

Etablir une relation entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA

# Une porte vers l'intégration

une étude de cas en Haïti

Conseil et dépistage volontaire et anonyme  
du VIH :

un point de départ vers des services complets  
de santé sexuelle et de la reproduction



© 2008 OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF

## Avis de non-responsabilité

Tous droits réservés. Les éditeurs acceptent les demandes de traduction, d'adaptation ou de reproduction des informations continues dans le présent document dans le but d'informer les fournisseurs de soins médicaux, leurs clients et le grand public, ainsi que d'améliorer la qualité des soins de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA. Les demandes doivent être adressées aux Presses de l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (télécopie: +41 22 791 4806 ; adresse électronique: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)), à l'UNFPA, 220 East 42nd Street, New York, NY 10017, USA (tél. : +1 212 297 5000 ; adresse électronique : [info@unfpa.org](mailto:info@unfpa.org)), à l'ONUSIDA, 20 Avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse (tél. : +41 22 791 3666 ; adresse électronique : [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)) ou à l'IPPF, 4 Newhams Row, London, SE1 3UZ, United Kingdom (fax : +44 207 939 8300 ; adresse électronique : [HIVinfo@ippf.org](mailto:HIVinfo@ippf.org)). Seules les traductions, les adaptations et les réimpressions autorisées sont habilitées à porter les emblèmes de l'OMS, de l'UNFPA, de l'ONUSIDA et de l'IPPF.

Les traductions, adaptations et reproductions peuvent être réalisées sans autorisation dans la mesure où elles ne sont pas associées à des fins commerciales ou promotionnelles et dans la mesure où elles ne portent pas les emblèmes des organisations d'édition et dans la mesure où elles reconnaissent la source d'origine conformément à la citation suggérée ci-dessous. Les organisations d'édition déclinent toute responsabilité envers toute traduction, adaptation et reproduction publiée par des tiers. Les éditeurs demandent les versions papier et électronique de toute traduction, adaptation et reproduction de la présente publication.

La traduction de ce document a été réalisée par la société Merrill Brink sur demande de l'IPPF et a été révisée par l'UNFPA.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par les organisations d'édition la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Les éditeurs ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS, l'UNFPA, l'ONUSIDA et l'IPPF ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

La présente publication ne représente pas nécessairement les décisions ni les prises de position de l'OMS, l'UNFPA, l'ONUSIDA et l'IPPF.

### **Citation suggérée pour les traductions et adaptations non officielles du présent outil :**

*Etablir une relation entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA, Une porte vers l'intégration : Une étude de cas au Haïti*, élaboré et publié par l'OMS, l'UNFPA, l'ONUSIDA et l'IPPF, en 2008.

Remerciements	2
Acronymes et abréviations	2

## Etablir une relation entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA

Les engagements mondiaux pour renforcer les liens	3
Identifier et relever les défis	4
Les outils pour y parvenir	4
De la théorie à la pratique	5

## Une étude de cas en Haïti

L'évolution de la prestation de services : répondre aux besoins des communautés les moins bien servies	6
L'ensemble des services sous un seul et même toit : une justification d'intégration	9
Dépistage du VIH : une porte d'accès à d'autres services	10
Préservatifs : promouvoir l'usage correct et systématique	10
Infections sexuellement transmissibles : évaluation de dépistage	11
Introduction des services de planification familiale : un besoin urgent	11
Planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH : questions relatives aux droits de reproduction	12
Services de santé maternelle : questions relatives à la maternité	13
Les personnes ayant connu des violences sexuelles : les services de spécialistes expérimentés	15
Les services de santé sexuelle et de la reproduction pour les jeunes : instaurer la confiance	16
Mesurer le succès : l'effet sur la demande en services	16
Les services réunis sous un seul et même toit : conclusions et enseignements tirés	17
Quelques recommandations à l'intention des planificateurs de santé et des prestataires de services : un potentiel pour passer à l'échelle supérieure	19
Coordonnées pour plus d'informations	20
Notes de fin	20

## Remerciements

La présente étude de cas fait partie d'une série de publications réalisée conjointement par l'UNFPA, l'OMS, l'ONUSIDA et l'IPPF sur le thème de la consolidation des liens entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA. Le présent document s'appuie sur les expériences observées dans un pays et est le résultat d'un effort commun mené par des experts nationaux et un groupe de professionnels de la santé publique au sein de l'UNFPA, de l'OMS, de l'IPPF et de l'ONUSIDA. Les organisations d'édition tiennent à remercier l'ensemble de leurs partenaires pour avoir fait part de leurs expériences, pour avoir corrigé les nombreuses ébauches et pour avoir offert de précieux conseils à chacune des étapes.

Des remerciements particuliers sont adressés aux personnes dont les noms suivent pour leur contribution technique et le soutien qu'elles ont témoigné envers la présente publication :

Principal auteur : Susan Armstrong.

Principaux collaborateurs : Peter Weis (OMS), Lynn Collins (UNFPA) et Kevin Osborne (IPPF).

Réviseurs : Au GHESKIO : Marie Deschamps et Jean William Pape. A l'OMS : Karoline Fonck, Manjula Lusti-Narasimhan, Rudolph Magloire, Michael Mbizvo, Jos Perriens, Patricio Rojas et Paul Van Look. A l'UNFPA : Ramiz Alakbarov, Hedia Belhadj, Christina Bierring, Michel Brun, Raquel Child, Hernando Clavijo, Jose Ferraris, Josiane Khoury, Steve Kraus, Monique Rakotomalala, Harold Robinson, Alexei Sitruk, Maria Antonia Urbina et Sylvia Wong. A l'ONUSIDA : Anindya Chatterjee, Barbara de Zalduondo, Emma Fowlds et Mahesh Mahalingam. A l'IPPF : Andy Guise, Jonathan Hopkins et Ale Trossero.

## Acronymes et abréviations

AZT	Azidothymidine – connu également sous le nom de Zidovudine® ou Retrovir®
CDVA	Conseil et dépistage volontaire et anonyme du VIH
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
IPPF	Fédération Internationale pour le Planning Familial
IST	Infection Sexuellement Transmissible
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PEPFAR	Plan du Président des Etats-Unis pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA
PPE	Prophylaxie Post-Exposition
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant.
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Etablir une relation entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA

La plupart des infections au VIH sont transmises par voie sexuelle ou associées à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement, chacun de ces éléments étant crucial dans le domaine des soins de santé sexuelle et de la reproduction. En outre, les problèmes de santé sexuelle et de la reproduction présentent de nombreuses causes fondamentales communes avec le VIH/SIDA, telles que la pauvreté, l'inégalité des genres, la stigmatisation et la discrimination, ainsi que la marginalisation des groupes vulnérables. Malgré tout, les services de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA continuent d'exister dans une large mesure sous la forme de programmes séparés et verticaux.

## Les engagements mondiaux pour renforcer les liens

### Pierres d'assise

Afin de sensibiliser au besoin urgent de renforcer les liens entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA, l'UNFPA et l'ONUSIDA, en collaboration avec Family Care International, ont organisé une réunion de consultation importante en juin 2004. Celle-ci rassemblait des ministres et des parlementaires issus des gouvernements du monde entier, des ambassadeurs, des dignitaires des Nations Unies et d'autres agences multilatérales, des organisations non gouvernementales et des bailleurs de fonds, ainsi que des jeunes et des personnes vivant avec le VIH. La réunion s'est conclue par *L'appel de New York à l'engagement : Etablir une relation entre VIH/SIDA et santé sexuelle et de la reproduction*,<sup>i</sup> qui invite les communautés des milieux de la santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA à étudier la façon dont elles pourraient améliorer leur collaboration.

Une réunion antérieure, ayant eu lieu à Glion, en Suisse (mai 2004) et née de l'initiative de l'OMS et de l'UNFPA, portait spécialement sur le rôle de la planification familiale dans la réduction de l'infection du VIH chez les femmes et les enfants. Cette conférence a débouché sur *L'Appel à l'action de Glion pour la planification familiale et le VIH/SIDA chez les femmes et les enfants*.<sup>ii</sup>

En décembre 2005, une réunion de la communauté internationale a été organisée afin de débattre des progrès liés à la mise en place d'une approche exhaustive pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. Cette consultation a également souligné l'importance d'un lien entre les services liés à la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH/SIDA, et a abouti à un

*Appel à l'action : Vers une génération sans VIH et sans SIDA*,<sup>iii</sup>, tout comme la consultation la plus récente du PTME qui s'est tenue à Johannesburg en novembre 2007, et qui s'est conclue par un consensus sur *l'accès universel à des services complets de prévention de la transmission de la mère à l'enfant*.<sup>iv</sup>

Etablir un lien entre VIH/SIDA et santé sexuelle et de la reproduction faisait partie des actions de politique essentielle pour la prévention du VIH contenues dans le document de politique de l'ONUSIDA intitulé *Intensification de la prévention du VIH*, qui a été publié en 2005.<sup>v</sup>

### Cadre pour un accès universel

Les engagements mentionnés ci-dessus se sont matérialisés par la Déclaration politique sur le VIH/SIDA issue de la Révision 2006 de la session spéciale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), qui a souligné également la nécessité d'établir un lien entre VIH/SIDA et santé sexuelle et de la reproduction.<sup>vi</sup> Suite à l'engagement pris par les membres du G8<sup>1</sup> et, par la suite, par les chefs d'état et de gouvernement lors du Sommet mondial 2005 des Nations Unies, le secrétariat de l'ONUSIDA et ses partenaires ont défini un concept et un cadre pour l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA d'ici 2010.<sup>vii</sup> Les efforts entrepris dans la direction de l'accès universel soulignent l'importance de consolider les liens entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA.

<sup>1</sup> Sommets du G8 : Depuis 1975, les chefs d'état ou des gouvernements des principales démocraties industrialisées se réunissent une fois par an pour traiter des thèmes économiques et politiques majeurs auxquels sont confrontées leurs sociétés, ainsi que la communauté internationale dans son ensemble. Les pays du G8 sont la France, les Etats-Unis, le Royaume-Uni, l'Allemagne, le Japon, l'Italie, le Canada et la Fédération de Russie.

Parmi les avantages potentiels d'un lien entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA, citons :

- un accès amélioré aux services de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH
- une augmentation de l'utilisation des services
- des services de santé sexuelle et de la reproduction de meilleure qualité, adaptés aux besoins des femmes et des hommes vivant avec le VIH
- une réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/SIDA
- une prise en charge étendue des populations marginalisées et les moins aidées, notamment les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- davantage de soutien envers la double protection contre les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles, comme le VIH
- une qualité des soins améliorée
- efficacité et efficience des programmes renforcés<sup>viii</sup>

Un des autres objectifs que vise l'établissement d'un lien entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA consiste à accélérer les progrès en vue d'atteindre les buts définis lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement<sup>ix</sup> et les objectifs du Millénaire pour le développement,<sup>x</sup> particulièrement ceux qui cherchent à réduire la pauvreté, à promouvoir l'égalité des genres et à responsabiliser les femmes, à améliorer la santé maternelle, à lutter contre le VIH/SIDA et à obtenir un accès universel à la santé sexuelle et de la reproduction.

## Identifier et relever les défis

Etablir une relation entre la santé sexuelle et de la reproduction et les politiques en matière de VIH/SIDA présente de nombreux défis pour les personnes en première ligne de la planification et de la prestation de services de santé. Parmi ceux-ci, citons :<sup>xi</sup>

- garantir que l'intégration ne surcharge pas les services existants de manière à compromettre la qualité des services, en s'assurant que l'intégration améliore bel et bien les soins de santé primaire
- gérer la charge de travail accrue pour les membres du personnel qui acceptent de nouvelles responsabilités
- prévoir une augmentation des coûts initiaux lors de la création de services intégrés et de la formation du personnel
- combattre la stigmatisation et la discrimination émanant et à destination des prestataires de services de santé, ce qui peut nuire au bon fonctionnement

des services intégrés, quelle que soit leur efficacité à d'autres égards

- adapter les services de manière à ce qu'ils attirent les hommes et les jeunes, qui ont tendance à considérer la santé sexuelle et de la reproduction, et particulièrement la planification familiale, comme une "affaire de femmes"
- toucher ceux qui sont les plus vulnérables mais les moins susceptibles d'avoir accès aux services, tels que les jeunes
- offrir la formation spéciale et le soutien continu qui fait défaut au personnel afin de répondre de manière efficace aux besoins complexes des personnes séropositives en matière de santé sexuelle et de la reproduction
- inciter les donateurs à évoluer de services parallèles à des services intégrés et témoigner un soutien aux politiques et aux services intégrés.

## Les outils pour y parvenir

Plusieurs outils élaborés par l'IPPF, l'UNFPA, l'ONUSIDA et l'OMS offrent des conseils sur la manière d'établir des liens entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA. Parmi eux, citons :

- *Santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA – Un cadre de liens prioritaires*<sup>xii</sup>
- *Etablir une relation entre santé sexuelle et reproductive et VIH/SIDA – Un inventaire annoté*<sup>xiii</sup>
- *Santé sexuelle et de la reproduction des femmes vivant avec le VIH/SIDA - Guide de soins, de traitement et de soutien pour les femmes vivant avec le VIH/SIDA et leurs enfants dans des contextes de pénurie de ressources*<sup>xiv</sup>
- *Introduction des services de Conseil et Dépistage Volontaire et Anonyme du VIH dans le contexte de santé de la*

*reproduction – Guide "pas à pas" pour les planificateurs de programmes, les responsables et les prestataires de services*<sup>xv</sup>

- *Répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et de la reproduction des personnes vivant avec le VIH*<sup>xvi</sup>
- *Une porte vers l'intégration – Ensemble d'études de cas de différents pays sur la mise en relation et la mise en place de services*<sup>xvii</sup>
- *Choix reproductifs et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH – Instrument de conseil*<sup>xviii</sup>
- *Instrument d'évaluation rapide des relations entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA : Guide général*<sup>xix</sup>

## De la théorie à la pratique

Le procédé qui consiste à établir un lien entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA doit agir dans les deux directions : c'est-à-dire que les services traditionnels de santé sexuelle et de la reproduction doivent intégrer les interventions en matière de VIH/SIDA, et que les programmes établis afin d'aborder l'épidémie du SIDA doivent intégrer davantage de services généraux destinés à la santé sexuelle et de la reproduction. Bien que le consensus selon lequel la consolidation des liens devrait bénéficier aux clients soit largement répandu, seul un nombre limité de preuves est publié à propos des avantages réels, de la faisabilité, des coûts et des implications pour les systèmes de santé.

La présente publication liste une série d'expériences observées dans un pays parmi d'autres, par rapport à un contexte socio-économique, culturel et de santé publique différent. Chaque contexte est inscrit dans des environnements juridiques et de soins médicaux radicalement opposés et ayant recours à des points de départ différents alors qu'ils s'efforcent d'établir des liens entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA.

Les études de cas présentées dans la présente série ont été choisies afin d'illustrer ce flux à deux directions et de refléter la diversité des modèles d'intégration. Bien que ces études de cas se concentrent avant tout sur les composantes de prestation de services, les questions de structures/systèmes et de politique constituent elles aussi des éléments importants à l'ordre du jour de l'établissement du lien. Les études de cas n'ont pas pour vocation de faire office de critique détaillée des programmes ni de représenter "les meilleures pratiques" mais de fournir une vue d'ensemble concise qui montre pourquoi et par qui la décision d'intégration a été prise, et quelles actions ont été nécessaires afin d'y parvenir. Elles ont pour intention de partager quelques-unes des expériences et des enseignements tirés qui peuvent s'avérer utiles à d'autres qui souhaitent entreprendre des actions visant à renforcer l'intégration de ces deux services de soins de santé. Il s'agit de véritables expériences puisées sur le terrain, qui contiennent des réalisations importantes mais aussi de vraies limites et de vrais défauts. L'un de ces défauts repose sur la nomenclature employée à l'heure actuelle. Il n'existe à présent aucune définition mondialement acceptée des termes "liens", "prise en compte" et "intégration" dans le contexte de la santé sexuelle et de la reproduction et du VIH. A certains moments dans ces études de cas, les termes sont employés par diverses organisations dans une variété de contextes de manière différente. Alors que nous proposons les définitions suivantes, il convient de remarquer que les différents partenaires chargés de la mise en œuvre n'en ont pas fait un usage cohérent :

### Prise en compte

La prise en compte du VIH/SIDA désigne tous les secteurs et toutes les organisations déterminant : comment l'expansion du VIH est causée ou contribue à être causée par leur secteur ou leurs opérations, comment l'épidémie est susceptible d'affecter leurs buts, leurs objectifs et leurs programmes, où leur secteur/organisation dispose d'un avantage comparatif afin de riposter - pour limiter l'expansion du VIH et atténuer l'incidence de l'épidémie et ensuite passer à l'action.

### Liens

Les synergies liées à la politique, aux programmes, aux services et aux plaidoyers entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA.

### Intégration

Fait référence à différents types de services ou de programmes opérationnels en matière de santé sexuelle et de la reproduction et de VIH/SIDA qui peuvent être réunis afin de garantir des résultats collectifs. Ce concept inclurait les références d'un service à un autre. Il est fondé sur le besoin d'offrir des services complets.

# Une étude de cas en Haïti

## Statistiques clés en un seul coup d'œil

Population estimée (2005)	8.528.000
Population adulte âgée de 15 à 49 ans (2005)	4.358.000
Espérance de vie à la naissance :	
Hommes	53 ans
Femmes	56 ans
Taux de natalité brut (2005)	29,8 / 1.000 de la population
Indice de fécondité total (2004)	3,9
Taux de prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans (2005)	3,8 % (2,2-5,4 %)
Nombre estimé de PVVIH (2005)	190.000
Nombre estimé d'adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH (2005)	180.000
Nombre estimé de femmes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH (2005)	96.000
Décès causés par le SIDA (2005)	16.000
Nombre estimé d'adultes ayant besoin de thérapie antirétrovirale (2005)	32.000
Nombre estimé de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale (2005)	7.000
Taux de prévalence de la contraception (2000)	28,1 %
Naissances assistées par un personnel de santé qualifié (2000)	24 %

Sources : Haïti: Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. ONUSIDA, UNICEF, OMS, mise à jour 2006. Disponible sur [www.who.int](http://www.who.int) et [www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/haiti.asp](http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/haiti.asp) ; UNAIDS Haïti Country Situation Analysis, juin 2007\*\* (Consultez le site Internet de l'ONUSIDA pour obtenir les données mises à jour disponibles à partir de fin juillet 2008).

## L'évolution de la prestation de services : répondre aux besoins des communautés les moins bien servies

Haïti connaît l'une des épidémies de SIDA les plus anciennes et l'un des taux d'infection du VIH les plus élevés au monde outre l'Afrique subsaharienne. Au début des années 1980, des Haïtiens ont fait l'objet d'une stigmatisation et d'une discrimination en masse : il a été rapporté que des personnes ont été accueillies dans les aéroports internationaux par des responsables de l'immigration entièrement revêtus de tenues de protection, évitées par leurs collègues et leurs amis et que les enfants dont les parents étaient séropositifs étaient renvoyés des écoles.

En mai 1982, un groupe de docteurs qui avaient pris conscience du SIDA à travers les maladies atypiques qu'ils observaient chez leurs patients, fondèrent le GHEKIO, qui allait servir initialement d'institut de recherche grâce au soutien du ministère de la santé. (GHEKIO est l'acronyme qui désigne le Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes).



En 1985, le GHESKIO commença à offrir des services de Conseil et Dépistage Volontaire et Anonyme (CDVA) et des traitements des infections opportunistes à Cité de Dieu, l'un des quartiers les plus pauvres de Port au Prince, où les problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, sont très répandus. Le GHESKIO a intégré peu à peu une large gamme de services de santé sexuelle et de la reproduction, notamment la planification familiale, et a étendu sa couverture aux deux quartiers voisins de Cité Eternel et Cité Soleil, tous deux aussi pauvres.

Le CDVA représente aujourd'hui la porte d'entrée à une gamme complète de services cliniques en matière de santé sexuelle et de la reproduction et de VIH/SIDA, qui a été introduite par la suite lorsque les besoins se firent sentir et que la recherche opérationnelle démontra ce qui était faisable (voir Schéma 1).

Aujourd'hui, le centre GHESKIO, qui compte 230 membres du personnel, dessert une population d'environ 1,5 million d'habitants à Cité de Dieu et dans les deux quartiers de Cité Eternel et Cité Soleil. Parmi les services, citons le CDVA, le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), de la tuberculose, des maladies diarrhéiques et du paludisme, ainsi que les soins de santé sexuelle et de la reproduction. Les services sont ouverts aux adultes, aux jeunes enfants et aux jeunes.

En 1985, année d'introduction du CDVA, environ 100 clients vinrent pour un dépistage du VIH, la plupart d'entre eux sur référence de l'hôpital. En 2004, 23.313 clients ont fréquenté la clinique de conseil et dépistage volontaire et anonyme, la grande majorité d'entre eux de leur plein gré et sans aucune référence d'un organisme de santé. En moyenne, 70 % des clients viennent dans le cadre de consultations spontanées et 20 % sur référence d'institutions publiques.

Environ 100.000 clients par an ont désormais recours au centre GHESKIO pour bénéficier d'une gamme complète de services, même si 90 % des clients visitent en premier lieu le GHESKIO pour le CDVA. Sur les 24 % nouvelles personnes qui visitent le centre chaque année, 60 % sont des femmes, et 90 % d'entre elles sont en âge de procréer, 16 % sont séropositives et 10 % sont atteintes de la syphilis. En outre, 33,3 % d'entre elles sont des adolescentes ou de jeunes adultes âgées de 15 à 24 ans. Le centre propose également des services et un soutien aux femmes ayant été violées.

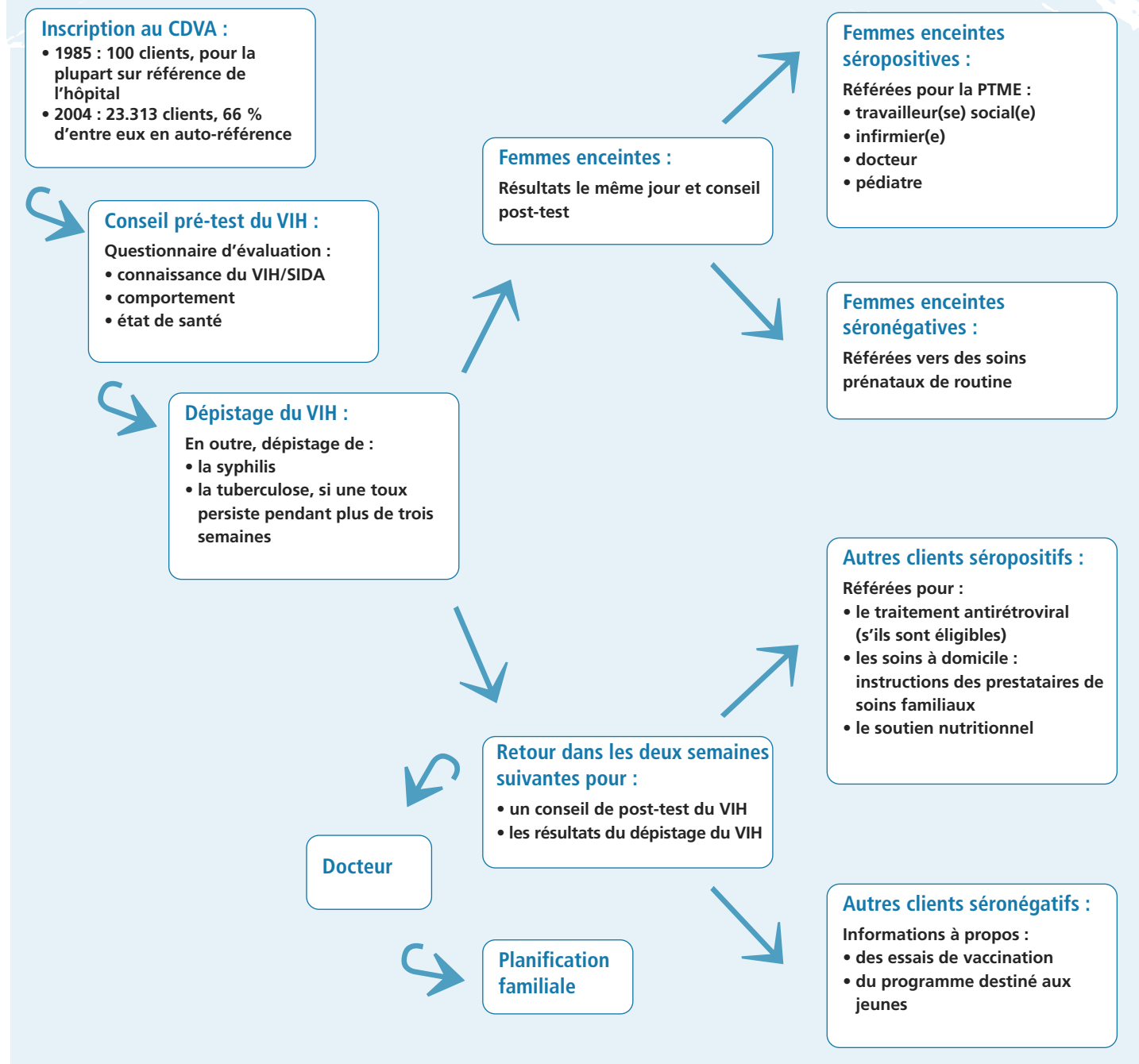
Les conditions inquiétantes dans lesquelles le GHESKIO opère sont caractéristiques d'un pays touché par la pauvreté et l'instabilité politique.

## Etablir une relation entre services de santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA

### Présentation d'autres services dispensés par le GHESKIO :

- **1985**  
CDVA et traitement des infections opportunistes
- **1988**  
Distribution de préservatifs pour prévenir les IST, notamment le VIH
- **1989**  
Diagnostic et traitement de la tuberculose
- **1991**  
Diagnostic et traitement des IST
- **1993**  
Planification familiale
- **1999**  
Thérapie antirétrovirale et programme de santé maternelle, notamment PTME
- **2000**  
Soin destiné aux survivantes de violences sexuelles et programme destiné aux jeunes

**Schéma 1 : Services de conseil et dépistage volontaire : la porte vers un éventail de services en matière de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA**



## L'ensemble des services sous un seul et même toit : une justification d'intégration

La décision du GHESKIO d'offrir des services de santé sexuelle et de la reproduction intégrés à son programme de VIH/SIDA existant, sous un seul et même toit, a été motivée en partie par les facteurs suivants :

- la grande majorité des infections du VIH en Haïti sont contractées par voie sexuelle
- sans intervention, environ un tiers des jeunes enfants dont les mères vivent avec le VIH deviennent séropositifs eux-mêmes et, en Haïti, le SIDA est responsable de 20 % de la mortalité infantile<sup>xxi</sup>
- bien qu'on constate des améliorations, la stigmatisation et le manque de compétences professionnelles nécessaires se traduit par le fait qu'un grand nombre de PVVIH se voient refuser l'accès aux soins de santé sexuelle et de reproduction dans d'autres établissements sanitaires
- les personnes ne disposent ni du temps ni de l'argent qu'il faut pour se rendre d'un endroit à un autre pour recevoir les soins de santé appropriés.

### Approche de compétences multiples

Afin de répondre aux besoins variés de ses clients de la manière la plus efficace et holistique qui soit, le GHESKIO a choisi d'employer l'"approche multi-compétences", qui signifie que l'ensemble du personnel médical est formé de façon à être apte à travailler dans n'importe quelle clinique du centre. Non seulement cela veut dire que les membres du personnel sont en mesure de se remplacer mutuellement, et qu'ils le font en temps voulu, mais c'est également une aide précieuse qui permet de promouvoir la compréhension entre collègues et qui a joué un rôle prépondérant dans la réussite de l'intégration des services au centre.

Le renforcement de capacité est également inscrit au cœur de la mission du GHESKIO. Tous les collègues sont encouragés à suivre une formation, qui met l'accent sur la formation continue. Un aspect important de la formation, en plus de donner une connaissance clinique sur le VIH/SIDA et la santé sexuelle et de la reproduction, consiste à renforcer la capacité à aborder les thèmes de la stigmatisation et de la discrimination, et les compétences nécessaires pour le travail de proximité. Les personnes vivant avec le VIH sont également impliquées dans les activités de formation et deviennent des pairs conseillers ou jouent d'autres rôles.

### Influencer la politique et la pratique

Le GHESKIO a joué un rôle essentiel dans l'influence de la politique et de la pratique auprès du système national de santé en Haïti. On le remarque particulièrement dans la manière dont il a développé son modèle de services intégrés ciblant les épidémies et les maladies les plus répandues, telles que la tuberculose, le VIH, les IST, les maladies diarrhéiques et le paludisme. L'intégration des services de santé sexuelle et de la reproduction au réseau de conseil et dépistage volontaire, afin d'éviter les grossesses non désirées et la transmission du VIH de la mère à l'enfant, a renforcé de manière significative l'accès à ces services. Ce modèle de prestation de services est désormais répandu dans 22 centres de santé et hôpitaux publics et privés du pays.

A travers sa recherche opérationnelle et son unité de formation, le GHESKIO exerce un rôle majeur dans le développement de directives, de protocoles de traitements et de plans stratégiques afin d'enrayer les maladies épidémiques, ainsi que de former le personnel médical et paramédical. Il s'agit de l'un des principaux centres de référence en matière de formation sur le VIH, les IST, la tuberculose, les maladies diarrhéiques et le conseil et dépistage du VIH. Les programmes d'enseignement sont remis à jour chaque année et bénéficient de l'aide technique des partenaires nationaux et internationaux. Le GHESKIO propose également des services à l'extérieur de son centre principal via un réseau d'institutions de santé créé en partenariat avec le ministère de la santé, avec le soutien de l'UNFPA, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, du Plan du Président des Etats-Unis pour l'aide d'urgence à la lutte contre le SIDA (PEPFAR) et du gouvernement français.

Le GHESKIO soutient les activités de proximité destinées à suivre les PVVIH ayant reçu leurs résultats de dépistage du VIH. Les personnes séronégatives mais qui sont exposées à un risque, comme par exemple les personnes atteintes de syphilis ou d'autres IST, et les personnes dont le ou la partenaire est séropositif(ve), font elles aussi l'objet d'un suivi et sont encouragées à retourner régulièrement à la clinique pour des conseils de suivi et un traitement le cas échéant. Les travailleur(se)s de proximité sont formé(e)s au GHESKIO avant d'être suivi(e)s par une équipe de proximité qui comprend un(e) travailleur(se) sur le terrain, un(e) infirmier(ère) et un(e) travailleur(se) social(e) sous la supervision générale d'une Commission consultative de la communauté.

## Dépistage du VIH : une porte d'accès à d'autres services

Puisque le GHESKIO est un centre consacré au CDVA, le dépistage du VIH constitue la porte d'accès à d'autres services. Les clients qui ne souhaitent pas se livrer au dépistage du VIH sont soignés pour la raison qui les a amenés à la clinique, mais font ensuite l'objet d'une référence formelle vers d'autres institutions pour un soin continu, et reçoivent de plus amples informations sur les avantages du dépistage du VIH. Une fois que les clients se sont inscrits auprès du GHESKIO et ont subi un dépistage du VIH, ils peuvent, si nécessaire, continuer à bénéficier des autres services. Environ 70 % des clients du CDVA viennent dans le cadre de consultations spontanées, les autres clients sur référence d'autres services de santé. L'ensemble des dépistages du VIH est strictement effectué sur la base d'un consentement éclairé et les séances de conseil pré et post-test sont extrêmement approfondies. Les femmes enceintes et les personnes ayant subi un viol reçoivent leurs résultats et bénéficient d'un conseil post-test le même jour. Le laps de temps écoulé entre la remise des résultats du dépistage du VIH et le conseil post-test pour tous les autres clients est d'une semaine maximum.

L'annonce au client d'un résultat séropositif au dépistage s'effectue toujours dans le cadre d'un conseil individuel en face à face, le but étant de gérer le stress des clients et de les aider à accepter leur statut et de revenir pour bénéficier des services, de préférence avec leur partenaire. Environ 5 à 10 % ne reviennent pas dans les deux semaines qui suivent les résultats de leur dépistage. Si les clients acceptent de révéler leur statut sérologique à leur(s) partenaire(s) sexuel(les) ou aux membres de leur famille, le personnel du GHESKIO se propose de les y aider lors d'un entretien d'annonce en face à face.

Tous les services cliniques du GHESKIO sont étayés par l'information et l'éducation afin d'augmenter la prise de conscience et la connaissance du VIH et d'autres infections, et de promouvoir un comportement sain. Les jeunes qui fréquentent la clinique sont encouragés à rejoindre le programme destiné à la jeunesse, où ils reçoivent une formation intensive sur la santé sexuelle et de la reproduction et des préservatifs gratuits.

## Préservatifs : promouvoir l'usage correct et systématique

L'utilisation du préservatif est mise en avant dans toutes les cliniques du GHESKIO, où les clients (qu'il s'agisse d'adultes ou d'adolescents sexuellement actifs) peuvent facilement se procurer des préservatifs féminins et masculins. Le conseil post-test repose sur des informations et une motivation pour l'utilisation de préservatifs de manière correcte et systématique. La valorisation des préservatifs a augmenté le taux de prévalence de la contraception de 6 à 24 % parmi la population sélectionnée par le GHESKIO. Les préservatifs, avec ou sans autre moyen de contraception, constituent la méthode de planification familiale la plus répandue. Le centre propose des services et des préservatifs gratuits.

## Infections sexuellement transmissibles : évaluation de dépistage

Outre la distribution de préservatifs gratuits, les premiers services de santé sexuelle et de la reproduction intégrés au CDVA en 1991 furent le diagnostic et le traitement des IST. Aujourd'hui, quiconque s'adresse au centre du GHESKIO reçoit systématiquement un dépistage de la syphilis. De plus, quiconque présente les symptômes d'une IST ou quiconque est jugé à haut risque d'une IST durant le conseil pré-test se voit proposer un rendez-vous le jour même avec un docteur et un conseil et/ou un traitement approprié. Ce service a été élargi aux clients ayant subi des abus sexuels ou des viols.

## Introduction des services de planification familiale : un besoin urgent

Au début des années 1990, le besoin de proposer des services de planification familiale sur place s'est également imposé, pour deux raisons principales :

- les femmes vivant avec le VIH référées aux cliniques de planification familiale par le GHESKIO ont été renvoyées en raison de la stigmatisation et de la discrimination, et à cause du niveau de compétence qui n'était pas à la hauteur de leurs besoins spécifiques.
- l'utilisation des documents de conseil pré-test comme référence a montré que la prévalence contraceptive parmi les personnes inscrites auprès du GHESKIO avait augmenté au cours d'une période de six mois. Des préservatifs, seuls ou associés à d'autres moyens de contraception, furent offerts aux femmes vivant avec le VIH,<sup>xxii</sup> mais les preuves ont mis en évidence qu'une partie considérable de ces femmes est tombée enceinte, et que la plupart de ces grossesses n'était pas désirée.

Il s'est avéré que les cliniques de planification familiale refusaient les références du GHESKIO, de crainte que la stigmatisation liée au SIDA n'affecte leur activité. Le refus des services de planification familiale d'accueillir les femmes vivant avec le VIH représentait indéniablement une violation des droits dont disposent les femmes à gérer leur reproduction, parmi lesquels le droit de ne pas être victime de discrimination. Parallèlement, une chance vitale de prévenir l'infection au VIH chez les enfants en évitant les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH était perdue. Le GHESKIO a doté ses services de conseil et dépistage volontaire d'une planification familiale via un programme pilote pris en charge par l'UNFPA. Quatre docteurs et deux infirmiers ont reçu une formation spécialisée dispensée par Pro Famil, l'association membre de l'IPPF en Haïti. Les cliniques ont par conséquent été équipées de nouvelles salles de conseil offrant davantage d'intimité et des protocoles ont été développés dans le cadre du nouveau programme.

Dès le début, le service de planification familiale eut un effet positif en encourageant les personnes, particulièrement les femmes, à se livrer au service de conseil et dépistage volontaire. Le succès indéniable qu'il rencontra conduisit à la formation d'autres membres du personnel en matière de planification familiale.

## Planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH : questions relatives aux droits de reproduction

Tous les professionnels de la santé du GHESKIO reçoivent désormais une formation afin de répondre aux besoins spécifiques de planification familiale des PVVIH ainsi qu'aux besoins habituels des autres clients. Le conseil dans le cadre de la planification familiale destinée aux PVVIH regroupe une gamme complète de services et comprend par exemple :

- des informations et un conseil à propos des droits de la reproduction, notamment les intentions et les choix en matière de fertilité, parmi lesquels les services de stérilité, les conseils de planification de grossesse destinés aux couples sérodiscordants et séroconcordants, et la contraception.
- une protection à double sens : l'utilisation de préservatifs seuls ou associés à d'autres contraceptifs modernes pour une protection optimale à la fois contre les grossesses non désirées et les IST.
- le PTME pour les femmes qui souhaitent tomber enceintes et pour celles déjà enceintes lorsqu'elles se rendent à la clinique dans le cadre d'une consultation
- la prévention de la transmission du VIH aux partenaires par voie sexuelle.

Le devoir des conseillers de la planification familiale consiste à informer et instruire les clients à propos des services disponibles, aider la femme ou le couple à explorer ses sentiments personnels concernant la maternité et ses implications et respecter ses choix, et à la/le soutenir dans ses décisions. Aucune coercition n'est exercée pour éviter la grossesse, quel que soit le statut sérologique de la femme. Des groupes de discussions sont mis en place et des documents relatifs à l'information, l'instruction et la communication sont distribués à toutes les femmes afin de les encourager à revenir accompagnées de

leur(s) partenaire(s). 60 % des clients ayant recours à ce service sont des femmes et 40 % sont des hommes. Seuls 15 à 20 % des clients reviennent à la clinique accompagnés de leur(s) partenaire(s). En règle générale, davantage d'hommes acceptent de revenir accompagnés de leur partenaire féminin plutôt que le contraire.

Le GHESKIO cherche à répondre aux besoins des personnes qui ne bénéficient peut-être pas d'un accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction, en partie en raison de la discrimination : notamment les PVVIH, les

adolescents non mariés, les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les prestataires de services de planification familiale se trouvent alors confrontés aux questions de stigmatisation et de discrimination, questions porteuses de nombreuses implications en matière de soin du VIH/SIDA et qui constituent la préoccupation principale de la formation de l'ensemble des membres du personnel du GHESKIO. Le centre a recours à un ensemble de techniques telles que le théâtre et les jeux de rôle pour encourager le personnel à examiner ses attitudes personnelles et à les repenser si besoin est afin de s'assurer que les droits des clients soient respectés.

### Savoir faire face à ses propres préjugés : l'histoire d'une infirmière

"Le conseil dans le cadre de la planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH présente de nombreux défis", affirme une infirmière qui travaille à la clinique. Elle se souvient de l'exemple spécifique d'une jeune femme qui suivait déjà une thérapie antirétrovirale mais qui avait tenu secrète son infection au VIH, même aux yeux de son mari. Le couple voulait fonder une famille, mais la peur intense de la révélation du statut sérologique et le manque de communication entre mari et femme constituaient autant d'éléments qui rendaient l'exploration de leurs choix extrêmement difficile. La jeune femme a été référée au psychologue permanent du GHESKIO pour obtenir de l'aide.

L'infirmière raconte également comment elle a dû faire face à sa propre anxiété concernant le VIH/SIDA lorsqu'elle a commencé à travailler à la clinique de planification familiale du GHESKIO. Au début, elle avait peur de porter son bébé en rentrant chez elle le soir au cas où elle aurait été "contaminée" au travail. "C'était très difficile", affirme-t-elle, en hochant la tête rien qu'en y repensant. Elle se souvient aussi de la difficulté qu'elle a éprouvée au début en travaillant avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Au cours de la formation, il est demandé à tous les collègues du GHESKIO d'explorer leurs sentiments à propos du VIH/SIDA et de faire face à leurs préjugés. L'infirmière sourit en repensant au rôle de femme séropositive qui lui a été attribué lors d'un jeu de rôle où elle a dû se mettre à la place d'une femme séropositive. Le fait que son frère soit mort d'une maladie liée au VIH l'a également encouragée à surmonter ses peurs et ses intolérances.

## Services de santé maternelle : questions relatives à la maternité

Le GHESKIO a rapidement pris conscience du besoin d'offrir également des services de santé maternelle, pour plusieurs raisons :

- un taux de grossesse annuel de 11 % a été observé à la clinique VIH quel que soit le statut sérologique des femmes. Une proportion importante de femmes vivant avec le VIH sont enceintes lorsqu'elles viennent pour leur premier service de conseil et dépistage volontaire.<sup>xxiii</sup>
- De nombreuses femmes vivant avec le VIH venant pour un conseil en matière de santé de la reproduction souhaitent tomber enceinte.
- les grossesses non désirées continuent de représenter un problème de taille. La majorité des femmes testées séropositives n'a pas accès aux services de planification familiale et n'utilise pas de contraception. Certaines des femmes enceintes le sont principalement à la demande de leur partenaire, ou bien parce qu'elles ont peur de perdre leur partenaire. Il existe une forte nécessité de responsabiliser les femmes dans leur prise de décisions.
- les femmes séropositives enceintes ont besoin de services qui minimisent le risque de transmission du VIH à leurs bébés et qui protègent leur propre santé.

L'unité de PTME fait partie du Centre du GHESKIO et les soins sont offerts par le personnel du GHESKIO (gynécologues, sages-femmes, travailleur(se)s sociaux/socials et travailleur(se)s sur le terrain). Les bébés sont eux aussi examinés au centre par un pédiatre.

Répondre aux besoins des femmes enceintes séropositives a cependant représenté des défis colossaux pour le GHESKIO. Jusqu'à la fin des années 1990, le seul régime utilisé pour empêcher la transmission de la mère à l'enfant (un traitement monothérapeutique à base d'AZT comprenant une administration par voie intraveineuse du médicament durant l'accouchement) n'était pas réalisable en Haïti, où près de 80 % des femmes accouchent chez elles, souvent sans aucun soin professionnel lors de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Le GHESKIO ne disposait pas de l'espace ni de la capacité nécessaires pour accompagner les accouchements.

Cependant, des prestataires de services en Thaïlande pilotent un régime à base d'AZT bien plus simple. Bien que ses effets ne fussent pas encore bien compris, le ministère de la santé haïtien a donné son approbation pour un essai d'une durée de 18 mois financé par l'UNFPA. Il s'agissait alors du premier contexte dans lequel les femmes allaient être responsables

de leur prophylaxie antirétrovirale et de leur traitement sans supervision. Dans les cas où les femmes enceintes vivant avec le VIH traversaient une étape avancée de la maladie, elles reçurent une thérapie antirétrovirale extrêmement active à la place de la monothérapie utilisée pour la prophylaxie. L'essai fut un succès : les femmes ont accepté de se prêter à l'essai et sont revenues au GHESKIO avec leur enfant après avoir accouché afin de suivre le traitement. La qualité du conseil était essentielle à cette réussite.

### La clé de l'extension des services : le rôle innovant de l'infirmière-sage-femme

Une idée destinée à étendre les responsabilités et alléger la charge de travail des docteurs est en train d'être testée dans le cadre de certains programmes de PTME. Des infirmières-sages-femmes ayant reçu une formation spécialisée sur le VIH/SIDA travaillent sous la supervision de gynécologues du GHESKIO afin d'analyser la proportion de tâches qu'elles sont en mesure de gérer efficacement et en toute sécurité par elles-mêmes. Si l'idée fonctionne, les infirmières-sages-femmes ayant reçu une formation spéciale, épaulées par de bons systèmes de référence, joueront un rôle essentiel dans l'extension des services de santé maternelle (qui est jugé par le ministère de la santé comme étant une priorité dans la lutte contre la mortalité maternelle élevée) malgré la pénurie chronique de docteurs. De tels services seront équipés afin d'offrir des conseils et dépistages volontaires et de répondre aux besoins en santé sexuelle et de la reproduction de toutes les femmes haïtiennes, quel que soit leur statut sérologique.

### Protéger les femmes et les enfants contre le VIH : stratégies mondiales

Les stratégies mondiales complètes destinées à prévenir l'infection du VIH chez les femmes et les jeunes enfants englobent quatre éléments clés :

1. prévention principale contre l'infection du VIH chez les filles et les femmes
2. prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH
3. prévention de la transmission des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants
4. prestation de soins, de traitement et de soutien destinée aux femmes vivant avec le VIH et à leurs familles.<sup>xxiv</sup>

Les crises financières qui frappent les donateurs ont interrompu périodiquement le financement et le GHESKIO a dû trouver d'autres sources de soutien afin de permettre aux services de santé maternelle de se pérenniser. Néanmoins, le programme de PTME du Centre est parvenu à réduire progressivement le taux de transmission verticale du VIH d'environ 30 à 9 % chez les clients du GHESKIO.

Les interventions qui contribuent le plus amplement à cette diminution sont les séances d'instruction (y compris le conseil quant à l'allaitement), la thérapie antirétrovirale et la formule pour nourrir les jeunes enfants. Les femmes enceintes qui se rendent trop tard aux séances d'instruction n'ont pas l'occasion de s'y conformer et risquent davantage de transmettre l'infection.

De plus, depuis le début du programme de santé maternelle, le nombre moyen de femmes enceintes qui recherchent un conseil et un dépistage volontaire est passé de près de sept par mois en 1999 à 120 par mois en 2003, ce qui témoigne clairement que, dans un pays touché par des taux de mortalité maternelle et infantile effroyablement élevés, les femmes ont volontiers recours aux soins professionnels au cours de leur grossesse si ceux-ci sont facilement accessibles. Le fait que des femmes vivant avec le VIH et fréquentant les services de santé maternelle du GHESKIO aient accès à la thérapie antirétrovirale à long terme (pour elles-mêmes, pour leur partenaire et leurs enfants le cas échéant) est une motivation supplémentaire.

### Soins orientés vers les femmes et les enfants : aborder la stigmatisation et la crainte de manière efficace

Mireille,<sup>xv</sup> jeune femme chétive tenant un bébé minuscule sur ses genoux, est assise parmi d'autres personnes qui se sont rassemblées pour le conseil de groupe au sein de la clinique de PTME et raconte son histoire.

Elle a été dépistée séropositive en 2000 et, comme la plupart des autres personnes du groupe, n'a pas voulu divulguer son statut sérologique à quiconque à l'extérieur du groupe par crainte de la stigmatisation et de l'abandon par son partenaire. Mireille élève six enfants. Elle suit une thérapie antirétrovirale et a réussi à prendre ses médicaments afin d'empêcher que son cadet ne soit infecté par le VIH aussi secrètement qu'elle parvient à suivre son traitement régulier (toutes les femmes ne font pas part de leur statut sérologique à leur(s) partenaire(s) ou aux autres membres de leur famille). Les conditions ne sont pas faciles, mais Mireille fait preuve de détermination. Elle raconte aux parents et aux voisins trop curieux qu'elle est contrainte de nourrir son enfant au biberon en raison d'un problème aux seins.

Une jeune femme assise à côté explique comment elle a réussi à cacher le fait qu'elle donnait le biberon en serrant son bébé contre son sein sous une couverture. Elle avait affirmé à la femme qui l'avait aidée à mettre au monde que les pilules qu'elle prenait régulièrement étaient destinées à soigner l'anémie. Une autre femme explique au groupe qu'elle n'a pas pu résister à la pression sociale d'allaiter et que son bébé est mort du SIDA. C'est en traitant de sujets comme ceux-ci, directement liés au VIH et à la stigmatisation, que la formation spécialisée s'avère essentielle pour le personnel opérant dans l'unité de soins maternels du GHESKIO.

Le GHESKIO aborde ces questions à travers sa politique qui consiste à former le personnel sur la stigmatisation et la discrimination et les moyens d'y faire face, ainsi qu'à embaucher des PVVIH pour les postes de conseiller(e)s. En outre, des procédures sont mises en place afin de répondre aux plaintes des clients en cas de stigmatisation et de discrimination. Les stratégies correctives comprennent des réunions du personnel et une formation approfondie du personnel afin de garantir que le conseil aux clients est entièrement dénué de stigmatisation. Les conseillers mettent à profit leurs connaissances sur les thèmes liés au VIH/SIDA, la santé de la reproduction et la sexualité durant le conseil pré et post-dépistage du VIH, afin de réduire la crainte et la stigmatisation et encourager le client à revenir accompagné de son ou sa partenaire. Le GHESKIO offre des services gratuits à la plupart des institutions privées et publiques et propose des formations régulières de remise à niveau. Il n'existe pas en Haïti de structure juridique de consultation qui traite des cas de stigmatisation et de discrimination.



## Les personnes ayant connu des violences sexuelles : les services de spécialistes expérimentés

Alors que de plus en plus de femmes traitées pour des IST ont commencé à faire état d'incidents de viol, particulièrement en période de bouleversements politiques, le GHESKIO a rallié à sa cause l'UNFPA en 2000 afin de définir un programme spécialisé destiné aux personnes ayant subi des violences sexuelles. Les blessures infligées durant les agressions sexuelles facilitent la transmission du VIH et 46 % des viols rapportés au GHESKIO jusqu'à la fin de l'année 2004 impliquaient plusieurs violeurs. De plus, au sein de la communauté touchée par la pauvreté que dessert le Centre, la prévalence du VIH est bien plus élevée que la moyenne nationale. En 1999, par exemple, elle s'élevait à 30 %, soit six fois le taux national de prévalence du VIH. Le GHESKIO collabore également avec le ministère des droits de la femme, la société civile et plusieurs bailleurs autour de son programme destiné aux survivants de violences sexuelles.

La clinique offre des médicaments antirétroviraux pour la prophylaxie post-exposition (PPE) ainsi qu'une contraception d'urgence aux victimes de viols se présentant dans les 72 heures suivant l'incident, ainsi qu'un traitement ou une prophylaxie pour les IST (environ 46 % des clients de ce service se présentent sous 72 heures). Jusqu'en 2003,

le GHESKIO était le seul centre à proposer la PPE, mais ce service est désormais plus largement répandu dans les centres de CDV. Un protocole national de prestation de soins aux survivants de viol a été développé. De plus, le GHESKIO est membre d'une table ronde sur la violence envers les femmes qui exerce une fonction technique sous la coordination du Ministère à la condition féminine et aux droits de la femme.

Les femmes qui se présentent au GHESKIO trop tard pour prévenir une éventuelle transmission du VIH et/ou une grossesse reçoivent un traitement contre les IST et les traumatismes psychologiques. En Haïti, le viol s'accompagne d'une honte et d'une stigmatisation importantes, c'est pourquoi un psychologue compétent dans la gestion des cas sensibles et du stress post-traumatique collabore avec les docteurs, les infirmier(e)s et les travailleur(se)s sociaux/sociales de l'équipe. Chaque cliente se voit attribuer un(e) travailleur(se) sur le terrain qui l'oriente à travers le système afin de la protéger d'un traumatisme supplémentaire et qui veille à ce qu'elle bénéficie plus rapidement du conseil et dépistage volontaire, d'autres tests de laboratoires et pharmaceutiques et qu'elle comprenne l'ensemble des soins et des

traitements qui lui sont proposés. Toutes les clientes sont encouragées à participer au groupe de soutien qui se réunit chaque semaine. Le nombre de femmes venues demander des traitements et des soins au GHESKIO suite à une violence sexuelle est passé d'environ 10 en 2000, lorsque le programme spécial a été mis en place, à bien plus de 250 en 2004. Le GHESKIO est un centre important qui met à profit son expérience et son expertise médicales dans le traitement des survivants de viols.

En général, la violence à l'encontre des femmes et l'abandon ou la peur de l'abandon peuvent avoir une incidence sur la révélation du statut sérologique et l'accès aux services. Malheureusement, il n'existe pas d'informations fiables ni d'études à portée de main concernant la relation entre la violence conjugale, le statut sérologique et l'accès au conseil et dépistage en Haïti.

## Les services de santé sexuelle et de la reproduction pour les jeunes : instaurer la confiance

En 2000, le GHESKIO voyait de plus en plus de jeunes âgés de 10 à 19 ans se présenter pour un CDV et d'autres soins de santé. Par conséquent, le centre a mis en place des services de santé spécialement offerts aux adolescents pour répondre à leurs besoins. Le programme a conçu des documents pédagogiques, dispensé une formation spécialisée aux travailleur(se)s sociaux/socials en matière de conseil des jeunes et organisé un groupe de soutien destiné aux clientes.

Lorsqu'ils se présentent pour un CDV, les jeunes sont référés vers le programme d'aide et doivent remplir un questionnaire. Ce principe a été initialement adopté pour tester leurs connaissances et leur

conscientisation, mais le besoin s'est vite fait ressentir de recueillir des informations sur les comportements de chacun puisqu'ils étaient liés au risque d'IST (notamment le VIH) et d'identifier leurs besoins spéciaux en conseils personnalisés. Les réponses aux questionnaires détaillés ont révélé par exemple que :

- la grande majorité des jeunes fréquentant la clinique possèdent plusieurs partenaires sexuels
- les jeunes femmes et les filles participant au programme du GHESKIO ont souvent des partenaires sexuels bien plus âgés qu'elles et ont un pouvoir limité dans le cadre de ces relations

- environ 44 % des jeunes femmes et filles ont toujours des relations sexuelles sans préservatif, contre 19 % des garçons.

Afin de gagner la confiance des jeunes lors des consultations, il est important de ne faire aucun jugement étant donné que la vaste majorité de ceux qui fréquentent la clinique sont impliqués dans la consommation occasionnelle de drogues (70 %) et dans d'autres comportements stigmatisés ou illégaux. Depuis l'introduction du service spécial, le nombre de jeunes venant demander des services de CDV a monté en flèche.

## Mesurer le succès : l'effet sur la demande en services

Il est très difficile de mesurer l'impact de l'intégration des services sur la santé de la reproduction et sur l'épidémie de SIDA, particulièrement en raison des limites de prise en charge, mais les données suivantes donnent une indication de l'effet sur la demande en services.<sup>xxvi</sup>

- Le nombre de clients ayant cherché un conseil et dépistage volontaire entre 1985 et 1999, période au cours de laquelle les services de santé sexuelle et de la reproduction ont été progressivement mis en place, a été multiplié par 62.
- Le nombre de femmes enceintes ayant cherché un conseil et dépistage volontaire

entre 1999 et 2004, lorsque le programme PTME a été mis en place, a été multiplié par 30.

- Sur les 6.700 nouveaux adultes cherchant un conseil et dépistage volontaire en 1999, 18 % ont reçu un traitement contre les IST.
- Une personne sur cinq parmi celles qui ont été dépistées séropositives cette année-là a recommandé le CDV à ses partenaires sexuels.
- Rien qu'en 1999, 19 % (1.274) des 6.700 clients du CDV sont devenus de nouveaux utilisateurs de contraception et sont retournés au Centre pour au moins trois visites de planification familiale. Parmi eux, 70 % (494 hommes et 408 femmes)

- ont choisi de n'utiliser que le préservatif. 30 % (372 femmes) se sont mis à utiliser d'autres moyens de contraception modernes (par exemple, la pilule, les contraceptifs injectables et les spermicides) et la moitié d'entre eux utilisaient également des préservatifs régulièrement.
- En 1999, 110 couples sérodiscordants ont été identifiés et ont bénéficié d'un conseil spécialisé. Sur les 85 couples qui sont revenus pour des tests de suivi environ 18 mois plus tard, aucun partenaire n'était devenu séropositif (25 couples n'ont pas pu être suivis).

## Les services intégrés sous un seul et même toit : conclusions et enseignements tirés

En s'inspirant des bases solides de son programme de recherche, le centre a réussi à proposer gratuitement une large gamme de soins de santé primaire de première qualité. Il a aussi pu démontrer ce qu'il était possible de réaliser. Cependant, le Centre de Port au Prince ne prend en charge qu'une proportion minuscule de personnes dans le besoin et le GHESKIO (en collaboration avec le ministère de la santé et l'UNFPA, et avec, entre autres, le soutien de l'USAID, de l'Union européenne et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme) s'est lancé dans un programme de formation et d'expansion qui vise à mettre en place des services suivant le modèle déjà appliqué dans 27 sites à travers le pays.

En tant que pionnier en matière de services de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA, le GHESKIO est en mesure de dispenser des enseignements précieux tirés de sa propre expérience.

**La stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH constituent de sérieux handicaps qui entravent l'intégration harmonieuse des services de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA et nécessitent une action constante et déterminée afin de les surmonter.**

Dans ce programme, la stigmatisation a constitué un facteur de motivation pour l'instauration de services : le fait que les PVVIH soient confrontées à la discrimination dans le cadre de programmes de santé sexuelle et de la reproduction classiques a conduit à la décision de proposer des services de santé sexuelle et de la reproduction au sein d'un programme VIH. Cela indique que les programmes de santé sexuelle et de la reproduction doivent reconnaître leurs responsabilités à l'égard de toute personne, quel que soit son statut sérologique, et prendre des mesures proactives afin d'identifier et de lever les barrières discriminatoires et créer un environnement libre de toute stigmatisation.

L'expérience démontre, toutefois, que la stigmatisation et la discrimination sont toujours des obstacles à surmonter. L'absence de jugement des prestataires de services est particulièrement importante et, lors de leur formation, les membres du personnel doivent apprendre à faire face à leurs peurs et à leurs souffrances endurées (particulièrement en ce qui concerne le VIH/SIDA) et doivent être épaulés pour les surmonter. Les messages contestant la stigmatisation et la discrimination doivent être renforcés durant le soutien et la supervision du personnel.

**La possibilité d'accéder à d'autres services de santé simultanément et sous un seul et même toit renforce considérablement l'intérêt suscité par le conseil et dépistage du VIH.**

La stigmatisation et la peur liées à l'infection nuisent à la pratique du conseil et du dépistage du VIH. De plus, les personnes sont peu disposées à se faire dépister si elles ne comprennent pas clairement l'intérêt lié à la connaissance de leur statut. Lorsqu'un dépistage volontaire du VIH est proposé sous le même toit que d'autres services de santé, les avantages sont évidents et la participation augmente. Son aspect pratique et sa simplicité sont d'autres considérations essentielles dont il faut tenir compte lorsqu'on encourage les gens à se livrer à un conseil et à un dépistage volontaire, et à fréquenter des cliniques de la santé sexuelle et de la reproduction. L'offre de services associés, notamment des laboratoires et des pharmacies sous un seul et même toit, représente un avantage considérable.

**Les séances de conseil destinées aux clients qui font la demande de dépistage du VIH constituent une opportunité idéale pour évaluer leurs besoins supplémentaires en matière de santé sexuelle et de la reproduction, pour les conseiller sur les pratiques sexuelles à moindre risque et pour leur recommander des services spécialisés le cas échéant.**

Le GHESKIO a établi un questionnaire à l'intention des clients des services de CDV, à remplir par le conseiller lors du conseil pré-test, il retrace l'histoire détaillée des relations et des pratiques sexuelles du client. Il comporte des questions sur les pratiques en matière de contraception, les intentions de fécondité et les grossesses et aide le conseiller à lui recommander des collègues médecins sur place pour d'autres services de santé sexuelle et de la reproduction, si nécessaire.

Le GHESKIO présente un avantage par rapport à bon nombre de services de CDV conventionnels dans la mesure où il a été créé par des docteurs, ainsi les conseillers qui ne font pas partie du corps médical ont toujours bénéficié d'un soutien médical pour les questions d'ordre clinique, et vice-versa. La possibilité d'être référé à des services médicaux spécialisés a toujours fait partie du système depuis sa création.

**Etablir une relation entre les services de conseil et de dépistage du VIH et la santé sexuelle et de la reproduction est un moyen efficace pour atteindre des populations cibles importantes, par exemple les hommes, les jeunes et les PVVIH, en leur proposant des soins de santé sexuelle et de la reproduction.**

La santé sexuelle et de la reproduction a tendance à être perçue comme une "affaire de femmes", ce qui peut empêcher les hommes et les jeunes de fréquenter les cliniques. Cependant, même des femmes séropositives peuvent être dissuadées, en raison de leur statut et de la peur de la discrimination, de rechercher directement des services de santé sexuelle et de la reproduction. Si la planification familiale et d'autres services de santé sexuelle et de la reproduction sont soutenus et systématiquement disponibles sur le même site que les services de CDV et les autres services de prévention, de traitement et de soin du VIH, cela permet de faire tomber un grand nombre de barrières pratiques et psychologiques.

Les couples discordants qui peuvent eux aussi hésiter à fréquenter une clinique de la santé sexuelle et de la reproduction sont plus enclins à obtenir le conseil dont ils ont besoin afin de prévenir la transmission du VIH si les services VIH et de la santé sexuelle et de la reproduction sont intégrés.

**La présence d'un personnel aux compétences multiples dans le domaine du VIH et de la santé sexuelle et de la reproduction favorise la compréhension entre collègues et offre une flexibilité optimale quant à l'organisation des cliniques.**

Il y a beaucoup à gagner en demandant au personnel spécialisé de diversifier ses formations et de partager ses compétences et son expertise avec ses collègues. Un esprit d'équipe se développe et une approche holistique envers la prestation de soins est favorisée, ce qui représente un avantage de taille dans les services généralisés. Les membres du personnel sont alors en mesure d'assurer la relève ou de se remplacer mutuellement si nécessaire.

## Quelques recommandations à l'intention des planificateurs de santé et des prestataires de services : un potentiel pour passer à l'échelle supérieure

- Le GHESKIO doit envisager d'être moins strict sur l'imposition du CDVA en tant que condition préalable pour accéder au large éventail de services de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA. La gamme de services de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA que l'on trouve au GHESKIO est suffisante mais on pourrait penser qu'il est plus avantageux pour les clients d'avoir plusieurs points de départ pour les services et de ne pas être contraints à accepter le dépistage du VIH comme condition d'accès continu aux autres services. Le CDVA, en tant que porte d'accès à d'autres services, peut être interprété comme étant une pression exercée sur les clients afin qu'ils se soumettent à un dépistage pour obtenir l'accès à la gamme complète des services.
- Envisager la mise en œuvre d'une mesure quantitative sur la rentabilité de l'intégration, ce qui faciliterait un plaidoyer fondé sur des résultats probants au niveau des donateurs par le gouvernement et/ou la société civile.
- Intensifier la prise en charge des clients tout en maintenant la qualité. La prise en charge du GHESKIO est limitée et le défi consiste à intensifier les services. A présent, le GHESKIO étend son expérience et son expertise à d'autres institutions, en collaboration avec le gouvernement de Haïti et des organisations non gouvernementales. La capacité du GHESKIO à transférer ses connaissances doit être renforcée.
- Encourager la recherche opérationnelle sur la relation entre violence conjugale et statut sérologique et accès aux conseils et dépistage du VIH en Haïti.
- Mener une étude afin de déterminer les moyens les plus efficaces qui permettraient d'atténuer davantage la stigmatisation et la discrimination. Le personnel de santé doit recevoir une formation et une supervision adéquates, notamment via une clarification des valeurs, afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'égard des clients dans tous les contextes de soins de santé primaire.
- Evaluer l'acceptabilité (par les hommes et les femmes), l'utilisation et l'impact du préservatif masculin et féminin.
- Trouver des moyens plus appropriés pour inciter les hommes à participer aux programmes de santé sexuelle et de la reproduction et du VIH/SIDA, étant donné que ces services continuent d'être utilisés avant tout par les femmes.
- Soutenir l'instruction et l'information des jeunes en matière de santé et de VIH, afin qu'ils soient pleinement conscients à leurs besoins et à leurs droits.
- Garantir la sécurité des produits de santé de la reproduction et augmenter les efforts afin de soulager les pénuries. (Lorsque l'entrepôt central a été menacé par l'instabilité politique, il a dû être déplacé, ce qui a perturbé la gestion de la logistique).
- Continuer d'aborder les questions de confidentialité, de consentement éclairé et de qualité des services, particulièrement les services de conseil, qui peuvent être menacés si l'urgence liée à au passage à l'échelle supérieure devient insoutenable.
- Se lancer dans le renforcement de capacité de manière continue, afin de pallier à la pénurie de personnel compétent empirée par la pauvreté, l'insécurité et les bouleversements politiques.
- Faire le plaidoyer pour la création d'un système légal des personnes victimes de stigmatisation et de discrimination.

## Partenaires et bailleurs de fonds : des alliances de collaboration

L'efficacité et la pérennité du GHESKIO reposent essentiellement sur les alliances de collaboration qu'il a déployées avec des instituts de recherche à l'étranger depuis le début, et le réseau de partenariats divers qu'il a cultivé localement et à l'international au fil des ans. Cependant, le manque de collaboration parmi ses nombreux partenaires et bailleurs de fonds, qui ont tous leur propre calendrier, et les conditions souvent peu flexibles associées aux fonds, sont des sources de frustrations régulières.

*Partenaires locaux* : ministère de la santé, Fondation Haïtienne des Maladies Endémiques, Partners in Health, Association Médicale Haïtienne et GRET.<sup>xxvii</sup>

*Institutions académiques étrangères* : Cornell, Vanderbilt, universités Johns Hopkins et du Vermont, et Harvard School of Public Health aux Etats-Unis ; Institut Alfred Fournier, Institut Pasteur et Université d'Amiens en France.

*Organisations internationales* : USAID, UNFPA, UNICEF, OPS, Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, Union européenne, instituts nationaux de Santé des Etats-Unis, Fondation Mondiale SIDA et Fogarty International. Une aide a également été apportée par les gouvernements canadien, français et japonais.

## Coordonnées pour plus d'informations :

### Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes (GHESKIO)

Directeurs :  
Dr Marie-Marcelle Deschamps et Dr Jean William Pape

33 Blvd Harry Truman  
BP 164  
Port-au-Prince  
Haïti

Téléphone : + 509-222-0031  
+ 509-222-2241  
Fax : + 509-223-9044

## Notes de fin

<sup>i</sup> *L'appel de New York à l'engagement : Etablir une relation entre le VIH/SIDA et la santé sexuelle et reproductive*, UNFPA & ONUSIDA, 2004.

<sup>ii</sup> *L'appel à l'action de Glion pour la planification familiale et le VIH/SIDA chez les femmes et les enfants*, UNFPA & OMS, 2004.

<sup>iii</sup> *L'appel à l'action : vers une génération sans VIH et sans SIDA*, Conférence de la communauté internationale sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (pTME), Abuja, Nigeria, 2005.

<sup>iv</sup> *Accès universel à des services complets de prévention de la transmission de la mère à l'enfant*, Conférence de la communauté internationale sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (pTME), Johannesburg, Afrique du Sud, 2007.

<sup>v</sup> *Intensification de la prévention du VIH : orientation politique d'ONUSIDA*, ONUSIDA, 2005.

<sup>vi</sup> *Déclaration politique sur le VIH/SIDA*, session spéciale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. New York, Nations Unies, 2006.

<sup>vii</sup> Par exemple, se reporter au document d'information sur le concept d'accès universel élaboré dans le cadre de la *Réunion technique pour le développement d'un cadre pour l'accès universel à la prévention, au traitement et au soin du VIH/SIDA dans le secteur médical*, OMS, Genève, 2005.

<sup>viii</sup> *Santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA : Un cadre de liens prioritaires*, OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF, 2005.

<sup>ix</sup> *Programme d'action adopté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 1994.

<sup>x</sup> *Résolution adoptée par l'assemblée générale, Déclaration du millénaire des Nations Unies*, New York, 2000.

<sup>xi</sup> Voir également Family Health International. *Intégration de services. Réseau*, 2004,23(3) p8.

<sup>xii</sup> OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF, Op. cit.

<sup>xiii</sup> *Etablir une relation entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA. Un inventaire annoté*. OMS, UNFPA, ONUSIDA & IPPF, 2005.

<sup>xiv</sup> *Santé sexuelle et de la reproduction des femmes vivant avec le VIH/SIDA*, Guide de soins, de traitement et de soutien pour les femmes vivant avec le VIH/SIDA et leurs enfants dans des contextes de pénurie de ressources, UNFPA & OMS, 2006.

<sup>xv</sup> *Introduction des services de Conseil et Dépistage Volontaire et Anonyme du VIH dans le contexte de santé de la reproduction*, Guide "pas à pas" pour les planificateurs de programmes, les responsables et les prestataires de services, UNFPA & IPPF, 2004.

<sup>xvi</sup> *Répondre aux besoins en matière de santé sexuelle et de la reproduction des personnes vivant avec le VIH*. Institut Guttmacher, ONUSIDA, UNFPA, OMS, Engender Health, IPPF, ICW & GNP+, In Brief, série 2006, N° 6.

<sup>xvii</sup> *Une porte vers l'intégration*, UNFPA, IPPF, ONUSIDA, OMS, à paraître.

<sup>xviii</sup> *Choix reproductifs et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH – Instrument de conseil*, OMS, 2006.

<sup>xix</sup> *Instrument d'évaluation rapide des relations entre santé sexuelle et de la reproduction et VIH/SIDA : Guide général*, ICW, GNP+, IPPF, ONUSIDA, UNFPA, OMS, Young Positives, 2008.

<sup>xx</sup> *Haïti : Analyse de la situation du pays*. ONUSIDA, 2007. <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/haïti.asp>

<sup>xxi</sup> Jean S.S., Pape J.W.; Verdier R-I.; Reed G.W.; Hutto C.; Johnson W.D. & Wright P.F., The natural history of human immunodeficiency virus 1 infection in Haitian infants. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 1999, Vol 18 Edition 1, pp 58–63.

<sup>xxii</sup> Deschamps MM. *Impact of MTCT-Plus on PMTCT, and Survival of HIV Positive Pregnant Women and Infants at GHESKIO Center*. Présentation sur poster, 13<sup>e</sup> conférence internationale sur le SIDA, Durban, Afrique du Sud, 9–14 juillet 2000.

<sup>xxiii</sup> Observation du GHESKIO : sur les 496 femmes enceintes séropositives qui ont participé au programme pilote de prévention de la transmission de la mère à l'enfant entre 1999 et 2004, N=56 (11 %) savaient qu'elles étaient séropositives, ont souhaité une grossesse et sont tombées enceintes, et ont été suivies à la clinique VIH.

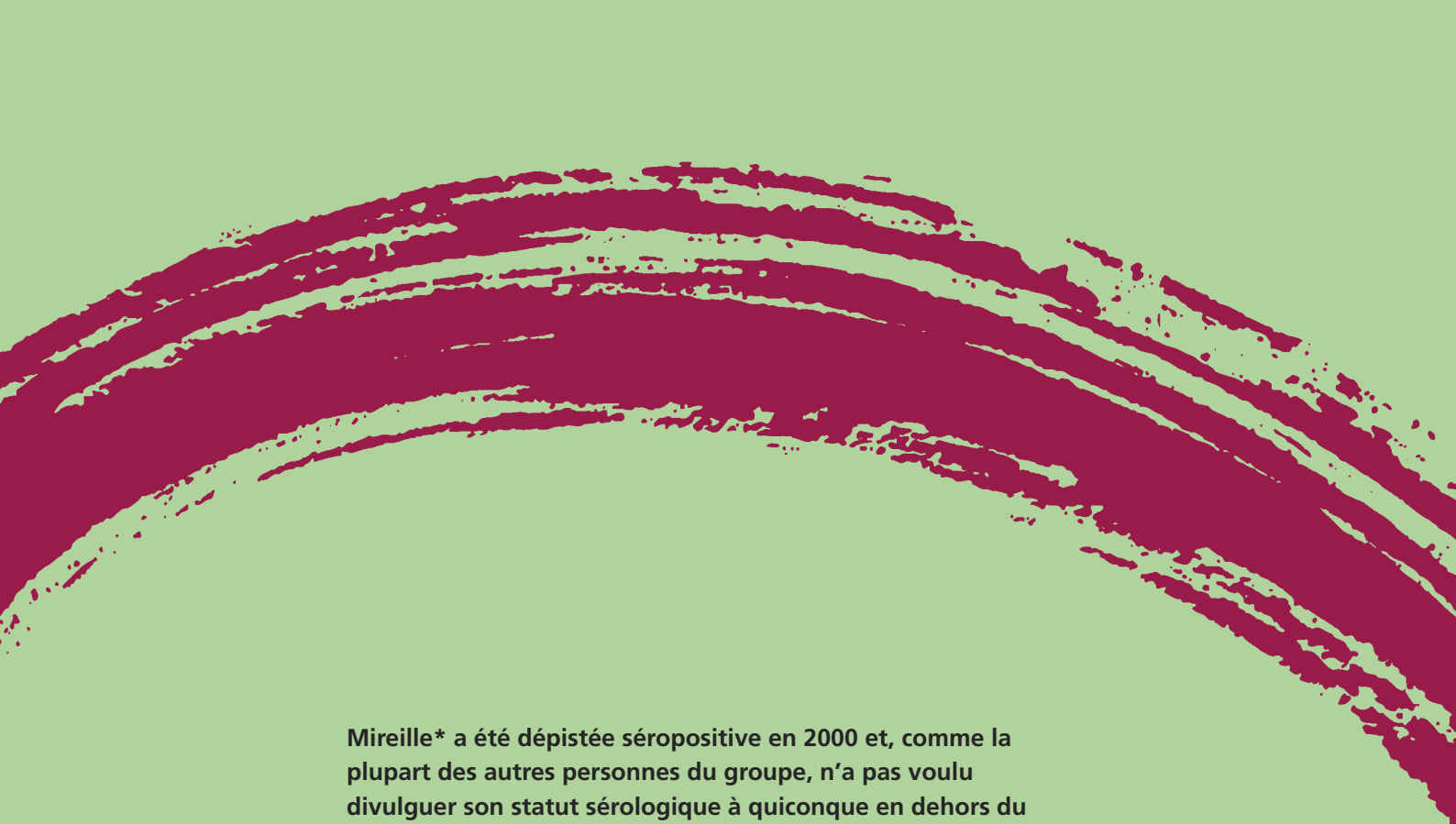
<sup>xxiv</sup> *Consultation Glion sur le renforcement des liens entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH/SIDA : Planification familiale et VIH/SIDA chez les femmes et les enfants*, OMS & UNFPA, 2006.

<sup>xxv</sup> Le nom a été modifié afin de respecter la confidentialité.

<sup>xxvi</sup> Peck R., Fitzgerald D.W., Liautaud B. et al. The feasibility, demand and effect of integrating primary care services with HIV voluntary counselling and testing. Analyse sur 15 années de la situation en Haïti, 1985–2000. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2003, 33(4) pp 470–475.

<sup>xxvii</sup> GRET est une organisation qui s'efforce de contribuer au développement durable et équitable et de réduire la pauvreté et les inégalités structurelles. Visitez le site Web [www.gret.org](http://www.gret.org)





Mireille\* a été dépistée séropositive en 2000 et, comme la plupart des autres personnes du groupe, n'a pas voulu divulguer son statut sérologique à quiconque en dehors du groupe par peur de subir la stigmatisation et d'être abandonnée par son partenaire. Mireille élève six enfants. Elle suit une thérapie antirétrovirale et a réussi à prendre ses médicaments afin d'empêcher que son cadet ne soit infecté par le VIH aussi secrètement qu'elle parvient à suivre son traitement régulier (toutes les femmes ne font pas part de leur statut sérologique à leur(s) partenaire(s) ou aux autres membres de leur famille). Les conditions ne sont pas faciles, mais Mireille fait preuve de détermination.

\* Le nom a été modifié afin de respecter la confidentialité

