodowa, Ghana
- Système d'assurance de *Nkoranza Community*
Région centrale
Nkoranza, Ghana

Personnes contact :

- Fiifi ARKORFUL
Tél. +233 244 602314
- S. Opoku BROBBEY
Tél. +233 244 810990

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Pendant la colonisation, les services médicaux offraient des prestations payantes. Après l'indépendance en 1957, ces prestations sont devenues gratuites pour les usagers. Le Gouvernement finançait entièrement les services de santé avec les impôts. Toutefois, avec les difficultés économiques de l'Etat, les ressources allouées au secteur de la santé ont connu une baisse. Cela a conduit à la détérioration des structures du système de santé, et donc à des services insuffisants.

Afin de faire face à cette situation, la '*Hospital Fees Act*⁴⁰' fut votée en 1971. Les institutions de santé publique n'appliquaient cependant pas cette Loi. L'introduction des frais pour des soins en 1985 qui a conduit au système "*cash and carry*"⁴¹ n'est donc qu'une révision du principe du financement de la santé par les utilisateurs qui avait été introduite par la Loi sur les frais d'hôpital de 1971. Ce système "*cash and carry*" a dressé une barrière pour l'accès aux services de santé qui laissait 80% de la population du Ghana sans accès aux services de santé. Cela a conduit à une faible fréquentation des établissements de santé.

Pour palier cette tendance, le Gouvernement du Ghana a en 2001 décidé de mettre en place un système d'assurance maladie dans le cadre de sa stratégie de réduction de la pauvreté. La mise en place de ce système sur le plan national a commencé en janvier 2005. Ce passage à l'échelle nationale est basé sur les expériences pilotes existantes : *Afram Plains District, Dangme West, Damongo, Nkoranza Community, Jama North, Jama South, Tano et Kwahu.*

FINANCEMENT

En plus des appuis techniques et financiers des partenaires tels que DANIDA, Union Européenne (UE) et l'Hôpital Catholique St Therese de Nkoranza pour leur mise en œuvre, les sources de financement des mutuelles de santé de Nkoranza Community Health Insurance Scheme et de Dangme West Health Insurance Scheme ont été basées sur la souscription des membres comme suit :

- Dangme West HIS : 15.000 cedi/an/personne âgée de 5 à 69 ans et 6.000 pour les enfants âgés de moins de 5 ans et adultes de 70 ans et plus ;
- Nkoranza Community HIS: 42.000 cedi/an/personne.

Les modes de souscription varient selon le système et dépendent de l'environnement économique. On peut dire que les primes sont déterminées par le statut social et la capacité de payer. Avec l'implication du Gouvernement⁴² le montant de la souscription instaurée sur toute l'étendue du territoire est d'au moins 72.000 cedi par personne et par an. Les enfants de moins de 18 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans sont exemptés des cotisations. Les cotisations des indigents sont assurées par le Gouvernement.

⁴⁰ Loi sur les frais d'hôpital

⁴¹ Paiement en avance

⁴² Politique nationale sur l'assurance maladie initiée en 2001

BENEFICIAIRES

Tableau No. 13: Bénéficiaires des mutuelles de Dangme et Nkoranza

Système	Année de création	Taille du dispositif	Types de souscripteurs	Risques couverts
Dangme West Health Insurance Scheme	2000	13.000	70% informel et 30% secteur formel	Consultations externes primaires seulement
Nkoranza Community Health Insurance Scheme	1992	57.000	85% informel et 15% secteur formel	Malades hospitalisés seulement

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

Tableau No. 14 : Historique des mutuelles de Dangme et Nkoranza

<i>Dangme West HIS</i>	<p>Le système a été mis en place grâce à une recommandation faite par Dr. Diana Arhil (1995) dans une thèse de doctorat intitulée "Une option de rechange viable aux frais de service? Etude et évidences provenant de trois pays." C'était pendant l'époque du système <i>cash & carry</i> où les pauvres du district ne pouvaient pas payer les frais et n'avaient donc pas accès aux services de santé. Cette proposition a donc été soumise au Ministère de la santé qui a appuyé l'idée. La planification a commencé en 1996 et en 2000 le projet fut lancé avec le soutien des partenaires de développement tels que la DANIDA et l'UE.</p>
<i>Nkoranza Community HIS</i>	<p>Les usagers du système de santé contournent souvent le système "<i>cash and carry</i>" (non paiement de factures) s'enfuyant sans honorer leur facture, ce qui a des conséquences sur la bonne administration de l'hôpital. A leur réunion annuelle de 1990, les administrateurs des hôpitaux catholiques ont essayé de trouver des méthodes novatrices. L'initiative de l'Eglise Catholique du Zaïre a été mentionnée comme méthode alternative pour financer les services de santé. L'Hôpital Catholique St Theresa de Nkoranza s'est inspirée de cette idée pour initier l'assurance maladie communautaire en 1992.</p>

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

West Dangme Health Insurance a négocié l'obtention de soins de qualité à un coût réduit pour ses souscripteurs. Cela concerne aussi l'établissement de contrat de service avant le paiement. Cette mutuelle a également élargi le nombre et l'emplacement des fournisseurs ce qui élargit le choix des souscripteurs en la matière.

L'inscription des ménages est une stratégie qui aide les systèmes à augmenter le nombre de souscripteurs et donc le montant total des primes. Offrir des réductions aux familles nombreuses et insister que tous les membres inscrits dans la famille renouvellent leur souscription pour qu'un autre membre soit remboursé pour les traitements. Ces stratégies ont toutes contribué à augmenter le nombre de souscriptions et de renouvellements. La période d'inscription utilisée par les systèmes est celle des récoltes, au moment où les agriculteurs ont de l'argent pour payer les primes. La période d'attente pour tous les systèmes est de trois (3) mois. Cela permet d'avoir une meilleure équité et également de contrôler l'utilisation des fonds. Le paiement des primes par échéances pendant la période d'inscription aide les pauvres à honorer leurs engagements.

L'investissement des fonds dans des bons de trésor et des capitaux fixes protège le fonds de la dépréciation. Des programmes périodiques de sensibilisation sont initiés dans les communautés pour établir des diagnostics et prévenir l'aggravation de certaines situations dans les communautés. L'exécution de programmes réguliers de sensibilisation, non seulement sur les systèmes mais également sur des questions de santé publique et de style de vie, a énormément diminué l'utilisation des fonds.

Les Conseils d'Administration de tous les systèmes sont constitués par des parties prenantes. Il s'agit des fournisseurs de service, des représentants des travailleurs syndicalisés comme par exemple les enseignants, les infirmiers et en particulier les représentants des divers contributeurs que sont les communautés. Ceci a contribué à faire face aux questions émergentes en matière de politique de manière active plutôt que réactive.

La sélection des agents de recouvrement pour le système relève de la compétence des communautés. Celles-ci ont donc la responsabilité de choisir des personnes honnêtes et crédibles comme agents de recouvrement. Dans le passé, certains agents de recouvrement s'enfuyaient avec les primes collectées et ne pouvaient pas être retrouvés. Les communautés ayant la responsabilité de sélectionner les agents de recouvrement, choisissent des personnes de confiance parmi leurs membres ce qui a amélioré le recouvrement des primes.

Tableau No. 15 : Type de collaboration avec les centres de santé

Dispositif	Collaboration avec les fournisseurs de service
<i>Dangme West HIS</i>	Etablissements publics uniquement et remboursement après les soins
<i>Nkoranza Community HIS</i>	Idem

Tableau No. 16 : Audit des fonds des mutuelles de Dangme et Nkoranza

Système	Mécanisme d'audit des fonds
<i>Dangme West HIS</i>	Le bureau du HIS traite les demandes de remboursement avec un logiciel informatique. Cela élimine les personnes qui n'honorent pas leurs engagements, donne le diagnostic correct ainsi que le coût du traitement et des médicaments de base approuvés pour minimiser la fraude. Le coût est alors approuvé par le Directeur des services de santé du District et le Comptable du système rembourse le demandeur.
<i>Nkoranza Community HIS</i>	Les agents de recouvrement sont requis de déposer les sommes reçues chaque jour à la banque rurale la plus proche. Toutes les sommes sont alors déposées dans le plus grand centre bancaire du district. Le compte porte les signatures du Directeur, du Comptable et du Président du Conseil. Les demandes de remboursement pour les services se font exclusivement au cas par cas et après le traitement. Les comptes font l'objet d'un audit externe.

Le dispositif d'audit interne et externe des fonds est efficace dans les deux (2) systèmes.

Tableau No. 17 : Méthodes de recherche de financement

Systèmes	Méthodes de recherche de financement
<i>Dangme West HIS</i>	N'a pas pu trouver de financement autre que les fonds de départ, 80% desquels proviennent du Ministère de la santé et 20% de partenaires de développement suite à des propositions.
<i>Nkoranza Community HIS</i>	A travers la rédaction de proposition pour le capital initial et des garanties contre les insuffisances obtenues auprès des partenaires de développement.

En dehors des méthodes traditionnelles, la recherche de financement n'est pas considérée comme partie intégrante de la gestion de fonds.

Tableau No. 18 : Maladies couvertes par les mutuelles de Dangme et Nkoranza

Système	Maladies couvertes
<i>Dangme West HIS</i>	Tous les soins primaires en externe, les frais de laboratoires requis des patients externes, les soins prénataux, l'accouchement et les soins après, la planification familiale, les soins dentaires d'urgence ou médicaux, les cas de patients recommandés auprès de spécialistes. Un maximum de 400.000 cedis est remboursé pour les cas de recommandation.
<i>Nkoranza Community HIS</i>	Admission gratuite à l'hôpital, paiement des factures normales d'hospitalisation sur recommandation et de toutes les factures médicales et chirurgicales des malades hospitalisés.

Tableau No. 19 : Couverture et prévention des maladies opportunistes du VIH/SIDA

Système	Couverture du VIH/SIDA
<i>Dangme West HIS</i>	Tous les systèmes couvrent les infections opportunistes.
<i>Nkoranza Community HIS</i>	

Tableau No. 20 : Couverture des soins et de l'appui en matière de VIH/SIDA

Système	Couverture et appui pour le VIH/SIDA
<i>Dangme West HIS</i>	Aucun cas signalé
<i>Nkoranza Community HIS</i>	Couverture pour l'hospitalisation

La couverture des soins et de l'appui ne sont pas uniformes. Nkoranza Community fournit des soins et un appui seulement si la victime du VIH/SIDA est admise à l'hôpital alors que Dangme West HIS ne le fait pas.

Tableau No. 21 : Méthode de sensibilisation des mutuelles de Dangme et Nkoranza

Système	Méthodes de sensibilisation utilisées
<i>Dangme West HIS</i>	Discussions dans les bars et dans les communautés ; théâtre ; matériel écrit sous forme de brochures, posters et panneaux de sensibilisation installés à des points stratégiques, dans les communautés ; sensibilisation dans les écoles ; discussions radiophoniques ; consultation des parties prenantes.
<i>Nkoranza Community HIS</i>	Utilisation des stations de radio FM locales ; matériel écrit sous forme de brochures pour cibler les personnes éduquées, au sein de la communauté ; à travers les assemblées religieuses, les assemblées de district et les rencontres sociales.

Tableau No. 22 : Forces, Faiblesses et Potentialités

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES	POTENTIALITES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les autorités traditionnelles et les organisations religieuses sont efficaces quand elles appuient les agents de recouvrement ; ▪ Le fait de donner aux agents de recouvrement des moyens de transport (vélo par exemple), et de leur reverser entre 5 et 10% des primes collectées a garanti l'honnêteté des agents et augmenté le volume de recouvrements ; ▪ Stratégie de tri pour les patients référés ; ▪ L'inscription est ouverte aux ménages mais sur une base individuelle. Réduction pour les familles nombreuses, remboursement seulement lorsque tous les membres du ménage qui sont inscrits dans le dispositif ont renouvelé leurs souscriptions. (Regroupement/partage des risques) ; ▪ Stratégie de tri (<i>gatekeeping</i>) et de remboursement maximum (Service de recommandation) ; ▪ Partenariat avec les partenaires de développement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendance à la manipulation et à la baisse des coûts qui réduisent la qualité des soins ; • Garder les sommes recouvrées sur le terrain et également dans les bureaux ; • Faible niveau managérial des mutuelles de santé constitue une entrave pour une méthode efficace de contrôle. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pour le secteur informel, la période d'inscription doit coïncider avec la période de récolte où ils ont de l'argent disponible pour payer les primes ; ○ Sensibilisation de la communauté pour l'éducation préventive et le traitement rapide, sensibilisation avec l'aide des agents de recouvrement, des autorités traditionnelles et des organisations religieuses ; ○ Motivation des agents de recouvrement ; ○ Capacité des agents de recouvrement.

PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS LES MUTUELLES DE DANGME ET DE NKORANZA

Dans les deux mutuelles de santé de Dangme et Nkoranza, les femmes qui sont considérées comme la population la plus vulnérable aux problèmes de santé, participent massivement dans la mise en œuvre du système d'assurance maladie.

Malgré le fait qu'elles sont la plupart du temps dépendantes de leurs époux, certaines femmes arrivent à s'en sortir. Les deux mutuelles de santé ont amené des femmes à se constituer en groupes pour exercer des petits commerces et des tontines dans le but de faire face à leurs obligations de membres.

Les hommes assurent prioritairement l'adhésion de leur femme et de leurs enfants. En retour, elles bénéficient des services de santé.

SUIVI EVALUATION

Des contrôles et vérifications sont exigés à divers niveaux. Les mutuelles de santé de Dangme et Nkoranza initient des contrôles et vérifications au niveau des prestataires et des patients pour réduire au maximum ou éliminer les abus. Toutefois, les systèmes d'assurance, à cause de leur aspect récent et leur faible capacité de contrôle sont souvent victimes d'abus et de malversations de la part des acteurs.

Au niveau des prestataires, un système de paiement des services est considéré comme la méthode efficace pour contrôler les diverses formes d'abus des prestataires. La protection du système contre l'abus exige un mécanisme de surveillance assez sophistiqué pour contrôler la facturation et les enregistrements des prestataires. Un tel mécanisme nécessite des qualifications techniques et administratives. Mais le faible niveau managérial des mutuelles de santé constituent une entrave.

Le deuxième niveau de contrôle est relatif aux membres de la mutuelle de santé. C'est un système informatisé qui assure le traitement des informations techniques liées à la gestion du mutualiste et de son avoir.

L'ensemble de ces mesures permettent aux deux mutuelles de santé de Dangme et Nkoranza d'assurer un suivi évaluation malgré les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

- *Motivation des agents de recouvrement* : un moyen de motiver les agents de recouvrement est de leur reverser un pourcentage du montant total des primes apportées par l'agent. Les deux systèmes reversent entre 5 et 10% de ce montant à leurs agents de recouvrement.
- *Appartenance à la communauté ou aux souscripteurs* : l'appartenance du dispositif à la communauté devrait promouvoir la participation communautaire et par conséquent apporter au processus la perspective du client sur la qualité des soins fournis.

- *Partenariat* : le partenariat avec le Gouvernement est essentiel à la durabilité du système. Ce système a en effet été créé pour favoriser les pauvres: le Gouvernement aura donc à fournir le capital de base pour combler le fossé qui existe entre les niveaux de contribution attendu et actuel. Le Gouvernement aura également à verser directement des contributions pour les pauvres, les enfants âgés de moins de 18 ans, et les personnes âgées.
- *Réassurance* : la réassurance est un principe central à tout dispositif d'assurance pour garantir que des fonds du capital de base seront disponibles pour refinancer les systèmes en cas d'événements catastrophiques tels que les épidémies et les catastrophes naturelles.
- *Initiative du fournisseur* : Ces systèmes ont été tous initiés par les fournisseurs de service. De manière générale, les systèmes sont logés dans les services du fournisseur qui les a initiés. La possibilité d'une manipulation du système par le fournisseur pour minimiser les coûts est très élevée, ce qui affecte donc la qualité du service.
- *Nature des souscriptions* : les souscripteurs à ces systèmes sont principalement les pauvres qui sont plus exposés à une mauvaise santé à cause de la pauvreté. Les souscriptions sont volontaires, ce qui n'exerce aucune contrainte sur les personnes aisées.
- *Ressources humaines* : le secteur est assez récent et manque de personnel qualifié. Puisque ces systèmes ont débuté en tant que programmes à but non lucratif, ils ont des difficultés à recruter du personnel qualifié à cause des faibles rémunérations offertes. La motivation des volontaires qui mettent leurs services à la disposition des systèmes ne peut durer.
- *Technologie, transport et communication* : à cause de la complexité de l'administration de ces systèmes, le traitement des opérations doit être par la méthode informatique plutôt que manuelle qui réduit l'efficacité. Ces systèmes ont donc besoin d'ordinateurs.
- *Politisation des systèmes* : la politisation freine l'impact de la mobilisation sociale pour le développement des systèmes d'assurance maladie.
- *Critique et auto critique* : les mutuelles de santé devraient tenir des boîtes à critique auprès des mutualistes afin d'améliorer le contrôle au niveau des centres de santé. La situation est compliquée par le fait que les mutuelles de santé n'ont pas d'agents en charge de ces aspects (contrôle de la qualité des soins, comportement du personnel de santé vis-à-vis des patients, comptabilité, etc.).
- *Surfacturation* : les coûts de chaque prestation doivent être bien définis dans le contrat de base avec les centres de santé pour anticiper certaines pratiques de surfacturation.

REGIME D'ASSURANCE MALADIE A L'ECHELLE NATIONALE : L'EXPERIENCE DU GHANA

RESUME

La plupart des pays de l'Afrique sub-saharienne sont à la recherche de mécanismes alternatifs de financement de la santé. Dans ce cadre, le Ghana met en œuvre une politique nationale d'Assurance⁴⁴ maladie suite à une étude approfondie des régimes à base communautaire et religieuse existants.

Ce faisant, le cadre politique, les institutions de mise en œuvre, les structures et systèmes ont été conçus en vue d'assurer que les risques sont mis en commun et partagés au maximum. La mise en commun du risque est la problématique centrale, du RNAM du Ghana. La population s'est inscrite de manière considérable et a payé les primes dues. Toutefois la réforme doit faire face à quelques difficultés liées au double niveau élevé du chômage et de la pauvreté.

Afin d'accroître la réussite du processus en cours, il est souhaitable de combiner la flexibilité dans la fixation des primes, la récompense pour les personnes qui paient plus que la prime exigée, et l'institution de plans d'épargne pour les plus pauvres. L'implication de la société civile dans la promotion du RNAM renforcera de fait la mise en commun des risques. L'élaboration des programmes d'éducation orientée vers l'hygiène publique est également recommandée afin de créer la dynamique nécessaire pour le succès de la promotion de «soins médicaux pour tous» au Ghana.

INSTITUTION DE MISE EN ŒUVRE

Institution :

- Conseil National d'Assurance Maladie (National Health Insurance Secretariat)

Personne contact :

- Francis Andoh AGYEI
Tél. +233 21 233555

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE

Les soins et services de santé adéquats et abordables pour les pauvres des zones rurales et suburbaines constituent un défi majeur dans beaucoup de pays. Pour ce faire, il importe de rechercher des mécanismes alternatifs de financement de la santé.

Depuis quelques années, l'impact des Mutuelles de Santé (MHO) sur les objectifs du système de Santé est en train d'être reconnu par tous, surtout par les Gouvernements et les bailleurs de fonds. Ceci a suscité un intérêt accru des MHO comme mécanisme stratégique pour augmenter l'accessibilité financière aux soins de santé et étendre la protection sociale aux populations rurales imméritées et aux employés du secteur informel. Cet intérêt se traduit par

⁴⁴ Régime National d'Assurance Maladie (RNAM).

une volonté politique croissante d'initier les programmes d'assurance maladie dans la plupart des pays de la région.

Au Ghana, l'intervention de l'Etat a commencé par la création d'un environnement favorable à la croissance des MHO, puis s'est poursuivi à travers le financement et l'adoption des réglementations directes pour l'établissement et les opérations des «Mutual Health Organization» (MHO). En outre, l'expérience du Ghana offre une plateforme permettant de tirer des leçons au profit d'autres pays, ceci à cause :

- de l'histoire riche d'une croissance explosive des MHO à base communautaires, religieuses et professionnelles ;
- du rôle du Gouvernement dans la promulgation d'un cadre politique pour l'assurance maladie ;
- du caractère complet de cette politique comparativement à celle des autres pays de la région.

De plus, depuis mars 2005, le Gouvernement a commencé la mise en œuvre d'une politique nationale d'Assurance maladie (AMN) élaborée à partir des expériences pilotes.

FINANCEMENT

Un fonds a été mis en place pour recueillir la contribution du Gouvernement au Régime d'Assurance National Maladie (NHIS) à partir de deux secteurs principaux :

- les taxes de 2,5% de l'assurance maladie imposé et payable sur quelque services⁴⁵ et ;
- 2,5 % de la contribution des travailleurs à la sécurité sociale (SSNIT).

Cet argent permet la prise en charge complète des pauvres, des enfants et des personnes qui ont plus de 70 ans.

BENEFICIAIRES

L'AMN a décidé de la mise en place de 123 District Mutual Insurance Scheme (DMHIS). 43 DMHIS sur 123 sont opérationnelles et donnent satisfaction aux usagers. 40 DMHIS sont en attente de signature de contrat avec les prestataires de soins et services. La mutuelle de Kpeshie sous-métro fonctionne très bien, ayant épargné plus de 40 millions de cedi au cours de la première année de l'opération.

En octobre 2005, environ 6 mois après le lancement du NHIS, 2.507.223 personnes se sont inscrites soit 12,5 % de la population totale du Ghana. Au nombre des inscrits figurent 558.405 personnes travaillant dans le secteur informel, soit 22% de ce secteur.

DESCRIPTION DU PROJET/EXPERIENCE

Au cours de l'ère coloniale les frais des usagers étaient perçus au moment de prestation de services des soins médicaux. Après l'indépendance en 1957, les services de santé sont devenus gratuits. Les Gouvernements de la première République ont financé les soins

⁴⁵ Communication, électricité et produits de luxe.

médicaux entièrement par les revenus provenant des impôts. Toutefois d'autres secteurs sociaux, (par exemple le secteur de l'éducation) ont eu besoin de financement dans un contexte de faible croissance économique. Le financement de la santé a donc baissé de fait, entraînant la détérioration des prestations de services et soins de santé.

Pour pallier cette situation, l'Acte des frais médicaux a été voté en 1971. Cet acte, cependant, n'était pas appliqué par les institutions de santé publique. En 1983, le Ghana avait lancé un programme de redressement économique (PRE) parrainé par la Banque Mondiale (BM) et le Fonds Monétaire International (FMI) dont la conditionnalité du Programme d'Ajustement Structurel était de réduire les services sociaux. Par conséquent, la capacité du Gouvernement à financer la prestation des services de santé a diminué. Ceci a eu beaucoup de conséquences néfastes pour le bien-être social. En 1985, en vue d'arrêter l'effondrement presque total du secteur public de santé, le Gouvernement de l'époque a réexaminé l'Acte des frais médicaux de 1971 et a commencé à le mettre en application. Ceci a donné lieu au système "Cash and Carry" : paiement direct⁴⁶ par l'utilisateur de la prestation de services.

Des problèmes de mise en œuvre⁴⁷ subsistèrent malgré que le système "Cash and Carry" ait exempté les indigents, les enfants de moins de 5 ans, les personnes en état de grossesse⁴⁸ et les personnes âgées de plus de 70 ans. Ce système a permis d'éviter l'effondrement du secteur de la santé mais sa mise en œuvre a connu un bilan mitigé. Après une certaine période, 80% de la population ne pouvaient plus payer les soins médicaux. Dans ce contexte, les décideurs recherchèrent des solutions alternatives de financement de la santé et aboutirent au développement des mutuelles communautaires de santé.

En 2000, au cours des élections présidentielle et législative, la suppression du système « Cash and Carry » et son remplacement par le RNAM fut une promesse électorale faite par le pouvoir actuel⁴⁹. Le lancement du RNAM eut lieu en mars 2005. Ceci, en conformité avec la stratégie d'allègement de la pauvreté et sur la base des prés-requis des phases expérimentales des Régimes d'Assurance Maladie existants.

SITUATION ACTUELLE ET EVOLUTION

La Politique de l'Assurance Maladie Nationale (Août 2004) fut la première étape, suivie d'un Acte de parlement : Acte 650 de 2003 qui créa le Conseil de l'Assurance Maladie Nationale mandaté pour réglementer le programme du Régime de l'Assurance Maladie National au Ghana. Selon l'acte 650, l'adhésion au Régime d'Assurance Maladie de son choix et d'y contribuer est obligatoire pour toute personne habitant le Ghana. Les trois types de régimes préconisés par l'acte sont:

- Mutuelle d'Assurance Maladie étendue du District (MAMD)
- Mutuelle d'Assurance Maladie Privée (MAMP)
- Mutuelle d'Assurance Maladie Commerciale (MAMC)

⁴⁶ Par opposition au paiement différé ou au non paiement.

⁴⁷ La pré-identification des pauvres et les questions d'équité au niveau des pauvres et riches n'ayant pas été bien définies

⁴⁸ Consultations pré et post natales

⁴⁹ En place en 2005.

Mutuelle d'Assurance Maladie étendue du District (MAMD): ceci est créé dans tous les districts et dans toutes les zones sous métropolitaines pour les résidents. L'acte 650 exige que tous les districts créent une Mutuelle d'Assurance Maladie au profit de leurs résidents. Les MAMD, en vertu de l'acte 560, sont pour une grande partie, subventionnées à partir du Fonds de l'Assurance Maladie.

Les Mutuelles d'Assurance Maladie Privées (MAMP): les MAMP sont une forme de Mutuelle d'Assurance Maladie pour des groupes de particuliers ou organisations à but non lucratif. L'opération est uniquement au profit des adhérents. Ce type de mutuelle a été conçu pour des résidents désireux de contrôler et répondre à leurs besoins de santé. Les MAMP ne bénéficient pas du Fonds de NHIS.

Mutuelle d'Assurance Maladie Commerciale Privée (MAMC): les sociétés anonymes peuvent créer et exploiter à profit des mutuelles qui ne bénéficient pas du soutien Gouvernemental.

Tableau No. 22 : Stratégie de la mise en commun des risques dans le système National d'Assurance Malade

Etapas	Actions menées
Définition des problèmes	L'étude sur le secteur de santé a été mandatée
Sélection de l'option politique	Recommandations de NHIS faites au Gouvernement
Guidage de Stratégie	Guidage de NHIS dans certaines communautés et l'expérience des régimes communautaires existant déjà
La Revue de politique et stratégie	Conclusion de la structure politique
La nouvelle direction politique	La politique de NHI est adoptée par le Gouvernement
La Loi mise en place	La Loi 650 promulguée par le parlement
Avoir un projet de Loi	Le projet de Loi est développé
Le stade de la mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Construction de l'infrastructure fonctionnelle, les institutions et la structure opérationnel ▪ Sensibilisation ▪ Education ▪ L'équipement du régime ▪ Le lancement officiel du NHIS 	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissement de NHIC - Institutionnalisation de NHIF - Etablissement du secrétariat de NHIS - Développement de stratégie de communication - Développement des ressources humaines - La structure opérationnelle au niveau locale est développée - Le développement du guide des facilitateurs - Le manuel pour la conception et la mise en œuvre de MHIS - Le manuel pour les pourvoyeurs de service est développé - La gestion des rapports médicaux - Logiciel pour l'opération est développé - Le concept de communication est développé - L'utilisation des media de masse média (TV, Radio, affiches) - Les équipements du bureau ont été envoyés aux régimes - Le NHIS a été lancé en mars 2005

SCHEMA DE LA STRUCTURE DU SYSTEME

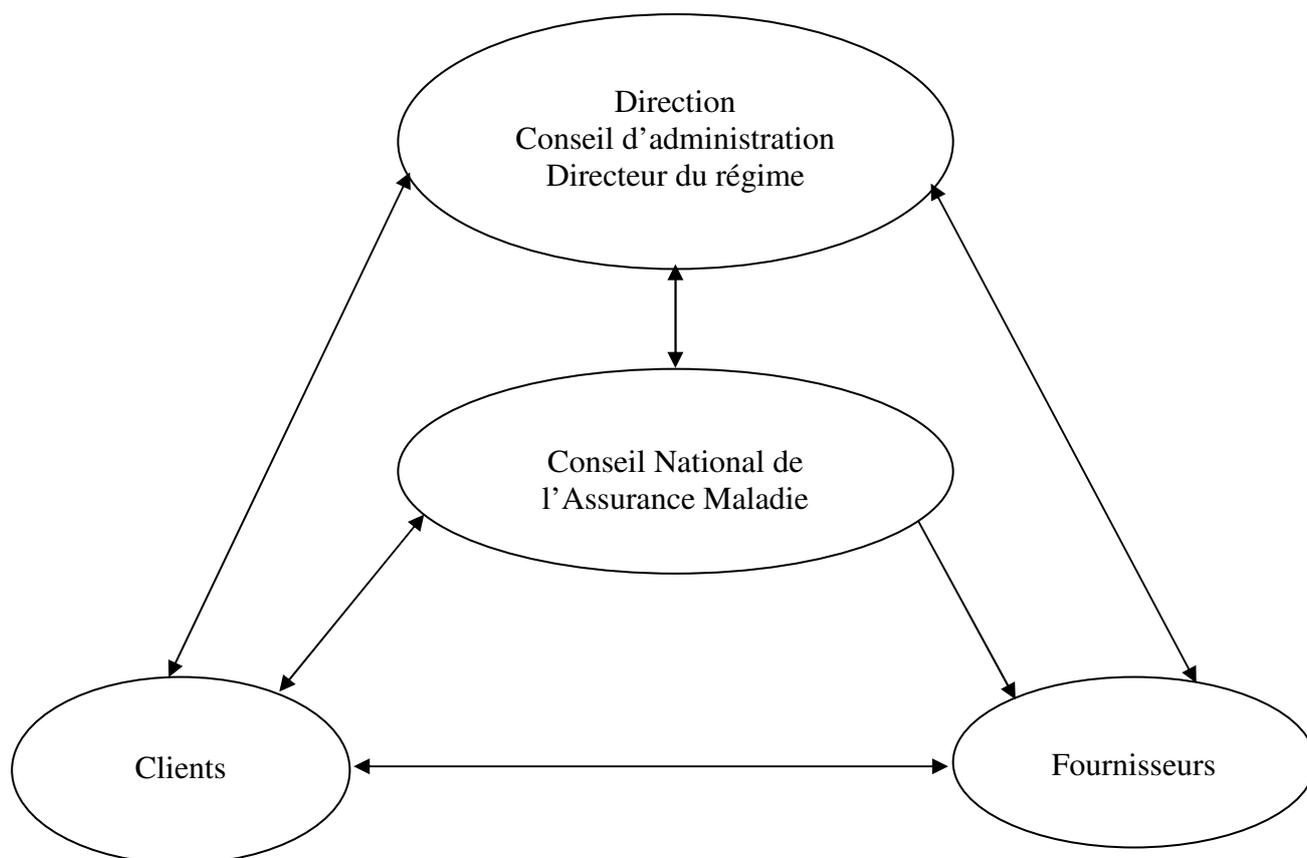


Tableau No. 24 : Questions actuelles dans le Système National d'Assurance Maladie

Les questions qui se posent à propos du NHIS
<ul style="list-style-type: none">• Participation inadéquate des parties prenantes ;• Non fonctionnalité de 40 DMHIS établis ;• Non attribution de la subvention du Gouvernement ;• Attitude apathique et attentiste des communautés ;• Inadéquation de l'infrastructure fonctionnelle ;• Désaccord sur l'utilisation du pro logiciel ;• Politisation du NHIS.

FORCES, FAIBLESSES ET POTENTIALITES

Tableau No. 25 : Résumé de l'analyse de la stratégie de la mise en commun des risques (SWOT)

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de discrimination dans le soin médical ; ▪ Protection contre la maladie; ▪ Mobilisation de 30% - 100% de la dépense médicale des membres ; ▪ Augmentation de l'accès aux soins médicaux pour les travailleurs à revenu faible du secteur informel ; ▪ Promotion d'une société saine. 	<ul style="list-style-type: none"> - La difficulté d'atteindre l'équilibre financier dans les communautés pauvres dues au niveau bas de revenu mobilisé ; - La mise en commun des risques n'est pas diversifiée dans les communautés traditionnelles typiques ; - L'exclusion fréquente des plus pauvres quand il n'y a pas de subvention.
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investissement du fonds seulement dans le secteur de santé ; ▪ Education sur la santé est dirigée vers un groupe cible plus structuré ; ▪ Une vaste mise en commun des risques ; ▪ Création d'emploi aux jeunes comme percepteurs ; ▪ Influence des communautés sur la qualité de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau élevé de chômage ; - Questions de la santé publique ex. l'hygiène publique ; - Mode de vie qui les expose aux maladies transmissibles ; - Faible croissance économique ; - Grossesse précoce ; - Politisation de régime ; - Paludisme endémique.

PRISE EN COMPTE DU GENRE DANS LE SYSTEME NATIONAL

Le système d'Assurance Maladie met l'accent sur la prise en charge des groupes de personnes de catégories semblables et qui visent en général les mêmes objectifs. Ce sont des personnes pauvres et celles vulnérables qui comptent en leur sein les femmes et les enfants. Des critères seront définis pour sélectionner ces groupes afin de prendre en charge les frais de leur adhésion dans les mutuelles de santé.

Ainsi, les groupes vulnérables comme les femmes veuves, les personnes âgées, les orphelins bénéficieront de la solidarité et de l'appui de la communauté et du Gouvernement. En effet, fonctionnelles respectivement depuis 1996 et 2000, les mutuelles de santé de Nkoranza et de Dangme font face à des difficultés de mise en œuvre de cette politique qui consiste à prendre en charge les indigents. Les difficultés sont liées aux critères de sélection et de management dans les mutuelles de santé qui sont la plupart à leur début de fonctionnement. Cela handicape l'adhésion de la majorité des groupes cibles et particulièrement des personnes vulnérables ci-dessus citées.

SUIVI EVALUATION

Le suivi évaluation du NHIS n'est pas encore opérationnel mais les indicateurs de suivi sont déjà définis dans quatre (4) domaines comme suit :

- l'efficacité ;
- le bon fonctionnement ;
- la pérennité ;
- la croissance

Toutefois, le NHIS aura besoin d'un processus suivi évaluation capable de collecter et de traiter les informations nécessaires pour assurer l'avenir du système. Dans ce cadre, le management du système d'information dans le Districts sanitaires doit être uniformisé et les expériences des mutuelles déjà existantes au Ghana prises en compte.

INFORMATIONS UTILES POUR UNE REPLICATION

Il est nécessaire d'avoir :

1. Une flexibilité pour que les communautés décident du montant de la cotisation (la prime minimum et maximum) et de la nature des exemptions ;
2. Un mécanisme de solidarité pour soutenir certaines mutuelles en difficulté (principe de subventionnement transversal) ;
3. Des programmes d'éducation sur la santé de la reproduction des jeunes dans les communautés identifiées pour accroître les maternités à moindre risque ;
4. Un service pour les questions préventives de santé publique au Ministère de la santé ;
5. Un engagement des institutions traditionnelles et des organisations non gouvernementales pour une meilleure mobilisation des communautés sur les questions de développement social ;
6. Des programmes d'épargne développés à côté des mutuelles au sein de la communauté permettant aux pauvres de disposer de systèmes alternatifs de paiement de leur prime ;
7. Une collaboration avec les organisations communautaires pour le suivi de la réforme afin d'en assurer le succès ;
8. Les principes suivants pris en considération :
 - *Equité* : chacun doit avoir accès au programme global des avantages minimum indépendamment du statut socio-économique ;
 - *La capacité à payer* : la conception du régime tient compte des facultés contributives des riches qui doivent payer plus de primes que les pauvres ;
 - *Solidarité* : les plus aisés de la communauté peuvent contribuer plus pour amoindrir les difficultés financières d'accès aux soins médicaux des pauvres et vulnérables.
9. Des soins qualitatifs afin que les clients aient la perception que les services de santé dont ils bénéficient sont fonction de la valeur de leur contribution financière. Ce faisant, leur propension à utiliser les services augmenterait ;
10. Une collecte des primes et une gestion des réclamations efficaces ;
11. Une stratégie de perception des primes des contribuables du secteur informel potentiellement large ;
12. Un système de pourvoyeurs de services de remboursement développé ;
13. Un système partenarial (structures publiques et privées) développé ;
14. Une bonne réassurance.

**EXPERIENCES TIREES DU REPERTOIRE DES
MEILLEURES PRATIQUES DE ONUSIDA**

COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS

Programme de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA chez les femmes libres et leurs partenaires (PPP)

Pays : Côte d'Ivoire

Organisation : Ministère de la lutte contre le SIDA, service IEC/CCC

Résumé :

Démarré en 1991 sous la forme d'un projet pilote couvrant les sites agroindustriels autour de Abidjan, le programme a été étendu, en 1994, à 9 communes d'Abidjan, aux villes de Bouaké, Daloa et Aboisso en 1999. Il visait à contribuer à la réduction de la transmission des IST/VIH chez les prostituées et leurs partenaires par l'information, l'éducation, la sensibilisation et la promotion du préservatif. Les principales activités ont été : a)-la recherche qui a permis d'identifier les besoins de base et d'établir la cartographie des sites prostitutionnels, b)-les causeries éducatives menées par des pairs éducateurs sur les sites de commerce du sexe, c)-les démonstrations du port du préservatif suivies de distribution, d)-la référence vers les structures de prise en charge des IST et de dépistage du VIH, e)-la mobilisation communautaire à travers des réunions avec les autorités et les leaders communautaires. Ces interventions ont permis de relever le niveau de connaissances des modes de transmission des IST/VIH, de couvrir 456 établissements de commerce du sexe et de référer 6000 professionnels du sexe vers les structures de prise en charge des IST et de dépistage du VIH. Cette intervention a montré que l'adoption d'une approche holistique (recherche-action, prévention, prise en charge) est nécessaire pour mieux atteindre une population aussi difficile d'accès que celle des prostitués.

Contacts : Moussa Traoré, responsable IEC/CCC, Ministère de la lutte contre le SIDA

Source : Récapitulatif des meilleures pratiques, ONUSIDA, 2^{ème} édition 2001, pages 75-79

Théâtre Wan Smolbag : Théâtre populaire pour l'éducation sanitaire

Pays : Nouvelle Zélande, Vanuatu

Organisation : Wan Smolbag Theatre

Résumé :

Le projet, initié depuis 1989, cible en priorité les jeunes. Il vise à améliorer les connaissances des jeunes sur les questions de santé reproductive et en particulier sur les IST et le planning familial par le biais de techniques théâtrales. A travers une série de sketches qui montrent comment les IST se transmettent à l'occasion d'un rapport sexuel non protégé, la troupe sensibilise les jeunes (7-13 ans) en milieu scolaire sur la prévention et le traitement des IST. Chaque représentation dure 30 secondes au maximum et est suivie d'une séance de questions-réponses. L'évaluation a montré que la proportion de jeunes affirmant que les tradipraticiens guérissent les IST est passée de 22% avant l'intervention à 13.8% après l'intervention. De même, la proportion des jeunes affirmant que les tradipraticiens ne peuvent pas guérir les IST est passée de 23.6% avant l'intervention à 68.2% après. Cette intervention a révélé qu'il est important de répéter les mêmes messages sous différentes formes et que la sensibilisation doit être soutenue par une offre de services tels que les soins et la distribution de préservatifs.

Contacts : Jo Dorras, jopet@vanuatu.com.vu, +678 24 397/27 119

Source : Récapitulatif des meilleures pratiques, ONUSIDA, 1^{ère} édition 2000, pages 80-82

Programme de compétences vitales : « Mon avenir est mon choix »

Pays : Namibie

Organisation : Programme de développement de la santé des jeunes, UNICEF

Résumé :

Lancé en 1997, le projet vise à doter de compétences vitales, 80% des jeunes du pays âgés de 10 à 18 ans par une information sur les IST, la santé reproductive et le VIH/SIDA, et une communication interpersonnelle. Le programme comporte 10 sessions conçues pour informer les jeunes et leur donner des compétences dont ils ont besoin pour penser et faire des choix quant à leur avenir. Il consiste à donner une formation de 10 jours à des jeunes en tant qu'animateurs pour les uns et superviseurs pour les autres. Chaque animateur exerce auprès de groupes de 20 à 22 autres jeunes. Les 10 sessions s'échelonnent sur 5 semaines et durent 2 heures chacune et chaque session est évaluée à la fin. 622 animateurs et 45 superviseurs ont été formés. 7500 ont été touchés par les activités en 1997, 21.000 en 1998 et 20.000 en 1999. L'évaluation du programme a montré que les jeunes qui ont suivi le programme avaient leurs premiers rapports sexuels plus tardivement que ceux n'ayant pas pris part au programme. Et ils sont plus nombreux à utiliser le préservatif. Cette intervention a montré que l'appropriation d'une intervention par la communauté dans laquelle elle se situe est un facteur décisif de succès.

Contacts: Rick Olson, c/o UNICEF, +264 61 229220, rolson@unicef.org

Source : Récapitulatif des meilleures pratiques, ONSIDA, 2^{ème} édition 2001, pages 22-24

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Formation et promotion d'une gestion syndromique des IST

Pays: Philippines

Organisation: Program for Appropriate Technology in Health (PATH)

Résumé :

PATH Philippines gère la composante éducation du projet d'Education et de Surveillance du SIDA (ASEP). Il a assuré la promotion d'une gestion syndromique des IST auprès des pharmacies et des dispensaires privés dans lesquels la plupart des patients vont chercher un traitement contre les IST. Pour ce faire, PATH a développé trois versions d'algorithme pour la gestion des cas d'IST destinés aux médecins, aux fournisseurs de médicaments et aux travailleurs de la santé de proximité au sein de la communauté. Il a également élaboré un kit de prise en charge des IST incluant un traitement médicamenteux complet pour chaque syndrome majeur (écoulement vaginal, écoulement urétral, ulcère génital, douleur abdominal, scrotum gonflé, écoulements oculaires), des directives pour la prise des médicaments, des préservatifs pour la durée du traitement, des informations sur les IST et des conseils pour informer le partenaire. La commercialisation du kit est à son début avec un coût fixé à la moitié du coût réel de vente dans les pharmacies. 1.200 soignants ont été formés sur la gestion syndromique des cas d'IST. Une étude avant et un an après la formation montre que la proportion de personnes formées fournissant des soins d'IST est passée de 44% à 69% et celle des soignants utilisant les méthodes de gestion syndromique de 0 à 62%. La réussite d'une telle entreprise nécessite une collaboration de toutes les parties prenantes publiques et privées.

Contacts : PATH, +632 895 1580, pathphil@skyinet.net, <http://www.path.org>

Source : Récapitulatif des meilleures pratiques, ONUSIDA, 1^{ère} édition 2000, pages 98-99

CONSEIL ET DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH

Effets du conseil VIH sur les comportements sexuels des hommes ayant fréquenté les dispensaires anti-IST

Pays : Inde

Organisation : Institut national de la recherche sur le SIDA de Pune

Résumé :

Le projet a été lancé en mai 1993 et a porté sur des patients, en particulier des hommes hétérosexuels fréquentant deux cliniques IST. L'étude visait à décrire le changement de comportement des clients IST en matière d'utilisation du préservatif après un dépistage volontaire et un conseil suivi. Les activités principales du projet ont été les suivantes : a)-les consultations et traitement des IST, b)-le counselling pour le dépistage du VIH, c)-le dépistage du VIH, d)-le suivi par le conseil des patients séronégatifs, e)-les démonstrations du port du préservatif et f)-la distribution de préservatifs. Ainsi, 1.628 patients séronégatifs ont accepté de revenir à intervalles réguliers dans les centres de suivi. Au bout de 2 ans, le nombre de patients fréquentant les prostituées a diminué de 40% passant de 63% à 23%. Ceux fréquentant les prostituées étaient près de 5 fois plus enclins à utiliser le préservatif. Par ailleurs, le niveau de connaissance des patients sur la prévention du SIDA et la proportion d'utilisation systématique du préservatif ont considérablement augmenté.

Contacts : Dr Sanjay Mehendale, Directeur adjoint, Tel : 91-20 791 1342 ou 791 1343 ou 791 1280, Télécopie : 91-20 791 071

Source : Récapitulatif des meilleures pratiques, ONUSIDA, 1^{ère} édition 2000, pages 18-19

SOINS ET TRAITEMENTS

« Centre d'assistance socio médicale »

Pays : Côte d'Ivoire

Organisation : Hope Worldwide

Résumé :

La documentation de cette expérience a été remise à jour et la mise à jour fait partie des descriptions présentées dans cette collection de pratiques meilleures et prometteuses.

Contacts : Dr Kouamé Isabelle : hwci@afnet.net ou isabelle_kouame@yahoo.fr, +225 07 078 819 ou +225 21 244 379

Source : Récapitulatif des meilleures pratiques, ONUSIDA, 2^{ème} édition, 2001.

ANNEXES

GROUPE DE TRAVAIL PTME

NOM & PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION/ ORGANISATION	PAYS
<i>Adeyanju Isidore</i>	Médecin/Coordinateur projet PRETRAME	PNLS	Bénin
<i>Boni-Ouattara Edith</i>	Médecin/Conseiller Technique PTME	Projet Retro-CI/Elisabeth Glaser Paediatric Fondation	Côte d'Ivoire
<i>Tih Pius Muffih</i>	Directeur de Cameroon Baptist health Service	Cameroon Baptist Convention Health Board	Cameroun
<i>William Kwabena Ampofo</i>	Virologue	Noguchi Memorial Institute for Medical Research, University of Ghana, Legon	Ghana
<i>Agness-Soumahoro Justine</i>	Médecin/Formateur CDV	Espoir-CIPS	Côte d'Ivoire
<i>Njom Nlend</i>	Médecin/Unité PTME	GTC/CNLS	Cameroun
<i>Charles Zouzoua</i>	Médecin/Formateur CDV/ Directeur	FHI	Côte d'Ivoire
<i>Claudes Kamenga</i>	Facilitateur/Directeur- adjoint	AWARE-HIV/AIDS	Ghana

GROUPE DE TRAVAIL SOINS ET TRAITEMENTS

NOM & PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION/ ORGANISATION	PAYS
<i>Mame Awa Traoré</i>	Médecin/Conseiller technique régional soins et traitements	FHI	Sénégal
<i>Boka Raoul</i>	Biologiste/Président	Ruban Rouge	Côte d'Ivoire
<i>Kwesi Torpey</i>	Médecin/Conseiller technique régional soins et traitements	FHI	Ghana
<i>Safiatou Thiam</i>	Médecin/ISAARV	CNLS	Sénégal
<i>Lawson Godefroy</i>	Directeur Exécutif	Espoir-Vie	Togo
<i>Pascal Niamba</i>	Médecin/Directeur	CICDoc	Burkina Faso
<i>Christopher Akolo</i>	Médecin	Service maladies infectieuses et immunologie, Dépt. de Médecine, Centre hospitalier universitaire JOS	Nigeria
<i>Aliou Sylla</i>	Médecin/Directeur	CESAC	Mali
<i>Kouamé Abo</i>	Facilitateur	AWARE-HIV/AIDS	Ghana

GROUPE DE TRAVAIL IST

NOM & PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION/ ORGANISATION	PAYS
<i>Traoré Adama</i>	Prof. Agrégé/Médecin	Université de Ouagadougou	Burkina Faso
<i>Affana Gislaine</i>	Unité IST	CNLS/GTC	Cameroun
<i>Dzokoto Agnès</i>	Médecin/Personne focale IST	Programme national de lutte contre le SIDA	Ghana
<i>Cissé Diallo Aissata</i>	Médecin/Chef d'unité IST	PNLS	Mali
<i>Karim Seck</i>	Médecin	Projet BHAPP	Bénin
<i>Amouzou Amegnona</i>	Médecin/Vénérologue	PNLS	Togo
<i>Bello Yessoufou</i>	Médecin/Coordinateur	PNLS	Bénin
<i>Béhanzin Luc</i>	Médecin/Conseiller technique IST	CHA/ AWARE	Bénin
<i>Ettiagne T. Virginie</i>	Médecin/Conseiller technique IST	Projet RETRO-CI/Espace confiance	Côte d'Ivoire
<i>Agbodjavou K. John</i>	Facilitateur/Médecin	JHPIEGO/AWARE	Togo
<i>Sidibé G. Souko</i>	Médecin	SOUTOURA	Mali
<i>Diouf Daouda</i>	Médecin/Coordinateur	Enda-tiers monde	Sénégal

GROUPE DE TRAVAIL CDV

NOM & PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION/ ORGANISATION	PAYS
<i>Charles Zouzoua</i>	Médecin/Formateur CDV/Directeur	FHI	Côte d'Ivoire
<i>Somé Jean-François</i>	Médecin/Coordinateur	PAMAC	Burkina Faso
<i>Zahra Fall</i>	Formatrice/Coordonnatrice CDV	CNLS/UDAG	Mauritanie
<i>Bouba Bassirou</i>	Médecin/Coordinateur CDV	GTC/CNLS	Cameroun
<i>Agnès Soumahoro</i>	Médecin/Formatrice CDV/Coordonnatrice	Espoir-CIPS	Côte d'Ivoire
<i>Araba Sefa- Dede</i>	Médecin/Psychologue CDV		Ghana
<i>Dodzro Charles</i>	Médecin/Responsable CDV	PSI/ATMAS	Togo
<i>Alexis Boupda</i>	Facilitateur/Directeur	CHP	Cameroun

GROUPE DE TRAVAIL CCC

NOM & PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION/ ORGANISATION	PAYS
<i>Sodji Raymond Dometo</i>	Directeur Exécutif	FAMME	Togo
<i>Moussa Traoré</i>	Journaliste, Sous Directeur CCC	Ministère de la lutte contre le SIDA	Sénégal
<i>Seydou Nourou Koita</i>	Responsable Marketing	ADEMAS	Côte d'Ivoire
<i>Annette Epanya</i>	Responsable CCC	Organisation Catholique de la Santé	Cameroun
<i>Issaka Sangaré</i>	Responsable communication	PNLS	Mali
<i>Bako Bagassa</i>	Responsable Communication	Comité Inter-Sectoriel de Lutte contre le SIDA	Niger
<i>Kodjo Lokko</i>	Directeur adjoint Management	Fondation ghanéenne du marketing social (GSMF)	Ghana
<i>Dipoko Embola Degrando</i>	Conseiller Technique PSAMAO	PSI/AWARE-HIV/AIDS	Ghana
<i>Marie-louise Baleng</i>	Facilitatrice	PSI/AWARE-HIV/AIDS	Ghana

AWARE-HIV/AIDS: Partenaires clés



Ce Projet est financé par le gouvernement des Etats-Unis d'Amérique à travers l'USAID



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN

Sous le Programme Régional pour l'Afrique de l'Ouest (WARP)

AWARE-HIV/AIDS: Partenaires associés

- Bureau d'Appui à la Santé Publique '96 (BASP'96)
- Care and Health Program (CHP)
- Centre Hospitalier Affilié Universitaire du Québec (CHA)
- Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- John Hopkins Program for Information and Education of Gynecologists and Obstetricians (JHPIEGO)

AWARE-HIV/AIDS

1st Floor Demmco House
1st Dzorwulu Crescent
P. O. Box CT 4033 Accra, Ghana
Tel: +233 21 786102/4

E-mail: aware@awarehiv.org

Web site: www.awarehiv.org

AWARE-HIV/AIDS © February 2006