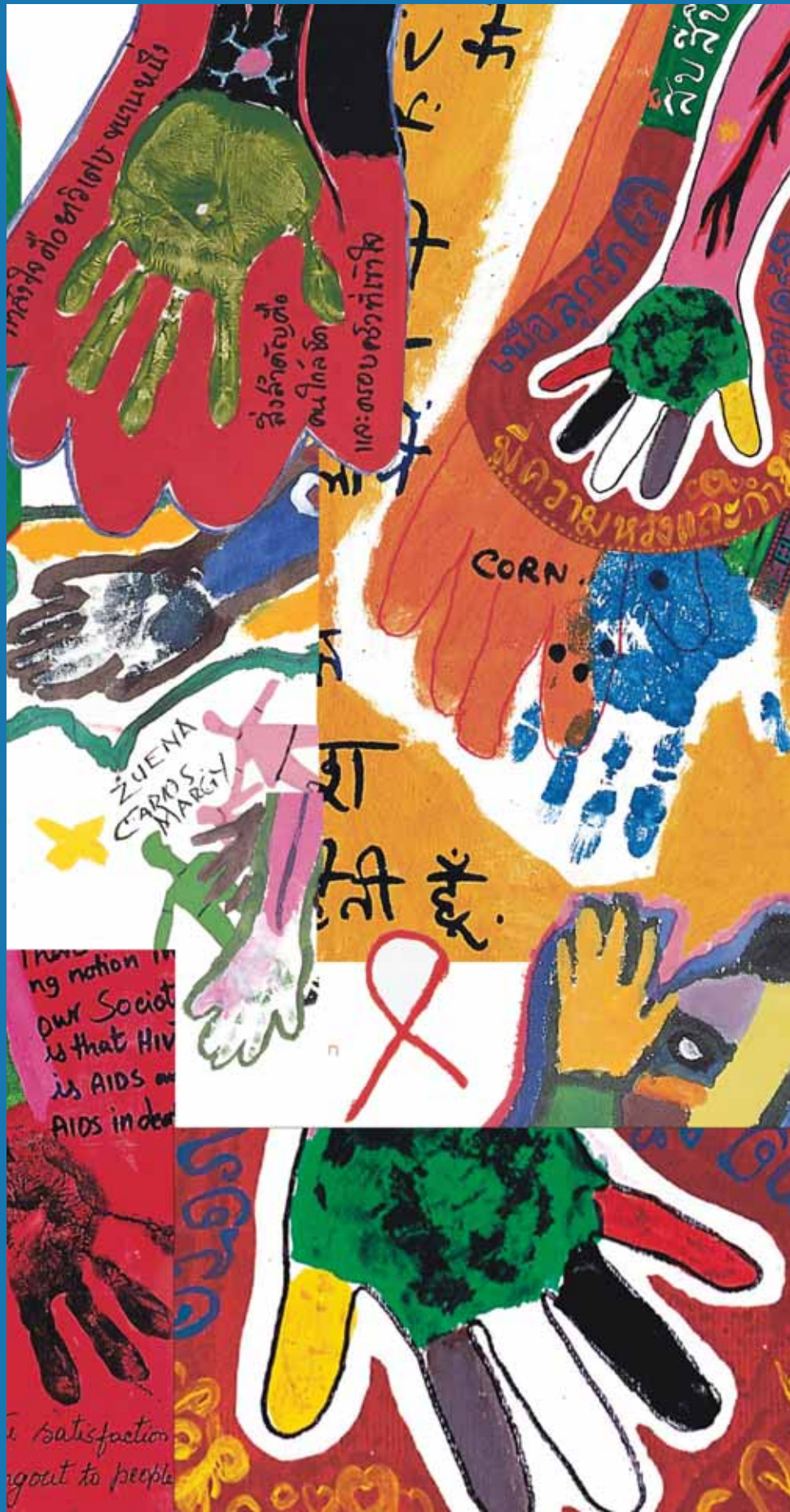




ENGENDERHEALTH



International Community of
Women Living with HIV and AIDS



Santé sexuelle et reproductive des femmes et adolescentes VIH+ :

Manuel pour les formateurs et responsables de programme

www.engenderhealth.org
www.icw.org

Santé sexuelle et
reproductive des
femmes et
adolescentes VIH+ :

**Manuel pour les
formateurs et
responsables de programme**



© 2006 EngenderHealth. Tous droits réservés.

EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone: 212-561-8000
Fax: 212-561-8067
e-mail: info@engenderhealth.org

Citation suggérée : EngenderHealth et la Communauté Internationale des Femmes Vivant avec le VIH/SIDA (CIF). 2006. *Santé sexuelle et reproductive des femmes et adolescentes VIH+ : Manuel pour les formateurs et responsables de programme*. New York et Londres.

Couverture : The Trust for Indigenous Culture and Health (TICAH)



La couverture est un collage de mains de femmes VIH+ d'Afrique et d'Asie qui ont peint des cartes sur leur corps dans le cadre d'un projet en cours du TICAH appelé "Nos Corps Positifs : Cartographier notre Traitement, Partager nos Stratégies". Le projet TICAH, qui est basé à Nairobi, Kenya, partage des cartes de corps, des histoires de traitement, des récits de mort, et des stratégies de traitement nutritionnel et herbal dans le cadre de leur projet "Ecouter Ceux qui le Vivent". Le projet TICAH vise à influencer les politiques et programmes de SIDA pour les amener à mieux répondre aux désirs, besoins, pouvoirs et réalités des femmes. Le projet TICAH est en partenariat avec Point of View (Inde) et avec des groupes de soutien aux femmes et enfants positifs en Inde, en Thaïlande et au Kenya dans ce travail. Le projet TICAH invite toute personne désireuse d'obtenir plus d'informations à visiter son site Web ou à écrire à listening@ticahealth.org.



Table des matières

Remerciements	v
Abréviations et acronymes	vii
Préface	ix
Introduction au curriculum de formation	xiii
Session 1 : Vue d'ensemble	1
Session 2 : Informations de base sur le VIH et le SIDA	5
Session 3 : Explorer les croyances, valeurs, et attitudes sur le VIH et le SIDA	7
Session 4 : Compétences et approches fondamentales de counseling	11
Session 5 : Vulnérabilité de la santé reproductive et sexuelle des femmes et adolescentes VIH+	17
Session 6 : Prise en charge du stigmatisme et de la discrimination contre le VIH et le SIDA dans la structure sanitaire	25
Session 7 : Droits reproductifs et sexuels des femmes et adolescentes VIH+	33
Session 8 : Appuyer la prise de décision volontaire et informée des clients	37
Session 9 : Ethiques dans le counseling	41
Session 10 : Dispenser un soutien psychosocial pour un diagnostic positif	45
Session 11 : Divulgarion du VIH	49
Session 12 : Prise en charge de la sexualité avec les femmes et adolescentes VIH+	53
Session 13 : Améliorer l'aptitude d'un client à percevoir le risque	59
Session 14 : Sexualité des adolescentes, grossesse, et VIH/SIDA	65
Session 15 : Conseiller les adolescentes VIH+ sur la santé reproductive et sexuelle	69
Session 16 : Soins complets de SSR des femmes et adolescentes VIH+	75
Session 17 : Les besoins de planification familiale des femmes et adolescentes VIH+ (notamment la double protection, la grossesse et la maternité sans risque)	79
Session 18 : Counseling de SSR intégrée pour les femmes et adolescentes VIH+	83
Session 19 : Session de clôture	89
Annexes	
Annexe A : Modèle de programme de formation en quatre jours	93
Annexe B : Questionnaires pré-test et post-test	95
Annexe C : Les prospectus du participant	103
Annexe D : Fiche d'évaluation du participant	163
Annexe E : Ressources supplémentaires	167

Annexe F :	Fiche de données de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+	169
Annexe G :	Planifier les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA	187

Remerciements

EngenderHealth et la Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW) voudraient remercier les personnes suivantes pour leur contribution à ce manuel : Emma Bell et Paul Perchal, les principaux rédacteurs ; EngenderHealth, ICW, et les Ministères de la Santé du Brésil, de l’Ethiopie, et de l’Ukraine (où le projet initial qui a abouti à l’élaboration de ce manuel a été démarré) ; pour leur soutien et éclairages constants, notamment Sharone Beatty, Silvani Arruda, Dr. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, Márcia Santana, Dr. Beyeberu Assefa, Dr. Ephrem Kassaye, Yengusnesh Taddese, Dr. Oksana Babenko, Dr. Chayka Volodymyr, Dr. Galyna Adamova, Alice Welbourn, Promise Mthembu, Luisa Orza, et Fiona Hale ; Susan Rhodes, Dr. Damien Wohlfahrt, Sharone Beatty, Silvani Arruda, Dr. Beyeberu Assefa, et Dr. Oksana Babenko, Jane Cottingham, et Dr. Manjula Lusti-Navsimhan pour avoir examiné les premières ébauches du manuel ; et Sharone Beatty, Silvani Arruda, Adriana Gomez, Marcos Nascimento, Narda Nery Tebet, Márcia Santana, Dr. Beyeberu Assefa, Dr. Ephrem Kassaye, Yengusnesh Taddese, Dr. Oksana Babenko, Valentyna Kvashenko, et le Dr. Galyna Adamova, pour leur assistance avec les tests de terrain.

Des remerciements spéciaux sont adressés aux réseaux de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivants dans chaque pays pour leur soutien et participation continus dans l’élaboration et les tests de terrain du manuel : Club Svitanok/Réseau Ukrainien des PVVIH, Ukraine ; Pela Vidda Niterói, Brésil ; Mekdim Ethiopia National Association, Ethiopie, et Dawn of Hope, Association des Personnes Vivant avec le VIH, Ethiopie.

Nos remerciements vont également au Trust for Indigenous Culture and Health (TICAH), pour nous avoir permis d’utiliser l’image de la couverture. Ce collage montre les mains de femmes VIH+ d’Asie et d’Afrique qui ont peint des cartes sur leur corps dans le cadre d’un projet en cours du TICAH appelé “Nos Corps Positifs : Cartographier notre Traitement, Partager nos Stratégies.”

Diana Quick-Groh et Suzanne Lee ont édités le manuscrit, Cassandra Cook a conçu et composé le manuel, et Michael Klitsch a dirigé le processus d’édition/production dans son ensemble.

Abréviations et acronymes

ANC	Soins anténatals
ARV	Antirétroviral
AZT	Azidothymidine (zidovudine)
CDV	Counseling et dépistage volontaire
CIPD	La conférence internationale sur la population et le développement
DIU	Dispositif intra-utérin
FHI	Family Health International
GPS	Guide d'examen de la prestation des services
HAART	Thérapie antirétrovirale très active
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
ICP	Interaction entre client et prestataire
ICW	Communauté Internationale des Femmes vivant avec le VIH/SIDA
IEC	Information, éducation et communication
IO	Infections opportunistes
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IST	Infection sexuellement transmise
ITR	Infection du tractus reproductif
L'UNFPA	Le Fonds des Nations Unies pour la population
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MIP	Maladie inflammatoire pelvienne
NVP	Nevirapine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Le Programme Commun des Nations Unies sur le SIDA
PCU	Pilule contraceptive d'urgence
PF	Planning familial
PPE	Prophylaxie post-exposition
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RCP	Réaction en chaîne polymérase
REDI	Développement de relation, exploration, prise de décision et mise en œuvre de la décision
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquis
SR	Santé reproductive
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TB	Tuberculose
TME	Transmission mère-enfant (du VIH)
UDI	Utilisateurs de drogue par injection
VIH	Virus d'immunodéficience humain
VPH	Virus du papillome humain

Les droits reproductifs et sexuels s'appliquent à tous les individus, indépendamment de leur statut de VIH. Il n'est pas rare que les droits des femmes et adolescentes VIH positifs ne soient pas reconnus, ou considérés comme une priorité. Souvent, l'inégalité de genre ainsi que certaines pratiques culturelles et sociales limitent étroitement et contrôlent parfois les décisions que les femmes et jeunes filles peuvent prendre à propos de leurs choix reproductifs et sexuels. A cause de la pauvreté, du stigmate frappant le VIH, et de la discrimination, l'accès des femmes et adolescentes VIH+ aux services et informations nécessaires est sévèrement limité, avec des conséquences difficiles.

Les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les femmes et adolescentes VIH+ sont limités dans leur portée, accès, et qualité — lorsqu'ils existent du tout. Ceci est dû, en partie, à la faible priorité donnée à de tels services, manifestant ainsi le stigmate, de même que l'inégalité de genre et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH, mais aussi aux lacunes dans la fourniture de services de santé et des barrières politiques ou juridiques contraignant l'accès aux soins.

Quelques exemples des relations existant entre le VIH, le SSR, les droits, et l'inégalité de genre sont énumérés ci-dessous, illustrant pourquoi les droits sexuels et reproductifs sont particulièrement importants pour les femmes et adolescentes VIH+, leurs partenaires et familles :

- La transmission du VIH survient essentiellement dans des rapports sexuels.
- Le dépistage du VIH se passe souvent dans les services de SSR (par exemple, dans les cliniques de soins anténatal, d'avortement, et de traitement des infections sexuellement transmises [IST]).
- Les violations des droits sexuels et reproductifs des hommes et des femmes augmentent leur vulnérabilité à l'infection du VIH, et leur statut de VIH augmente leur vulnérabilité aux violations de leurs droits reproductifs et sexuels.
- Les violations des droits sexuels et reproductifs des femmes VIH+ augmentent l'impact du VIH sur les femmes.
- Les violations affectent directement l'accès des femmes et des hommes aux services liés au VIH et leurs expériences avec ceux-ci, de même que leur aptitude à utiliser les informations et services offerts pour améliorer leur bien-être.
- La qualité et la forme des services de dépistage, traitement et soins peuvent exacerber les violations des droits sexuels et reproductifs des femmes et hommes VIH+ (par exemple, forçant une femme à essayer avec elle partenaire quand qui pourrait exacerber la violence domestique).
- Les inégalités de la société et des prestations de services de santé interagissent avec le stigmate et la discrimination entourant le VIH et le SIDA.
- Les inégalités de genre et autres augmentent les difficultés des femmes et hommes VIH+ à jouir de leurs droits de santé reproductive et sexuelle.
- La violence liée au genre augmente la vulnérabilité des femmes et adolescentes à la transmission du VIH.
- Les adolescentes ont rarement accès à des services de SR conviviaux et de qualité ; celles qui sont VIH+ sont mêmes plus aptes à subir le stigmate et la discrimination.

La communauté internationale a clairement énoncé et endossé largement les droits des individus à accéder aux services de SR, à prendre leurs propres décisions concernant les soins de SR, et à avoir l'information nécessaire pour prendre ces décisions, à travers le Programme d'action adopté en 1994 à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et à travers des revues subséquentes du Programme d'action de la CIPD.¹ Cependant, beaucoup de pays manquent encore de politiques et programmes qui protègent les droits de personnes vivant avec le VIH ou qui prennent en considération les besoins spécifiques des personnes vivant avec le SIDA.

La réalisation et la préservation des droits des femmes et adolescentes VIH+ à garantir que les services de SSR sont de la qualité et l'étendue appropriées et qu'ils sont accessibles à tous ceux qui en ont besoin. Les services de SR doivent être compréhensifs et reliés, et ils comprennent une gamme de services : le planning familial ; les soins maternels ; la prévention de la transmission mère — enfant du VIH (PTME) ; le counseling et dépistage volontaire (CDV) du VIH ; le counseling de qualité ; la violence basée sur le genre ; les informations et conseils en santé ; les soins gynécologiques, y compris le dépistage et traitement des IST ; le dépistage et traitement du cancer de l'utérus ; les options de fertilité ; l'avortement, lorsque légal ; les soins après avortement ; et les soins psychosociaux. Les agents de santé ont besoin à la fois de formation et de soutien pour éliminer le stigmatisation et la discrimination au niveau de la structure de santé et pour fournir des soins de qualité compatissants et sûrs aux femmes VIH+. En général, il faut pour une plus grande sensibilisation sur le plus grand contexte social des problèmes comme ceux affectant la sexualité, la santé sexuelle, l'accès aux soins, et la confidentialité.

La relation étroite entre les SSR et l'amélioration de la prévention, du traitement, et des soins pour le VIH/SIDA, et leur rôle en contribuant à atteindre les Objectifs de Développement du Millénaire, sont maintenant largement reconnus². Les défis se présentant aux SSR et au VIH/SIDA partagent les mêmes causes fondamentales, notamment la pauvreté, l'inégalité découlant du genre, la marginalisation, et la stigmatisation³. Par conséquent, l'accès aux services de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+ contribue à la fois à une réponse globale efficace au VIH et à la réduction des inégalités découlant du genre et de la pauvreté.

Récemment, la communauté internationale a été galvanisée pour intensifier ces liens au niveau des politiques et programmes. Spécifiquement, des indications fortes de la détermination de la communauté des SSR ainsi que du VIH/SIDA à embrasser cette approche synergique sont notamment l'Appel à l'Engagement de New York : Faire le lien entre le VIH/SIDA et la Santé Sexuelle et Reproductive⁴ ; l'Appel de Glion pour l'Action sur la Plan-

¹ CIPD. 1994. *Programme d'Action*. Télécharger le 7 septembre 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm ; des critiques subséquentes de ICPD incluent ICPD+5, téléchargé le 7 septembre 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=276, et ICPD+10, téléchargé le 7 septembre 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=226.

² Fonds des Nations Unies pour la population (L'UNFPA). Aucune date. *Millennium Development Goals and reproductive health*. New York. Télécharger le 23 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/icpd/mdgs-rh.htm.

³ L'UNFPA. Aucune date. *Linking HIV/AIDS with sexual and reproductive health*. Télécharger le 23 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/hiv/linking.htm.

⁴ L'UNFPA. 2004. *New York Call to Commitment : Linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health*. 7 Juin 2004. Téléchargé le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=195&filterListType=1.

ification Familiale et le VIH/SIDA chez les femmes et enfants⁵ ; et l'Appel à l'Action : Vers une Génération sans VIH et SIDA⁶, qui a été lancé à la suite des réunions tenues en Décembre 2005 à Abuja, Nigeria.

Tandis que l'Appel à l'Engagement de New York considère tous les domaines potentiels de convergence entre les SSR et le VIH, l'Appel à l'Action de Glion se penche sur le lien entre la planification familiale et les SSR, et principalement sur la PTME dans le cadre du VIH/SIDA. La consultation de Glion était une initiative décisive pour identifier un domaine de priorité pour lier les SSR et le VIH/SIDA, en préconisant que le moyen le plus efficace pour réduire la proportion de nourrissons qui deviennent VIH+ est de prévenir l'infection primaire du VIH chez les femmes et de prévenir la grossesse involontaire parmi les femmes VIH+.

L'engagement de la communauté internationale et des gouvernements nationaux à intégrer les interventions de PTME dans les services de santé maternelle et infantile et à renforcer les liaisons avec d'autres programmes de santé, notamment d'autres programmes de SSR et des programmes de soins, soutien et de traitement du VIH, a trouvé un écho récemment dans l'Appel à l'Action : Vers une Génération exempte du VIH et du SIDA. L'Appel à l'Action d'Abuja de Décembre 2005 note que "des programmes complets de PTME devraient inclure des stratégies pour : prévenir la transmission du VIH aux femmes ; fournir des soins de santé reproductive aux femmes vivant avec le VIH ; empêcher la transmission du VIH pendant la grossesse, le travail et l'accouchement ; et minimiser la transmission du VIH par des pratiques plus sûres à l'endroit du nourrisson"⁷.

Si l'assistance aux femmes VIH+ pour prévenir la grossesse involontaire a été reconnue comme une stratégie clé dans la PTME⁸, l'attention a été principalement dirigée sur l'enfant. Lorsque inclus comme une composante des soins globaux de SSR pour les femmes VIH et en respectant pleinement le droit de prendre des décisions de fertilité sans contrainte, la prévention des grossesses involontaires concerne autant les problèmes de santé de la femme que ceux de son enfant à naître. Cette définition holistique de la santé reproductive et sa vision complète des SSR sont au cœur des discussions autour des services de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+ dans ce manuel de formation et de programmation. A la place d'une orientation politique et programmatique sur les SSR des gens vivant avec le VIH, les recommandations cliniques contenues dans ce manuel sont basées sur la publication de l'UNFPA et de l'OMS intitulée : *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS* :

⁵ L'UNFPA. 2004. *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children*, Glion, 3-5 Mai 2004. Téléchargé le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=199&filterListType=1

⁶ L'UNFPA. 2005. *Call to action : Towards an HIV-free and AIDS-free generation*. Report of the Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) High Level Global Partners Forum, Abuja, Nigeria, 3 décembre 2005. Téléchargé le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=259&filterListType=1.

⁷ Ibid.

⁸ Les auteurs à l'unisson avec le reste de la communauté internationale reconnaissent qu'une réponse efficace de PTME nécessite une approche beaucoup plus complète sur quatre fronts, notamment la prévention de l'infection du VIH chez les filles et femmes ; la prévention des grossesses involontaires chez les femmes vivant avec le VIH ; la réduction de la transmission mère-enfant grâce aux médicaments antirétroviraux ; l'accouchement à moindre risque ; le conseil en nutrition du nouveau-né ; et la fourniture de soins, traitement et soutien aux femmes vivant avec le VIH et à leurs familles.

*Guidelines on care, treatment, and support for women living with HIV and their children in resource-constrained settings*⁹ et la publication de l'OMS : *Medical eligibility criteria for contraceptive use*¹⁰ .

Ce manuel est conçu pour fournir des informations et une structure pour une formation de quatre jours et un atelier de planification de deux jours qui permettront aux responsables de programme et agents de santé dans des contextes de ressources limitées d'offrir des soins et soutien complets et de qualité, non moralisateurs, aux femmes et adolescentes VIH+ dans le contexte local. Le manuel exhorte aussi la participation masculine et encourage une approche holistique au counseling et planification de programme intégrés de SSR qui lie les services de SSR et ceux de VIH/SIDA.

Il est basé sur les perceptions et la compréhension des questions de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+ partagées par les femmes et adolescentes VIH+ elles-mêmes, leurs partenaires masculins, les agents de santé, décideurs politiques et leaders communautaires. Cette compréhension a été acquise à travers une étude de recherche qualitative effectuée par EngenderHealth et L'UNFPA au Brésil, en Ethiopie et en Ukraine. Le manuel a été testé sur le terrain avec des gestionnaires de programme de SSR et de VIH et agents de santé au Brésil, en Ethiopie et en Ukraine, et le feedback obtenu des tests de terrain a été incorporé dans la présente version finale.

⁹ L'UNFPA et Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Genève. Téléchargé le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=297&filterListType=1.

¹⁰ OMS. 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, troisième édition*. Genève. Téléchargé le 7 Septembre 2006 à l'adresse : www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.

Introduction au curriculum de formation

Vue d'ensemble

Besoin pour ce cours

La communauté internationale a élargi sa focalisation au cours de ces dernières années pour prendre une vue holistique de la santé reproductive et sexuelle (SSR), où les prestations de services de SSR sont reliées aux services de VIH/SIDA. En conséquence de ce changement, un besoin a émergé pour une formation qui prépare les agents de santé à :

- voir le client comme une personne entière avec une gamme de besoins liés de SSR, notamment les informations, l'assistance en prise de décision, et le soutien émotionnel ;
- gérer des problèmes sensibles de sexualité avec une plus grande aisance ;
- soutenir et protéger les droits sexuels et reproductifs du client ;
- accéder plus aisément aux ressources couvrant une variété de services de SSR.

Ce programme essaie de pourvoir à ce besoin de formation de plusieurs manières uniques :

- en introduisant le concept de “conseil de SSR intégrée” ;
- en adaptant des cadres de conseil des domaines de SSR et du VIH/SIDA pour aider les agents de santé à évaluer et gérer efficacement les besoins globaux de SSR des femmes et adolescentes VIH+.

But et objectifs

Le but de cette formation est de permettre aux agents de santé de prendre en charge les besoins des femmes et adolescentes VIH+ en offrant des services complets de SSR dans leurs propres cadres particuliers de prestation de services.

Le Fonds des Nations Unies pour la population (L'UNFPA) a identifié les domaines clés suivants dans un paquet de soins globaux de SSR¹¹ :

- les services de planification familiale (PF)/espacement des naissances ;
- les soins anténatals, l'assistance spécialisée à l'accouchement, et les soins postnatals ;
- la gestion des complications et urgences obstétricales et néonatales ;
- la gestion des complications de l'avortement et la fourniture de soins après avortement ;
- la prévention et le traitement des infections du tractus reproductif (ITR) et des infections sexuellement transmises (IST), notamment le VIH/SIDA ;
- le diagnostic précoce et le traitement du cancer du sein et des cancers du tractus reproductif (hommes et femmes) ;
- la promotion, l'éducation, et le soutien pour l'allaitement exclusif¹² ;

¹¹ L'UNFPA. Aucune date. *Reproductive health services : offering essential services*. Téléchargé le 23 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/rh/services.htm.

¹² Parce que le VIH peut se transmettre à travers le lait maternel, les directives sur l'alimentation du nouveau-né pour les femmes VIH+ sont différentes de celles pour les femmes VIH-. Les ressources suivantes exposent les éléments de différence : L'UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding : Framework for priority action*. New York. Téléchargé le 23 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=156&filterListType=1.

- la prévention et le traitement approprié de la sous fertilité et de la stérilité ;
- le découragement actif des pratiques nocives, comme l'excision et les mutilations génitales féminine ;
- la SSR des adolescents ;
- la prévention et la gestion des violences découlant du genre.

Les objectifs généraux de ce programme sont de s'assurer que les participants, à la fin de la formation, auront les connaissances, attitudes, et compétences nécessaires pour exécuter les tâches clés suivantes relativement aux domaines cruciaux ci-dessus :

- aider les clients à évaluer leurs propres besoins pour une gamme de services, informations, et soutien émotionnel en SSR ;
- fournir les informations et services qui sont à la fois appropriés à l'âge et appropriés aux besoins et problèmes identifiés des clients ;
- assister les clients à prendre leurs propres décisions volontaires et informées ;
- aider les clients à développer les compétences qu'il leur faut pour exécuter ces décisions.

Justification : Pourquoi des services globaux de SSR ?

Typiquement, les clients cherchent les services de SSR pour un besoin ou problème particulier — e.g., le PF, une IST, un avortement (lorsque légal) et les soins après avortement, ou un certain aspect des soins de santé maternelle — et les agents de santé répondent typiquement à ce problème ou besoin particulier. Cependant, les gens vivant avec le VIH pourrait avoir d'autres besoins ou problèmes qui contribuent à leur problème primaire mais que ne sont jamais identifiés ou pris en charge par un prestataire de service. En ne prenant pas ces besoins en charge, les agents de santé peuvent manquer des occasions clés d'améliorer l'état de santé générale des clients. Ce problème d'occasions manquées est particulièrement sérieux dans les services de SSR, étant donné la menace potentielle pour la vie — que sont les conséquences des grossesses, des IST, et du SIDA, ainsi que le stigmatisme social associé avec le VIH et le SIDA qui s'ajoute au malaise que beaucoup d'agents de santé et clients éprouvent à discuter de ces problèmes.

En prenant une perspective plus large, et en liant les problèmes ou besoins immédiats des femmes ou adolescentes VIH+ à leur état général de santé, cette formation peut aider les agents de santé à assister leurs clients pour prévenir de potentiels problèmes de SSR. En se focalisant sur le client comme une personne entière et en considérant les facteurs à la fois internes et externes du cadre de la clinique, les agents de santé seront davantage capables d'évaluer et satisfaire les besoins d'un client. Cela aidera les femmes et adolescentes VIH+ à prendre et exécuter des décisions plus efficacement.

Approche à la formation

Ce programme présente le counseling comme une compétence de prestation de service générale qui porte sur les domaines de SSR. Il accentue les besoins globaux des clients, les droits du client, et comment le procédé de prise de décision est influencé par une combinaison de facteurs socioculturels, économiques, personnels, et de prestation de service.

Le programme principal doit être complété par des modules d'un jour qui se concentrent sur les soucis spécifiques et besoins en counseling de clients en quête de services particuliers. Ces modules peuvent être appliqués immédiatement après le cours principal ou plus tard. Une formation plus poussée — en soi même ou en conjonction avec ce cours sur les compétences fondamentales — peut être offerte dans des domaines importants à travers d'autres cours développés par EngenderHealth, la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW), L'UNFPA, et d'autres. (Voir l'annexe E, p. 167, pour une liste de ces ressources.)

Participants et formateurs

Ce cours peut être employé pour former n'importe quel agent de santé de SSR et de VIH/SIDA. Le terme d'agents de santé est ici employé pour se référer au personnel qui fournit les soins cliniques, les conseils, ou autres services d'appui sur site ou par activité d'extension. Une équipe d'au moins deux formateurs est nécessaire pour cet atelier intensif. Tandis qu'un formateur facilite une séance, l'autre peut enregistrer les informations sur une grande feuille de chevalet, surveiller le temps, aider à maintenir la discussion sur le cap des objectifs de la session, surveiller le travail des petits groupes, et participer dans les jeux de rôle démonstratifs.

Il est impératif pour les formateurs d'avoir une vaste expérience soit l'un ou l'autre en counseling ou en formation en counseling. Puisque cette formation porte sur la "liaison" de domaines différents de service, les profils des formateurs devraient se compléter les uns les autres et (autant que possible) représenter la gamme de services étant couverte dans la formation.

Ce manuel est conçu pour être utilisé par des formateurs expérimentés, compétents. S'il est vrai que le manuel contient des informations pour guider les formateurs pendant un atelier et à les assister pour prendre des décisions qui amélioreront l'expérience d'apprentissage, il est supposé que les formateurs comprennent les concepts de l'enseignements des adultes et savent comment employer une variété de techniques et méthodes de formation participatives, et comment adapter les matériels pour satisfaire les besoins des participants.

Note : Il est très vraisemblable que parmi les participants certains seront VIH positifs, suspecteront qu'ils pourraient être positifs, ou auront eu des amis ou parents qui sont positifs. Il est important de garder cela dans l'esprit pendant que la formation se déroule et d'être sensible à ces problèmes.

Comment employer ce cours

Format

Ce cours consiste en :

- une introduction pour les formateurs
- des guides détaillés de session
- des annexes contenant des matériels supplémentaires de formation et des outils de programmation

Les guides de session dans le programme ont les composantes fondamentales suivantes :

1. **Les objectifs**—Les objectifs sont les comportements mesurables, tangibles que les participants devraient avoir adopté à la fin de chaque session. Ceux-ci fournissent la base pour l'évaluation immédiate du résultat et/ou des évaluations ultérieures de suivi de la formation.
2. **Le temps**—A guideline for the anticipated length of the session.
3. **Les matériels**—Une indication pour la durée prévue de la session.
4. **La préparation préalable**—Des mesures préparatoires que les formateurs devraient accomplir avant de tenir la session.
5. **Les idées clés à véhiculer**—Un résumé des points pertinents que les participants devraient retenir de la session. (Ceux-ci devraient être exprimés pendant la session ; les formateurs peuvent employer ces points pour résumer à la fin de chaque session.)
6. **Étapes de formation**—Directives détaillées qui guident le formateur sur la manière de conduire les activités.
7. **Notes pour les formateurs/Options de formation**—Ce sont des suggestions supplémentaires sur la manière de conduire les activités.
8. **Prospectus de participant**—Ceux-ci sont préparés pour l'usage des participants et figurent dans l'Annexe C de ce manuel.
9. **Les ressources du formateur**—Certaines sessions ont un prospectus supplémentaire, un tableau, ou un graphique pour l'usage du formateur.

Les annexes contiennent des matériels et outils explicatifs qui aideront les formateurs à conduire les Étapes de formation aussi efficacement que possible, et également à dispenser des activités de suivi sur comment concevoir des interventions de programme qui relient les SSR et le VIH/SIDA. Les annexes sont notamment :

- **L'annexe A : Modèle de programme de formation en quatre jours.** Les formateurs peuvent adapter ce programme selon les besoins de leurs participants.
- **L'annexe B : Questionnaires pré-test et post-test.** Cette autoévaluation est conçue pour être administrée à la fois au début et à la fin de l'atelier. Lorsqu'il est administré au début de l'atelier, les formateurs peuvent employer les résultats pour tailler sur mesure la formation et s'adapter au mieux aux niveaux de connaissance et d'expérience des participants. Lorsqu'il est administré à la fois au début et à la fin de l'atelier, les formateurs peuvent employer le sondage pour mesurer comment les connaissances et attitudes des participants ont changé au cours de l'atelier.
- **L'annexe C : Les prospectus du participant.** Ces prospectus ont le double but de fournir aux participants les informations qu'il leur faudra pour accomplir certaines des Étapes de formation tout en leur fournissant des matériels de référence sur des sujets clés. Des copies de toutes les ressources peuvent être distribuées sous forme de manuel, au début de la formation, ou bien un prospectus particulier peut être distribué à la fin de la session concernée.
- **L'annexe D : Fiche d'évaluation du participant.** Les formateurs devraient confectionner, distribuer, et recueillir des copies de cette fiche à la fin de la formation.

- **L'annexe E : Ressources supplémentaires.** Cette annexe consiste en une liste de cours et sites Web disponibles auprès d'EngenderHealth, de l'ICW, de l'UNFPA, et d'autres organisations.
- **L'annexe F : Fiche de données de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+.** Cette annexe est une collection de prospectus adaptée de matériels de l'ICW, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et de l'UNFPA.
- **L'annexe G : Planifier les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA.** Dans cette annexe se trouvent des activités destinées aux responsables de programme et agents de santé pour les aider à planifier et concevoir des interventions de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+, notamment des fiches de travail et outils connexes pour explorer plus profondément les besoins dans leur situation et comment ceux-ci peuvent être comblés dans le processus de planification.

Préparation pour les formateurs

Il est recommandé que les formateurs revoient toute la ressource de formation (y compris les prospectus et autres matériels d'accompagnement) pour se faire une idée de quels types de sessions sont offerts, et comprendre les but, contenu, et approche du guide de formation. Les formateurs peuvent alors sélectionner les contenues des activités et domaines spécifiques qui sont plus appropriés aux besoins de leurs stagiaires.

Ils devraient alors rencontrer les administrateurs de programme de l'institution demandant ou parrainant la formation. Les administrateurs aux sites de service qui ont sollicité cette formation devraient être au courant de ses buts, objectifs, et audience visée. Ensemble, formateurs et administrateurs devraient préciser le but de la formation et confirmer le temps dévolu pour la formation.

Pendant cette visite, les formateurs devraient :

- identifier les domaines spécifiques de SSR et les groupes communautaires ou populations de clients devant être mis en exergue dans la formation ;
- identifier et programmer des modules de suivi ou des contenus de formation plus élaborés qui pourraient mieux satisfaire les besoins de formation et de fourniture de service des participants ;
- convenir des mesures de suivi de la formation, avec un chronogramme et des responsabilités attribuées (i.e., aux formateurs ou aux superviseurs de programme) ;
- identifier quels agents de santé seront inclus, de sorte qu'un échantillonnage représentatif des compétences et services soit couvert ;
- identifier quels responsables de programme assisteront aux formations, ou planifier un atelier séparé pour prendre en charge spécifiquement leurs besoins (Les superviseurs ou administrateurs n'ont pas besoin d'assister à toutes les sessions.) ;
- identifier quels personnels et responsables de programme assisteront à l'atelier de deux jours sur la planification du programme (décrit dans l'Annexe G, p. 187).

Essayer de visiter le site de service avant que l'atelier ne se tienne. Avant la formation, les formateurs devraient avoir une compréhension complète des profils des participants (notam-

ment les formations antérieures en counseling, le cas échéant), les affectations de travail, et besoins de formation. Il est recommandé que les formateurs observent les participants au travail et notent le statut actuel de prestations de services de SSR et VIH/SIDA dans leurs structures. En outre, les formateurs devraient parler avec les participants pour découvrir leurs expériences en prestations de services de SSR et/ou VIH/SIDA, en posant des questions spécifiques sur leur niveau de connaissance et leurs attitudes.

Adaptabilité transculturelle

Ce manuel de formation est destiné à une large variété de contextes culturels. Donc, les formateurs sont encouragés à adapter les sessions, y compris les études de cas et suggestions de jeux de rôle, pour refléter les besoins des participants et les normes du cadre local. Ces adaptations pourraient être de simples changements de noms de personnages ou plus complexes comme l'élaboration d'une nouvelle série de suggestions de jeux de rôle ou même des exercices neufs.

Le Genre et le VIH/SIDA

Ce manuel de formation reconnaît que les inégalités entre femmes et hommes, ainsi que les différentes normes pour le comportement sexuel des hommes et des femmes, affectent les SSR des femmes et adolescentes VIH+. En outre, le cours explore les manières dans lesquelles les violations des droits reproductifs et sexuels des femmes VIH+ impactent sur leur aptitude à accéder aux soins, traitement, et soutien. On a intégré dans tout le manuel une philosophie générale d'autonomisation des femmes et de promotion de la participation masculine, afin de réduire les barrières de genre, légales, économiques, et culturelles s'opposant aux prestations efficaces de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+.

Objectifs

- Accueillir officiellement tous les participants et présenter les participants, invités, et formateurs.
- Décrire le but et le programme.
- Créer un ensemble de “règles de base” ou “normes de groupe” par lesquelles le groupe et les formateurs s'accordent à travailler pendant la formation.
- Explorer les attentes des participants.
- Administrer le questionnaire pré-test.

Temps

90 minutes

Matériels

- copies du programme quotidien
- une grande feuille de papier montrant le programme quotidien (facultatif)
- copies du programme de quatre jours (Annexe A, avec les éventuels changements pour la présente formation basés sur son adaptation aux besoins des participants)
- copies du questionnaire pré-test (Annexe B)

Préparation préalable

1. Les orateurs invités devraient être parfaitement briefés d'avance, pour expliquer le but de la formation, et préciser la longueur et le sujet désirés pour leurs remarques d'ouverture.
2. Préparer et photocopier le programme de formation de quatre jours pour tous les invités et participants. Il est aussi utile d'avoir le programme quotidien écrit sur une grande feuille et affiché sur le mur pendant toute la journée. Il serait préférable de dégager le temps précis pour les activités, pour que les formateurs puissent avoir de la flexibilité, au besoin.
3. Préparer et photocopier le questionnaire pré-test pour le nombre de participants dans le groupe.

Idées clés à véhiculer

- Chacun dans cette formation vient avec une expérience qui est précieuse pour le processus. S'il est vrai que notre propos est de fournir et examiner certaines informations et compétences, ces quatre jours seront un processus interactif pendant lequel nous allons apprendre les uns des autres, et non seulement des formateurs.

- Le VIH et le SIDA nous affectent tous dans la communauté. Il est hautement vraisemblable que parmi les formateurs, participants, leurs amis et familles il y a des gens qui sont VIH+. Il est important de garder cela dans l'esprit à travers la formation. Toute personne décidant de s'identifier comme positif est libre de le faire. Rassurer le groupe que c'est un environnement confidentiel et sûr, et toute révélation ne devrait jamais aller au-delà du groupe.
- Le but général de cette formation est de préparer les participants à fournir des services de SSR aux femmes et adolescentes VIH+ de manière efficace, confortable, et axé autour du client. Nous ferons cela à travers une combinaison de partage d'informations, jeux de rôle, et des procéder de petit et grand groupes pour créer un environnement interactif d'apprentissage. Chaque jour va s'appuyer sur le précédent et il est vital que tout le monde s'engage à être présent pendant tous les quatre jours.
- En se focalisant sur le client comme un individu avec des droits, et en considérant des facteurs aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du cadre clinique, notamment la dynamique de genre, les agents de santé seront plus capables d'évaluer et satisfaire les besoins du client.

Étapes de formation

1. Un représentant de l'organisation "hôte" locale ouvre formellement la formation et souhaite la bienvenue aux participants, et explique le but de la formation, et présente les formateurs.
2. Après cela, les formateurs devraient faire le tour de la salle et demander à chaque participant de se présenter brièvement ainsi que sa clinique, son titre professionnel, le nombre d'années de travail dans ce domaine, et une chose (souligner et insister sur une chose seulement) qu'il ou elle espère gagner en participant dans cette formation. Enregistrer ces idées sur une grande feuille et l'afficher. (Vous pouvez vous référer à la liste pendant la session de clôture du dernier jour.)
3. Un formateur donnera un aperçu de la formation en examinant les buts et objectifs généraux pour l'atelier. (Pour la référence, voir l'Introduction, pages xiii–xviii, sur les buts de la formation et le contexte du justificatif de l'élaboration de ce cours. Les commentaires du formateur peuvent être tirés de cette introduction en fonction du profil et des intérêts des participants.) Les formateurs peuvent alors distribuer le programme pour le Jour 1 et le parcourir avec les participants. Répondre à toute question sur le programme du jour ou des quatre jours.
4. Créer un ensemble de règles de base ou normes de groupe avec les participants. Un formateur peut demander si quelqu'un dans le groupe a participé à un atelier auparavant, et si oui, ont-ils développé des règles de base ou normes de groupes au début. Si oui, demander au participant d'expliquer le but des règles de base. Si non, expliquer pourquoi des règles de base sont fixées pour :
 - créer un environnement d'apprentissage sûr pour chaque personne impliquée ;
 - avoir des attentes par écrit de comment le groupe va travailler ensemble pendant la formation ;
 - aider à faciliter l'atteinte des objectifs de la formation.

5. Demander au groupe de faire un remue-méninges sur les règles de base et de les écrire sur une grande feuille. Les règles de base suggérées sont :
 - Montrer du respect, surtout pour les différences d'opinion.
 - Parler un à la fois, de sorte que nous puissions tous entendre ce que les autres disent.
 - Eviter des conversations parallèles, parce qu'elles distraient les gens autour de vous d'entendre ce que quelqu'un d'autre dit.
 - Commencer et terminer ponctuellement.
 - Employer "je" pour votre opinion personnelle. Par exemple, essayer de dire "je crois..." au lieu de "Nous tous croyons...".
 - Si possible, participer pleinement et de manière égale. Mentionner le droit des participants de "passer" (i.e., si les gens se sentent inconfortables avec quelque chose, ils peuvent choisir de "passer" et ne pas participer dans la discussion).
 - Promettre la confidentialité. (Même si cela aura été discuté pendant la session préliminaire, c'est une bonne idée que de l'avoir sur la liste des règles de base.)
 - S'amuser. (C'est important : Permettre aux participants de savoir que s'ils vont discuter de sujets très sérieux, ils le feront de manière dynamique, donc on espère que tout le monde s'amusera en travaillant ensemble.)
 - Avoir le droit de faire des erreurs et de les reconnaître.
6. Distribuer le pré-test (qui figure dans l'Annexe B, p. 95), indiquer brièvement les différentes sections, et demander si les participants ont des questions. Donner aux participants 30 minutes pour compléter le test, avec des contrôles de temps à 10 et 20 minutes. (Dans les tests sur le terrain de ce cours, certains participants n'étaient pas capables de compléter le pré test en 30 minutes, mais tous étaient capables de finir le post-test dans ce temps.)
7. Après avoir recueilli les pré-tests, expliquer que les scores de groupe seront annoncés le lendemain. Vous n'allez pas revoir les questions du test, mais toutes les informations nécessaires pour répondre à ces questions devraient être couvertes pendant cet atelier de formation. Les pré tests eux-mêmes seront rendus à la fin de la formation, après que les participants auront subi le post-test, afin qu'ils puissent comparer leurs propres scores avant et après l'atelier.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables :

- d'expliquer les tendances dans la transmission du VIH/IST dans le contexte local et les implications de ces tendances pour les femmes, leurs enfants, et leurs partenaires ;
- de décrire les informations de base concernant la transmission du VIH et la progression de la maladie du VIH.

Temps

30 minutes

Matériels

- Prospectus du participant 2.1 : Informations de base sur le VIH et le SIDA, p. 104
- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- collection d'informations contextuelles sur le VIH et le SIDA dans votre contexte local

Préparation préalable

1. **Important** : Les formateurs devront évaluer le niveau de connaissance du groupe en ce qui concerne le VIH, le SIDA, et les IST avant de structurer cet exercice. Les formateurs devront aussi fournir aux participants des informations réelles sur les tendances et schémas de VIH, SIDA, et IST dans le contexte local (particulièrement ceux concernant les femmes et adolescentes) à partir de sources locales d'informations sur la prévalence du VIH/IST et les comportements/attitudes à risque, comme les ministères de la santé, les organisations non gouvernementales qui se concentrent sur le SIDA, ou d'autres groupes locaux. Les informations peuvent aussi être obtenues de sites Web comme ceux de l'ONUSIDA (www.unaids.org), de l'OMS (www.who.org), ou du l'UNFPA (www.unfpa.org).
2. Si possible, les participants devraient recevoir les informations contextuelles au moins une semaine avant l'atelier pour qu'ils puissent se familiariser avec le contenu. Si ce n'est pas faisable, donner les informations contextuelles aux participants au début de l'atelier et leur dire de les lire pendant leur temps libre.
3. Faire une copie des informations réelles sur le VIH et les IST pour chaque participant à partir des ressources que vous avez identifiées.

Idées clés à véhiculer

- Les informations sur le VIH et le SIDA sont sujettes au changement à mesure que les scientifiques découvrent de nouveaux faits sur les processus d'infection et de traitement. En tant qu'agents de santé, il est important d'être au diapason des informations, pour répondre aux questions des clients aussi exactement que possible.
- Il est essentiel que ces agents de santé comprennent les concepts clés sur le VIH, le SIDA, la transmission générale du VIH, la transmission spécifique du VIH chez les femmes, la transmission mère-enfant (TME), le lien important entre le VIH et les autres IST, et la progression de la maladie du VIH.
- Il est important pour les agents de santé de comprendre les schémas locaux de transmission du VIH et des IST et comment ils peuvent directement affecter des femmes, leurs enfants, et leurs partenaires.
- S'exercer à transmettre des informations réelles sur la transmission et la prévention du VIH et des IST peut aider des agents de santé à se sentir plus confortables quand ils travaillent avec de tels clients sur ces questions, et aussi renforcer les comportements de recherche de santé.
- Saisir l'essentiel de la transmission et de la progression de la maladie du VIH aidera les agents de santé à comprendre la motivation pour intégrer les services de SSR et de VIH/SIDA.

Étapes de formation

Activité A : Présentation (30 minutes)

1. Dire aux participants que vous leur fournirez certaines informations fondamentales sur la transmission du VIH et la progression de la maladie du VIH.
2. Donner aux participants une courte présentation sur les fondamentaux du VIH et du SIDA. Couvrir les points figurant dans le Prospectus du participant 2.1 : Informations de base sur le VIH et le SIDA, p. 104).
3. Distribuer des copies des informations réelles sur la situation locale du VIH et des IST à chaque participant.
4. Fournir aux participants un résumé des points clés à transmettre.

Considérations pour le facilitateur / Option de formation

Si faisable et approprié, inviter un expert extérieur sur le VIH, SIDA, et IST pour faire une courte présentation sur les points fondamentaux.

Si les connaissances de base en VIH et SIDA du groupe sont élevées, envisager de tenir la session comme une expérience pour briser la glace ou un jeu pour consolider les connaissances déjà acquises des participants. Par exemple, revoir le Prospectus du participant et développer 7 à 10 questions clés auxquelles les participants répondront. Donner un petit prix au participant qui a donné la meilleure réponse pour chaque question.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- décrire leurs croyances et valeurs sur une série de questions potentiellement sensibles liées au VIH et au SIDA ;
- partager la diversité des opinions dans le groupe ;
- démontrer leur prise de conscience de comment leurs propres croyances /valeurs influencent leurs attitudes à propos du VIH et du SIDA et comment celles-ci pourraient impacter sur leur travail ;
- expliquer des moyens de rester neutre en travaillant avec des clients, même s'ils ont des croyances et valeurs qui diffèrent de ceux des clients.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif

Préparation préalable

1. Préparer deux grandes feuilles de papier en écrivant “D'accord” sur l'une et “Pas d'accord” sur l'autre.
2. Afficher les feuilles mentionnant “D'accord” et “Pas d'accord” sur des côtés contraires de la salle, ou sur un grand mur, à quelques mètres l'une de l'autre.
3. Sélectionner 4 - 6 déclarations de la liste d'énoncés de croyances qui stimuleront la discussion dans le cadre local (voir les exemples dans les Ressources du formateur 3.1, p. 10, à la fin de cette session) et/ou créer de nouveaux énoncés, selon les besoins et intérêts particuliers de votre groupe de formation.
4. Disposer la salle de formation afin qu'il y ait un espace ouvert suffisant pour permettre aux participants de se rassembler près des feuilles avec les mentions “D'accord” et “Pas d'accord”.

Idées clés à véhiculer

- N'importe qui peut contracter le VIH ; donc, nous ne devrions pas faire des suppositions sur qui peut ou ne peut pas être VIH+.

- Les gens vivant avec le VIH ont le droit de prendre leurs propres décisions de procréation, sans aucune coercition.
- Les gens vivant avec le VIH ont le droit à une vie sexuelle satisfaisante et sans risque et à une gamme complète de services de SSR.
- Les précautions universelles ou standard¹³ sont le meilleur moyen d'assurer la prévention de la transmission du VIH dans un cadre clinique et elles peuvent aider à diminuer les craintes des agents de santé relatives à la transmission du VIH.
- Il est immoral de faire un dépistage du VIH pour une personne sans son accord, de retenir les résultats, ou de ne pas offrir un counseling pré test et post test adéquat. (La session 11 traite des questions de divulgation du VIH.)
- Les agents de santé ont l'obligation professionnelle de rester objectifs et non moralisateurs avec les clients et d'éviter de permettre que leurs croyances, valeurs, et attitudes personnelles ne deviennent des barrières à la fourniture de soins compatissants et de qualité aux clients VIH+ ou à ceux perçus comme VIH+ ou exposés au risque.
- Il n'y a aucune justification pour demander aux demandeurs d'emplois ou travailleurs de révéler leur statut de VIH ou d'exiger un dépistage du VIH. L'Organisation internationale du travail déclare dans son Code de pratiques que : "Dans un esprit de décence du travail et de respect des droits de l'homme et de la dignité des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA, il ne devrait y avoir aucune discrimination contre des travailleurs sur la base de leur statut réel ou perçu de VIH"¹⁴.

Étapes de formation

Activité A : Activité de grand groupe (45 minutes)

1. Expliquer que cet exercice nous aidera à comprendre des points de vue qui sont différents des nôtres, et à considérer comment ces croyances et attitudes sur le VIH et le SIDA pourraient affecter la manière dont nous traitons des clients. Déclarer que pour le propos de cet exercice, il n'y a aucune réponse "juste" ou "mauvaise", et nous avons tous droit à nos propres opinions. Cependant, ainsi que cet atelier de formation le soulignera, les agents de santé ont une responsabilité à s'assurer que ces croyances et attitudes n'enfreignent pas les droits des clients ou ne compromettent pas la fourniture de soins de qualité. Cet exercice aidera à révéler la gamme de vues différentes.
2. Demander aux participants de se rassembler au milieu de l'espace ouvert. Diriger leur attention sur les panneaux "D'accord" et "Pas d'accord".
3. Expliquer que vous allez lire une série d'énoncés de valeurs. Après avoir lu un énoncé à voix haute, les participants décideront s'ils sont d'accord ou pas avec l'énoncé. Ceux-là

¹³ Les précautions standard ou universelles sont de simples mesures de lutte qui réduisent le risque de transmission des agents pathogènes portés dans le sang à travers l'exposition au sang ou à des fluides corporels parmi les patients et les agents de santé. Selon le principe de "précaution universelle", le sang et les fluides corporels de toute personne devraient être considérés comme infectés par le VIH, indépendamment de son statut connu ou présumé (OMS. 2006. Universal precautions, including injection safety. Genève. Téléchargé le 14 septembre 2006 à l'adresse : www.who.int/hiv/topics/precautions/universal/en/).

¹⁴ Organisation internationale du travail. 2001. An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work. Genève. Téléchargé le 26 juin 2006 à l'adresse : www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/codelanguage.htm.

qui seront d'accord se déplaceront et se mettront sur le panneau "D'accord". Ceux-là qui ne seront pas d'accord se déplaceront et se placeront vers le panneau "Pas d'accord". Faire savoir aux participants que s'ils entendent quelque chose qui les amène à changer leur opinion pendant le cours de l'activité, ils peuvent se déplacer d'un endroit de la pièce à un autre.

4. Lire un énoncé à voix haute. Demander aux participants de se déplacer vers la zone appropriée de la pièce, selon leur opinion. Inviter des commentaires d'un ou deux participants de chaque endroit ("D'accord" ou "Pas d'accord") pour expliquer pourquoi ils ont choisi de se positionner là où ils sont.
5. Le formateur reste neutre, en offrant pas d'interprétations pour l'énoncé qui influencerait les réponses des participants. Cependant, il peut partager les informations réelles pour clarifier les choses, au besoin. Après avoir entendu un représentant de chaque position, donner aux participants l'option de changer de position s'ils le désirent. Quand les participants se déplacent, leur demander ce qui les a incité à changer position.
6. Répéter ce procédé jusqu'à l'épuisement de tous les énoncés que vous désirez soumettre à la considération du groupe.

Activité B : Discussion (15 minutes)

1. Demander aux participants de revenir à leurs places pour une discussion de groupe. Faciliter une discussion pour explorer plus profondément les différences d'opinions et de valeurs, sur la base des questions suivantes :
(Note : Si le temps est limité, fixer les priorités des questions que vous utiliserez.)
 - Qu'avez-vous ressenti pendant cet exercice ? A quoi cela vous a-t-il ressemblé ?
 - Y a-t-il eu des expressions d'opinions ou de valeurs qui vous ont surpris ?
 - Quelles déclarations ont été les plus controversées ? Pourquoi ?
 - Comment pouvez-vous expliquer les différences parmi les individus dans ce groupe ?
 - Qu'avez-vous ressenti quand les autres ont exprimé des valeurs et croyances identiques aux vôtres ? Différentes des vôtres ?
 - Un client VIH+ dans votre structure aurait-il une opinion différente sur ces problèmes ?
 - Un employé VIH+ de votre structure aurait-il une opinion différente sur ces problèmes ?
 - Pourquoi est-il important d'explorer ces problèmes ?
 - Comment les attitudes et croyances pourraient-elles affecter votre comportement envers des clients ou la manière dont vous les traitez ?
 - Comment les craintes concernant le VIH et les préjugés contre les gens vivant avec le VIH ou ceux perçus comme VIH+ ou exposés au risque influencent-elles nos croyances, attitudes, et actions ?
 - Comment est-ce que nous pouvons empêcher nos croyances et attitudes d'influencer négativement notre travail ?
 - Comment pourriez-vous prendre en charge certains de ces problèmes difficiles au niveau de votre structure médicale ?
2. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à transmettre.

Sélectionner quatre à six déclarations de croyance (à partir de la liste suivante d'options) qui stimuleront la discussion.

- C'est acceptable d'isoler les patients vivant avec le VIH dans un pavillon séparé.
- Les patients qui sont VIH+ devraient être traités de la même manière que les autres patients.
- Puisqu'il y a peu de choses que nous puissions faire pour un patient du SIDA, il vaut mieux dépenser du temps et des ressources limités sur des patients ayant des maladies curables.
- Il est tolérable de révéler le statut de VIH d'un patient à son conjoint ou ses parents proches.
- Un agent de santé devrait être beaucoup plus prudent avec les blessures par piqûre d'aiguille ou autre exposition éventuelle avec un client qui est un travailleur du sexe qu'avec une femme mariée monogame.
- Le personnel de santé devrait régulièrement subir un dépistage du VIH comme mesure pour empêcher que le personnel ne transmette le VIH aux clients.
- Le personnel de santé devrait avoir le droit de refuser de fournir des services si les matériels nécessaires pour appliquer les précautions universelles ne sont pas disponibles.
- Le personnel VIH+ devrait faire connaître leur statut de VIH à leurs collègues.
- Les médecins et infirmières vivant avec le VIH ne devraient pas être autorisés à soigner des patients.
- Une femme VIH+ ne devrait pas avoir un bébé.
- Les gens qui contractent le VIH à travers un rapport sexuel le méritent à cause de leur comportement.
- Les gens qui contractent le VIH par injection de drogues illégales le méritent à cause de leur comportement.
- Si un agent de santé a peur de contracter le VIH d'un patient, il devrait avoir le choix de ne pas voir ce patient.
- Si le test de dépistage du VIH est disponible, les agents de santé ont le droit de l'administrer à leurs clients pour connaître le statut de VIH des clients qu'ils traitent.
- Si une femme entre et dit qu'elle emploie des drogues, vous devriez vous attendre à ce qu'elle soit VIH+.
- C'est acceptable de se parler du statut de VIH d'une personne à voix haute et audible par d'autres agents de santé et clients dans la structure médicale.
- Si une femme VIH+ a déjà eu quatre enfants, elle devrait être stérilisée.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- décrire les compétences fondamentales de communication d'un conseiller efficace ;
- décrire le REDI, un cadre pour le conseil intégré en SSR ;
- identifier quels éléments de ce cadre de counseling les participants pratiquent déjà, et qui nécessiteraient davantage de formation, et rencontreraient des barrières à leurs sites de travail ;
- expliquer l'importance d'appliquer des cadres de counseling à la situation unique de chaque client ;
- expliquer l'importance de prendre en charge le contexte pour la prise de décision dans le conseil intégré en SSR ;
- décrire comment le counseling intégré en SSR fournit-il un appui à la prise de décision informée et volontaire des clients.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- Prospectus du participant 4.1 : Compétences en communication d'un conseiller efficace, p. 106
- Prospectus du participant 4.2 : Vue d'ensemble du modèle REDI de counseling, p. 109
- Ressource du formateur 4.1, p. 14

Préparation préalable

1. Préparer une grande feuille de papier avec la définition suivante du counseling intégré en SSR :

Le counseling intégré en SSR est une interaction bilatérale entre un client et un agent de santé, pour évaluer et prendre en charge les besoins, connaissances, et préoccupations de SSR en général, sans tenir compte du service de santé où ils travaillent ni de la prestation demandée par le client.

2. Préparer une grande feuille de papier avec les trois questions pour les tableaux REDI (voir Activité B, Etape 1).

3. Préparer quatre grandes feuilles, une pour chaque phase du REDI, montrant les étapes pour chaque phase et comportant des colonnes pour vérifier le statut actuel de chaque étapes (Activité B, Etape 2). Voir Ressources du formateur 4.1 : Phases du REDI, p. 14.

Idées clés à véhiculer

- Le cadre REDI (REDI est l'acronyme anglais pour le Développement de Relation, Exploration, Prise de décision, et Mise en oeuvre de la décision) est utile pour le counseling intégré en SSR : Il met l'accent sur la responsabilité du client dans la prise de décision et son exécution ; il fournit des principes pour considérer le contexte et les rapports sexuels du client ; et il prend en charge les problèmes qu'un client peut rencontrer dans l'exécution de sa décision en proposant de développer des compétences pour aider les clients à faire face à ces problèmes.
- Le REDI fournit un cadre utile, mais cela ne signifie pas qu'il doit être suivi exactement ou dans un 'ordre séquentiel pendant une session de counseling. Les cadres peuvent être utiles pour les agents de santé en leur donnant une structure pour parler avec le client, si bien que vous ne manquez pas les étapes importantes.
- Quel que soit le cadre employé pour le counseling, il est important de personnaliser les sessions. En personnalisant la discussion et en l'appliquant à la situation spécifique de client, vous pouvez aider des clients à percevoir leur vulnérabilité et risque propre, plutôt que de penser de la grossesse involontaire ou du VIH et du SIDA comme "des choses qui n'arrivent qu'aux autres".
- Pendant le counseling axé sur le client, éviter de surcharger les clients avec des informations inutiles. Pour ce faire, vous devriez d'abord examiner la situation du client et ensuite façonner la séance pour combler ses besoins et ceux de son partenaire.
- La compréhension et l'exploration du contexte de prise de décisions est critique pour aider les clients à déterminer leur risque et vulnérabilité et prendre des décisions réalistes sur leurs besoins en SSR. Cela veut dire aussi d'anticiper les résultats des décisions, comme pour dire si une décision (e.g., suggérer l'emploi du préservatif avec un partenaire) pourrait conduire à violence.

Etapes de formation

Activité A : Remue-méninges/Discussion (20 minutes)

1. Demander aux participants de nommer autant de compétences de communication d'un bon conseiller qu'ils pourront. Ecrire leurs suggestions sur une grande feuille. Au bout de 10 minutes, revoir brièvement les compétences de communication d'un bon conseiller — Prospectus du participant 4.1, p. 106 en notant les compétences que le groupe avait identifiées sur la grande feuille et en soulignant celles qu'il n'a pas mentionnées.
2. Diviser les participants en quatre groupes. (Si cela nécessite que les participants se déplacent, leur demander de prendre leurs manuels, cahiers, et crayons ou stylos avec eux.)

3. Introduire l'exercice en disant aux participants qu'ils examineront maintenant un cadre de counseling pour intégrer le PF, la sexualité, la prévention, le traitement, et les soins du VIH et des IST, la santé maternelle, les soins après avortement, le counseling, etc.
4. Souligner que dans tout counseling, le client est plus important que le cadre. Pendant les discussions et exercices suivants, ils devraient garder à l'esprit que les cadres peuvent être utiles aux agents de santé en leur donnant une structure pour parler avec le client, de sorte qu'ils ne manquent pas les étapes importantes. Cependant, le cadre est seulement utile s'il leur permet de gérer les besoins et soucis du client individuel.
5. Référer les participants au Prospectus du participant 4.2, p. 109, et leur demander de trouver la description du REDI. Revoir brièvement les phases et étapes. Noter que le cadre REDI est conçu pour intégrer le counseling en SSR parce que :
 - Il met l'accent sur les droits du client et sa responsabilité pour prendre et exécuter une décision.
 - Il fournit des principes pour considérer le contexte et les rapports sexuels du client.
 - Il prend en charge les problèmes qu'un client peut rencontrer dans l'exécution de cette décision et propose de développer des compétences pour aider les clients à faire face à ces problèmes.
6. Afficher la grande feuille de papier avec la définition du counseling intégré en SSR et demander aux participants s'ils sont d'accord avec la définition, ou s'ils ont des suggestions/additions pour rendre la définition plus claire.

Activité B : Activité de petit groupe (20 minutes)

1. Afficher la grande feuille avec les questions suivantes pour un travail de petit groupe. Expliquer que chaque groupe examinera une phase du REDI et répondra aux questions pour chaque étape :
 - Quelles étapes accomplissez-vous déjà dans votre counseling ?
 - Quelles étapes nécessiteraient plus de formation, soit la connaissance, les compétences, ou mettre les agents de santé plus à l'aise ? (Davantage de formation pourrait aussi être considéré utile pour les étapes qu'ils accomplissent déjà.)
 - Quelles étapes seraient difficiles à réaliser, et pourquoi ?
2. Attribuer une phase du REDI à chacun des quatre groupes, et distribuer les grandes feuilles préparées séparées selon la phase (voir ci-dessous).
3. Demander aux participants de se référer à la version plus détaillée du REDI sur leur prospectus pour une meilleure compréhension de chaque étape.
4. Expliquer aux participants que pour chaque étape, ils devraient revoir la description dans le Prospectus du participant 4.2, examiner ces questions, et vérifier toute case dans le tableau qui s'applique à leur cadre de travail. Il est possible qu'ils vérifient plus d'une case — ou toutes les trois cases — pour certaines étapes. S'il y a des opinions différentes dans le groupe, mettre un point d'interrogation dans la case.
5. Demander à chaque groupe de choisir un membre pour remplir le tableau pour son groupe, et un membre pour rendre compte au nom du groupe.
6. Donner aux groupes 15 minutes pour compléter leurs tableaux. Vérifier rapidement chaque groupe pour s'assurer qu'ils comprennent les instructions. Si certains groupes finissent plus tôt, ils peuvent aller sur d'autres phases du REDI et discuter de leurs réponses à ces questions entre eux.

Phases du REDI	Déjà en doing	Nécessite une formation	Difficultés anticipées
Développement de relation			
1. Accueillir le client			
2. Faire les présentations			
3. Introduire le sujet de la sexualité			
4. Assurer la confidentialité			
Exploration			
1. Explorer les besoins de SSR du client, notamment la santé sexuelle, risques, contexte, et circonstances			
2. Evaluer les connaissances du client et donner les informations, en fonction des besoins			
3. Assister le client à percevoir ou déterminer ses intentions de procréation et son risque d'IST ou risque de réinfection par le VIH			
Prise de décision			
1. Identifier les décisions que le client doit prendre			
2. Identifier les options du client et les contraintes pour chaque décision			
3. Peser les bénéfices, désavantages, contraintes, et conséquences de chacune			
4. Encourager le client à prendre ses propres décisions, reconnaissant les limitations au-delà de son contrôle			
Mise en oeuvre de la décision			
1. Faire un plan spécifique et concret pour exécuter la décision			
2. Identifier les compétences nécessaires pour le client			
3. S'entraîner aux compétences, selon les besoins, avec l'aide du prestataire			
4. Faire un plan de suivi			

Activité C : Plénière/Discussion (50 minutes)

1. En commençant avec le “Développement de relation”, demander à chaque rapporteur de groupe d’afficher la grande feuille de papier du groupe, correspondant à la phase du REDI qui lui était attribué, et d’expliquer les résultats du groupe. S’il y a des informations manquantes, demander une brève explication. Demander aussi pour une brève (cinq minutes) explication des “problèmes”. (20 minutes pour les quatre groupes)
2. Demander aux participants ce qu’ils ont appris de cet exercice. (5 minutes)
3. Faciliter une discussion en posant les questions suivantes. (15 minutes)
 - Comment ce cadre s’assure t-il que le counseling est axé autour du client ?
 - Combien de temps les agents de santé dans votre structure passent-ils généralement pour conseiller chaque client ? Pensez vous que ce cadre aide les agents de santé à travailler dans ces limites de temps ? Pensez vous que les agents de santé peuvent économiser du temps avec ce cadre Si oui, comment ? Si non, pourquoi pas ?
 - Comment le cadre prend t-il en charge le “contexte” des décisions du client ?
 - Comment ce cadre assure t-il une prise de décision informée et volontaire du client ?
4. Demander si les participants ont d’autres remarques ou questions.
5. Souligner qu’ils passeront le reste de l’atelier à développer et s’entraîner sur des compétences, à prendre en charge les problèmes d’attitudes pour les agents de santé dans le counseling en SSR et à identifier les informations clés nécessaires pour chaque domaine de prestation de services.
6. Donner au groupe un résumé des idées clés à véhiculer.

Note pour le formateur / Options de formation

Les participants devraient noter qu’ils accomplissent déjà bon nombre des étapes de counseling de SSR intégrée. Les étapes pour lesquelles ils éprouvent un besoin de surcroît de formation peuvent dépasser le cadre de cette formation. Cependant, les formateurs peuvent partager ces difficultés anticipées avec les superviseurs des participants ou avec les responsables de programme (qui peuvent participer dans cet atelier ou dans une orientation séparée), et cela peut faire partie du suivi de la formation.

Objectifs

A la fin de la session, les participants seront capables de :

- définir les termes sexe, genre, sexualité, santé sexuelle, et santé reproductive (SR) ;
- expliquer la différence entre le sexe et le genre ;
- énumérer et expliquer au moins trois causes et conséquences de problèmes de SSR des femmes VIH+ et des adolescentes vivant avec le VIH à divers stades de la vie ;
- décrire les facteurs biologiques, sociaux, culturels, économiques, de genre, et les facteurs politiques qui augmentent la vulnérabilité de SSR des femmes et adolescentes VIH+ à divers stades de leur vie.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- feuilles de papier ou fiches détaillées, 8.5 x 11 pouce (ou format A4)
- deux blocs de papillons autocollant de 3 x 4 pouce, (communément appelé “Post-It”) si disponible—un bloc rose et un bloc bleu pâle
- Prospectus du participant 5.1 : Concepts et définitions clés de SSR, p. 113

Préparation préalable

1. Sur de grandes feuilles de chevalet séparées, écrire chacun des mots suivants :
 - Sexe
 - Genre
 - Santé reproductive
 - Santé sexuelle
 - Droits sexuels et reproductifs
2. Sur des feuilles de papier 8.5 x 11 pouces ou de format A4 (ou fiches), écrire chacun des groupes d'âge suivants :
 - nourrissons et fillettes (0–9)
 - adolescentes (10–14)
 - jeunes femmes (15–24)
 - femmes adultes (25–40)
 - femmes âgées (plus de 40)

Coller chaque morceau de papier dans une rangée sur un des murs. S'assurer qu'il y a assez d'espace entre chacun pour permettre aux participants de coller leurs réponses sous chaque catégorie.

3. Ecrire les questions suivantes sur des grandes feuilles de papier séparées :
 - Quelles sortes de problèmes de SSR les femmes et adolescentes VIH+ rencontrent-elles à cette étape de leur vie ?
 - Quels sont les facteurs biologiques, sociaux, culturels, de genre, et politiques sous-jacents qui contribuent aux problèmes de SSR des femmes et adolescentes VIH+ ?
 - Quelles sont les conséquences de ces problèmes pour des femmes et adolescentes vivant avec le VIH ?

Idées clés à véhiculer

- Les définitions de la santé sexuelle et de la SR se chevauchent. Le Programme d'action¹⁵ de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) est le principal document de consensus international qui élabore les droits de SR. Le Paragraphe 7.2 de la CIPD implique donc que "les gens sont capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque et qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider si, quand et selon quelle périodicité ils le feront".
- Le Programme de la CIPD inclue la santé sexuelle dans la définition de la SR. Ainsi, par implication, les droits liés à la santé sexuelle sont couverts par la définition des droits reproductifs. Dans la réalité, les droits sexuels ont été subsumés dans les droits reproductifs, rendant plus difficiles à promouvoir et protéger ces droits, particulièrement pour les femmes, les jeunes, et les populations marginalisées (e.g., personnes vivant avec le VIH/SIDA, les travailleuses du sexe, les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et les immigrés).
- Le terme "vulnérabilité" est considéré plus approprié que celui de "risque" parce qu'il inclue des causes fondamentales qui sont largement au-delà de l'individu pour arriver au changement simplement à travers des comportements individuels (e.g., facteurs économiques, sociaux, culturels, politiques, de genre, et autres facteurs structurels qui contribuent à la transmission du VIH et des IST, la progression de la maladie du VIH, les grossesses involontaires, et les problèmes de SSR).
- Dans beaucoup de cultures, les relations inéquitables de genre se traduisent par un manque de pouvoir des femmes et filles à tous les stades de la vie, ce qui les empêche de se protéger contre les problèmes de SSR, même si elles savent que le comportement de leur partenaire peut les exposer au risque.
- Certaines femmes et filles sont aussi sexuellement violentées, exploitées, violées, et victimes de l'inceste. Puisque ces actes concernent le contrôle et le pouvoir, les agents de santé doivent aussi être sensibles aux besoins des femmes et filles qui sont dans des situations sur lesquelles elles n'ont aucun contrôle.

¹⁵ Le Conférence internationale sur la population et le développement (ICPD). 1994. *Programme of Action*. Cairo. Télécharge en 31 août 2006, à l'adresse : www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm.

- Les femmes VIH+ et leurs enfants, dont certains peuvent eux-mêmes avoir été infectés par transmission périnatale pendant la grossesse, le travail, l'accouchement, ou l'allaitement, souffrent aussi des conséquences du stigmate et de la discrimination, notamment la pauvreté, l'isolement, la mauvaise santé, et la violence. Leur accès aux soins et soutiens est parfois retardé ou limité, et certaines n'obtiennent ni soin ni soutien, puisque les ressources de leurs familles dans le cas où les deux partenaires vivent avec le VIH sont essentiellement consacrées à soigner l'homme et les enfants. En outre, si une femme est rejetée par sa famille et sa communauté, ses enfants peuvent être laissés sans tuteurs si elle meurt.
- Tous ces facteurs augmentent la vulnérabilité des femmes et adolescentes VIH+ aux préoccupations de SSR qui vont des IST-ITR aux grossesses involontaires et aux avortements dangereux.
- Il est important d'encourager la participation des hommes dans les SSR afin que les hommes adoptent des pratiques sexuelles sans risque et empêchent les grossesses involontaires, de ce fait déchargeant les femmes d'une partie du fardeau.
- Les agents de santé ne peuvent pas prendre en charge tous seuls les causes fondamentales des problèmes de SSR ; cependant, une connaissance générale des causes fondamentales les aidera à mieux comprendre le contexte de vie de leurs clients.
- Les agents de santé peuvent aider à créer un environnement propice et sûr pour les femmes et adolescentes VIH+ en vue d'explorer les moyens d'avoir des grossesses saines et sans risque et de réduire leur risque de grossesse involontaire et d'IST/ITR.

Etapes de formations

Activité A : Remue méninges/Discussion (30 minutes)

1. Demander aux participants de définir le terme "sexe". (*Note* : Préciser que vous ne parlez pas de pratiques sexuelles spécifiques comme le rapport sexuel, le sexe oral, etc.) Noter leurs idées sur la grande feuille de chevalet portant le mot "sexe". Après quelques minutes, leur demander de définir le mot "genre", en notant leurs idées sur une autre grande feuille où le mot "genre" est écrit au sommet. Répéter le même procédé pour les termes "santé sexuelle" et "santé reproductive". Coller toutes les grandes feuilles sur le mur de sorte que tous puissent les voir.
2. En vous référant au Prospectus du participant 5.1 : Concepts et Définitions Clés de SSR, p. 113, expliquer que le prospectus a une liste plus complète de termes, et examiner les définitions pour les termes suivants (*Note* : Dire aux participants qu'une séance ultérieure explorera les droits reproductifs et sexuels) :

Sexe concerne les différences biologiques entre les hommes et femmes. L'être humain naît avec un sexe masculin ou féminin avec des capacités reproductives différentes ; celles-ci sont appelés les différences de sexe¹⁶.

Genre implique comment un individu ou une société définit le "féminin" ou le "masculin". Les rôles de genre sont des attitudes, comportements, attentes, et responsabilités socialement et culturellement définies pour les hommes et femmes. L'identité de genre est la conviction intime, personnelle que chacun de nous se fait d'être

¹⁶ EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counselling for reproductive health : An integrated curriculum. Participant Handbook*. New York, p. 6.

homme ou femme ; il définit le degré auquel chaque personne s'identifie aussi comme homme, femme, ou une certaine combinaison des deux¹⁷.

Sexualité est la manière dont un individu vit l'expériences d'être un homme ou une femme. Ceci inclut des aspects biologiques et physiques de la vie (e.g., avoir des règles, être enceinte, ou avoir des rapports sexuels), ainsi que des aspects émotionnels (comme avoir des sentiments pour une autre personne) et des aspects sociaux (comme se comporter d'une manière attendue par une communauté, selon qu'on est un homme ou une femme ; cela inclut les rôles de genre)¹⁸.

Orientation sexuelle décrit les groupes généraux vers lesquels une personne peut être attirée sexuellement. L'hétérosexualité est une attraction romantique ou érotique vers les gens du sexe opposé. L'homosexualité est une attraction romantique ou érotique vers les gens du même sexe. La bisexualité est une attraction romantique ou érotique vers les gens des deux sexes¹⁹.

Santé reproductive est un état de bien-être social, mental, et physique complet, et ce n'est pas simplement l'absence de maladie ou infirmité, dans tout ce qui est lié au système reproductif et à ses fonctions et procédés. La santé reproductive implique donc que les gens ont la capacité de se reproduire et la liberté de décider de le faire, quand, et à quel rythme le faire (CIPD, Paragraphe 7.2)²⁰. Elle est basée sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et individus à décider librement et de manière responsable du nombre, de l'espacement, et du moment de naissance de leurs enfants et à avoir les informations et moyens de le faire, et le droit d'atteindre la norme la plus élevée de santé reproductive et sexuelle. Il inclut aussi leur droit à prendre des décisions de procréation libre de discrimination, coercition, et violence, comme exprimé dans les documents sur les droits humains (CIPD, Paragraphe 7.3)²¹.

Santé sexuelle inclut des aspects de la sexualité non nécessairement liés à la reproduction. Il reconnaît le fait que les gens peuvent avoir du sexe dans un but de plaisir, non seulement de reproduction, et que les gens ont des besoins de santé liés à cette activité sexuelle. La réalisation de la santé sexuelle veut dire d'avoir une vie sexuelle responsable, satisfaisante, et sans risque. L'accomplissement de la santé sexuelle nécessite une approche positive à la sexualité humaine et le respect mutuel entre partenaires. En reconnaissant la santé sexuelle — et les droits sexuels — les systèmes d'éducation et de santé peuvent aider à prévenir et traiter les conséquences de la violence sexuelle, de la coercition, et de la discrimination, et peut garantir qu'une sexualité humaine saine soit appréciée par tous et acceptée comme

¹⁷ Ibid.; voir aussi : UNAIDS Inter-Agency Task Team on Gender and HIV/AIDS. 2006. Resource pack on gender and HIV/AIDS. Téléchargé le 26 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=279&filterListType=1.

¹⁸ EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant Handbook*. New York, p. 6.

¹⁹ Ibid.

²⁰ ICPD. 1994. *Programme of Action*. Téléchargé le 26 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7.

²¹ Ibid.

²² EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counselling for reproductive health : An integrated curriculum. Participant's Handbook*. New York, p. 7.

faisant partie de leur bien-être général²². Les agences des Nations Unies adhèrent au Programme d'Action de la CIPD, que subsume la santé sexuelle dans la santé reproductive. Le Programme d'action déclare que la santé reproductive implique que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque (CIPD, Paragraphe 7.2).

Santé reproductive et sexuelle. Les définitions de la santé sexuelle et de SR se chevauchent. Afin d'éviter la confusion et s'assurer que tous les domaines sont couverts, beaucoup d'agents de santé, planificateurs, et responsables politiques emploient maintenant le terme "santé reproductive et sexuelle", qui se réfère à tout ce qui est inclus à la fois dans la santé sexuelle et dans la SR. Ce terme peut référer à un état de santé et de bien-être, à des types de services, ou à une "approche" à la fourniture des services. Les agences des Nations Unies adhèrent au Programme d'action de la CIPD, qui subsume la santé sexuelle dans la SR²³.

3. Faciliter une brève discussion de groupe sur les questions suivantes :
 - Est-ce que l'une de ces définitions surprend l'un de vous ? Si oui, demander pourquoi.
 - Quelles sont les différences entre les définitions trouvées par les participants et celles fournies ?

Activité B : Activité de petit groupe (40 minutes)

1. Diviser les participants en quatre groupes et attribuer une des quatre étapes de la vie à chaque groupe. Fournir à chaque groupe des feuilles de papier et des marqueurs de différentes couleurs.
2. Référer les participants aux questions sur la grande feuille et leur dire d'en discuter dans leurs petits groupes, et dire comment elles s'appliquent au stade de la vie qu'ils ont reçu. Demander leur d'écrire en bas sur des feuilles de papier autant de problèmes, causes de SSR, et de conséquences de la vulnérabilité de SSR des femmes et adolescentes VIH+.
3. **Problèmes** : Demander leur d'abord de faire du remue-méninges sur quels problèmes de SSR les femmes et adolescentes VIH+ ont à leur étape de vie attribuée. Les exemples sont notamment :
 - manquent d'informations.
 - ont des problèmes pour négocier l'utilisation du préservatif.
 - ont une faible estime de soi.
 - manquent d'autonomie dans la prise de décision sexuelle et reproductive.
 - sont stéréotypées comme "sexuellement immorales" ou "libertines".
 - sont présumées être des travailleuses du sexe.
 - ont des problèmes liés à la divulgation du VIH (au partenaire, à la famille, aux parents, aux enfants, aux collègues, etc.).
 - contractent des IST/ITR.
 - ont des grossesses involontaires.
 - manquent d'accès aux services de soins, traitement, et soutien du VIH/SIDA.
 - ne savent pas qu'elles sont VIH+.
 - sont contraintes à subir des avortements.
 - sont entrain de contracter le cancer.
 - ne savent pas qu'elles peuvent avoir des grossesses saines et sans risqué.

4. **Causes** : Demander aux participants de faire un remue-méninges sur les causes des problèmes de SSR pour les femmes VIH+ et adolescentes vivant avec le VIH. Expliquer que les causes peuvent aller du niveau personnel à celui de la communauté et de la société, aussi bien qu'au niveau biologique (e.g. "le manque de contrôle sur la vie sexuelle et l'incapacité à négocier l'utilisation du préservatif", "vulnérabilité biologique", "savoir qu'elles sont exposées au risque", "tabou culturels sur le sexe", "échanger le sexe pour de l'argent ou un soutien cotisation financier à cause de la pauvreté", etc.). Dire aux petits groupes que pour chaque facteur, ils devraient "creuser plus profondément" pour explorer d'autres sous facteurs ou causes. Par exemple, le facteur de "tabou culturels sur le sexe" pourrait être "les traditions culturelles sur l'abstinence ou la diminution de l'activité sexuelle pendant la période de grossesse ou de post-partum de leur partenaire", "l'acceptabilité pour le partenaire masculin d'avoir des partenaires multiples pendant la grossesse et le post-partum", "les iniquités de genre", ou "la chosification des femmes enceintes par les hommes". En cherchant plus profondément, les causes de "l'abstinence" pourraient être "des politiques culturelles", "le manque de politiques de genre", "des restrictions légales sur les droits des femmes", ou "des traditions religieuses".
5. **Conséquences** : Après avoir identifié les problèmes et causes, demander aux participants de faire un remue-méninges sur les conséquences de ces problèmes. Encourager les participants à penser aux conséquences ou résultats à différents niveaux (la famille, le système de soins de santé, l'individu, la société, la nation, l'économie, etc.). Par exemple, certaines conséquences peuvent être que "les femmes tombent malades et recherchent des traitements", "les femmes meurent", "les bébés sont infectés", "les femmes sont expulsées de leurs logements et ostracisées", ou "les femmes sont accusées d'infecter leurs partenaires masculins, causant parfois des violences". Concernant les "causes fondamentales", les petits groupes devraient examiner chaque conséquence et déterminer si d'autres conséquences peuvent résulter d'un problème particulier. Par exemple, certaines conséquences de "les femmes meurent" pourraient être "les enfants deviennent orphelins", "les communautés perdent des membres précieux", et "les familles perdent des sources de soutien".
6. Au bout de 30 minutes, tourner l'attention des groupes sur les quatre tableaux au mur mentionnant les différentes étapes de la vie. Demander aux groupes de coller leurs feuilles de papier avec les problèmes, causes, et conséquences qu'ils ont identifié sur le mur, sous l'étape de la vie qu'ils étaient chargés de discuter.

Activité C : Discussion (20 minutes)

1. Demander aux participants de déambuler dans la salle et de lire les causes fondamentales et conséquences des autres groupes collées au mur.
2. Tandis que les participants sont encore debout devant le mur, faciliter une discussion autour des questions suivantes :
 - Comment voyez-vous les problèmes de SSR des femmes et adolescentes VIH+ maintenant que nous avons fait cet exercice ?
 - Comment l'inégalité de genre contribue t-elle à ces problèmes ?
 - Les causes et conséquences diffèrent-elles à divers stades de la vie ?
 - Quelles causes pensez-vous aptes à être prises en charge dans notre travail ?
 - Comment pensez vous, si tel est le cas, que la prise en charge des "causes" affectera t-elle les "conséquences" ?

- Comment est-ce que nous pouvons prendre en charge les conséquences par notre travail ?
 - Est-il sensé de s'adresser aux conséquences sans s'adresser aux causes ?
3. Fournir aux participants un sommaire des idées essentielles à véhiculer.

Notes pour le formateur/Options de formation

Les activités suivantes sont des alternatives :

- * Comme alternative à l'Activité A : Placer deux grandes feuilles sur le mur — une étiquetée “Féminin” ; l'autre étiquetée “Masculin”. Demander à chacun dans le groupe de mentionner une activité ou un aspect qui est généralement considéré “féminin” ou “masculin”. Ecrire chacun sur un autocollant rose ou bleu (e.g., aux Etats-Unis, la couleur rose représente conventionnellement “féminin”, et bleu pâle représente “masculin”) et le coller sur la grande feuille de papier appropriée. Après avoir fait le tour de la pièce deux fois (ou trois, si le temps le permet), s'arrêter et lire chaque annotation. Décider, en groupe, si l'attribut est basé sur le sexe ou le genre (e.g. “avoir un bébé” pourrait être considéré comme basé sur le sexe ; “aimer faire des courses” serait basé sur le genre). Discuter des différences et stéréotypes qui peuvent être impliqués dans les présomptions basées sur le genre.
- * Comme alternative à l'Activité B : Commencer chaque petit groupe avec un groupe d'âge pour identifier les problèmes sur une grande feuille. Ensuite, changer de groupes d'âge pour que chaque petit groupe identifie les causes ; changer encore pour considérer les conséquences. Répéter jusqu'à ce que chaque petit groupe ait discuté de plus que d'un groupe d'âge au moins une fois.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- décrire la différence entre le stigmatisme et la discrimination ;
- décrire les types de stigmatisme que les femmes et adolescentes VIH+ éprouvent ;
- expliquer comment le stigmatisme lié au VIH et au SIDA affecte la capacité des femmes et adolescentes VIH+ à accéder aux services de santé ;
- décrire au moins deux manières de prendre en charge le stigmatisme et la discrimination au sein de la structure sanitaire.

Temps

90 minutes

Matériels :

- grandes feuilles de papier
- Ressource du formateur 6.1, p. 29
- Ressource du formateur 6.2, p. 30

Préparation préalable

1. Ecrire les définitions du stigmatisme et de la discrimination qui se trouvent dans la Ressource du formateur 6.1, p. 29, sur une grande feuille de papier.
2. Se référer à la Ressource du formateur 6.2, p. 30, et présélectionner 4–5 scénarios pour des jeux de rôle de petit groupe, selon le nombre de participants dans votre groupe.

Idées clés à véhiculer

- Le stigmatisme et la discrimination dans la communauté et dans la famille peuvent empêcher les femmes et adolescentes VIH+ d'accéder aux structures sanitaires (e.g. par crainte d'être vues par les voisins dans une clinique désignée pour le VIH, ou d'accéder aux services de santé en général sans être enceinte si ce n'est pas la norme).
- Le stigmatisme et la discrimination peuvent aussi empêcher les femmes et adolescentes VIH+ d'appliquer les traitements et conseils de santé donnés (par crainte que les voisins/familles/partenaires ne devinent leur situation).
- Le stigmatisme et la discrimination dans la structure médicale qui se manifestent souvent dans des attitudes biaisées ou le refus de fournir des services, sont une violation directe du droit des femmes et adolescentes VIH+ à des services de qualité non moralisateurs.
- Les stéréotypes de genre expose parfois les femmes et adolescentes VIH+ davantage au stigmatisme que les hommes. Par exemple, l'association du VIH avec la promiscuité et les

préjugés sociaux sur la sexualité des femmes donnent lieu à la discrimination lorsqu'elles essaient d'obtenir des services contraceptifs ou des soins anténatals.

- Dans des pays où les cliniques de soins anténatals sont le lieu principal pour le dépistage du VIH, les femmes sont plus aptes à découvrir leur statut avant leurs partenaires mâles et peuvent être blâmées pour “avoir amené le VIH dans la famille”. Dans certaines sociétés, la réticence des hommes à rechercher des soins médicaux augmente cette tendance des femmes à faire (ou subir) un dépistage et d'être la première à faire la divulgation.
- L'inégalité de genre peut laisser les femmes en situation de plus grande vulnérabilité devant l'obligation de la divulgation précoce et involontaire. Par exemple, elles peuvent devoir obtenir la permission ou le soutien financier de partenaires ou membres de la famille masculin pour accéder aux services.
- Le recours à la responsabilité des hommes pour la prévention de l'infection du VIH peut être un atout puissant dans le programme préventif : “Les hommes sont impliqués dans presque chaque transmission du virus. Ils ont aussi le pouvoir d'arrêter cette mode de transmission, étant donné l'influence écrasante qu'ils exercent dans les relations sexuelles”²⁴.
- La combinaison de ces expériences peut empêcher les femmes et adolescentes VIH+ d'utiliser les services de santé, notamment les services de prévention de la transmission mère - enfant (PTME), et d'améliorer leur santé et bien-être. Par exemple, une fois que les femmes et adolescentes ont accès au traitement, leur adhésion pourrait être inhibée par le risque de divulgation ; si une femme suit le conseil de nourrir le nourrisson au biberon, cette action pourrait conduire les gens dans la communauté à supposer qu'elle est VIH+²⁵.
- Il est impératif de reconnaître et prendre en charge le stigmatisme et la discrimination à la fois dans la structure médicale et dans la communauté, et de protéger les droits humains du client afin de promouvoir la sécurité et l'acceptation sociale des femmes, hommes, et enfants VIH+.

Étapes de formation

Activité A : Discussion (45 minutes)

1. Demander aux participants de définir le stigmatisme, et leur demander des exemples.
2. Demander aux participants de définir la discrimination et d'en donner des exemples. Les encourager à puiser à partir de leur expérience.
3. Afficher les définitions du stigmatisme et de la discrimination sur le mur et demander aux participants s'ils y souscrivent.
4. Demander aux participants pourquoi le stigmatisme est attaché au VIH et pourquoi les femmes et adolescentes VIH+ subissent ce stigmatisme différemment des hommes et adoles-

²⁴ L'UNFPA. *Population Issues ; Preventing HIV Infection, Male Involvement in Preventing HIV Infection*. Téléchargé le 26 juin 2006 de : www.unfpa.org/hiv/strategic/enabling.htm.

²⁵ L'UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding : A guide for health-care managers and supervisors*. Téléchargé le 26 Juin 2006 de : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterListType=1 ; OMS. Aucun date. *Child and adolescent health and development, nutrition : Infant and young child, hiv and infant feeding*. Téléchargé le 26 juin 2006 de www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm ; et UNICEF. Aucun date. *Nutrition : Infant feeding and HIV*. Téléchargé le 26 juin 2006 de www.unicef.org/nutrition/23964_infantfeeding.html.

cents VIH+. Demander aux participants des exemples pour chacun des deux cas et les encourager à puiser dans leur expérience.

5. Demander aux participants de donner des exemples de comment le stigmatisme lié au VIH mène à la discrimination. Les encourager à regarder tous les niveaux (e.g., dans la communauté ; dans les familles, au centre de santé, et les médias ; et dans les institutions, telles que l'église et le gouvernement, etc.).
6. Discuter de comment le stigmatisme et la discrimination liés au VIH pourraient inhiber la capacité d'une femme ou adolescente à accéder aux soins de santé. (Employer des questions sondes pour la communauté.) Vous pouvez obtenir les réponses suivantes :
 - la crainte de dire à leur famille/partenaire ;
 - la crainte d'être vue à la clinique par quelqu'un qu'ils connaissent ;
 - la crainte de connaître un des agents de santé ;
 - le refus ;
 - des soucis à propos de la grossesse et de TME ;
 - souci de transmettre le VIH à d'autres ;
 - souci pour la maladie et la mort ;
 - la crainte de la violence, ou d'abandon par un partenaire ou la famille ;
 - la crainte de révéler le statut de VIH à l'agent de santé ;
 - souci pour la confidentialité ;
 - la crainte de perdre son travail si d'autres découvrent qu'elles vivent avec le VIH ;
 - la crainte de perdre le soutien social et familial ;
 - les soucis pour maintenir la santé et questions sur l'espérance de vie ;
 - la crainte de subir le stigmatisme et la discrimination dans la structure de santé.
7. Discuter de comment le stigmatisme et la discrimination liés au VIH dans le cadre de la structure de santé impactent sur la qualité des soins en posant les questions suivantes :
 - Existe-t-il un stigmatisme lié au VIH et au SIDA dans votre communauté et/ou dans la structure sanitaire où vous travaillez ? Si oui, comment y est-il exprimé ?
 - Comment la discrimination affecte-t-elle la qualité des soins pour les femmes et adolescentes VIH+ qui viennent dans votre structure de santé ?

Activité B : Pratique de jeux de rôles (45 minutes)

1. Attribuer à chaque groupe un scénario sélectionné dans la Ressource du formateur 6.2 (ci-dessous), p. 30. Dire aux groupes qu'ils développeront un jeu de rôles autour du scénario et leur donner les instructions supplémentaires suivantes :
 - Choisir une personne dans chaque groupe pour jouer le rôle du conseiller, du client, et celui de l'observateur.
 - Supposer que le jeu de rôle se passe dans une structure de santé. Le client est venu voir le conseiller ou a été référé. L'observateur aide à développer le jeu de rôle, observe un jeu, et donne ses réactions (feedback).
 - L'objectif du jeu de rôle est d'examiner le stigmatisme et la discrimination subis par le client et comment les prendre en charge.

- Donner aux groupes 15–20 minutes pour les jeux de rôle dans leurs petits groupes. Si le groupe est capable de compléter un tour de jeu de rôle, demander aux membres du groupe de changer de rôles de sorte que tout le monde ait une chance de jouer soit le rôle du conseiller ou celui du client.
2. Au bout de 15–20 minutes, faire un débriefing du jeu de rôle en facilitant une discussion de grand groupe sur les questions suivantes :
 - Quelle était la source de la discrimination dans votre scénario ?
 - Est-ce que le conseiller a su gérer la discrimination ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - Y a-t-il quelque chose d'autre qu'il aurait pu faire ?
 3. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Notes pour le formateur / Options de formation

Si le temps le permet, une autre discussion pourrait être déclenchée par l'anecdote suivante, rapportée par la Communauté Internationale des Femmes Vivant avec le VIH/SIDA (ICW) : *“Nous affrontons un problème commun à savoir que nos époux ou partenaires ont tendance à nous forcer à leur donner notre dose d'ARV, alors qu'ils n'ont pas fait de dépistage de VIH et qu'ils ne connaissent pas leur numérotation de CD4. Ils ne veulent pas aller au dépistage alors qu'ils présentent tous les symptômes du VIH. Même si nous refusons, ils trouveront l'endroit où nous gardons nos médicaments et les voleront”.*

Cette anecdote illustre comment la crainte du stigmatisme et la discrimination empêchent souvent les hommes de faire le dépistage du VIH et d'accéder à un traitement ARV eux-mêmes et augmentent la vulnérabilité des femmes VIH+ face à la progression de la maladie et à d'autres problèmes potentiels de SSR.



Stigmate renvoie à des attitudes et croyances défavorables à l'encontre de quelqu'un ou quelque chose — habituellement c'est une construction de la culture. Les attitudes stigmatisantes sont dirigées contre les gens ayant le VIH et contre les comportements censés avoir causé l'infection. Les gens qui sont souvent déjà socialement marginalisés — les pauvres, les populations indigènes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les DIU, et les travailleurs du sexe commercial — portent fréquemment le fardeau le plus lourd de la stigmatisation liée au VIH/SIDA. Les gens qui sont infectés du VIH sont souvent supposés être membres de ces groupes, qu'ils le soient ou non.

Discrimination, qui peut être exprimée à la fois comme des attitudes négatives ou des actions ou comportements particuliers, est souvent décrite comme une distinction qui est faite au sujet d'une personne et qui se traduit par un traitement injuste et inique à cause de leur appartenance réelle, ou supposée à un groupe particulier. Par exemple, le stigmate peut causer des préjugés et une discrimination active à l'encontre de personnes qui vivent réellement, ou sont simplement perçus comme vivant avec le VIH, et contre des personnes et groupes sociaux. La discrimination est souvent définie en utilisant le langage des droits humains et des attributions dans divers domaines, notamment les soins de santé, l'emploi, le système juridique, la sécurité sociale, et la vie reproductive et familiale.

Sources :

EngenderHealth. 2004. *Formation pour les agents de santé : Réduire le stigmate et la discrimination liés au VIH et au SIDA*. New York.

OMS/CDC. 2004. *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH*, Paquet de formation générique, pp. 5-2 et 5-3.



Scénarios (basés sur des expériences rapportées de femmes vivant avec le VIH)

1. “J’avais été à un hôpital, et l’on m’a dit de me faire placer un DIU [dispositif intra-utérin]. Quand je suis allée pour la mise en place, ils ne m’ont pas permis de l’employer parce que je ne vivais pas en permanence avec mon partenaire sexuel. Ils m’ont demandé pourquoi je devrais m’embêter à l’utiliser. Alors, quand ils ont vérifié mon dossier médical et appris que j’avais le VIH, ils ont dit ‘Oh! Celle là est infectée! Les femmes infectées du VIH ne devraient pas l’employer’. Ils ont dit cela comme si les personnes infectées ne devraient recevoir aucun service”.
2. “Il semble que maintenant ils savent dans l’hôpital que je suis séropositive, ils veulent se tenir aussi loin de moi que possible. Je suis malade et j’ai besoin de soins, mais ils me laissent seule, ils n’aiment pas me toucher, et je me sens abandonnée”.
3. “Les infirmières m’ont conseillé de ne plus faire d’enfants. J’ai accouché deux années plus tard, mais mon époux est devenu malade et il est mort du SIDA dans la même année. Les infirmières m’ont crié dessus pour demander pourquoi je n’avais pas écouté leur conseil”.
4. “Je ne veux pas avoir pas un enfant à ce stade et j’ai demandé que ma grossesse soit terminée. Les médecins ont accepté la terminaison seulement à condition que j’accepte d’être stérilisée. Je n’ai aucun choix. Je dois accepter l’attitude moralisatrice du personnel de santé, notamment le fait qu’ils ne croient pas qu’une femme ayant le VIH puisse tomber enceinte”.
5. “J’ai eu des difficultés à accéder à l’Acyclovir dans les hôpitaux et cliniques de la localité. Ayant vécu avec l’herpès depuis longtemps, j’en connais le symptôme quand il est sur le point d’apparaître à la surface de ma peau. Les médecins ne me donneront le traitement jusqu’à ce qu’il se manifeste, ce qui dans la plupart des cas pourrait survenir pendant le week-end et avant que vous n’ayez la chance de voir le docteur ; il est inutile de prendre le médicament parce que le virus à ce stade suit son cours, ce qui est douloureux et embarrassant. La prise de médicament aussitôt que les symptômes apparaissent arrête le développement des plaies, etc. Mais les docteurs refusent de nous écouter”.
6. “Je connais mon corps et je voudrais que les docteurs puissent comprendre cela. Un docteur m’a mise sous régime prophylactique et mon docteur habituel l’a arrêté, et il m’a demandé si je savais combien c’était coûteux pour l’hôpital de me fournir les médicaments. On nous dit de chercher une aide médicale aussitôt que possible, mais la réalité est que l’équipe médicale retarde le procédé, ce qui entraîne que notre situation de santé reproductive et sexuelle se dégrade”.
7. “Le docteur m’a dit : vous êtes en situation illégale et que vous n’avez pas les bons documents. Je ne peux pas vous donner le traitement qu’il vous faut. Je m’inquiète d’être déportée” (déclaration d’une immigrée VIH+).
8. “Je n’ai pas cherché de traitement à cause des attitudes négatives des agents de santé. J’ai l’impression qu’ils pourraient penser que je suis indigne des soins et je crains de perdre mes enfants” (déclaration d’une DIU).



9. “Je suis enceinte et j’ai 16 ans. Je connais seulement mon école et la communauté locale. Je ne suis pas autorisé à sortir en tant que jeune femme, seul les hommes le sont parce que c’est dangereux. Comment savoir ce qu’il faut demander à la clinique ? Nous ne pouvons pas affirmer nos droits parce que nous ne connaissons pas nos droits”.
10. “Les femmes sont très embarrassées, surtout quand le docteur est un homme. Nous sommes gênées. Si une femme se présente [la consultation] est faite par un homme, elle peut ne pas revenir. Avec les médecins, il est difficile de dire c’est mon corps, je sais ce que je sens et ce qui est bon pour moi”.
11. “Les programmes vous poussent à faire des révélations et vous êtes menacée. Ils vous disent, ‘Vous tuez d’autres, et pouvez aller devant un tribunal et en prison’”.

Source : ICW. 2006. Interviews non publiées avec des membres de l’ICW.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- énoncer une plus grande compréhension des réalités dans lesquelles les femmes et adolescentes VIH+ vivent leurs vies ;
- expliquer le concept de droits, spécifiquement les droits sexuels et reproductifs, et les interactions entre les droits et différents aspects des choix de SSR des femmes et adolescentes VIH+.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- stylos
- fiches jaunes et bleues
- Prospectus du participant 7.1 : Vue d'ensemble des droits sexuels et reproductifs, p. 117 (qui comprend la liste des droits fondamentaux de l'homme)
- Prospectus du participant 7.2 : Témoignages de femmes et adolescentes VIH+, p. 122

Préparation préalable

1. Ecrire les exemples de droits reproductifs et sexuels à partir du Prospectus du participant 7.1, p. 117, sur une grande feuille.
2. Présélectionner quatre à cinq témoignages du Prospectus du participant 7.2, selon le nombre de participants. Les témoignages sont pris de *Dream and Desires* (2004), une publication de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) et de l'ICW²⁶ ; des témoignages de membres et employés de l'ICW ; et du bulletin de l'ICW. Vous pouvez décider d'employer les témoignages fournis, trouver ceux qui sont plus spécifiques au contexte, ou adapter ceux contenus dans les publications. Faire plusieurs copies des témoignages choisis de sorte que chaque membre du groupe puisse lire le témoignage lui-même.
3. Cela donne de bons résultats de contacter un réseau ou une organisation locale de personnes vivant avec le VIH/SIDA pour inviter une femme vivant avec le VIH à diriger cette

²⁶ Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) et Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW). 2004. *Dreams & desires : Sexual and reproductive health experiences of HIV positive women*. Londres. Téléchargé le 26 juin 2006 sur : <http://content.ippf.org/output/ORG/files/5306.pdf>.

séance session. Donnez lui le plan de cette séance ainsi que le prospectus pour lui donner des idées et l'aider à voir ce que vous voulez couvrir.

4. Découvrir si le pays où la formation a lieu est signataire du Programme d'action de la CIPD.

Idées clés à véhiculer

- Les droits de l'homme fournissent le cadre légal dans lequel les lois, politiques, et services nationaux devraient être formulés et surveillés, ainsi qu'une approche pour concevoir les politiques et programmes.
- Si le concept de droits de l'homme dans la théorie inclue les droits reproductifs et sexuels des PVVIH et autre populations clés vulnérables, dans la pratique il y a beaucoup d'exemples de politiques et lois nationales qui limitent sévèrement ces droits. La plupart des pays à travers le monde ont adopté certaines lois et politiques liées au VIH et au SIDA ; cependant, certains parmi eux ont la réputation de limiter sévèrement ou d'empêcher les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA, travailleurs du sexe, DIU, hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes, les prisonniers, les immigrés, etc.
- Les droits reproductifs et sexuels sont distincts, quoique reliés. Bien que les droits sexuels soient essentiels pour le maintien des droits reproductifs, les droits sexuels des femmes et adolescentes ne devraient pas seulement être considérés dans le contexte de la reproduction. Trop souvent, les programmes pour les femmes portent sur leur rôle reproductif — avoir des enfants sains ou prévenir les grossesses involontaires. Ceci non seulement manque les femmes qui ne font pas des enfants (par exemple, filles pré pubères, femmes post-ménopausées et infertiles), mais également échoue à prendre en charge les droits de santé et sexuelles en dehors du contexte de la reproduction.
- Beaucoup de femmes et adolescentes VIH+ désirent avoir des relations sexuelles et peuvent aussi choisir d'avoir des enfants. Elles ont les mêmes droits à la sexualité et à la reproduction que les femmes et adolescentes non affectées par le VIH- e.g., le droit d'avoir une vie sexuelle sans risque sans risque et satisfante et de décider ou non d'avoir des enfants et combien.
- L'inégalité de genre rend difficile pour les femmes et adolescentes de réaliser leurs droits sexuels et reproductifs, mais le stigmata et la discrimination entourant le statut de VIH+ interagit avec l'inégalité de genre pour augmenter les obstacles à la réalisation de ces droits.
- Avec un environnement légal et politique favorable, les femmes et adolescentes VIH+ peuvent jouir pleinement de leurs droits sexuels et reproductifs.

Etapes de formation

Activité A : Activité de petit groupe (30 minutes)

1. Expliquer que les participants exploreront des questions de droits humains et de droits reproductifs et sexuels relativement aux femmes et adolescentes VIH+. Diviser les participants en quatre ou cinq groupes.

2. Distribuer un témoignage à chaque groupe (avec assez de copies pour permettre à chaque membre du groupe de lire individuellement). Donner à chaque groupe une grande feuille de papier et des marqueurs, et demander à chaque groupe de choisir un préposé à la prise de note. Après que tout le monde ait eu le temps de lire le témoignage reçu, demander aux participants de considérer, dans leurs groupes :
 - Quelles pressions ou problèmes les femmes ou adolescentes VIH+ ont-elles rencontrées ?
 - Quelles sources d'aide leur étaient disponibles ?
 - Qu'est ce qui complique les difficultés ? qu'est qui les aideraient davantage ?
3. Demander à chaque groupe de préparer un bref résumé de leur discussion.
4. Faciliter (ou faire faciliter par l'orateur invité) les rapports des petits groupes au grand groupe. Les aspects que les participants devraient identifier et énumérer sur la grande feuille de papier sont notamment :
 - le stigmatisme et la discrimination dans la famille, la société, et dans le centre de santé, et leur conséquences ;
 - les violations des droits humains ;
 - ne pas être capable de faire des choix informés ;
 - pressions familiales pour se comporter ou ne pas se comporter d'une certaine manière, surtout en ce qui concerne des droits reproductifs et sexuels ;
 - les problèmes liés à l'image corporelle, aux désirs sexuels, ou au désir d'avoir des enfants ;
 - les problèmes autour de la divulgation, particulièrement liés aux choix reproductifs et sexuels ;
 - les soucis pour d'autres membres de la famille, surtout chez les couples VIH discordants (i.e., couples où une personne est VIH+ et l'autre est VIH-) ;
 - groupes de soutien ;
 - réseaux sociaux, notamment la famille ;
 - accès au condom et au préservatif féminin ;
 - accès au traitement ;
 - avoir des grossesses saines ;
 - l'expérience d'avoir des enfants sains et VIH- ;
 - bonnes et mauvaises expériences de traitement moralisateur et non moralisateur par des agents de santé ;
 - les rapports sexuels forcés ou d'autres formes de violence et abus concernant la négociation des rapports sexuels.

Activité B : Discussion (60 minutes)

1. Faciliter une discussion en demandant aux participants les questions suivantes :
 - Quels sont les droits humains ?
 - Quels sont les droits reproductifs et sexuels ?
 - Qui est responsable du respect, de la protection, et de la réalisation des droits humains ? Des droits reproductifs et sexuels ?

2. Afficher la grande feuille énumérant des exemples de droits reproductifs et sexuels du Prospectus du participant 7.1, p. 117, sur le mur et examiner les droits. (*Note* : Quand un pays signe un accord sur les droits humains et reproductifs, il incombe à ce pays de traduire ses engagements au niveau international en politiques et lois nationales qui promeuvent et protègent les droits de ses populations, y compris les personnes vivant avec le VIH.)
3. Demander à chaque participant d'écrire sur plusieurs fiches jaunes les droits qu'il ou elle exerce ou aimerait exercer. Demander aux participants de placer chacune à un côté du droit sur la grande feuille qui à leur avis le protège. Jeter les duplicatas.
4. Référer le groupe aux exemples de droits reproductifs et sexuels. Expliquer que la CIPD était le premier document international à définir les droits reproductifs, et si en tant que déclaration il n'est pas juridiquement obligatoire comme un traité, néanmoins la plupart des gouvernements ont énoncé leur soutien pour la CIPD. Si le pays où la formation a lieu est signataire du Programme d'action de la CIPD, discuter de son statut actuel dans le pays.
5. Demander à chaque participant d'écrire sur plusieurs cartes bleues les droits reproductifs et sexuels qui ont été violés/respectés dans les témoignages de l'activité précédente. Demander aux participants de placer chacun à côté du droit sur la grande feuille qui à leur avis le protège.
6. Se référant au Prospectus du participant 7.1, p. 117, discuter des obstacles à la réalisation de ces droits. Dire aux participants qu'une séance ultérieure explorera comment les autres politiques et lois nationales peuvent entraver la réalisation des droits reproductifs et sexuels.
7. Faciliter une discussion de grand groupe basée sur les questions suivantes :
 - Quelles sont les conséquences de la violation des droits des femmes et adolescentes VIH+ sur leur santé reproductive et sexuelle ?
 - Quels droits doivent être respectés pour que les femmes et adolescentes VIH+ réalisent leurs droits sexuels et reproductifs ? Et vice-versa comment le respect des droits reproductifs et sexuels les aide-t-elles à réaliser d'autres droits ? Vous pourriez mentionner la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination contre les femmes (CEDAW) de 1979, un traité international qui protège une gamme de droits des femmes.
 - Quel est le rôle des participants selon eux-mêmes, dans l'aide donnée aux femmes et adolescentes VIH+ pour protéger et réaliser leurs droits sexuels et reproductifs ? Dire aux participants que cet aspect sera davantage exploré dans des séances ultérieures.
8. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Notes pour le formateur/Options de formation

Six témoignages sont fournis dans le paquet de formation (Prospectus du participant 7.2, p. 122). S'ils ne sont pas suffisants ou considérés non pertinents, d'autres peuvent être trouvés dans *le Bulletin de l'ICW*, la publication de l'IPPF *Dreams and Desires*, ou à partir de sources locales.

Alternativement, le formateur peut sauter l'Activité A, et diviser les participants en petits groupes pour l'Activité C. Cela permettra plus de discussions en petit groupe.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- expliquer ce que veut dire la prise de décision volontaire et informée ;
- décrire les problèmes rencontrés par les femmes et adolescentes VIH+ pour prendre et exécuter des décisions aussi bien dans la structure de santé qu'en dehors de celle-ci ;
- expliquer au moins deux manières de donner un appui aux clients dans leur prise de décision ;
- expliquer l'importance des références et du suivi.

Temps

60 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- stylos
- réserve de fiches (8.5 x 11 pouces ou A4) de quatre couleurs différentes (vertes, bleues, roses, et jaunes, si disponibles)
- Prospectus du participant 8.1 : La prise de décision volontaire et informée, p. 131

Préparation préalable

1. Découper huit figures de femmes avec les cartes (environ six pouces de hauteur) avec les fiches roses et écrire un des termes suivants sur chaque figure découpée (alternativement, utiliser huit images de femmes et adolescentes tirées d'archives ou de magazines, et placer des étiquettes sur elles avec un des huit termes ci-dessous, sur chaque image) :
 - rapports sexuels
 - contraception
 - avortement
 - dépistage et counseling du VIH
 - divulgation
 - options d'alimentation du nourrisson
 - enfants (faut-il en avoir, quand, combien)
 - stérilisation
2. Découper 30 flèches avec les fiches des de trois couleurs différentes (jaunes, bleues, et vertes) soit au total 90 flèches.

Idées clés à véhiculer

- Le programme de counseling et soutien d'un client doit être exécuté avec une compréhension des circonstances dans lesquelles la femme ou adolescente VIH+ exécutera ses décisions. Les décisions prises dans la structure doivent tenir compte des obstacles dans la famille et la communauté.
- Les conseillers ne devraient pas supposer que les clients sont automatiquement capables de prendre des décisions informées et volontaires dans la structure médicale.
- Les agents de santé sont souvent vus comme des figures d'autorité. Les déséquilibres de forces entre les agents de santé et les clients peuvent empêcher les clients de demander des informations sur une gamme complète d'options, ou peuvent faire sentir aux clients qu'ils doivent être d'accord avec les suggestions que leur font les agents de santé.
- Les adolescentes et certaines clientes adultes VIH+ peuvent éprouver un plus grand déséquilibre de pouvoir lorsqu'elles sont conseillées par un agent de santé qui est une femme âgée ou un homme.
- Le processus de la prise de décision volontaire et informée a lieu en deux étapes : (1) prise de décision dans la structure médicale, et (2) l'exécution de cette décision dans le cadre de la famille et de la communauté. La deuxième étape peut être continue. Les deux étapes du processus sont affectées par les rapports de force de genre. (Par exemple, l'utilisation de la double protection, comme les préservatifs, nécessite l'accord d'un partenaire.)
- Certaines décisions de SSR que prendront les femmes et adolescentes VIH+ pourront nécessiter un counseling et soutien continu. Si l'agent de santé fournit des conseils et soutien continu ou réfère la cliente ailleurs, les visites de suivi ou les références devraient être programmées à l'avance.

Étapes de formation

Activité A: Remue-méninges/Discussion (20 minutes)

1. Demander aux participants ce que signifie l'expression "prise de décision informée".
Ecrire les idées des participants sur une grande feuille.
2. Demander aux participants ce que signifie l'expression "prise de décision volontaire".
Ecrire les idées des participants sur une grande feuille.
3. En référant le groupe au prospectus du Participant 8.1, p. 131, s'assurer que les points évoqués pendant le remue-méninges incluent les suivants :
 - Les clients sont libres de toute coercition, force ou violence ou de menace de celles-ci.
 - Des informations exactes et complètes sont présentées sur toutes les options, notamment les risques potentiels.
 - Les informations sont présentées sans préjugé.
 - Le conseiller ou agent de santé ne met pas en avant ses préférences personnelles.
 - Les situations individuelles des femmes sont explorées et prises en compte en donnant les conseils.
4. Faciliter une discussion de grand groupe sur les questions suivantes :

- Pourquoi la prise de décision informée est-elle importante ?
- Comment les participants font-ils leurs propres choix sur les problèmes de soins de santé ? Qui est impliqué ? Quels facteurs influencent leurs décisions ?

Activité B : Activité de petit groupe (20 minutes)

1. Diviser les participants en huit groupes et leur demander de faire un remue-méninges sur les types de choix de SSR que les femmes et adolescentes VIH+ pourraient faire — e.g., avoir ou non des enfants ; quel contraceptif employer ; faire ou non un avortement, si c'est légal ; être ou non stérilisée ; faire ou non un dépistage ; et divulguer ou non et à qui. Référez le groupe au Prospectus du participant 8.1, p. 131, pour d'éventuelles suggestions. S'assurer que les domaines suivants sont mentionnés :
 - les rapports sexuels
 - la contraception
 - l'avortement
 - le dépistage du VIH
 - la divulgation
 - les options d'alimentation
 - les enfants (en avoir ou non, quand, combien)
 - la stérilisation
 - les soins et traitement antirétroviraux (ARV)
 - la PTME
 - le diagnostic et traitement des IST/ITR
 - le dépistage du cancer.
2. Coller les huit découpages (ou images) de femmes sur le mur.
3. Avec les participants dans les mêmes groupes, attribuer à chaque groupe des figures découpées pour en discuter, et distribuer les flèches de différentes couleurs. Fournir les instructions supplémentaires suivantes :
 - Sur les flèches bleues, écrire les facteurs qui affectent la capacité d'une femme ou adolescente VIH+ à prendre une décision informée et volontaire concernant son choix de SSR.
 - Sur les flèches vertes, noter les différentes personnes qui influencent les décisions de fille d'une femme ou adolescente VIH+.
 - Sur les flèches jaunes, écrire ce qui peut aider les femmes et adolescentes VIH+ à gérer/résister aux pressions exercées sur elles et qui influencent leurs décisions. (Encourager les participants à penser au-delà de la structure médicale.)
4. Au bout de 15 minutes, demander aux groupes de coller les flèches vertes et bleues pointées vers la "femme" qui leur était attribuée et les flèches jaunes non pointées vers la "femme" qui leur était attribué.

Activité C : Discussion (20 minutes)

1. Faciliter une discussion de grand groupe basée sur les questions suivantes :
 - Comment les conseillers peuvent-ils aider un client à prendre une décision volontaire et informée ? Par exemple, explorer les manières dont le client pourrait discuter des prob-

lèmes avec son partenaire et/ou des membres de sa famille (penser aussi au type d'informations fournies, votre façon, l'environnement du conseiller faisant la référence).

- Dans quels domaines vous sentez vous plus capables d'aider, et dans lequel vous sentez vous impuissants d'aider ?
 - Quelles informations pouvez vous offrir à vos clients pour emporter chez eux ? Quelles informations pouvez vous utiliser pour vous aider à comprendre les besoins de SSR des femmes et adolescentes VIH+ ? Quels sont les avantages et inconvénients de ces informations ?
 - Pour quelles décisions de SSR les femmes et adolescentes VIH+ pourraient-elles nécessiter un soutien continu ? Pourquoi est-il important de programmer une visite de suivi ?
 - A qui est pouvez vous référer des clients dans votre localité, pour qu'ils obtiennent davantage de soutien ? Quels sont les avantages et inconvénients désavantages des références ?
2. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- expliquer les problèmes éthiques et légaux à considérer en fournissant des soins de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+ ;
- décrire au moins deux lois et politiques concernant le lieu de travail qui promeuvent l'accès aux services de VIH ;
- expliquer la politique nationale actuelle s'il en existe une sur la notification par un partenaire de son statut de VIH à ses contacts sexuels, et ses implications pour les femmes et adolescentes VIH+.

Temps

75 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- Prospectus du participant 9.1 : Les lois et politiques qui restreignent l'accès des femmes et adolescentes VIH+ aux soins de SSR, p. 135.

Advance Preparation

1. Examiner le Prospectus du participant 9.1.
2. Rassembler et examiner :
 - Le document ou résumé de politique nationale de VIH/SIDA sur les problèmes éthiques et juridiques (si disponible)
 - ONUSIDA/OMS : Déclaration de politique de l'ONUSIDA sur le counseling et dépistage volontaire (CDV), disponible à l'adresse www.who.int/VIH/pub/vct/annonce/en/
3. Inviter un juriste ou expert dans votre politique nationale sur le SIDA à discuter des problèmes éthiques et légaux autour du VIH/SIDA et du counseling. Demander à l'orateur invité de participer à une discussion de grand groupe qui suivra son exposé. Donner à l'orateur invité la liste préparée de questions (voir Activité de formation ci-dessous, pour la liste de questions) : Si vous sentez que d'autres questions sont plus pertinentes pour le contexte de pays, ajoutez les à la liste ou adaptez celle-ci selon le besoin.

Idées clés à véhiculer

- Les agents de santé traitent beaucoup de problèmes sensibles quand ils travaillent avec des gens vivant avec le VIH. La plupart des pays à travers le monde ont adopté certaines lois et politiques relatives au VIH et au SIDA. Les agents de santé devraient être bien informés sur les politiques et lois actuelles protégeant les droits des gens vivant avec le VIH et les appliquer dans leur travail quotidien d'une façon qui respecte l'intimité et la confidentialité du client.
- Subir ou non un dépistage du VIH est un choix personnel influencé par beaucoup de facteurs, notamment les connaissances sur le VIH, la connaissance des avantages et inconvénients du dépistage, le niveau de stigmatisation dans la communauté, le potentiel à être sujet à l'ostracisme ou la violence si le dépistage est positif, et les sentiments et idées personnelles sur le risque, la mort, et mourir, entre autres.
- Le système des NU ne cautionne pas le dépistage obligatoire des individus pour des raisons de santé publique, puisqu'il est probable que le dépistage volontaire se traduise par un changement de comportement pour éviter de transmettre le VIH à d'autres individus.
- Le dépistage du VIH ne doit pas être employé comme outil de discrimination. Les gens ne doivent pas être dépistés à leur insu ou contre leur gré, et les résultats positifs de dépistage ne doivent pas servir à refuser le traitement à quiconque pour les séparer des autres patients (sauf si c'est une nécessité clinique).
- Le CDV peut aider les femmes à adopter des comportements pour empêcher les infections des IST ou l'exposition répétée au VIH et faire des plans réalistes pour elles-mêmes et les membres de leurs familles. Pour celles ayant des résultats positifs, le CDV peut fournir des passerelles avec des programmes de traitement, soins, et soutien.
- Les couples conseillés et dépistés ensemble, qui reçoivent leurs résultats ensemble, sont plus aptes à changer leurs comportements sexuels. Les femmes ne devraient pas être forcées de participer à un counseling du couple, et les agents de santé devraient faire un effort pour comprendre la relation de la cliente avec son partenaire, particulièrement le potentiel de violence, avant de recommander le counseling du couple.
- En conseillant un couple pour un dépistage du VIH, chacun des deux individus doit consentir, séparément, à être dépisté. Le conseiller doit s'assurer que chaque personne est là de son plein gré. Au besoin, le couple devrait être séparé pendant le processus de consentement pour s'assurer que chacun prend sa propre décision informée volontaire d'être dépisté.
- Le personnel de santé ne peut pas éthiquement refuser de traiter un client qui est VIH+, et ne devrait pas retenir les procédures indiquées par crainte du risque pour eux-mêmes d'acquérir le virus. Ils peuvent se protéger de l'exposition aux organismes véhiculés par le sang et réduire leur risque professionnel d'infection du VIH en utilisant régulièrement les précautions ordinaires.
- Les attitudes et croyances des agents de santé concernant le VIH et le SIDA ne devraient pas influencer l'aptitude de la cliente à prendre des décisions informées sur ses soins. La prise de décision sur les questions de PF/SR ne devrait jamais être forcée ou dirigée.

- Les politiques de lieu de travail devraient être développées et mises en oeuvre pour protéger l'intimité et la confidentialité des clientes ainsi que des employés vivant avec le VIH et qui garantissent leur santé et bien-être et créent un environnement encourageant et sûr, à l'abri de la discrimination et du stigmate.
- Les agents de santé ne devraient jamais communiquer le statut sérologique de VIH d'une femme ou adolescente VIH+ sans son accord préalable. Si des principes nationaux de notification du partenaire existent actuellement, les agents de santé sont tenus d'expliquer ces principes aux femmes et adolescentes VIH+. Si de tels principes n'existent pas, les agents de santé devraient discuter avec chaque femme et adolescente VIH+ de la meilleure approche et du moment pour notifier les partenaires.

Etapas de formation

Activité A : Exposé de l'expert juridique (35 minutes)

1. Introduire l'orateur invité. Référer les participants au prospectus du participant 9.1, p. 135.
2. Encourager les participants à prendre des notes.
3. Distribuer à chaque participant un prospectus sur la politique nationale du SIDA (si disponible).

Activité B : Discussion (40 minutes)

1. Faciliter une discussion de grand groupe basée sur les questions suivantes. (Note : Demander seulement autant de questions que votre temps le permettra.) Alternativement, vous pouvez faire cet exercice sous forme de débat.
 - Comment le gouvernement et les organisations non gouvernementales (ONG) ont-ils travaillé pour contrer le stigmate et la discrimination contre les gens vivant avec le VIH ?
 - Devrait-il y avoir un dépistage obligatoire du VIH ?
 - Les principes éthiques et légaux sont-ils disponibles pour le personnel travaillant dans le domaine du VIH/SIDA ? Si oui, quels sont-ils et où peuvent ils être obtenus ?
 - Les principes de notification du partenaire sont-ils inclus dans les directives nationales sur le CDV ? Si non, comment les agents de santé devraient-ils gérer ce problème quand ils conseillent des clientes ?
 - Est-ce que la responsabilité des personnes VIH+ de protéger la santé sexuelle de leur partenaire, ou ces derniers ont-ils la responsabilité de protéger leur propre santé ?
 - Dans ce pays, où vont les femmes et adolescentes VIH+ pour obtenir une assistance et des conseils sur les aspects légaux du VIH et du SIDA ?
 - Quelles sont les conséquences légales de la violation de la confidentialité en soignant les femmes et adolescentes VIH+ ?
 - Qu'est qui constitue le "consentement" ?
 - Qu'est qui constitue le consentement dans le contexte du counseling pré dépistage (critères d'âge pour le consentement, qui peut consentir) ?
 - Dans quelles circonstances le consentement n'est-il exigé ?

- Dans quelles circonstances recommanderiez vous le counseling au couple ?
 - En quoi le processus du consentement pour le CDV est-il différent lorsqu'on conseille un couple ?
 - Le dépistage avant l'embauche est discriminatoire ? Est-il légal ? Est-il illégal ?
 - Devrait-il y avoir un dépistage obligatoire du VIH avant l'admission à l'université ?
 - Devrait-il y avoir un dépistage obligatoire du VIH avant le mariage ?
 - A quelles ressources clients ont-elles accès si elles sentent qu'elles ont été traitées injustement ou illégalement à cause de leur statut de VIH ?
 - Est-ce que les clientes connaissent ces ressources ? Y ont-elles accès ? Si non, pourquoi pas ?
 - A quelles ressources les employés ont-ils accès s'ils sentent qu'ils ont été traités injustement ou illégalement par leur employeur à cause de leur statut de VIH ?
 - Est-ce que les employés connaissent ces ressources ? les utilisent-ils ? Si non, pourquoi pas ?
 - Quels sont les avantages/inconvénients du dépistage obligatoire ?
 - Quelle est l'incitation à faire un dépistage pour les couples futurs mariés ?
 - Quelle est l'incitation à faire un dépistage pour les femmes enceintes ?
 - Quels sont les avantages/inconvénients pour les femmes et adolescentes à subir un dépistage du VIH ?
 - Quels sont les avantages/inconvénients pour les populations clés (e.g., travailleurs du sexe, DIU, etc.) à subir un dépistage ?
 - Quelle est la responsabilité du prestataire par opposition à la responsabilité de la cliente relativement à la notification du partenaire ? Qu'en est-il de la notification des partenaires actuels par opposition à celle des précédents partenaires ?
 - Quelle est la responsabilité du prestataire par opposition à la responsabilité de la cliente pour notifier les autres agents de santé du statut de VIH d'une cliente ?
 - Est-ce que les parents de mineurs doivent être notifiés du statut de VIH de leurs enfants mineurs ?
 - Est-il nécessaire de consigner dans le dossier de la cliente chaque discussion que vous faites sur la divulgation ou chaque encouragement que vous faites aux clientes pour qu'elles notifient leurs partenaires ?
2. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- expliquer comment donner un diagnostic positif dans un environnement aussi sûr et confortable que possible ;
- décrire les principes éthiques pour donner un diagnostic positif, notamment assurer la confidentialité et maintenir une attitude non moralisatrice ;
- expliquer au moins deux manières de répondre aux réactions et soucis possibles des femmes et adolescentes VIH+.

Temps

75 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- stylos
- fiches pour tous les participants — 1/3 devrait être jaunes et les 2/3 bleues ;

Préparation préalable

1. Ecrire sur les fiches jaunes des exemples de réactions et sur des fiches bleues soucis de femmes et adolescentes recevant un diagnostic de VIH+, notamment :
 - *Les réactions (fiches jaunes)* : la crainte, dégoût de soi, colère, solitude, pleurs, mutisme, hystérie, panique, sentiments suicidaires, négation, symptômes de choc, violence ; pour certains il peut y avoir aussi un sentiment de soulagement s'ils ont été malades pendant quelque temps et maintenant ils en savent la raison, etc.
 - *Les soucis (fiches bleues)* : la crainte de la mort, maladie, et douleur ; la crainte que d'autres le sachent ou en parlent à d'autres ; la crainte de perdre ses enfants, le foyer, le gagne-pain, les amis ; la crainte du rejet et de l'abandon ; la crainte de la violence ; la crainte de devoir divulguer ; ne pas être capable d'avoir des enfants ; ne pas être capable d'avoir des rapports sexuels ; le souci de dire aux partenaires sexuels précédents, actuels, et futurs ; protéger les partenaires sexuels ; le statut du partenaire sexuel actuel ; en cas de grossesse, la santé du fœtus ; la crainte de l'impact sur les enfants ; les soucis financiers concernant les soins et traitement, etc.
2. Envisager d'inviter une représentante de l'organisation ou du réseau local de gens vivant avec le VIH pour faciliter cette session. Il serait préférable qu'elle ait une expérience de counseling. Si vous décidez d'inviter un orateur, veiller à ce qu'il soit préalablement briefé sur les activités et objectifs de la session.

Idées clés à véhiculer

- La manière dont un diagnostic de l'infection par le VIH est donnée peut avoir un impact significatif sur comment une personne accueille son diagnostic.
- Pour beaucoup de gens le VIH peut signifier la mort ou au moins la maladie, la maltraitance, et un arrêt complet de l'activité reproductive et sexuelle. Dans des contextes où les femmes ou adolescentes sentent qu'elles déjà ont un contrôle limité sur leurs vies, un diagnostic de VIH ajout un autre niveau de réduction et de désavantage perçues dans le pouvoir de marchandage.
- Toute réaction et tout souci devraient être traités sérieusement, parce qu'ils sont fondés dans la réalité du client, réelle ou perçue.
- Les gens vivant avec le VIH peuvent vivre une vie reproductive et sexuelle satisfaisante et sans risque et ils le même droit que ceux qui ne sont pas affectés par le VIH.

Etapes de formation

Activité A : Remue-méninges (15 minutes)

1. Demander au groupe de faire un remue-méninges sur les réactions et soucis éventuels qu'une femme ou une adolescente peut éprouver quand elle reçoit un résultat de dépistage du VIH positif. Demander au groupe les questions suivantes :
 - Quelles sont les réactions vraisemblables d'une femme fille adolescente en recevant un diagnostic positif ?
 - Quels sont les soucis vraisemblables d'une femme ou adolescente en recevant un diagnostic positif ?

Activité B : Activité de petit groupe (10 minutes)

1. Diviser les participants en groupes de trois et leur donner une fiche jaune mentionnant une réaction et deux cartes bleues mentionnant des soucis. Demander aux participants de discuter :
 - Pourquoi la personne a t-elle cette réaction/ce souci ?
 - Comment dans leur rôle d'agent de santé, peuvent-ils y répondre ?

Activité C : Exercice de jeu de rôle (40 minutes)

1. Avec des participants dans les mêmes groupes, leur demander de développer un jeu de rôle sur la prise en charge d'un diagnostic positif, et leur fournir ces instructions supplémentaires :
 - Choisir une personne dans chaque groupe pour jouer le rôle du conseiller, de la cliente, et de l'observateur.
 - Supposer que l'interaction a lieu dans une structure de santé. La cliente est là pour voir l'agent de santé ou conseiller pour son résultat de dépistage du VIH et elle démontrera une des réactions ou un des soucis dont ils ont discuté dans l'activité précédente. L'observateur aide à développer le jeu de rôle, observe un tour, et donne ses réactions (*feed-*

back). Le conseiller aidera à prendre en charge et soutenir les réactions et soucis de la cliente.

- L'objectif du jeu de rôle est d'examiner comment créer un environnement de counseling sûr et confortable et répondre convenablement et sensiblement aux réactions et soucis de la cliente devant un diagnostic positif de VIH.
 - Donner aux petits groupes 30 minutes pour le jeu de rôle. Si le groupe est capable de compléter un tour de jeu de rôle, demander aux membres du groupe de changer de rôles de sorte que tout le monde ait une occasion de jouer soit le rôle du conseiller ou celui de la cliente.
2. Au bout de 30 minutes, débriefer les acteurs en posant aux groupes les questions suivantes :
 - Quels étaient les réactions et soucis de la cliente qu'ils ont exploré dans leur jeu de rôle ?
 - Quelles méthodes ont-ils trouvées plus utiles pour créer un environnement confortable et sûr et rassurer les clients ?
 - Quelles conditions sont fondamentales pour être capable de gérer un diagnostic positif de VIH ?
 3. Écrire ces conditions sur une grande feuille de papier à mesure que les groupes partagent leurs réactions.
 4. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Notes pour le formateur/ Options de formation

Si le temps le permet, demander à un groupe de se porter volontaire pour présenter son jeu de rôle au reste du groupe.

Objectifs :

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- expliquer les raisons pour lesquelles les femmes et adolescentes divulgent ou ne divulgent pas leur statut de VIH+ ;
- décrire les différents facteurs affectant la décision de divulger dans des environnements différents ;
- décrire les différents niveaux de contrôle qu'un individu possède sur sa divulgation ;
- décrire au moins deux manières de donner un soutien à la décision d'une femme ou adolescente VIH+ de divulger son statut de VIH.

Temps

90 minutes

Matériels

- feuilles de papier (8.5 x 11 pouces ou A4)
- marqueurs
- ruban adhésif
- Prospectus du participant 11.1 : Directives de divulgation, p. 137
- papillons autocollants, de plusieurs couleurs

Préparation préalable

1. Choisir des scénarios de jeu de rôle de la Ressource du formateur 6.2, p. 30.
2. Examiner "l'histoire" dans les notes du formateur à la fin de cette séance. Si vous décidez de l'utiliser pendant la formation, en faire assez de copies pour chaque participant et les distribuer.

Idées clés à véhiculer

- La divulgation n'est pas une décision ou action accomplie une fois pour toute. La Divulgation aux agents de santé, partenaires, familles, amis, communautés/voisins, et au public impliquent chaque fois des différents niveaux d'anxiété et de problèmes qui ne diminuent pas nécessairement avec le temps.
- Bien qu'il y ait des avantages à la divulgation il y a aussi des inconvénients qui peuvent être plus graves pour certaines femmes et adolescentes, comme la violence, l'abandon, et la perte de moyens de subsistance. Par conséquent, les clients ne devraient pas subir de pression pour faire une divulgation avant qu'ils ne se sentent prêts.

- Les gens qui ont été diagnostiqué VIH+ ont le droit à l'intimité ; c'est une violation de cette intimité lorsqu'il y a "Divulgarion de résultats de dépistage sans consentement"²⁷.
- En discutant de la divulgation avec les clients, le manque de contrôle d'un individu sur la divulgation doit être pris en considération et des stratégies identifiées pour aider le client à regagner autant de contrôle que possible.

Étapes de formation

Activité A : Pratique de jeu de rôle/Discussion (40 minutes)

1. Remue méninge sur les différentes personnes ou groupes de personnes à qui une femme ou adolescente VIH+ pourrait révéler son statut de VIH. Ecrire chaque suggestion sur du papier de format 8.5 x 11 pouces ou A4 et le placer sur le mur. S'assurer que le groupe identifie chacun des points suivants :
 - le/les partenaire(s)
 - la famille (mère, belle-mère, sœur, belle-sœur, etc.)
 - les amis
 - les agents de santé
 - la communauté
2. Diviser les participants en groupes de trois. Distribuer un scénario de jeu de rôle (à partir du prospectus Ressource du formateur 6.2, p. 30) à chaque groupe et leur donner les instructions suivantes.
 - Choisir une personne dans le groupe pour jouer le rôle d'une femme ou adolescente VIH+, une deuxième personne pour jouer le rôle de quelqu'un qui ignore que la femme est VIH+ (partenaire, belle-mère, collègue, nouveau dentiste, etc.), et la troisième personne pour être un observateur qui aidera à développer le jeu de rôle et qui donnera ses réactions (feedback).
 - Le participant jouant le rôle de la femme ou adolescente VIH+ s'entraîne à divulguer (ou ne pas divulguer) son statut. Si elle choisit de ne pas le divulguer, elle doit donner une autre explication pour ses actions (e.g., ne pas allaiter son bébé, ou insister sur l'utilisation du préservatif pendant les rapports).
 - Après que le participant jouant le rôle de la femme ou adolescente VIH+ a eu l'occasion de s'exercer, changer les rôles. Continuer l'entraînement et les changements de rôles aussi souvent que possible, de sorte que chaque membre du groupe puisse s'essayer au rôle de la femme VIH+. (*Note* : Certaines personnes participant à la formation se trouveront être des personnes vivant avec le VIH, et peuvent ou non être conscient de leur statut. Il peut y avoir aussi des gens qui sont VIH+ et qui saisiront cette opportunité pour partager leur propre expérience de divulgation. Rappeler aux participants la règle de base sur la confidentialité et souligner que les confidences faites dans cette formation doivent être respectées.)
3. Au bout de 20 minutes, faire un débriefing des acteurs en facilitant une discussion de grand groupe utilisant les questions suivantes :
 - Qu'avez-vous ressenti en divulguant votre statut en jouant le rôle d'une femme ou adolescente VIH+ ?

²⁷ CIF 2006. *Human rights and HIV*. Fact Sheet #9. Londres. Téléchargé le 27 Juin 2006 à l'adresse : www.icw.org/tiki-list_file_gallery.php?galleryId=1.

- Pourquoi avez vous décidé de révéler votre statut (si vous l'avez fait) ?
- Quel effet cela vous a-t-il fait de ne pas divulguer ?
- Pourquoi avez vous décidé de ne pas révéler votre statut (si telle était votre décision) ?
- Etiez-vous à l'aise de divulguer à certaines personnes et non à d'autres ?
- Etiez-vous à l'aise de divulguer dans certaines situations et non pas dans d'autres ?
- Quels sont certains facteurs qui vous mettent dans une situation où vous pourriez sentir qu'il vous fallait divulguer (une situation en dehors de votre contrôle) ?
- En quoi les problèmes concernant la divulgation sont-ils différents pour les femmes que pour les hommes ?
- Quels problèmes particuliers de divulgation les adolescentes rencontrent-elles ?
- Dans quelles autres situations une personne peut-elle être présumée VIH+ et éventuellement forcée de divulguer ? Les exemples sont notamment :
 - choisir de ne pas allaiter au sein lorsque l'allaitement au sein est culturellement accepté ;
 - ne pas avoir d'enfants dans un contexte où le nombre d'enfants d'une personne est un signe de bonne santé ;
 - montrer des signes de mauvaise santé ;
 - montrer des signes de perte ou de redistribution de poids ;
 - prendre des médicaments qui doivent être conservé en réfrigération ou pris à certaines heures de la journée ;
 - protéger l'accès du partenaire à certains services ou avantages ;
 - être l'objet de commérages ou de comportements et attitudes négatifs des agents de santé, du personnel auxiliaire, des réceptionnistes, des porteurs, etc.
- Dans quelles situations la divulgation peut-elle être hors du contrôle d'une personne ? Les exemples sont notamment :
 - l'accès à des services qui exigent plusieurs fois une divulgation du VIH ;
 - avoir une expérience de violation de confidentialité par un agent de santé, ami, ou membre de la famille, etc. ;
 - rencontrer des services ou espaces différents réservés aux femmes ou adolescentes VIH+ ;
 - vivre dans un endroit qui criminalise la non divulgation du statut de VIH ;
 - satisfaire aux conditions de travail, expérience de recherche, demandes de visa, assurance, etc. ;
 - rencontre avec des agents de santé qui sont obligés par la loi de dire aux parents ou au tuteur légal les résultats de dépistage de clients adolescents.

Activité B : Activité de petit groupe (25 minutes)

1. En se référant au Prospectus du participant 11.1, p. 137, diviser les participants en 4–5 groupes. Leur demander de développer un ensemble de principes pour les agents de santé dans leur structure de santé sur le counseling d'une femme ou adolescente VIH sur la divulgation du VIH. Les participants pourraient utiliser des exemples à partir de leurs propre travail ou à partir des exemples tirés des scénarios utilisés dans le jeu de rôle.
2. Encourager les participants à réfléchir sur les questions suivantes tandis qu'ils élaborent les principes :

- Les réalités locales dans votre communauté qui pourrait affecter la décision de divulguer ;
 - A qui, comment, et quand divulguer ;
 - Conséquences éventuelles de la divulgation ;
 - Stratégies pour accroître le niveau de contrôle de la femme ou adolescente sur sa divulgation ;
 - Eventuelles sources de soutien.
3. Au bout de 15 minutes, demander à chaque petit groupe de partager les principes qu'il a élaborés.
 4. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Notes pour le formateur/Options de formation

Pour aider à débriefer les acteurs, vous pouvez envisager d'utiliser l'histoire suivante pour illustrer la complexité de la divulgation du VIH et l'importance de le cadrer dans les questions plus larges de droits sexuels et reproductifs, notamment les droits des personnes vivant avec le VIH.

Sylvia, une jeune femme VIH+ (qui avait été infectée à la naissance), a demandé à son médecin des conseils sur les rapports sexuels avec les hommes (avant de les commencer) et sur ce qui était un comportement sûr ou à risque. Le médecin lui a dit que le sexe oral sans condom ne posait pas de problème et que les rapports pénétrants avec un condom non plus, et que dans aucun des deux cas il n'existait pas de risque suffisant de transmission pour qu'elle se sente obligée de dire à son partenaire qu'elle était VIH+. Donc, ayant recueilli le conseil de son médecin, elle s'en est tenue à ces pratiques lorsqu'elle a commencé à avoir des rapports, sans rien dire à ses partenaires sexuels. Malheureusement, elle a récemment eu des rapports avec un type et le condom s'est cassé — alors elle a immédiatement dit au type qu'elle était VIH+ et ensemble ils sont allés à un centre de santé (où il a suivi un traitement préventif pendant un mois et éventuellement fait un dépistage trois mois plus tard qui s'est avéré négatif). Heureusement, le type était réellement encourageant, mais leurs amis et même certains employés du personnel de santé (ils étaient à l'université et loin du centre de santé habituel de Sylvia), qui n'étaient pas des spécialistes du VIH, pensaient que les risques étaient beaucoup plus grands qu'ils ne l'étaient d'après l'expérience de sa spécialiste, et donc ils l'ont traité rudement pour n'avoir pas divulgué son statut d'abord. Elle ne l'avait pas divulgué parce qu'elle était nerveuse à l'idée d'un rejet de la part de son ami, et elle a pensé agir responsablement en faisant vérifier les choses d'abord avec sa spécialiste. Elle était bouleversée parce que son propre médecin ne l'avait pas prévenu de ce que pouvait être la réaction publique, en se fondant sur l'ignorance publique, et l'avait seulement informée des faits. Elle a dit que sa spécialiste a aussi reconnu après coup qu'il l'avait laissée tomber — parce qu'il n'avait pas réfléchi à toutes les conséquences d'une information sur les seuls faits scientifiques, plutôt que de discuter avec elle sur les implications d'une opinion publique mal informée.

Note : Selon l'OMS, le sexe oral est une activité à risque faible mais non nul. Pour plus d'informations sur le niveau de risque associé avec différentes activités sexuelles, se référer aux guides l'OMS, télécharger le 27 Juin 2006 à l'adresse : www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/986C9723-13B5-425F-B1ED-CD159344E088/0/Advocacy_and_Activity ; voir aussi les CDC. Pas de Date. *Prévenir la transmission sexuelle du VIH, le virus qui cause le SIDA : ce que vous devriez savoir sur le sexe oral*, téléchargé le 27 juin 2006 à l'adresse : www.cdc.gov/hiv/pubs/faq/faq19.htm.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- expliquer les problèmes que rencontrent les femmes et adolescentes VIH+ concernant leur sexualité et comment leur statut de VIH se rapporte à leur santé sexuelle et reproductive et à leur bien-être ;
- décrire les moyens de discuter de ce sujet sensible avec les femmes et adolescentes VIH+ ;
- expliquer au moins deux manières pour les agents de santé d'introduire le sujet de la sexualité avec des femmes et adolescentes VIH+.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- stylos
- fiches
- Prospectus du participant 4.1 : Compétences de communication d'un conseiller efficace, p. 106
- Prospectus du participant 4.2 : Vue d'ensemble du modèle REDI de counseling, p. 109

Préparation préalable

1. Présélectionner 15 exemples de pratiques sexuelles/coutumes de la Ressource du formateur 12.1, p. 57, et les écrire séparément sur des fiches.
2. Ecrire les questions suivantes sur une grande feuille de papier :
 - Comment chaque pratique ou coutume sexuelle représente t-elle la mesure où une femme ou adolescente possède la capacité de s'occuper de sa santé sexuelle et reproductive ainsi que son bien-être ?
 - Quels sont les points clés concernant chaque pratique ou coutume sexuelle dont ils voudraient discuter dans une séance avec un client ? (*Note du formateur* : Pour cet exercice les participants doivent examiner le but d'une discussion des points clés avec les clients.)
 - Comment pouvez-vous, en tant qu'agent de santé, introduire le sujet de la sexualité au client ? (*Note du formateur* : L'agent de santé/conseiller devra demander si la cliente a des questions sur sa sexualité. La cliente peut se sentir gênée, mais pour la mettre à l'aise, l'agent de santé/conseiller doit d'abord se sentir à l'aise lui-même pour discuter du sujet.)

- Comment pouvez vous rendre cette session plus confortable pour la cliente ? (*Note du formateur* : cela peut être utile pour eux de réfléchir sur comment eux-mêmes se sentiraient à discuter de ces questions avec leur agent de santé. Se référer aux Prospectus du participant 4.1, p. 106, et 4.2, p. 109.)
- Où pourrait une cliente trouver d'autres formes de soutien concernant la sexualité et la santé sexuelle dans votre localité ?

Idées clés à véhiculer

- La sexualité et la santé sexuelle sont directement liées à la SR. Il n'est pas possible de conseiller une cliente sur ses SSR sans discuter de la sexualité.
- Pour qu'un agent de santé puisse conseiller fructueusement une cliente, il doit se sentir à l'aise pour utiliser le vocabulaire de la sexualité et des pratiques sexuelles.
- Si les droits reproductifs et sexuels des femmes et adolescentes VIH+ ne sont pas respectés, elles sont limitées dans leur capacité à protéger leurs SSR.
- Les femmes et adolescentes VIH+ sont des êtres sexuelles et ont le droit d'exprimer leur sexualité à l'abri de la violence et de la coercition.
- Les agents de santé ont une opportunité et la responsabilité de développer les connaissances des femmes et adolescentes VIH sur leurs droits sexuels et reproductifs et d'explorer avec elles les moyens de protéger et maintenir leur santé sexuelle et reproductive et leur bien-être.
- Après avoir été diagnostiquée VIH+, une femme ou adolescente peut avoir un certain nombre de soucis sur sa sexualité et sa santé sexuelle qu'elle devrait être libre d'explorer avec l'agent de santé. Cependant, elle peut aussi être réticente à parler de ces questions. Il est important que l'agent de santé introduise le sujet de manière sensible, et non moralisatrice.

Étapes de formation

Note : Être conscient que les participants peuvent se sentir gênés de parler de ces questions en présence de collègues et membres d'un autre sexe. Le travail de groupe pourrait être fait en groupes du même sexe ou éclatés selon les tranches d'âge — ou, idéalement, selon les deux formules.

Activité A : Remue-méninges/Discussion (20 minutes)

1. Examiner avec le groupe la définition de la sexualité à partir de la Session 5.
2. Demander aux participants de donner des exemples de certaines dimensions de la sexualité, par exemple :
 - Avoir des règles, être enceinte, ou avoir des rapports sexuels, le plaisir sexuel, la santé sexuelle (anatomie, physiologie, et biochimie) ;
 - Être attiré par une autre personne, notamment l'orientation sexuelle et le plaisir et désir sexuels. (*Note* : Les exemples ne sont pas toujours exclusifs d'une catégorie — e.g., les pensées, les sentiments) ;

- Se comporter d'une manière attendue par sa communauté, selon qu'on est homme ou femme. (*Note* : Ceci inclue les rôles de genre, la prise de décision et le pouvoir dans les rapports sexuels, et la violence et la peur de la violence — e.g., les facteurs culturels et sociaux.)
3. Faciliter une discussion en demandant les questions suivantes aux participants :
- Comment les exemples ci-dessus sont-ils différemment subis par une femme ou un homme ? Par un adolescent ou adolescente ? (*Note* : Le formateur pourrait devoir souligner que seules les règles et la grossesse sont exclusives pour un sexe ; cependant, l'âge, les rôles et dynamique de genre, et les pratiques culturelles influencent comment les deux sexes vivent et expriment leur sexualité.)
 - Quelles sont certaines différences dans la manière dont une femme ou adolescente VIH+ peut vivre ou exprimer sa sexualité résultant des facteurs ci-dessus ? Par exemple, les femmes VIH+ peuvent sentir qu'en continuant de désirer et d'avoir des rapports, elles peuvent avoir moins de pouvoir de négociation dans une relation sexuelle ou bien subir des niveaux plus élevés de violence. Beaucoup de personnes se tournent vers le sexe comme réconfort en temps de stress de quelque nature, donc pour les hommes et femmes VIH+, le désir d'avoir des rapports sexuels peut être un désir naturel et posséder des vertus de guérison. Mais également beaucoup de femmes et adolescentes VIH+ croient ce que les autres leur ont dit — à savoir que vous ne devez pas avoir de rapports une fois que vous êtes séropositive — ce qui peut être très stressant s'ils éprouvent un désir sexuel.
 - Quelles questions pourrait poser une femme ou adolescente VIH+ à un conseiller concernant sa sexualité ? Par exemple, qu'est ce qui est "un rapport à moindre risque" et qu'est-ce qui ne l'est pas ? Est-il acceptable d'éprouver encore du désir sexuel ? Est-il normal de désirer (ou ne pas désirer) le sexe à partir du moment où l'on a découvert son statut de VIH ? Est-ce que la pulsion sexuelle est affectée, soit par des préoccupations de santé non traitées ou à cause des effets secondaires des traitements ARV²⁸ ?

Activité B : Exercice de jeu de rôle (40 minutes)

1. Diviser les participants en groupes de trois. Donner à chaque groupe trois fiches mentionnant des pratiques /coutumes sexuelles. Donner les instructions suivantes concernant la manière de tenir le jeu de rôle :
 - Demander aux participants de choisir une personne pour jouer le rôle d'une femme ou adolescente VIH+, une personne pour jouer le rôle du partenaire de la femme ou de la fille, et une personne pour être un observateur qui aidera à développer le jeu de rôle et qui donnera ses réactions (feedback).
 - Demander aux groupes de mettre en scène une rencontre basée sur les pratiques décrites sur leurs fiches à tour de rôle de sorte que chacun puisse jouer el rôle d'une femme ou adolescente VIH+ et celui du partenaire.
 - Demander aux participants de se référer aux Prospectus du participant 4.1, p. 106, et 4.2, p. 109, pour examiner les compétences de communication et de counseling auxquelles ils devraient s'exercer.

²⁸ L'UNFPA et OMS. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Téléchargé le 27 juin 2006 sur www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf.

2. Au bout de 30 minutes, débriefer les acteurs en facilitant une discussion axée sur les questions suivantes :
 - Quel sujet a été difficile à débattre ?
 - Quelles méthodes les gens jouant le rôle de la femme ou de l'adolescente VIH+ ont-ils trouvé pour communiquer avec leurs partenaires ?
 - Comment les partenaires ont-ils pu négocier leurs besoins/désirs chacun avec l'autre ?

Activité C : Discussion (30 minutes)

1. Faciliter une discussion de grand groupe, axée sur les questions clés suivantes :
 - Que nous apprend cet exercice sur ce que les femmes et adolescentes VIH+ ressentent lorsque les agents de santé les interrogent sur leurs pratiques sexuelles ?
 - Comment pensez vous que les valeurs et attitudes des agents de santé et conseillers concernant les pratiques sexuelles des femmes et adolescentes VIH+ affectent-elles leur travail ?
 - Comment les agents de santé et conseillers peuvent être plus à l'aise pour prendre en charge les questions de sexualité avec les femmes et adolescentes VIH+ ?
 - Comment les agents de santé et conseillers peuvent-ils aider les femmes et adolescentes VIH+ à se sentir plus à l'aise et en sécurité pour discuter de sexe ?
2. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.



Note au formateur : Quelques unes de ces situations s'appliquent à certaines cultures ; omettre celle qui ne s'appliquent pas à votre cadre.

- Mon partenaire initie toujours les rapports.
- Je n'apprécie pas les rapports avec mon partenaire.
- Mon partenaire me force à avoir des rapports.
- Mon copain menace de me quitter pour avoir des rapports avec d'autres femmes.
- Si je refuse d'avoir des rapports avec lui, l'atmosphère de la maison devient tendue.
- Si je n'ai pas de rapports avec lui, je n'ai pas d'argent.
- Il pourrait partir ou il ne me parlera pas.
- Je peux lui demander d'utiliser un préservatif, mais parfois il refuse.
- Je me fais souvent une injection de drogue lorsque j'ai des rapports et je sens que je n'ai aucun contrôle.
- Il est financièrement stable et je ne travaille pas. Je lui dois du sexe pour son soutien.
- Les hommes sont les chefs de la maison — c'est tout.
- Il y a des fois où il refuse d'utiliser un préservatif. Il dira, "Pourquoi utiliser un préservatif après toutes ces années ?"
- J'avais des problèmes avec des hommes, et donc j'ai changé ma sexualité.
- Quand vous connaissez leur statut et voulez employer un préservatif, vous devez initier la conversation. Les hommes ne suggéreront pas d'utiliser un préservatif.
- Quand vous présentez un préservatif, ils [les hommes] disent que vous êtes jolie, vous êtes comme il faut.
- Peut-être allons nous mettre le préservatif de côté — c'est notre problème, nous devons prendre nos propres décisions.
- Les beaux-parents sont un problème — si le père a deux épouses, alors il encourage le fils à avoir deux épouses.
- Il dit "Tu es VIH+. Qui d'autre voudra de toi ?"
- Si mon mari veut avoir des rapports avec moi, je suis obligé quelque soit le moment.
- Nous devons marier n'importe qui est capable de payer la *lobola* (une forme de dot, utilisée dans certaines cultures). Quand ils ont payé la *lobola*, ils peuvent faire ce qu'ils veulent.
- Un homme dira "j'ai payé la *lobola*, pourquoi veux tu utiliser un préservatif ? Tu es là pour faire des enfants".
- S'il a plus d'une femme, l'homme décide de là où il dormira le soir ; vous devez jouer selon ses règles.
- Mon beau-frère a voulu prendre la place de mon époux ; il ne voulait pas se marier, il voulait une relation sexuelle. Il a dit "Si tu ne fait pas ainsi nous ne nous occuperons pas de l'enfant" (lorsque c'est la pratique pour les beaux-frères d'avoir des rapports avec ou "d'hériter" de leur belle-soeur veuve).



- Les parents et la belle famille se réunissent pour décider ; la femme n'assiste pas à la réunion, surtout lorsque la *lobola* est payée. Elle est un bien ; ils lui trouvent simplement quelqu'un pour la marier.
- S'il la viole et que la femme aille vers la grand mère — elle dit c'est votre travail et vous devez avoir des enfants.
- Les jeunes femmes sont censées rester “vierges” (ne pas avoir de rapports).
- Lorsqu'il s'agit d'être sexuellement active, si vous n'êtes pas mariée vous ne pouvez pas en parler.
- Parfois les femmes positives ne sont pas autorisées à se marier.
- Il est VIH+, et j'ai fait un dépistage négatif, mais il dit que si je l'aime, je ne dois pas me soucier de contracter le VIH.
- Il dit qu'il n'éprouve pas de plaisir avec un préservatif.
- C'est mon maître ; Je dois faire ce qu'il dit.
- Je venais d'avoir un bébé. Je n'en veux pas un autre aussi rapidement, mais mon époux veut une grande famille.
- Si un homme VIH+ a des rapports avec une vierge, ça le guéri du VIH.
- C'est mon “papa cadeau” — il me donne tous ce que je veux. Je lui suis redevable!
- Mon mari est sur la route pour son travail pendant des mois de suite. Lorsqu'il rentre à la maison, je sais qu'il a eu des rapports avec d'autres partenaires, mais il n'utilisera pas un préservatif.
- Nous sommes tous deux VIH+, et donc à quoi bon utiliser un préservatif ?
- Il dit qu'il va “se retirer” (enlever le pénis du vagin avant l'éjaculation), et que je ne serai pas infecté.
- Parfois je veux avoir des rapports, mais j'en ai honte.
- J'aime avoir des rapports avec mon mari, et nous nous sentons mieux lorsque nous utilisons des préservatifs.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- définir l'évaluation de risque et expliquer pourquoi et comment il est employé en counseling ;
- identifier trois raisons pour lesquelles ces stratégies de prévention sont importantes pour des gens vivant avec le VIH ;
- identifier trois raisons pour lesquelles il est difficile pour les femmes et adolescentes VIH+ d'être conscientes de leurs propres risques ;
- décrire deux manières par lesquelles les agents de santé peuvent aider les clientes à être conscientes de leurs propres risques de contracter les IST/ITR, de transmission du VIH à leurs partenaires, de réinfection par le VIH, et de grossesse involontaire.

Temps

75 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- Ressource du formateur 13.1 : REDI — Phase 2, p. 63
- Prospectus du participant 13.1 : Vue d'ensemble de l'évaluation de risque, p. 138
- Prospectus du participant 7.2 : Témoignages de femmes et adolescentes VIH+, p. 122
- Prospectus du participant 4.2 : Vue d'ensemble du modèle REDI de counseling, p. 109

Préparation préalable

1. Préparer une grande feuille de papier avec la définition de l'évaluation de risque et pourquoi nous l'effectuons (Activité A), qui se trouve dans le Prospectus du participant 13.1, p. 138.
2. Préparer une grande feuille avec les trois raisons pour lesquelles des stratégies de prévention sont nécessaires pour les gens vivant avec le VIH (Prospectus du participant 13.1, p. 138).
3. Examiner le Prospectus du participant 13.1, p. 138, sur les règles à suivre pour la présentation (Activité B), et l'Etape 3 de la phase d'exploration du REDI, avec un accent sur les étapes pour cette session (voir la Ressource du formateur 13.1, p. 63).
4. Préparer une grande feuille de papier avec les six raisons qui font que les clients sous-estiment leur risque (Activité B), celles-ci se trouvent dans le Prospectus du participant 13.1, p. 138.
5. Examiner les témoignages (Prospectus du participant 7.2, p. 122).

Idées clés à véhiculer

- L'évaluation de risque est un procédé de counseling pour aider les clients à comprendre le risque associé avec les pratiques sexuelles et/ou DIU auxquelles elles ou leurs partenaires se livrent dans, et comment elles peuvent réduire leur propre niveau de risque en changeant leur comportement.
- Dans le counseling, les agents de santé doivent respecter le fait que les femmes et adolescentes VIH+ et leurs partenaires ont des compréhensions différentes de ce que signifie le risque dans leur vie. Pour une variété de raisons, les gens ont tendance à penser qu'ils sont moins exposés au risque qu'ils ne le sont réellement. Donc, les agents de santé doivent développer des compétences pour aider les clientes à voir et comprendre leurs risques.
- La prévention pour et avec les femmes et adolescentes VIH+ inclue un ensemble d'actions qui les aident à protéger leur santé sexuelle, éviter d'autres IST, ou la réinfection avec une autre souche de VIH, retarder la progression de la maladie du VIH/SIDA, éviter de passer l'infection du VIH à d'autres, et empêcher les grossesses involontaires.
- Les femmes et adolescentes VIH+ issues des populations difficiles à joindre, comme les travailleuses du sexe et les DIU, les partenaires des travailleuses du sexe et DIU, et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, devraient être conseillés sur leur risque accru pour les IST/ITR.
- Les agents de santé peuvent aider les femmes et adolescentes VIH+ à évaluer leur propre risque et utiliser cette compréhension pour réduire leur risque en élaborant et en mettant en oeuvre des plans de réduction de risque.
- Un important point à souligner pendant le counseling est qu'un traitement ARV réussi n'empêche pas la transmission du VIH. Le client doit être conseillé sur les mesures préventives, comme l'utilisation du préservatif et les pratiques sexuelles à moindre risque, et (si c'est un DIU) sur la nécessité d'utiliser des aiguilles propres et d'autres stratégies de réduction du danger.
- Les femmes, qui sont traditionnellement des pourvoyeuses plutôt que des destinataires de soins, ont tendance à négliger leurs propres besoins de santé. Les agents de santé doivent préciser à ces femmes que "les soins pour soi" font partie d'une prévention efficace des IST/ITR et d'une prévention de la progression de la maladie du VIH.
- Après avoir appris qu'elles sont VIH+, la plupart des femmes et adolescentes VIH+ essaient d'adopter des pratiques sexuelles plus sûres ; cependant, lorsque le partenaire n'a pas été informé de l'infection, de tels changements peuvent être très difficiles à initier et maintenir. La cliente peut avoir besoin de counseling continu pour faire face à ces problèmes, et à tout moment l'agent de santé doit être une source de soutien non moralisatrice.
- Un traitement approprié et prompt des IST/ITR au premier contact entre les femmes et adolescents VIH+ et les agents de santé peut prévenir les complications gynécologiques et obstétricales associées avec les IST/ITR, pallier leur gravité, et (dans certains cas) améliorer la réaction au traitement ordinaire.
- Les femmes ayant le VIH devraient être encouragées à aller au dépistage du cancer de l'utérus si de tels services existent, puisqu'elles sont plus vulnérables à l'infection du virus du papillome humain (VPH). Le dépistage cytologique est aussi efficace chez les femmes ayant le VIH que chez les femmes non infectées. Il n'y a pas de preuve pour étayer une recommandation de référer les femmes et adolescentes ayant un diagnostic récent de VIH

pour une coloscopie ou qu'elles devraient être dépistées plus fréquemment que les femmes non infectées²⁹.

- Avec les progrès dans le traitement de l'infection du VIH et les perspectives de santé dans le long terme, les clientes démontrent un intérêt renouvelé dans l'activité sexuelle et la procréation. Un traitement réussi du VIH diminue la charge virale et peut ainsi réduire le risque de transmission du VIH à un partenaire ou enfants à naître VIH négatif ; cependant, le risque n'est pas totalement éliminé.
- Chez les couples VIH discordants (une personne est VIH+, l'autre VIH négatif), il y a des preuves irréfutables que l'utilisation constante du préservatif (et, pour les DIU, l'utilisation constante d'aiguilles propres) protège le partenaire VIH - négatif contre l'infection du VIH ; de tels couples, devraient donc, être conseillés sur l'importance cruciale des rapports à moindre risque et de l'utilisation correcte de préservatifs et d'aiguilles propres. Dans les cas où les deux partenaires sont VIH+, l'adoption de pratiques sexuelles plus sûres et de pratiques plus sûres d'utilisation de drogues d'injection est recommandée pour prévenir les IST/ITR et la réinfection avec des souches nouvelles ou mutantes de VIH.

Étapes de formation

Activité A : Remue-méninges (20 minutes)

1. Expliquer aux participants que dans leur travail quotidien ils discutent de différentes catégories de risque et des comportements ainsi que des facteurs sociaux sous-jacents qui influencent le risque, et que cette session se penche sur le rôle de l'agent de santé à aider la cliente à évaluer son propre risque.
2. Demander aux participants :
 - Que veut dire l'évaluation du risque pour vous ?
3. Après avoir obtenu quelques réponses, afficher la grande feuille montrant la définition de l'évaluation du risque et l'expliquer brièvement.
4. Expliquer que la plupart des stratégies de prévention à ce jour ont été dirigées vers des personnes VIH négatifs ou des personnes à statut inconnu pour empêcher qu'elles ne deviennent VIH+. Historiquement, il y a eu la perception que le concept de prévention pour des personnes vivant déjà avec le VIH était fondamentalement contradictoire. Il y a également eu des soucis liés à une plus grande stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. En outre, certains ont été réticents à reconnaître que les personnes ayant le VIH avaient des rapports sexuels et à s'attaquer aux questions morales complexes entourant la divulgation du VIH, la notification du partenaire, etc.
5. Demander aux participants :
 - Quelles sont les raisons importantes pour considérer les stratégies de prévention qui puissent satisfaire les besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH ?
6. Après avoir obtenu quelques réponses, afficher la grande feuille montrant les trois raisons pour lesquelles les stratégies de prévention en direction des personnes vivant avec le VIH sont importantes, et expliquer brièvement chacune.

²⁹ "Les femmes vivant avec le VIH/SIDA devraient se faire administrer un dépistage du cancer de l'utérus avec la même fréquence et le même test de dépistage que les femmes non infectées par le VIH" — L'UNFPA et OMS. 2006. *Santé sexuelle et reproductive des femmes vivant avec le VIH/SIDA : Directives pour les soins, traitement et soutien pour les femmes vivant avec le VIH/SIDA et leurs enfants dans des cadres de ressources limitées*. Téléchargé le 27 juin 2006 à l'adresse : www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf.

Activité B : Discussion (25 minutes)

1. Expliquer que la plupart des gens sous-estiment généralement leurs propres risques dans la vie, et que cela inclut les risques d'acquisition d'IST/ITR, de transmission du VIH à des partenaires non infectés, de réinfection par d'autres souches de VIH, et de grossesse involontaire. Demander aux participants de donner quelques raisons pour lesquelles les femmes et adolescentes VIH+ peuvent avoir des difficultés à percevoir ces risques.
2. Afficher la grande feuille montrant les six raisons pour lesquelles les clientes sous-estimer leur risque. Expliquer brièvement chacune des raisons.
3. Faciliter une brève discussion en posant les questions suivantes :
 - Pourquoi la perception de son risque par le client est-elle si importante ?
 - Considérant les raisons pour lesquelles le client sous-estime son risque, lesquelles de ces raisons s'appliquent aux femmes et adolescentes VIH+ ? Pourquoi ?
4. Demander aux participants de se référer à la session 4, Prospectus du participant 4.2, p. 109 (REDI — Phase 2 : Exploration, Etape 3) ; aussi à la Ressource du formateur 13.1 ("Assister la cliente à percevoir ou déterminer son propre risque de grossesse ou de VIH et d'IST"). Demander au grand groupe de faire un remue-méninges sur la manière dont ils poseront les questions du point 3 qui précède.
5. Discuter brièvement de chaque suggestion pour voir si les gens sont d'accord avec les questions, et ensuite les écrire sur une grande feuille de papier.

Activité C : Exercice de jeu de rôle/Discussion (30 minutes)

1. Expliquer que les participants auront maintenant l'occasion de s'exercer à l'Etape 3 de la Phase d'Exploration du REDI à travers des jeux de rôle.
2. Diviser les participants en groupes de trois et donner à chaque groupe un des témoignages tirés du Prospectus du participant 7.2 : Témoignages de femmes et adolescentes VIH+. Donner aux participants les instructions supplémentaires suivantes :
 - Demander aux participants de choisir une personne pour jouer le rôle d'une femme ou adolescente VIH+, une personne pour jouer l'agent de santé ou conseiller, et une personne pour servir d'observateur qui aidera à élaborer le jeu de rôle et fournir une rétro information (feedback).
 - Demander aux groupes de mettre en scène une rencontre basée sur les témoignages qui leur a été donnés de sorte que chacun puisse jouer le rôle d'une femme ou adolescente VIH+ et celui de l'agent de santé ou du conseiller.
 - Demander aux participants de référer au prospectus du Participant 4.2, p. 109 (REDI — Phase 2 : Exploration, Etape 3) pour aider à développer et pratiquer les jeux de rôle.
3. Au bout de 20 minutes, débriefer les acteurs en facilitant une discussion sur les questions suivantes :
 - Comment avez vous expliqué les risques d'acquisition d'IST/ITR, de transmission du VIH à des partenaires non infectés, de réinfection avec d'autres souches de VIH, et de grossesse involontaire à la cliente dans votre témoignage ?
 - Quelles questions pourriez vous demander pour aider une femme ou adolescente VIH+ à faire le lien entre ces risques et sa propre situation ?
 - Quelles sont quelques unes des manières par lesquelles agents de santé peuvent aider les femmes ou adolescentes VIH+ à percevoir et comprendre leurs propres risques ?
4. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.



REDI–Phase 2 : Exploration

- 1. Explorer les besoins du client, risques, la vie sexuelle, le contexte social, et la situation de la cliente.**
- 2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations, selon les besoins.**
- 3. Assister la cliente à percevoir ou déterminer son propre risque de grossesse ou de VIH et d'IST :**
 - Demander à la cliente si elle se sent exposée à un risque de grossesse involontaire ou de transmission de VIH ou d'IST, et explorer pourquoi ou pourquoi pas.
 - Demander au client s'il pense que son partenaire est exposé à un risque de grossesse involontaire ou à la transmission de VIH ou d'IST, et explorer les raisons.
 - Expliquer les risques de transmission du VIH et d'IST et de grossesse (selon le besoin), en les liant aux pratiques sexuelles individuelles du client et de ses partenaires.
 - Aider le client à reconnaître et prendre acte son risques de transmission du VIH et d'IST ou de grossesse involontaire.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- décrire les valeurs et croyances communes sur les rapports sexuels des adolescents, la sexualité, et la grossesse, ainsi que les origines de ces valeurs et croyances ;
- décrire les changements psychologiques et sociaux que les adolescentes éprouvent à mesure qu'elles se développent ;
- expliquer les pressions que les adolescentes VIH+ subissent pour se conformer à certaines normes sociales et culturelles sur les rapports sexuels, la sexualité, et la grossesse.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- papier coloré (six feuilles)
- Prospectus du participant 14.1 : Etapes du développement de l'adolescent, p. 142

Préparation préalable

1. Ecrire chacun des termes suivants sur du papier coloré, à raison d'un terme par feuille :
 - première adolescence
 - milieu d'adolescence
 - fin d'adolescence
2. Confectionner suffisamment d'ensembles des termes ci-dessus pour deux équipes.
3. Confectionner suffisamment de copies du Prospectus du participant 14.1 pour le nombre de participants.

Idées clés à véhiculer

- La sexualité est un élément du développement psychologique et social des hommes et par conséquent n'est pas seulement déterminée par des facteurs biologiques.
- Par mauvaise information, difficulté à discuter du sujet avec un partenaire (surtout si ce sont les premiers rapports sexuels entre eux), et par manque d'accès aux services de SSR, les adolescentes peuvent tomber enceinte sans aucune planification antérieure.
- La vulnérabilité au VIH/IST est augmentée pendant l'adolescence, partiellement à cause

des informations et soutien limités que les garçons et filles reçoivent sur les changements physiques, sociaux, et psychologiques qu'ils subissent. Il n'est pas inhabituel que le comportement des adolescents soit motivé par des sentiments de faible estime de soi et un désir d'appartenir à leur groupe de pairs.

- Les attitudes d'une adolescente par rapport à sa situation peuvent dans certains cas l'amener à prendre des décisions qui exposent sa propre santé au risque, aussi bien que celle des autres. La vulnérabilité est créée non seulement par les actions personnelles mais par les circonstances souvent largement au-delà du contrôle de l'individu, notamment le fait qu'il y ait ou non une éducation sexuelle complète dans les écoles ; que des programmes spécifiques de prévention du VIH/IST soient ou non mis en oeuvre dans les écoles (s'il existe un financement suffisant) ; qu'il y ait ou non un accès aux services de santé et au condom ; que des financements soient ou non disponibles pour ces programmes ; et que les adolescentes jouissent ou non des mêmes droits et opportunités que les garçons, entre autres.
- Pour les adolescentes VIH+, leur diagnostic de VIH peut être un important facteur qui influence la manière dont elle se voit par rapport à leurs pairs et comment prendre des décisions basées sur les informations qu'elles ont reçu sur la prévention de la grossesse et du VIH/IST.
- Il y a de nombreuses et puissantes influences sur les adolescentes VIH+ qui affectent leurs opinions sur la grossesse, les rapports sexuels, et la sexualité en général, aussi bien que sur la manière dont leur propre sexualité se développe et se manifeste. Quelques unes des questions que les adolescentes VIH+ rencontrent sont notamment : affronter la perspective de la mort à un très jeune âge ; le manque de services conviviaux pour les adolescents ; les attitudes moralisatrices envers la sexualité des adolescents ; le risque à un moment de la vie connu pour les sentiments d'invulnérabilité ; et la grossesse perçue comme une affirmation de la normalité et l'affirmation de la vie.
- Par suite au stigmatisme/discrimination du VIH/SIDA, certaines adolescentes VIH+ sont plus aptes à avoir une plus faible estime de soi et sont également plus susceptibles d'éprouver des soucis concernant leur sexualité et fécondité qui nécessitent des soutiens et une sensibilité dans la continuité.

Étapes de formation

Activité A: Activité de petit groupe (60 minutes)

1. Expliquer aux participants qu'ils vont confectionner des fresques murales sur les phases du développement de l'adolescent.
2. Diviser les participants en deux groupes. Expliquer que le Groupe A va créer une fresque murale sur la vie de Mary et que le Groupe B créera une fresque murale sur la vie de Jean. (Le formateur ou participants peuvent utiliser des noms locaux.)
3. Distribuer le Prospectus du participant 14.1 et donner aux groupes les instructions suivantes :
 - Chaque groupe va créer une histoire sur le passage de leur caractère de la première adolescence à l'âge adulte en passant par l'adolescence moyenne et la tardive. Le groupe

examinera le prospectus pour décider des étapes de développement et comportements qu'ils veulent souligner dans l'histoire concernant leur caractère.

- Chaque groupe doit choisir un mur dans la salle.
 - Chaque histoire devrait être fabriquée comme une fresque murale vivante de statues, avec le groupe restant statique, contre le mur, dans le silence total.
 - Dans chaque groupe, un membre sera volontaire ou choisi pour rester en dehors de la fresque et raconter l'histoire. Un participant de chaque groupe adoptera une pose physique (y compris des expressions faciales) pour illustrer un stade et un comportement particulier dans le développement adolescent du personnage. Un autre membre du même groupe se place alors à la droite du premier participant, illustrant le moment suivant dans la vie du personnage. Le participant devrait maintenir au moins une partie de son corps (main, pied, abdomen, dos, etc.) en contact avec le mur et une autre en contact avec le participant précédent.
 - Un à un, tous les membres du groupe A (sauf le narrateur) doivent se lier contre le mur jusqu'à ce que leur histoire soit achevée.
 - A la fin, le narrateur, qui ne fait pas partie de la fresque, interprète les "statues" et raconte l'histoire de la croissance du personnage de la prime adolescence à l'âge adulte.
 - Le groupe B procède de la même manière par rapport à son personnage.
4. Après la présentation des histoires par les deux groupes, "démanteler" les fresques et demander si leurs histoires et fresques auraient été différentes si Mary était enceinte ou si la partenaire de Jean était tombée enceinte ou avait eu un enfant lorsqu'ils étaient des adolescents.
 5. Ensuite demander aux groupes si leurs histoires ou fresques auraient été différentes si Mary ou Jean avait été diagnostiqué comme ayant le VIH lorsqu'ils étaient adolescents.

Activité B : Discussion (30 minutes)

1. Débriefer les participants de l'activité de fresque murale en posant les questions suivantes :
 - Qu'est ce qui a attiré votre attention dans l'histoire de Mary ? (Remplacer par un nom local.)
 - Qu'est ce qui a attiré votre attention dans l'histoire Jeanne ? (Remplacer par un nom local.)
 - Quelles sont les différences entre les histoires de Jeanne et Mary ?
 - En vous reportant sur votre propre adolescence, le VIH/SIDA était-il une question de santé publique alors ? Si oui, comment a-t-il affecté la manière dont vous et vos amis pensiez et parliez du sexe, de la sexualité, et de la grossesse ? Si non, en quoi l'adolescence a-t-elle changé depuis en raison du VIH/SIDA ?
 - Quels messages les médias (TV, radios, cinémas, informations, magazines) donnent-ils sur l'adolescence et le sexe, la sexualité, la grossesse, et le VIH/SIDA ?
 - En pensant à des adolescentes que vous connaissez maintenant, comment pensez-vous que leurs décisions concernant le sexe, la sexualité, et la grossesse seraient affectées si elles étaient VIH+ ?
 - Où vont les adolescentes VIH+ pour obtenir des informations, soins, traitement, et soutien concernant le sexe, la sexualité, et la grossesse ?
2. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer ?

Notes pour le formateur/Options de formation

Tout au long des exercices ci-dessus, encourager les participants à penser à leur propre sensibilisation sur leur sexualité et des rapports sexuels en tant qu'adolescents, et aux personnes et facteurs qui ont été des influences principales sur leurs valeurs, croyances, et attitudes concernant le sexe, la sexualité, la grossesse, et le VIH/SIDA. Vous pouvez leur demander en quoi ces valeurs et croyances relatives à ces problèmes ont changé, à leurs yeux, depuis leur adolescence.

S'il y a assez de temps, vous pouvez envisager de demander aux deux groupes de recréer la fresque de l'Activité A, basé sur le fait que le personnage est en grossesse, ou a des enfants, ou bien qu'il est VIH+.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- expliquer les moyens d’assurer que les besoins de SSR des adolescentes sont pris en charge dans un environnement respectueux et sûr ;
- décrire des stratégies pour fournir avec réussite des services de SSR aux adolescentes VIH+ ;
- décrire au moins deux compétences requises pour une communication efficace avec les adolescentes VIH+ et un counseling sur leur besoins de SSR.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- Ressource du formateur 15.1 : Jeux de rôle pour le counseling aux adolescentes VIH+, p. 72

Préparation préalable

1. Faire des copies des scénarios de jeux de rôle qui se trouvent dans la Ressource du formateur 15.1, p. 72, et découper les copies en bandes horizontales — en séparant les rôles de client des rôles d’agent de santé.

Feedback du jeux de rôle

- * “Agent de santé” : Quelles compétences de counseling essayez vous d’appliquer ? Que pensez vous faire avec réussite ? Quel aspect pensez vous pouvoir améliorer ?
- * “Client” : Est-ce que “l’agent de santé” prend en charge vos besoins ? Est-ce que vous sentez que vous êtes entendue ? Y a-t-il des questions que vous voulez demander ou des choses que vous devez dire et que vous ne vous sentez pas en mesure de le faire ? Pourquoi ?

2. Préparer des grandes feuilles de papier avec les directives pour le *feedback* des jeux de rôle.

Idées clés à véhiculer

- Les adolescentes se sentent souvent impuissantes dans des cadres de structure sanitaire ; et donc, les suggestions des agents de santé peuvent aisément être pris comme des ordres.
- Les adolescentes sont extrêmement conscientes et sensibles aux messages non verbaux. Améliorer les compétences de communication et de counseling des agents de santé contribuera à la qualité des services pour les jeunes.
- Les adolescentes VIH+ sont fortement limitées et influencées par d'autres personnes quand elles prennent des décisions concernant leur SSR, et elles manquent souvent de pouvoir pour prendre et exécuter leurs propres décisions même quand elles disposent d'informations exactes et objectives.
- Il est important d'assurer que les services consacrés aux adolescentes soient conviviaux pour les jeunes et mieux intégrés pour satisfaire les besoins des adolescentes VIH+. Les agents de santé ont besoin d'être formés en techniques de counseling qui prennent en charge les besoins des adolescentes VIH+, notamment la divulgation du VIH, la sexualité, la maternité sans risque, les traitements et soins pédiatriques, le PF, l'auto - image, la confidentialité, etc.
- Il est important de bâtir la confiance avec les adolescentes VIH+ et de les mettre à l'aise pendant leur première visite. Il est important de les encourager à venir pour d'autres visites au besoin et de faire leur suivi de manière confidentielle pour améliorer leurs soins.

Etapes de formation

Activité A : Discussion (15 minutes)

1. Demander aux participants les questions suivantes pour les amener à penser aux problèmes rencontrés par les adolescentes VIH+ pour accéder aux services de santé :
 - Que croyez vous être l'opinion des adolescentes VIH+ sur les cadres de soins médicaux ?
 - Dans quelles circonstances les adolescentes découvrent-elles leur statut de VIH+ ? (Par exemple, lorsqu'elles sont enceintes ou qu'elles souffrent de symptômes d'une infection opportuniste ou IST/ITR.) (*Note* : Les adolescentes vont vraisemblablement retarder aussi longtemps que possible leur quête d'aide pour une infection opportuniste ou IST.)
 - Dans quelles circonstances une adolescente VIH+ vient-elle se présenter devant un agent de santé, et quelles considérations particulières doivent être prises en compte ? Par exemple :
 - Elle a été envoyée par un agent de santé, un parent, ou partenaire/époux.
 - Elle cherche conseil sur la santé sexuelle ou des contraceptifs et/ou l'avortement.
 - Elle a une IST/ITR ou des symptômes d'une infection opportuniste.
 - Elle vient d'être diagnostiquée VIH.
 - Elle est enceinte.
 - Elle a été sexuellement exploitée ou violente.
 - Elle cherche des conseils après un avortement.

- Elle a un enfant et est préoccupée pour son bien-être.
- Qu'est ce qui pourrait empêcher les adolescentes VIH+ d'utiliser des services de SSR qui seraient bénéfiques pour leur bien-être ?

**Activité B : Exercice de jeu de rôle/Feedback (40 minutes)**

1. Diviser les participants en groupes de trois et leur dire qu'ils vont développer un jeu de rôle autour du counseling à une jeune femme VIH+ sur ses besoins en SSR.
2. Distribuer le scénario de jeu de rôle à chaque groupe (montrer le script de la cliente seulement à cette dernière et celui de l'agent de santé seulement à ce dernier) et donner les instructions supplémentaires suivantes :
 - Comme dans les précédents jeux de rôle, ils devraient décider dans leur groupe qui jouera en premier l'agent de santé, la cliente, ou sera l'observateur.
 - Les renvoyer au REDI (Prospectus du participant 4.2, p. 109), et revoir brièvement les quatre phases du cadre de counseling. Expliquer que cet exercice porte sur la Phase 1 du REDI, Développer une relation : (1) Accueillir le client ; (2) Faire des présentations

; (3) Introduire le sujet de la sexualité ; (4) Assurer la confidentialité. Leur demander de considérer les problèmes suivants en développant leur jeu de rôle :

- comment un agent de santé peut-il s'assurer qu'une séance de counseling prenne en charge les besoins de SSR et la situation des adolescentes VIH+.
 - facteurs physiques qui peuvent assurer que les adolescentes VIH+ se sentent en sécurité et capables d'accéder aux services de counseling. (e.g., elle peut ne pas vouloir être seule dans une pièce avec un conseiller de sexe masculin.)
 - sources supplémentaires d'information et soutien qui peuvent être offertes aux adolescentes VIH+.
- Rappeler aux participants de changer de rôles de sorte que tout le monde puisse exercer

une fois dans le rôle du client et de l'agent de santé.

3. Au bout de 15–20 minutes, demander à un des groupes de jouer leur jeu de rôle au plus grand groupe.
4. Faire diriger le jeu de rôle par le groupe.
5. Faciliter le feedback, en se référant d'abord à la grande feuille de feedback sur le rôle de "l'agent de santé" et de la "cliente". Ensuite se référer aux questions suivantes pour recueillir des commentaires des autres participants :
 - Comment la personne jouant le rôle de l'agent de santé s'assure t-elle que la Session prenne en charge les besoins et la situation de l'adolescente ?

-
- La personne jouant le rôle de la cliente s'est-elle sentie entendue ? soutenue ?



- Manquait-il quelque chose à la séance ?
- Comment pourrait-elle être améliorée ?

6. Répéter les étapes 3, 4, et 5 pour autant de groupes que possible pour le temps restant.

Notes pour le formateur/Options de formation

Les agents de santé devraient considérer tous les facteurs qui influencent l'aptitude d'une jeune personne à accéder aux droits reproductifs et sexuels et à la santé -par exemple, si elle est sexuellement exploitée et violente. Les agents de santé devraient savoir que le client est peu apte à vouloir discuter sur beaucoup de problèmes concernant sa santé sexuelle, et aussi qu'elle peut ne pas dire la vérité. Dans de tels exemples, l'agent de santé doit faire attention

à certains signes, comme l'anxiété ou la dépression, et agir conformément.

Scénario 1 : Le client

Vous êtes une femme de 19 ans. Vous ne voulez pas avoir pas un enfant à ce stade et vous avez demandé que votre grossesse soit terminée. Les docteurs ont consenti à la terminaison (l'avortement est légal dans ce scénario) seulement à la condition que vous acceptiez d'être stérilisée. Vous sentez que vous n'avez d'autre choix que d'accepter l'attitude moralisatrice du personnel de santé, notamment leur incrédulité devant le fait qu'une femme VIH puisse tomber enceinte.

Scénario 1 : L'agent de santé

Une femme enceinte âgée de 19 ans est venue vous voir. Elle semble nerveuse et bouleversée. Votre tâche est de la mettre à l'aise pour qu'elle vous parle de ses préoccupations.

Scénario 2: Le client

Vous êtes une fille VIH+ de 17 ans qui a été hospitalisée pour une pneumonie. Il semble qu'ils savent dans l'hôpital que vous êtes VIH+. Les agents de santé veulent se tenir aussi loin de vous que possible. Vous êtes malade et avez besoin de soins, mais les agents de santé vous laissent seule et n'aiment pas vous toucher. Vous vous sentez abandonné.

Scénario 2 : L'agent de santé

Une fille VIH+ de 17 ans, qui est hospitalisée dans votre clinique, est venue vous voir. Elle semble très faible et renfermée. Votre tâche est de la mettre à l'aise pour qu'elle vous parle de ses préoccupations.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- Décrire les composants des soins complets de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+ ;
- Nommer au moins quatre services sociaux et de santé qui sont nécessaires pour satisfaire les besoins de SSR des femmes et adolescentes VIH+ et savoir où ces services sont fournis dans la communauté.

Temps

60 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- stylos
- fiches (8.5 x 11 pouces ou A4)
- Prospectus du participant 16.1 : Liste vérificative du prestataire : Soins complets de SSR et counseling pour les femmes et adolescentes VIH+, p. 143
- Prospectus du participant 16.2 : Algorithme pour le counseling en SSR intégrés des femmes et adolescentes VIH+, p. 149
- papillons autocollants, de diverses couleurs

Préparation préalable

1. Ecrire les composants des meilleurs soins complets de SSR aux femmes VIH+, à partir du dernier paragraphe des Idées clés ci-dessous, sur des fiches de 8.5 x 11 pouces ou de format A4.

Idées clés à véhiculer

- Les soins complets de SSR sont une approche intégrée pour identifier les problèmes inter liés de contraception, traitement et prévention de la maladie, reproduction, et d'expérience avec le plaisir et l'intimité sexuels par une évaluation complète du contexte et des soucis de SSR de l'individu, indépendamment de la raison de la visite. Dans beaucoup de cas, des visites subséquentes devront être programmées ou des références devront être faites vers d'autres sites de service.
- Le but des soins complets de SSR est de fournir des services de santé holistiques et intégrés aux femmes et adolescentes VIH+ par la création et le renforcement des chaînons et mé-

canismes de référence entre les services de SSR et ceux de VIH/SIDA sur site ou avec d'autres services hors site. Bien que votre structure de santé ne puisse pas offrir tous les services sociaux et médicaux dont une femme ou adolescente VIH+ peut avoir besoin, les agents de santé peuvent reconnaître et discuter avec la cliente de leur gamme de besoins et savoir où la référer pour davantage d'aide.

- Les composants cruciaux de soins complets de SSR sont :
 - Promotion de la santé sexuelle et des rapports sexuels sans risque ;
 - Prévention de la violence contre les femmes VIH+ ;
 - Diagnostic de l'infection du VIH chez les femmes et offre de conseil de la prévention ;
 - Fourniture de traitement, soins, et soutien du VIH/SIDA ;
 - Fourniture d'éducation sur les méthodes et appui de PF ;
 - Amélioration des soins anténatals, intra et post-partum, et des soins au nouveau-né (notamment l'éducation et l'assistance sur les choix nutritionnels du nouveau-né) ;
 - Élimination de l'avortement dangereux ;
 - Prévention et gestion des IST/ITR ;
 - Diagnostic et traitement du cancer ;
 - Offre de soutien psychosocial ;
 - Fourniture un soutien financier/juridique.

Étapes de formation

Activité A : Remue-méninges/Discussion (20 minutes)

1. Distribuer 5–7 papillons autocollants à chaque participant et leur demander de penser à d'autres services de SSR que les femmes et adolescentes VIH+ requièrent à part les services de PF et les noter sur les papillons.
2. Tandis que les participants travaillent sur leurs réponses, coller sur le mur les fiches montrant les divers composants des soins complets de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+.
3. Au bout de 15 minutes, demander aux participants de coller leurs réponses sous les titres sur le mur qui correspond plus étroitement aux services qu'ils ont écrit sur les papillons.
4. Demander aux participants de se placer devant le mur avec les fiches et faciliter une discussion en utilisant les questions suivantes :
 - Avez-vous été surpris par un des services qui ont été affichés sur le mur ?
 - Y a-t-il d'autres services qui manquent ?
 - Qu'est-ce que ceci nous dit sur les besoins de SSR des femmes et adolescentes VIH+ ?
 - Est-ce que leurs besoins sont différents de ceux des femmes et adolescentes VIH négatif ? Si oui, de quelle(s) manière(s) ?
 - Étant donné que la majorité des femmes et adolescentes VIH+ ne connaissent pas leur statut, comment les agents de santé peuvent-ils s'assurer que leurs besoins de SSR sont satisfaits ?

Activité B : Activité de petit groupe/Discussion (40 minutes)

1. Diviser les participants en cinq groupes et attribuer à chaque groupe 1–2 des catégories de service sur le mur. (*Note* : Le groupe auquel est attribué la prévention et la gestion des IST/ITR ne devrait pas recevoir une autre catégorie étant donné l'étendue de ce sujet.)
2. En référant les participants aux Prospectus du participant 16.1 et 16.2, donner les instructions supplémentaires suivantes :
 - Désigner un preneur de notes et un rapporteur qui fera son rapport au plus grand groupe dans 25 minutes.
 - Pour les catégories de services de SSR attribuées, discuter des recommandations et informations importantes qu'un agent de santé devrait discuter avec une femme VIH+ sur ce problème de SSR particulier.
 - Considérer comment les informations/recommandations diffèrent selon la connaissance du statut de VIH de la femme VIH.
 - Considérer qui devrait fournir le service et où il devrait être offert.
 - Considérer quelles autres références seront nécessaires pour s'assurer que les besoins de la femme soient satisfaits.
 - Considérer les barrières que les femmes et adolescentes VIH+ peuvent rencontrer lorsqu'elles agissent à partir des informations qui leur sont données. Existe-t-il d'autres services de soutien disponibles pour prendre en charge ces barrières ?
 - En vous servant de la liste vérificative (Prospectus du participant 16.1, p. 143), demander aux groupes de s'assurer qu'ils ont couvert tous les sujets dans les catégories de service qui leur ont été attribuées.
3. Faciliter un rapport par chaque groupe, clarifiant et corrigeant toute information erronée présentée par chaque groupe.
4. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Notes pour le formateur/Options de formation

Envisager d'inviter un expert en SSR pour aider à faciliter cette séance. S'assurer que la personne est briefée préalablement sur les activités et objectifs de la séance, et qu'elle a reçu des copies des Prospectus du participant. Etant donné que la séance suivante est consacrée aux besoins de PF des femmes et adolescentes VIH+, vous pouvez choisir de ne pas attribuer ce sujet à un des petits groupes. D'une manière ou d'une autre, faites savoir aux participants qu'une séance entière portera sur la PF.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- décrire les raisons pourquoi certaines femmes et adolescentes VIH+ peuvent choisir d’avoir un enfant et les options à leur disposition pour empêcher la transmission périnatale ;
- décrire les raisons pourquoi certaines femmes et adolescentes VIH+ peuvent choisir de ne pas avoir un enfant et les options à leur disposition pour empêcher les grossesses involontaires ;
- expliquer les critères d’admissibilité pour l’emploi contraceptif sans risque par les femmes et adolescentes VIH+ ;
- expliquer les composantes de la maternité sans risque, notamment la PTME en évitant l’exposition aux IST/ITR, la ré - exposition au VIH, les pratiques sûres du travail et de l’accouchement, des pratiques sûres de nutrition du bébé, et en évitant les grossesses involontaires ;
- expliquer la “double protection”—les méthodes de rapports sexuels à moindre risque comportant la prévention des grossesses involontaires et l’infection des IST/ITR ou la réinfection du VIH.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- Prospectus du participant 17.1 : Critères médicaux d’admissibilité pour l’utilisation contraceptive et le VIH/SIDA, p. 150
- Prospectus du participant 17.2 : VIH et maternité sans risque, p. 154
- Prospectus du participant 17.3 : Vue d’ensemble sur la double protection, p. 159

Préparation préalable

1. Il peut s’avérer très efficace d’inviter quelqu’un du service de PF d’un hôpital local pour faire une présentation d’une heure sur le PF et les femmes et adolescentes VIH+ (45 minutes pour présenter ; 15 minutes pour des Q & R) ou pour faciliter la séance entière. Donner à l’orateur invité un aperçu des activités et objectifs de la séance et des copies du Prospectus du participant 17.1, 17.2, et 17.3, pp. 150–161) avant la séance—avec assez de temps pour les lire et les examiner.

2. Si un des formateurs dirige la présentation, s'assurer que tous les Prospectus du participant ont été revus préalablement. EngenderHealth and Family Health International (FHI) ont également développé un module de formation (Contraception pour les femmes et les couples ayant le VIH) qui peut être utilisé pour aider avec cette présentation. Il peut être récupéré à partir de www.fhi.org/en/modules/ARVdefault.htm.
3. Préparer une grande feuille de papier montrant les raisons pour lesquelles certaines femmes et adolescentes VIH+ envisagent une grossesse, notamment :
 - le désir d'avoir plus d'enfants
 - la pression d'avoir des enfants
 - la crainte que les enfants plus âgés puissent mourir
 - les préoccupations concernant la stérilité
 - l'apaisement sur la PTME
 - l'optimisme à propos de la thérapie ARV
 - éviter de générer des suspicions sur son statut de VIH
 - l'appréhension sur la divulgation du statut de VIH
 - le manque de connaissance des choix pour éviter une grossesse involontaire
4. Préparer une seconde grande feuille montrant les raisons pour lesquelles certaines femmes et adolescentes VIH+ évitent la grossesse, notamment :
 - la situation économique
 - la taille de famille désirée
 - l'espacement idéal
 - soucis à propos de la santé et de la qualité de vie
 - la crainte de transmettre le VIH
 - l'anxiété de laisser des orphelins
 - les soucis sur l'accès limité aux soins pour la famille en raison du stigmata et de la discrimination
5. Coller les grandes feuilles au mur, avec les écritures face au mur.

Idées clés à véhiculer

- Les recommandations de PF d'un agent de santé ne devraient pas se transformer en pression pour ou contre une certaine option de PF. Les agents de santé doivent savoir que beaucoup de clientes perçoivent les agents de santé comme étant dans une position d'autorité, et donc leurs recommandations peuvent être perçues comme des instructions. Pour cette raison, il est important de fournir des informations exactes sur la gamme entière d'options et de s'assurer de l'accord de la cliente à travers une prise de décision informée.
- Une gamme de facteurs (sociaux, économiques, et médicaux) affectent la capacité d'une femme et celle d'une adolescente VIH+ à choisir une option particulière de PF. Ceux-ci devraient être explorés par le client et l'agent de santé ensemble pour s'assurer que la cliente fasse le meilleur choix pour elle-même.
- La grossesse chez les femmes et adolescentes VIH+ n'accélère pas la progression de la maladie du VIH. Cependant, elle peut avoir certaines conséquences pour le nourrisson. Sans intervention, notamment un travail et un accouchement à moindre risque, une alimenta-

tion sans risque du nouveau-né et des médicaments ARV, près d'un tiers des mères VIH+ transmettront le VIH à leurs nouveaux-nés. Certains faits suggèrent que la grossesse chez les femmes et adolescentes VIH+ augmente le risque de mortalité et de faible poids à la naissance. Néanmoins, les bénéfices d'avoir un autre enfant peuvent dépasser le risque de résultats négatifs de grossesse pour certaines femmes et adolescentes VIH+.

- Une nouvelle infection du VIH pendant la grossesse ou pendant la période d'allaitement augmente beaucoup le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Donc, les femmes et les adolescentes VIH+ enceintes et celles allaitant en post-partum devraient prendre des précautions encore plus grandes pour ne pas transmettre le VIH à leur nourrisson.
- Une mère saine est aussi importante qu'un enfant sain. Les faits montrent que la thérapie ARV peut améliorer la santé générale d'une femme ou adolescente VIH+ pendant la grossesse (si elle est éligible pour une thérapie ARV n'importe comment).
- Avec des exceptions mineures, les femmes et adolescentes VIH+ peuvent employer la plupart des méthodes contraceptives modernes.
- La contraception d'urgence est une intervention importante pour les femmes et adolescentes VIH+ dans des situations où le condom s'est cassé, ou bien lorsque la femme a subi des violences sexuelles.
- Il est important de conseiller les femmes et adolescentes VIH+ sur la double protection car elle peut les aider à percevoir et réduire leurs risques d'acquisition des IST/ITR, de transmission du VIH à leur partenaire, de réinfection avec une autre souche du VIH, et de grossesse involontaire. Elle peut aussi les aider à développer des plans de réduction de risque, notamment l'utilisation de la double méthode (condom en même temps qu'une autre méthode de planning familial), et à se protéger elles-mêmes ainsi que leurs partenaires.

Etapas de formation

Activité A : Remue-méninges (15 minutes)

1. Commencer l'activité de remue-méninges en demandant au groupe de donner les raisons pourquoi certaines femmes et adolescentes VIH+ envisagent une grossesse. Ecrire leurs suggestions sur une grande feuille.
2. Ensuite demander au groupe les raisons pourquoi certaines femmes et adolescentes VIH+ évitent la grossesse. Ecrire leurs suggestions sur une autre grande feuille.
3. Coller les grandes feuilles des participants à côté des grandes feuilles préparées et retourner celles-ci de sorte que les écritures soient visibles.
4. Demander au groupe de comparer leurs réponses à celles préparées avant la séance. Indiquer toute similarité ou différence.

Activité B : Exposé sur le planning familial (45 minutes)

Option A : Présentation par l'orateur invité

Présenter l'orateur invité et expliquer qu'il ou elle donnera un aperçu des considérations de PF pour les femmes VIH+, notamment les méthodes contraceptives pour les femmes VIH+, la grossesse, la parentalité sans risque, et la double protection. Spécifiquement, celles-ci com-

prennent : un aperçu des critères d'admissibilité de l'OMS aux méthodes contraceptives pour les femmes VIH+ ; l'impact du VIH sur la grossesse (notamment la prophylaxie ARV) ; les soins de l'accouchement (notamment les pratiques obstétricales sans risque) ; les soins du post-partum (notamment l'alimentation sans risque du nouveau-né et la prévention des IST/ITR) ; les soins du nouveau-né ; et la double protection.

Option B : Présentation par le Formateur

Dire aux participants que vous leur donnerez un aperçu des considérations de PF pour les femmes VIH+, notamment les méthodes contraceptives, la grossesse, la parentalité sans risque, et la double protection. Se référer aux Prospectus du participant 17.1, 17.2 et 17.3, qui comportent : un aperçu des critères d'admissibilité de l'OMS aux méthodes contraceptives pour les femmes VIH+ ; l'impact du VIH sur la grossesse (notamment la prophylaxie ARV) ; les soins de l'accouchement (notamment les pratiques obstétricales sans risque) ; les soins du post-partum (notamment l'alimentation sans risque du nouveau-né et la prévention des IST/ITR) ; les soins du nouveau-né ; et la double protection. Dire que la présentation sera suivie par une séance de questions et réponses.

Activité C : Activité de petit groupe (30 minutes)

1. Après la présentation, diviser les participants en 4 – 5 groupes et donner à chaque groupe 1 – 2 des questions suivantes à discuter :
 - Quels problèmes les agents de santé doivent-ils considérer en discutant d'options de PF avec les femmes et adolescentes VIH+ ?
 - Quels problèmes doivent être considérés si une femme et adolescente VIH+ cherche des conseils à propos d'avoir un bébé ou si elle a eu un dépistage positif pendant elle grossesse ?
 - Comment les agents de santé peuvent-ils aider les clientes à gérer les facteurs externes socioéconomiques tels que violence et le manque de pouvoir dans les rapports ?
 - Est-ce que les informations de PF que vous offrez à une cliente diffèrent selon son statut de VIH ? Si oui, de quelle manière ?
 - Etant donné que la majorité des femmes et adolescentes ne connaissent pas leur statut de VIH, comment approcheriez vous les discussions sur les options de PF avec une femme de statut inconnu ?
 - Que signifie t-on par la double protection ?
 - Pourquoi une femme ou une adolescente VIH+ est-elle particulièrement susceptible d'acquérir une IST/ITR, de transmettre le VIH à son partenaire, ou d'être réinfectée par une autre souche du virus pendant la grossesse ou dans la période du post-partum ?
 - Pourquoi une femme ou une adolescente VIH+ est plus apte à transmettre le VIH à son nourrisson si elle acquiert le VIH pendant la grossesse ou dans la période du post-partum ?
2. Dire aux groupes de discuter des questions attribuées et de choisir un preneur de notes et rapporteur pour leur groupe. Référer les groupes aux Prospectus du participant 17.1, 17.2, et 17.3 pour des informations supplémentaires concernant leurs questions.
3. Au bout de 15 minutes, demander au rapporteur de chaque groupe de partager les réponses à leurs questions. Corriger toute fausse réponse ou information erronée.
4. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.

Objectifs

A la fin de cette session, les participants seront capables de :

- expliquer les principes du counseling intégré pour les femmes et adolescentes VIH+ ;
- décrire comment employer la liste vérificative du prestataire pour les soins complets de SSR des femmes et adolescentes VIH+ ;
- décrire des stratégies pour prendre en charge les problèmes courants de SSR avec les femmes et adolescents VIH+.

Temps

90 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- Ressource du formateur 18.1 : Scénarios de jeux de rôle pour le counseling de SSR intégré, p. 87
- Prospectus du participant 18.1 : Counseling de SSR intégrée, p. 162
- Prospectus du participant 16.1 : Liste vérificative du prestataire : Soins complets de SSR et counseling pour les femmes et adolescentes VIH+, p. 143
- Prospectus du participant 16.2 : Algorithme pour le counseling en SSR des femmes et adolescentes VIH+, p. 149
- Prospectus du participant 4.2 : Vue d'ensemble du modèle REDI de counseling, p. 109

Préparation préalable

1. Préparer une grande feuille de papier avec la définition du counseling de SSR intégrée fournie dans le Prospectus du participant 18.1, p. 162.
2. Faire une copie de la Ressource du formateur 18.1 (p. 87), et le découper en scripts — un script pour chaque scénario d'agent de santé et de cliente.
3. Revoir les scénarios, et en sélectionner 2–3 jeux de rôle. Garder séparément les scripts d'agent de santé et de cliente pour chacun des scénarios choisis, à distribuer aux participants du jeu de rôle.
4. Préparer deux grandes feuilles de papier : une avec les directives de feedback pour "l'agent de santé" et une avec les directives de feedback pour la "cliente" dans les jeux de rôle (voir ci-dessous).

Feedback de jeux de rôle

- * “Agent de santé” : Quelles techniques de counseling essayez vous d’appliquer ? A votre avis, quelle technique réussissez vous ; que pouvez vous améliorer ?
- * “Client” : “L’agent de santé” prend t-il en charge vos besoins ? Est-ce que vous sentez que vous êtes entendue ? Y a t-il des questions que vous voulez demander ou des choses qu’il vous faut dire mais vous sentez que vous ne pouvez pas le faire ? Pourquoi ?

Idées clés à véhiculer

- Le counseling de SSR intégrée est une composante critique des interventions programmatiques liant les SSR et le VIH/SIDA et il aide les clients à tirer meilleure partie de la gamme de services disponibles. Cependant, le counseling de SSR intégrée peut être offert dans tout cadre de prestation de service. Ainsi, un agent de santé peut discuter de l’entière gamme de problèmes de SSR au sujet desquels la cliente peut être préoccupée, indépendamment des types de services de SSR fournis réellement dans le site.
- Satisfaire les besoins de la cliente peut nécessiter de la référer à des services soit sur site ou hors site ou peut nécessiter une solution de problème pour déterminer ce que la cliente peut faire dans une situation pour laquelle les services n’existent simplement pas sur place.
- Le counseling de SSR intégrée peut constituer une partie vitale des services d’extension, comme un moyen d’aider les femmes et adolescentes VIH+ à identifier leurs besoins aussi bien de soins cliniques que de soutien, en développant des plans de réduction de risque pour changer leur comportement.
- Le counseling de SSR intégrée pour les femmes et adolescentes VIH+ applique le concept de prise de décision informée en s’assurant que les femmes sont bien informées sur tous leurs choix, et ne sont pas jugées ou dirigées en prenant leurs décisions de SSR.
- Le counseling de SSR intégrée pour les femmes et adolescentes VIH+ ne dépend pas de la connaissance du statut de VIH de l’individu, puisque le but est de fournir des informations de façon intégrée qui prévoient les besoins des clientes, qu’elles aient ou non subi un dépistage du VIH.
- Pour les couples fertiles où les deux partenaires sont VIH+ ou alors l’un est positif et l’autre est négatif (i.e., les couples sérodiscordants), le counseling et des technologies de reproduction assistée sont disponibles pour protéger les deux partenaires aussi bien de l’infection que de la réinfection du VIH/IST.
- Pour les femmes infertiles et les couples dans lesquels un ou les deux partenaires sont VIH+, le counseling et des technologies de reproduction assistée sont disponibles pour aider le couple à concevoir un enfant en toute sécurité.

Étapes de formation

Activité A : Discussion (30 minutes)

1. Introduire l'activité en disant aux participants qu'ils appliqueront les principes du counseling de SSR intégrée aux soins complets de SSR en direction des femmes VIH+.
2. Référer le groupe à la définition du counseling de SSR intégrée donnée le premier jour de la formation :

Le counseling de SSR intégrée est une interaction bidirectionnelle entre un client et un agent de santé, pour évaluer et prendre en charge les besoins de SSR des clients, leurs connaissances et préoccupations en général, sans tenir compte du service de santé où ils travaillent ni du service demandé par les clients.

3. Présenter brièvement les principes de counseling de SSR intégrée développés dans le Prospectus du participant 18.1, p. 162.
4. Répondre à toute question que le groupe peut avoir à ce stade, et les référer au prospectus.
5. Demander aux participants de retourner au Prospectus du participant 16.1 : La liste vérificative du prestataire : soins et counseling complets de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+.
6. Revoir les catégories principales de services dans la liste, et faciliter une discussion utilisant les questions suivantes :
 - Quels services de SSR figurant sur la liste vérificative pour les femmes et adolescentes VIH+ offrez vous dans votre structure sanitaire ?
 - Quels autres services de SSR sont disponibles dans votre communauté ?
 - Où dans la communauté ces autres services sont-ils situés ?
 - Comment référez vous les femmes et adolescentes VIH+ à d'autres services de SSR ?

Activité B : Exercice de jeu de rôle/Feedback (60 minutes)

1. Dire aux participants qu'ils feront des jeux de rôle pour pratiquer leurs compétences de counseling et appliquer les techniques sur les soins complets de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+ qu'ils ont acquises au cours des quatre jours de formation. Les encourager à se référer aux Prospectus du participant 4.2, 16.1, et 16.2, en développant et pratiquant leurs jeux de rôles. Leur donner les instructions suivantes :
 - Dans le jeu de rôle, le rôle de "l'agent de santé" sera joué en roulement, mais le "client" restera le même tout le temps. (Assurez-vous d'informer le groupe que tout le monde n'aura pas l'occasion d'intervenir comme agent de santé ou client.)
 - Demander un volontaire pour être le premier client. Cette personne recevra les informations sur le client qu'elle jouera (à partir du "script du client" correspondant à la Ressource du formateur 18.1, p. 87), et ne doit pas montrer ces informations à aucun des autres stagiaires jouant les agents de santé.
 - Demander un volontaire ayant une expérience de counseling pour être le premier "agent de santé", et donner à cette personne le script correspondant "d'agent de santé" (qui donne très peu d'informations sur le client).

- Une fois que le jeu de rôle démarre, l'arrêter toutes les 3 – 5 minutes pour permettre à un autre stagiaire d'entrer en scène comme "l'agent de santé" (le client restant le même). La personne jouant "l'agent de santé" peut aussi demander de l'aide si elle le désire, et un autre stagiaire entrera en scène dans le rôle de "l'agent de santé" et prendra à partir de là où la personne précédente avait quitté.
 - Les participants devraient tirer de leur expérience, du modèle REDI de counseling qui a été examiné, ou d'autres modèles de counseling avec lesquels ils sont familiers, et des informations techniques sur les soins complets de SSR aux femmes et adolescentes VIH+ qu'ils ont acquises dans les séances précédentes.
 - Tandis que les agents de santé s'entraînent à l'avant de la pièce, demander aux autres participants de faire attention à ce qui a été couvert et de penser aux questions qui n'ont pas encore été posées dans le jeu de rôle en cours.
2. Après que 3 – 5 stagiaires ont eu une occasion de jouer l'agent de santé, solliciter les réactions des participants sur la manière dont le scénario du client a été joué, en se référant aux grandes feuilles de papier pour le feedback de l'agent de santé/du client.
 3. Au bout de 15 – 20 minutes environ, sélectionner un nouveau scénario de client et demander un volontaire pour être le second "client" avec un nouvel "agent de santé". Répéter les instructions ci-dessus, et sélectionner d'autres scénarios de clients selon les disponibilités de temps.

Activité C : Discussion (15 minutes)

1. Débriefier les acteurs en orientant une discussion basée sur les questions clés suivantes :
 - Pour ceux qui ont joué l'agent de santé, quels ont été les aspects les plus difficiles de l'exercice d'entraînement en counseling de SSR ?
 - Avec quels aspects vous êtes vous sentis plus confortables, et pourquoi ?
 - Avec quels aspects vous êtes vous sentis plus inconfortable, et pourquoi ?
 - Pourquoi est-il important d'intégrer une large gamme de problèmes de SSR dans une séance de counseling, même si la client dit qu'elle venait pour une raison spécifique ?
 - Quels obstacles pourraient s'opposer à la fourniture de counseling sur la double protection dans votre clinique ? (Voir la Session 17 pour des détails sur la "Double protection".)
 - Quelles stratégies pourriez vous employer pour surmonter ces obstacles ?
 - Les stratégies sont-elles différentes pour les femmes VIH+ comparées aux adolescentes VIH+ ?
2. Donner aux participants un résumé des idées essentielles à véhiculer.



Scénario 1 : Le client

Vous avez 14 ans. Vous connaissez seulement votre école et votre communauté locale. Vous n'êtes pas autorisée à sortir seule parce qu'on considère que c'est trop dangereux pour une adolescente d'être dehors non accompagnée. Vous êtes préoccupée par le VIH/IST parce que beaucoup de vos amis à l'école en parlent, mais vous n'avez jamais fait un dépistage du VIH. Vous ne savez pas quoi demander à la clinique. Vous ne pouvez pas affirmer vos droits parce que vous ne savez pas quels sont vos droits.

Scénario 1 : L'agent de santé

Une fille de 14 ans est venue vous voir. Elle semble confuse et effrayée. Votre tâche est de la mettre à l'aise pour qu'elle vous parle de ses préoccupations.

Scénario 2 : Le client

Vous êtes une femme VIH+ de 23 ans qui emploie des drogues intraveineuses de temps à autre. Vous n'avez pas cherché de traitement à cause des attitudes négatives des agents de santé. Vous sentez qu'ils vous jugent indigne des soins et vous craignez de perdre vos enfants. Vous subissez une pression de votre partenaire pour avoir un autre enfant. Vous ne voulez pas avoir un autre enfant, au moins pas à ce stade dans votre vie. Vous savez que votre partenaire voit d'autres femmes mais vous ne pouvez pas le quitter parce que vous êtes financièrement dépendante de lui. Vous êtes venus parler au prestataire pour obtenir une méthode de contraception.

Scénario 2 : L'agent de santé

Une femme VIH+ de 23 ans est venue vous voir. Elle n'utilise pas actuellement une quelconque forme de contraception. Votre tâche est de découvrir pourquoi elle est venue vous voir et de prendre en charge ses préoccupations.

Scénario 3: Le client

Vous êtes une femme de 35 ans qui a vécu avec le VIH pendant une année. Vous avez utilisé des contraceptifs oraux pour les trois dernières années. Les programmes de santé que vous avez suivi vous poussent à révéler votre statut et vous vous sentez menacé et vous avez peur que les gens dans votre communauté le découvrent. Les agents de santé vous disent que vous êtes entrain de tuer d'autres personnes et que vous pouvez aller au tribunal et en prison. Vous voulez avoir un autre enfant ; cependant, récemment le dirigeant de votre groupe local de soutien du VIH a dit à votre ami, "les femmes VIH+ qui font des enfants ne sont pas meilleures que les meurtrières ". Votre partenaire est VIH négatif et il est très inquiet quant à avoir un enfant avec vous.



Scénario 3 : L'agent de santé

Une femme VIH+ de 35 ans est venue vous voir à propos d'avoir un autre enfant. Elle semble nerveuse. Votre tâche est de découvrir pourquoi elle est venue vous voir.

Scénario 4 : Le client

Vous êtes une femme de 20 ans avec deux enfants. Vous avez été sous thérapie ARV pendant une année. Les infirmières vous ont conseillé de ne plus avoir d'enfants. Vous et votre partenaire avez seulement utilisé des préservatifs comme contraceptif. Vous êtes tombé enceinte encore récemment, mais votre partenaire est devenu malade et il est mort du SIDA peu après. Les infirmières vous crient chaque fois qu'elles vous voient, "Pourquoi est-ce que vous n'avez pas écouté notre conseil ?" Vous subissez la pression de votre infirmière pour avorter la grossesse. Vous devez continuer à monnayer le sexe pour de l'argent afin de soutenir vos enfants, même si votre seul désir est l'abstinence.

Scénario 4 : L'agent de santé

Une femme de 20 ans enceinte avec le VIH est venue vous voir. Elle a été sous thérapie ARV pendant une année. Elle semble perdue et un peu timide. Votre tâche est de découvrir pourquoi elle est venue vous voir et de prendre en charge ses préoccupations.

Scénario 5 : Le client

Vous êtes une femme VIH+ de 27 ans. Vous êtes allé à l'hôpital, et on vous a dit de vous faire installer un DIU. Quand vous êtes allé pour l'installer, ils ne vous ont pas permis de l'avoir il parce que vous ne vivez pas en permanence avec votre partenaire sexuel. Ils vous ont demandé pourquoi vous devriez vous déranger pour l'utiliser. Alors, quand ils ont vérifié votre dossier médical et appris que vous avez le VIH, ils ont dit, "Oh! Celle-ci est infectée! Les personnes infectées du VIH ne devraient pas utiliser le DIU". Maintenant, vous avez des douleurs au bas ventre et vous êtes revenue voir un prestataire parce que vous êtes soucieuse d'avoir une IST.

Scénario 5 : L'agent de santé

Une femme VIH+ de 27 ans est venue vous voir en se plaignant de douleurs au bas ventre. Votre tâche est de découvrir pourquoi elle est venue vous voir et de prendre en charge ses préoccupations.

Objectifs

A la fin de cette session, les formateurs devraient avoir :

- administré le questionnaire post test et la fiche d'évaluation du participant ;
- obtenu les impressions des participants sur la formation et reçue des suggestions pour améliorer les formations futures ;
- remercié formellement tous ceux qui ont été impliqués dans la formation, souhaité à tout le monde, et clôturé les travaux.

Temps

60 minutes

Matériels

- Questionnaire post-test, Annexe B
- Fiche d'évaluation du participant, Annexe D
- certificats de participation pour chaque participant

Préparation préalable

1. Identifier et inviter des invités pour la cérémonie de clôture.
2. Faire assez de copies du questionnaire post-test.
3. Faire assez de copies de la Fiche d'évaluation du participant.
4. Préparer un certificat de participation (selon les besoins de chaque cadre) pour chaque participant.
5. Préparer une liste de contact de tous les participants et formateurs à distribuer.

Etapes de formation

1. Distribuer le questionnaire post test. Donner aux participants 30 minutes pour le remplir et collecter toutes les copies.
2. Distribuer la Fiche d'évaluation du participant. Donner aux participants 15 minutes pour le remplir et collecter toutes les copies.
3. Distribuer la liste de contact de tous les participants/formateurs et encourager les participants à garder le contact après la formation pour se soutenir les uns les autres alors qu'ils appliqueront leurs nouvelles connaissances et compétences.
4. Tenir une cérémonie finale appropriée pour le cadre. Remercier les participants et tous les Formateurs, hôtes, et orateurs invités ; distribuer des attestations de formation et célébrer l'achèvement de la formation.
5. Si le temps le permet, inviter les participants à parler et exprimer leur appréciation.

ANNEXES

Annexe	Title
A	Modèle de programme de formation en quatre jours 93
B	Questionnaires pré-test et post-test 95
C	Les prospectus du participant 103
D	Fiche d'évaluation du participant 163
E	Ressources supplémentaires 167
F	Fiche de données de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+ 169
G	Planifier les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA 187

Jour 1	
Matin	
Session 1 : Vue d'ensemble (90 minutes)* Pause (15 minutes) Session 2 : Informations de base sur le VIH et le SIDA (30 minutes) Session 3 : Explorer les croyances, valeurs, et attitudes sur le VIH et le SIDA (90 minutes)	
Après-midi	
Session 4 : Compétences et approches fondamentales de counseling (90 minutes) Pause (15 minutes) Session 5 : Vulnérabilité de la santé reproductive et sexuelle des femmes et adolescentes (90 minutes) Clôture (15 minutes)	
Jour 2	
Matin	
Vérification : Perceptions de participants sur les sessions du jour précédent (15 minutes) Session 6 : Prise en charge du stigmatisme et de la discrimination contre le VIH et le SIDA dans la structure sanitaire (90 minutes) * Pause (15 minutes) Session 7 : Droits reproductifs et sexuels des femmes et adolescentes VIH+ (90 minutes)*	
Après-midi	
Session 8 : Appuyer la prise de décision volontaire et informée des clients (75 minutes) Session 9 : L'éthique dans le counseling (75 minutes) Pause (15 minutes) Session 10 : Gérer un diagnostic positif (75 minutes) Clôture (15 minutes)	
Jour 3	
Matin	
Vérification : Perceptions de participants sur les sessions du jour précédent (15 minutes) Session 11 : Divulgence du VIH (90 minutes)* Pause (15 minutes) Session 12 : Prise en charge de la sexualité avec les femmes et adolescentes VIH+ (90 minutes)	
Après-midi	
Session 13 : Améliorer l'aptitude d'un client à percevoir le risque (75 minutes) Pause (15 minutes) Session 14 : Sexualité des adolescentes, grossesse, et VIH/SIDA (90 minutes) Clôture (15 minutes)	

* Ces séances sont particulièrement pertinentes pour des responsables de programme. Nous encourageons les responsables à assister à la présentation générale et à la session finale en plus des autres séances, pour démontrer leur soutien à leur personnel et leur engagement vis-à-vis de l'importance de la formation.

Modèle de programme de formation en quatre jours (*cont.*)

Annexe



Jour 4	
Matin	
Vérification	: Perceptions de participants sur les sessions du jour précédent (15 minutes)
Session 15	: Conseiller les adolescentes VIH+ sur la santé reproductive et sexuelle (90 minutes)
Session 16	: Soins complets de SSR des femmes et adolescentes VIH+ (60 minutes)
Pause	(15 minutes)
Session 17	: Les besoins de planification familiale des femmes et adolescentes VIH+ (120 minutes, total) — Début (60 minutes)
Après-midi	
Session 17	: Les besoins de planification familiale des femmes et adolescentes VIH+ — Fin (60 minutes)
Pause	(15 minutes)
Session 18	: Counseling de SSR intégrée pour les femmes et adolescentes VIH+ (90 minutes)
Session 19	: Session de clôture (60 minutes)*

Page 2 de 2

* Ces séances sont particulièrement pertinentes pour des responsables de programme. Nous encourageons les responsables à assister à la présentation générale et à la session finale en plus des autres séances, pour démontrer leur soutien à leur personnel et leur engagement vis-à-vis de l'importance de la formation.

Ecrire s'il vous plaît les derniers quatre chiffres de votre numéro de téléphone comme un moyen de coïncider anonymement vos réponses pré-test et post-test.

Ce questionnaire prendra approximativement 30 minutes pour être rempli. Il est volontaire et complètement confidentiel. Merci pour votre temps.

Croyances, valeurs, et attitudes (Vérifier s'il vous plaît s'il y a une réponse pour chacune des questions ci-dessous.)

1. Je crois qu'il est facile pour les clients d'exprimer leurs sentiments et désirs sur la sexualité, même avec des étrangers.
 D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord
2. Je crois qu'il suffit de dire aux gens que certains comportements les exposent aux risques de grossesses involontaires et d'infections sexuellement transmises/ infections du tractus reproductif (IST/ITR) pour leur faire changer de comportement.
 D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord
3. Je crois que le fait de donner trop d'informations sur la sexualité et la reproduction aux adolescentes VIH+ les rendra libertines.
 D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord
4. Je crois qu'il est important pour chaque femme et adolescente VIH+ d'être conseillé sur sa santé reproductive et sexuelle (SSR).
 D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord
5. Je crois que je suis en face d'un risque élevé d'acquérir le VIH à cause de mon travail dans une structure de santé publique.
 D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord

6. Je crois que la fourniture de services de SSR aux femmes et adolescentes VIH+ nous empêche de fournir de bons services de santé à la population générale.
- D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord
7. Je crois que des clients issus de groupes comme les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogue d'injection ont un droit à accéder à la plus haute qualité de services de santé dans ma structure.
- D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord
8. Je me sens inconfortable d'offrir des services de santé aux femmes et adolescentes VIH+.
- D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord
9. Je ne m'inquiète pas d'être exposé au VIH quand je travaille avec un collègue qui est VIH+.
- D'accord Quelque peu d'accord Quelque peu en désaccord Désaccord

Maintenant nous allons vous demander des questions pour lesquelles vous répondrez par Vrai ou Faux. Pour chacune des questions suivantes entourer soit Vrai ou Faux.

VIH et SIDA

10. La meilleure voie pour assurer la prévention de la transmission du VIH dans un cadre clinique est de suivre les "précautions ordinaires".
- Vrai Faux
11. Les agents de santé ont l'obligation professionnelle de rester objectif et non moralisateur avec leurs clients, qu'ils soient VIH positif ou VIH négatif.
- Vrai Faux

Vulnérabilité de santé reproductive et sexuelle des femmes et adolescentes VIH+

12. Dans beaucoup de cultures, les femmes à toutes les étapes de la vie manquent souvent de pouvoir, ce qui les empêche de se protéger elles-mêmes des problèmes de SSR.
- Vrai Faux

13. Les besoins de SSR sont les mêmes à tout moment de la vie d'une femme ou adolescente VIH+.

Vrai Faux

Droits des femmes et adolescentes VIH+

14. Les femmes et adolescentes VIH+ ont les mêmes droits sexuels reproductifs que les femmes et filles non affectées par le VIH ; par exemple, elles ont le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque.

Vrai Faux

15. Les adolescentes VIH+ sont plus aptes à accéder aux services de SSR adaptés aux besoins des jeunes.

Vrai Faux

Prise en charge du stigmatisme et de la discrimination liés au VIH et au SIDA

16. Pour empêcher le stigmatisme et la discrimination dans les structures médicales, le personnel doit traiter tous les clients avec respect et d'une façon accueillante, qu'ils soient VIH+ connus ou imaginés.

Vrai Faux

17. Les femmes et adolescentes VIH+ sont souvent exposées à plus de stigmatisme et de discrimination du VIH par leurs partenaires, amis, et membres de la famille que les hommes VIH+, et parce qu'elles sont plus aptes à faire un dépistage de VIH.

Vrai Faux

Techniques et approches fondamentales de counseling

18. Le contexte social n'est pas réellement important dans la considération du risque du client ; tous les clients subissent les mêmes facteurs en prenant des décisions sur leurs besoins de SSR

Vrai Faux

19. C'est la responsabilité du conseiller de persuader les femmes et adolescentes VIH+ de prendre des décisions de SSR qui représentent les choix les plus sains concernant la sexualité et la planification familiale.

Vrai Faux

Appuyer la prise de décision volontaire et informée des clients

20. Le droit d'une femme ou adolescente VIH+ de faire des choix sur sa reproduction et sa sexualité a peu de sens s'il n'y a pas de services de SSR dans la communauté qui respectent et soutiennent ses décisions.

Vrai Faux

Donner un soutien psychosocial pour un diagnostic positif

21. Dans les situations où certaines femmes et filles sentent qu'elles ont déjà un contrôle limité sur leurs vies, un diagnostic de VIH+ peut ajouter un autre niveau d'inconvénients perçus notamment une réduction notée dans leur pouvoir de négocier des rapports sexuels à moindre risque.

Vrai Faux

22. Pour donner un diagnostic de VIH+, l'agent de santé peut présenter l'information de la même façon pour chaque cliente, indépendamment de sa situation.

Vrai Faux

Divulgarion du VIH

23. La divulgation d'un statut de VIH aux partenaires, familles, amis, communautés/voisins, et au public n'est pas un événement à survenance unique, mais souvent un processus continu.

Vrai Faux

24. Les avantages de la divulgation du VIH dépassent toujours les inconvénients ; donc, le counseling sur la divulgation devrait être orienté vers l'encouragement du client à faire la divulgation.

Vrai Faux

L'Éthique dans le counseling

25. Les femmes et adolescentes peuvent subir un dépistage du VIH à leur insu si l'agent de santé pense que ce serait bon pour elle de connaître son statut.

Vrai Faux

26. Les résultats positifs de dépistage du VIH ne doivent pas servir pour refuser le traitement à quiconque ni pour les séparer des autres patients (à moins que ce ne soit cliniquement justifié).

Vrai Faux

Prendre en charge la sexualité avec les femmes et adolescentes VIH+

27. Si un agent de santé est gêné de parler de la sexualité avec un client, il peut juste donner des conseils généraux sans parler de pratiques sexuelles spécifiques.

Vrai Faux

28. Les agents de santé devraient attendre que le client prenne l'initiative de parler des problèmes liés à la sexualité dans le counseling.

Vrai Faux

Améliorer la capacité du client à percevoir le risque

29. L'évaluation de risque est un processus de counseling pour aider les clients à comprendre les risques associés avec les pratiques sexuelles et/ou d'emploi de drogue d'injection auxquelles ces derniers ou leurs partenaires se livrent, et comment ce niveau de risque peut changer selon les changements dans leurs situations.

Vrai Faux

30. Le traitement prompt et approprié des IST/ITR est recommandé pour les femmes VIH+ afin de prévenir les complications gynécologiques et obstétricales associées aux IST/ITR.

Vrai Faux

La sexualité des adolescents, grossesse, et VIH/SIDA

31. C'est la responsabilité des agents de santé de s'assurer que les adolescentes VIH+ ont assez d'informations pour prévenir l'acquisition des IST/ITR, la transmission du VIH aux partenaires, la réinfection du VIH, et la prévention des grossesses involontaires.

Vrai Faux

32. Les changements cognitifs, sociaux, et physiques associés avec l'adolescence peuvent être intensifiés pour les adolescentes VIH+ à la suite des sentiments de honte et de faible estime de soi associés avec le diagnostic.

Vrai Faux

Conseiller les adolescentes VIH+ sur les SSR

33. Les adolescentes se sentent souvent impuissantes dans les structures médicales, et par conséquent les suggestions des agents de santé peuvent aisément être prises comme des ordres.

Vrai Faux

Soins complets de SSR aux femmes et adolescentes VIH+

34. Le dépistage du cancer de l'utérus est une composante clé des soins de SSR pour les femmes et adolescentes VIH+.

Vrai Faux

Besoins de planning familial des femmes et adolescentes VIH+

35. Le désir d'une femme ou adolescente VIH+ de tomber enceinte est un obstacle à la discussion des options de planification familiale.

Vrai Faux

36. A quelques exceptions près, VIH-positives femmes et filles adolescentes peuvent employer des méthodes contraceptives plus modernes.

Vrai Faux

37. "La double protection" se réfère à la protection simultanée à la fois contre la grossesse imprévue et l'acquisition des IST/VIH.

Vrai Faux

38. Si une femme acquiert le VIH pendant sa grossesse ou pendant l'allaitement, le risque de transmettre le VIH à son nourrisson est plus grand.

Vrai Faux

Counseling de SSR intégrée pour les femmes VIH+

39. Le counseling de SSR intégrée est une interaction bilatérale entre une cliente et un agent de santé, pour évaluer et prendre en charge les besoins, connaissance, et préoccupations de SSR en général du client, indépendamment du service de santé où le client se présente.

Vrai Faux

Clé des réponses pour le questionnaire pré-test et post-test

Les questions à réponses «D'accord » et « Désaccord » dans le questionnaire pré-test et post-test mesurent les changements dans les croyances et attitudes des stagiaires, et il n'y a pas de fausses réponses. La clé de réponses suivante fournit donc les correctes pour les réponses à réponses «Vrai » ou « Faux » seulement.

10. Vrai
11. Vrai
12. Vrai
13. Faux
14. Vrai
15. Vrai
16. Vrai
17. Vrai
18. Faux
19. Faux
20. Faux
21. Vrai
22. Faux
23. Vrai
24. Faux
25. Vrai
26. Vrai
27. Faux
28. Faux
29. Vrai
30. Vrai
31. Vrai
32. Vrai
33. Vrai
34. Vrai
35. Faux
36. Vrai
37. Vrai
38. Vrai
39. Vrai

Session	Les prospectus du participant
2	2.1 : Informations de base sur le VIH et le SIDA 104
4	4.1 : Compétences de communication d'un conseiller efficace 106
4	4.2 : Vue d'ensemble du modèle REDI de counseling 109
5	5.1 : Définitions et concepts clés de SSR 113
7	7.1 : Vue d'ensemble des droits reproductifs et sexuels 117
7	7.2 : Témoignages de femmes et adolescentes VIH+ 122
8	8.1 : Prise de décision volontaire et informée 131
9	9.1 : Lois et politiques qui restreignent l'accès des femmes et adolescentes VIH+ aux soins de SSR 135
11	11.1 : Directives de divulgation 137
13	13.1 : Vue d'ensemble de l'évaluation de risque 138
14	14.1 : Étapes du développement de l'adolescent 142
16	16.1 : Liste vérificative du prestataire : soins complets de SSR et counseling pour les femmes et adolescentes VIH+ 143
16	16.2 : Algorithme pour le counseling en SSR des femmes et adolescentes VIH+ 149
17	17.1 : Critères médicaux d'admissibilité de l'OMS pour l'utilisation contraceptive et le VIH/SIDA 150
17	17.2 : VIH et maternité sans risque 154
17	17.3 : Vue d'ensemble de la double protection 159
18	18.1 : Counseling de SSR intégrée 162

2.1

Prospectus du participant

Informations de base sur le VIH et le SIDA

VIH

- Le virus de l'immunodéficience humain (VIH) est une famille de virus connus sous le nom de rétrovirus.
- Le VIH peut infecter et détruire les cellules blanches spéciales du sang, appelées lymphocytes CD4+.
- Ces cellules sont une partie importante du système immunitaire, qui est la défense du corps contre l'infection.
- L'immunodéficience signifie que le système immunitaire est affaibli, et est moins capable de lutter contre la maladie.
- Le VIH peut entraîner une gamme de tumeurs et d'infections opportunistes spécifiques, ainsi appelées parce qu'elles profitent de l'occasion présentée par l'affaiblissement du système immunitaire.

SIDA

- Le syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) est l'étape tardive de la maladie du VIH.
- Le VIH affaiblit la capacité du corps à lutter contre d'autres infections et maladies.
- Une personne est dite avoir le SIDA quand le virus a affaibli le système immunitaire du corps au point où elle développe un ou plusieurs cancers et infections spécifiques. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère qu'un adulte ou un adolescent (une personne âgée de plus de 12 ans) a le SIDA si un test aux anticorps donne un résultat positif, et si une ou plusieurs des conditions suivantes sont présentes :
 - >10% perte de poids du corps — ou cachexie, avec diarrhée et/ou fièvre, intermittentes ou constantes pendant au moins un mois, non connue pour être due à une condition non apparentée à l'infection du VIH ;
 - méningite cryptococcalle ;
 - tuberculose pulmonaire ou extra pulmonaire ;
 - sarcome de Kaposi ;
 - déficience neurologique suffisante pour empêcher les activités quotidiennes indépendantes, non connue pour être due à une condition non apparentée à l'infection du VIH ;
 - candidiasis de l'oesophage (qui peut être presomptivement diagnostiquée à partir de la présence de candidiasis oral accompagné de dysphagie) ;
 - épisodes diagnostiqués cliniquement comme menaces à la vie ou récurrentes, avec ou sans confirmation étiologique ;
 - cancer invasif de l'utérus.

Source: WHO. 1994. *Weekly epidemiological record*, Non. 37, p. 274. Genève.



Autres points clés

- Le VIH et le SIDA ne sont pas pareils.
- Pendant toute la durée de la maladie du VIH, les personnes qui ont le VIH ressemblent à tout le monde.
- La majorité des personnes VIH+ dans le monde ne réalisent pas qu'elles sont infectées.
- Tandis que les personnes vivant avec le VIH sont potentiellement infectieuses à d'autres personnes, l'infection du VIH peut seulement être transmise par des manières très spécifiques. Notamment :
 - rapport sexuel vaginal/anal
 - aiguilles
 - transmission mère-enfant
 - produits sanguins non dépistés
- A partir du moment de l'infection initiale avec le VIH, cela prend jusqu'à 10 années pour développer les symptômes du SIDA.
- Il n'y a aucune cure connue pour le VIH et le SIDA, bien que les médicaments antirétroviraux (ARV) puissent considérablement améliorer la qualité et la durée de la vie d'une personne vivant avec le VIH ou le SIDA.
- Etant donné que la présence d'autres IST peut augmenter la susceptibilité des gens à l'infection du VIH,* les efforts pour diagnostiquer et traiter les IST curables sont devenus une stratégie majeure dans le combat contre l'épidémie du VIH. Les efforts de diagnostic et traitement du VIH et des IST englobent le counseling en vue des traitements corrects et des stratégies pour notifier les partenaires.
- Il existe un certain nombre de tests différents pour détecter le virus du VIH en cherchant dans le sang des anticorps contre le virus.
- La transmission du VIH et des autres IST par l'activité sexuelle peut être empêchée grâce à l'utilisation correcte et constante du préservatif, aussi bien masculine que féminine.
- Une femme infectée avec le VIH peut transmettre le virus à son bébé pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, ou pendant l'allaitement. C'est ce qu'on appelle la transmission mère-enfant (TME), ou transmission verticale.

* OMS. 1999. *STD case management : The syndromic approach for primary health care settings*. Training Guide. Genève ; Silva, G., et al. 2002. Sexually transmitted infections as facilitators of HIV infection—experiment in Brazil. Résumé de la XIVe Conférence Internationale sur le SIDA, 7-12 juillet ; et Taha, T. E., et Gray, R. H. 2000. Genital tract infections and perinatal transmission of HIV. *Annale de l'Académie des Sciences de New York* 918 :84-98.



(Adapté de EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant handbook*. New York.)

1. Développer une relation

Accueillir le client

Les quatre étapes pour “accueillir le client” sont :

- Souhaiter la bienvenue au client.
- Faire les présentations.
- Introduire le sujet de la sexualité.
- Assurer la confidentialité.

Les aspects de l'accueil du client incluent d'être amical, non moralisateur et respectueux, et de montrer de l'intérêt à la situation et aux besoins du client.

Respect

Des cultures différentes ont des coutumes différentes pour montrer le respect entre des individus. Il est important pour les agents de santé de considérer comment ils témoignent du respect pour leurs clients. Ils devraient aussi considérer les déséquilibres de force qui peuvent exister entre eux-mêmes et leurs clients à cause de leur statut socioéconomique ou instruction, et comment de tels déséquilibres peuvent affecter les communications entre les clients et les agents de santé.

Faire montre de respect renforce le droit des clients à la dignité dans leurs interactions avec les agents de santé. Dans beaucoup de cultures, des encouragements et compliments sincères aux clients démontreront du respect pour leurs efforts comme individus qui essaient de traiter leurs problèmes de santé, même si leurs efforts ont été mal informés ou mal guidés. En outre, des compliments et encouragements sont habituellement efficaces pour aider les clients à reconnaître et résoudre leurs problèmes.

Compliment

Le compliment est l'expression d'approbation ou d'admiration. Dans la structure médicale, complimenter, c'est renforcer le bon comportement — c'est à dire, identifier et appuyer le comportement de recherche de santé des clients. Par exemple :

- montrer que vous respectez leur souci à propos de leur santé ;
- reconnaître les difficultés qu'ils ont pu surmonter pour venir à la structure ;
- trouver quelque chose à approuver plutôt que critiquer.

Encouragement

L'encouragement c'est donné du courage, de la confiance, et de l'espoir. Dans la structure



médicale, donner des encouragements signifie de faire savoir aux clients que vous croyez qu'ils peuvent surmonter leurs problèmes et de les aider à trouver des moyens pour le faire. Par exemple :

- indiquer des possibilités optimistes ;
- se concentrer sur ce qui est bon dans ce qu'ils ont fait et les exhorter à continuer ;
- leur dire qu'ils s'aident déjà eux-mêmes en venant à la structure de santé.

2. Poser des questions ouvertes

Les questions ouvertes sont utiles pour explorer les opinions et sentiments du client, et nécessitent habituellement des réponses plus longues. Ces questions sont plus efficaces à déterminer ce dont le client a besoin (en termes d'informations ou de soutien émotionnel) et ce qu'il connaît déjà. Par exemple :

- Comment est-ce que nous pouvons vous aider aujourd'hui ?
- Qu'est-ce qui peut avoir causé ce problème, à votre opinion ?
- Qu'avez vous entendu sur cette méthode de planification familiale ?
- [Pour des clientes de soins après avortement] Qu'avez vous senti quand vous avez découvert que vous étiez enceinte ? Comment vous sentez vous maintenant ?
- Quelles questions ou soucis votre époux/partenaire a-t-il à propos de votre état ?
- Que projetez vous de faire pour vous protéger contre une nouvelle acquisition d'une infection sexuellement transmise ?
- Qu'est ce qui vous a fait décider d'utiliser la même méthode que votre soeur ?

3. L'écoute efficace

Les compétences d'écoute peuvent être améliorées de diverses manières :

- maintenir le contact visuel avec l'orateur (dans la limite des normes culturelles) ;
- démontrer de l'intérêt en acquiesçant de la tête, en se penchant vers le client, et en souriant ;
- s'asseoir confortablement et éviter les mouvements distrayant ;
- prêter attention à l'orateur (e.g., ne pas faire d'autres tâches en même temps, ne pas parler à d'autres gens, ne pas interrompre, et ne pas permettre à d'autres d'interrompre) ;
- écouter votre client attentivement, au lieu de penser à d'autres choses ou à ce que vous allez dire ensuite ;
- écouter ce que votre client dit et comment il le dit, et remarquer le ton du client, son choix de mots, ses expressions faciales, et ses gestes ;
- s'imaginer soi-même dans la situation du client pendant que vous écoutez ;
- rester silencieux parfois, et donner ainsi du temps au client pour penser, poser des questions, et parler ;
- paraphraser ce que le client a dit comme un moyen de montrer que vous comprenez ce qu'il a dit, tout en clarifiant que vous avez compris correctement.



4. Utiliser un langage que le client comprend

Langage et sexualité

- Une des difficultés que les gens rencontrent en parlant de questions liées à la sexualité et à la santé sexuelle et reproductive (SSRH) est de choisir les mots à employer. Parfois les mots qui viennent à l'esprit semblent soit trop cliniques ou trop choquants. Cependant, pour communiquer efficacement, vous devez en tant qu'agent de santé connaître les mots qu'un client comprendrait.
- Vous ne devriez pas vous sentir obligé d'employer des mots que vous considérez choquants pendant la session de counseling. Cependant, il est important d'identifier le mot qu'emploie le client pour une activité ou partie du corps en particulier, et d'expliquer alors au client que, lorsqu'un terme médical particulier est employé, il se réfère à cette activité ou partie du corps.
- Si vous êtes assez confortable à employer des mots locaux comme une passerelle pour comprendre, cela aidera le client à surmonter son propre embarras à discuter de ces sujets. Une partie importante de ce processus de formation est pour vous de dire les mots à haute voix, pour que vous commenciez à vous sentir plus confortable à les utiliser ou à les entendre de la bouche des clients.

Utiliser un langage simple

- Pour une communication efficace, il est essentiel d'expliquer les problèmes de SSR dans une manière que les clients comprennent. Même quand nous sentons que nous savons très bien quelque chose, il peut être dur de trouver une manière simple de l'expliquer. Cela devient plus facile avec la pratique.
- Il est essentiel de demander ce que le client connaît déjà. Cela vous permet de connaître quel niveau de terminologie (par exemple, argot, mots communs, ou termes médicaux) le client comprendra. Cela vous donne aussi un point de départ, en renforçant la connaissance actuelle du client et de corriger les inexactitudes.
- Le fait de ne pas découvrir d'abord ce que le client connaît déjà peut conduire à deux erreurs communes : expliquer à un niveau au-delà de sa compréhension, ou gaspiller du temps à expliquer ce qu'il ou elle connaît déjà (et ce faisant vexer le client).
- Il y a rarement assez de temps dans le counseling pour expliquer suffisamment tout ce que le client a besoin de connaître. Ce processus est beaucoup plus efficace si l'information fondamentale sur l'anatomie et la physiologie, ainsi que les termes médicaux clés sont expliqués dans des séances d'éducation de groupe avant le counseling. Alors, pendant le counseling, vous pouvez rapidement revoir les informations pour voir ce que le client a compris et ce qu'il n'a pas compris et quelles questions il ou elle pourrait avoir, et procéder alors au counseling du client sur ses risques individuels de VIH, d'infection sexuellement transmissibles ou du tractus reproductif, ou de grossesse, ainsi que sur les décisions qui doivent être prises en ce qui concerne le dépistage, les choix de SSR, et d'éventuels changements de comportement.



(Adapté de EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant handbook*. New York.)

REDI : Bâtir la relation, exploration, prise de décision, et exécution de la décision

<p>Phase 1 : Bâtir la relation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir le client • Faire les présentations • Introduire le sujet de la sexualité • Assurer la confidentialité <p>Phase 2 : Exploration</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorer les besoins, risques, vie sexuelle, contexte social, et cadre de vie du client • Évaluer les connaissances du client et lui donner des informations, selon le besoin • Assister le client à percevoir ou déterminer son propre risque de grossesse ou de VIH et d'infection sexuellement transmise (IST) ou celui de son partenaire 	<p>Phase 3 : Prise de décision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier quelles décisions le client doit prendre pendant cette séance • Identifier les options du client pour chaque décision • Peser les avantages, inconvénients et conséquences de chaque option • Assister le client à prendre ses propres décisions réalistes <p>Phase 4 : Exécute de la décision</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire un plan spécifique, concret pour exécuter la décision • Identifier les compétences dont le client aura besoin pour exécuter la décision • Pratiquer les compétences, autant que de besoin, avec l'aide de l'agent de santé • Faire un plan pour le suivi
---	---

Note : Les points ci-après sont des suggestions pour des domaines à prendre en charge dans chaque phase du REDI. Ils ne sont pas proposés comme une liste vérificative à suivre dans un ordre strict, ni pour être lus ou récités au client. L'interaction devrait toujours être façonnée à la situation du client.

Phase 1 : Bâtir la relation

1. Accueillir le client :
 - Saluer le client chaleureusement.
 - Aider le client à se sentir confortable et détendu.
2. Faire les présentations :
 - Identifier la raison de la visite du client.
 - Poser des questions générales, telles que le nom, l'âge, le nombre d'enfants, etc.
3. Introduire le sujet de la sexualité :
 - Expliquer les raisons pour poser des questions sur la sexualité.
 - Le mettre dans le contexte du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), et assurer le client que vous discutez du VIH et des IST avec tous vos clients.

4.2

Prospectus du participant

Vue d'ensemble du modèle REDI de counseling (cont.)

- Expliquer que le client n'est pas obligé de répondre à toutes vos questions.
4. Assurer la confidentialité :
- Expliquer le but et la politique de la confidentialité.
 - Créer une atmosphère d'intimité en s'assurant que personne ne puisse surprendre votre conversation, même si vous n'êtes pas capables d'utiliser une pièce séparée.

Phase 2: Exploration

1. Explorer les besoins, risques, vie sexuelle, contexte social, et cadre de vie du client :
 - Evaluer ce que le client comprend sur sa situation ou sa condition de santé sexuelle et reproductive (SSR), quels soucis ou préoccupations il ou elle pourrait avoir, et ce qu'il ou elle espère spécifiquement accomplir par la visite.
 - Explorer le contexte des rapports sexuels du client :
 - Quels rapports sexuels entretient-il/elle, quelle est la nature des rapports (y compris toute violence ou maltraitance), et quels sont ses sentiments à ce sujet ?
 - Comment communique t-il/elle avec ses partenaires sur la sexualité, le planning familial, et le VIH et les IST ?
 - Que sait-il/elle du comportement sexuel de son partenaire en dehors de leur rapport ?
 - Explorer les antécédents de grossesse de la cliente et son utilisation de méthodes de planning familial, y compris les préservatifs.
 - Explorer les antécédents de VIH et IST du client, ses symptômes actuels, et sa connaissance des antécédents de VIH et IST de ses partenaires.
 - Explorer d'autres facteurs sur les conditions de vie du client qui peuvent limiter son pouvoir ou contrôle sur la prise de décision, comme la dépendance financière vis-à-vis des partenaires, les tensions dans une famille élargie, et la crainte de violence, entre autres .
2. Evaluer les connaissances du client et lui donner des informations, selon le besoin :
 - Evaluer les connaissances du client en matière de soins de la grossesse (si approprié), soins après avortement (si approprié), planning familial, VIH, et IST.
 - Corriger les informations et remplir les lacunes, selon le besoin.
3. Assister le client à percevoir ou déterminer son propre risque de grossesse ou de VIH et de IST ou celui de son partenaire :
 - Demander à la cliente si elle s'estime exposée au risque de grossesse involontaire ou de transmission du VIH/IST, et explorer pourquoi ou pourquoi pas.
 - Demander au client s'il pense que son ou ses partenaires peuvent être exposés au risque de grossesse involontaire ou de transmission du VIH/IST, et explorer les raisons.
 - Expliquer les risques de grossesse involontaire ou de transmission du VIH/IST (selon le besoin), en les liant aux pratiques sexuelles individuelles du client et de sa (ou ses) partenaire(s).
 - Aider le client à reconnaître et prendre acte de son ou ses risques de transmission du VIH/IST ou de grossesse involontaire.

Phase 3 : Prise de décision

1. Identifier quelles décisions le client doit prendre pendant cette séance :
 - Aider le client à fixer les priorités des décisions, à déterminer celles qui sont les plus importantes à prendre en charge aujourd'hui.
 - Expliquer l'importance de la prise de ses propres décisions par le client.
2. Identifier des options du client pour chaque décision :
 - Beaucoup de clients et agents de santé estiment que dans la plupart des domaines de SSR, les options de décision du client sont limitées. Un rôle important de l'agent de santé est d'exposer les diverses décisions qu'un client pourrait prendre, d'explorer les conséquences de chacune. Cela met le client en situation de pouvoir faire ses propres choix, ce qui est un élément clé du soutien aux droits sexuels et reproductifs du client.
3. Peser les avantages, inconvénients et conséquences de chaque option :
 - S'assurer que la discussion soit centrée sur des options qui satisfassent aux besoins individuels du client, en considérant ses préférences et soucis.
 - Fournir de plus amples informations, selon le besoin, sur les options que le client considère.
 - Considérer qui d'autre serait affecté par chaque décision.
 - Explorer avec le client comment il pense que les membres de la famille ou partenaires peuvent réagir devant le cours d'action (e.g., suggérer l'emploi de préservatif ou discuter de la sexualité avec des partenaires).
4. Assister le client à prendre ses propres décisions réalistes :
 - Demander au client quelle est sa décision (i.e. quelle option il choisit).
 - Faire expliquer par le client dans ses propres mots pourquoi il prend cette décision.
 - Vérifier pour voir que cette décision est le choix du client, sans pression de la part du conjoint, partenaire, ou des membres de la famille, amis, ou agents de santé.
 - Aider le client à évaluer si sa décision peut réellement être exécutée, étant donné ses relations, sa vie familiale, et sa situation économique, entre autres problèmes.

Phase 4 : Exécuter la décision

1. Faire un plan spécifique, concret pour exécuter la décision :
 - Etre spécifique. Si un client dit qu'il va faire quelque chose, découvrir quand, dans quelles conditions, et quelles étapes suivantes dans chaque situation. Il est important de demander au client "Qu'allez vous faire ensuite ?" en développant un plan de réduction du risque. Par exemple, si un client dit qu'il va commencer à utiliser des préservatifs, l'agent de santé devrait demander, "A quelle fréquence ?" "Où obtiendrez vous les préservatifs ?" "Comment les payerez vous ?" "Comment direz vous à votre partenaire que vous voulez les utiliser ?" et "Où les garderez vous de sorte à les avoir avec vous quand vous en avez besoin ?"

4.2

Prospectus du participant

Vue d'ensemble du modèle REDI de counseling (*cont.*)

- Interroger sur les conséquences possibles du plan : “Comment est-ce que votre partenaire réagira ?” “Est-ce que vous craignez une conséquence négative ?” “Comment est-ce que le plan affectera les rapports avec vos partenaires ?” “Est-ce qu’e vous pouvez parler directement du plan avec vos partenaires ?” et “Est-ce qu’une communication indirecte sera plus efficace d’abord ?”
 - Interroger sur les soutiens sociaux. Qui dans la vie du client peut l’aider à exécuter le plan ? Qui pourrait créer des obstacles ? Comment le client gèrera-t-il un manque de soutien ou des individus qui interfèrent avec ses efforts pour réduire le risque ?
 - Faire un “Plan B” — c’est à dire, si le plan ne marche pas, alors que peut faire le client ?
2. Identifier les compétences dont le client aura besoin pour exécuter la décision (voir le point 3, ci-dessous).
3. Pratiquer les compétences, autant que de besoin, avec l’aide de l’agent de santé :
- La communication avec le partenaire et les compétences de négociation :
 - Discuter des craintes ou soucis du client à propos de communiquer et négocier avec les partenaires sur l’emploi de préservatif, le planning familial, les soins de santé maternelle, les rapports sexuels à moindre risque, ou la sexualité, et proposer des idées pour améliorer la communication et la négociation.
 - Pour un client qui estime que l’emploi de préservatif pour la prévention du VIH et des IST peut être difficile à négocier, discuter pour voir s’il pourrait être plus facile d’introduire les préservatifs pour la prévention de la grossesse.
 - Faire un jeu de rôle avec le client sur les situations possibles de négociation et communication.
 - Techniques d’utilisation du préservatif :
 - Démontrer l’emploi correct du préservatif sur un modèle de pénis, décrire les étapes, et demander au client de répéter la démonstration pour être certain qu’il ou elle comprend.
 - Discuter des stratégies pour rendre l’utilisation du préservatif plus acceptable pour les partenaires.
 - Fournir des échantillons de préservatifs (si possible) et s’assurer que le client sait où et comment en obtenir d’autres.
 - Compétences pour utiliser d’autres méthodes de planning familial :
 - S’assurer que le client comprend comment employer d’autres méthodes de planification familiale qu’il ou elle a sélectionnées en demandant au client de répéter les informations de base et en l’encourageant à demander des éclaircissements.
4. Faire un plan pour le suivi :
- Inviter le client à revenir en visite de suivi pour fournir un soutien continu à la prise de décision, négociation, et au changement de comportement.
 - Expliquer le calendrier des visites de suivi médical ou de réapprovisionnement de contraceptif.
 - Faire les références pour les services non fournis dans votre structure.

5.1

Prospectus du participant

Definitions et concepts clés de SSR

(Adapté de EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant handbook*. New York ; et Conférence internationale sur la population et le développement [CIPD]. 1994. *Programme d'action*. Téléchargé le 26 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7.)

Sexe

Le sexe peut signifier les caractéristiques biologiques (anatomiques, physiologiques, et génétiques) qui font de nous des mâles ou des femelles.

Le sexe peut aussi signifier l'activité sexuelle, notamment le rapport sexuel.

Sexualité

La sexualité est la manière dont l'individu vit son statut de mâle ou de femelle. Ceci inclut les aspects biologiques et physiques d'une vie (e.g., avoir des règles, faire des rêves érotiques, être enceinte, ou avoir des rapports sexuels), ainsi que des aspects émotionnels (comme d'être attiré par une autre personne, notamment l'orientation sexuelle) et des aspects sociaux (comme se comporter d'une manière attendue par sa communauté, selon qu'on est un homme ou une femme ; ceci inclut les rôles de genre).

La sexualité :

- implique l'esprit et le corps ;
- est formée par nos valeurs, attitudes, notre apparence physique, nos croyances, émotions, notre personnalité, ce que nous aimons et ce que nous n'aimons pas, et la manière dont nous avons été socialisés ;
- est influencée par des normes sociales, la culture, et la religion ;
- implique de donner et recevoir du plaisir sexuel, ainsi que de permettre la reproduction ;
- s'étale sur toute notre vie.

Genre

Le genre implique comment un individu ou une société définit le "féminin" ou le "masculin". Les rôles de genre sont des attitudes, comportements, attentes, et responsabilités socialement et culturellement définies pour les hommes et femmes. L'identité de genre est la conviction intime, personnelle que chacun de nous se fait d'être homme ou femme ; il définit le degré auquel chaque personne s'identifie aussi comme homme, femme, ou une certaine combinaison des deux.

Orientation sexuelle

L'hétérosexualité est une attraction romantique ou érotique vers les gens du sexe opposé. L'homosexualité est une attraction romantique ou érotique vers les gens du même sexe. La bisexualité est une attraction romantique ou érotique vers les gens des deux sexes.



Santé reproductive

Selon la définition agréée à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire, Egypte, en 1994 :

La santé reproductive est un état de complet bien-être social, mental, et physique et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité, dans toutes les questions concernant le système reproductif et à ses fonctions et processus. La santé reproductive implique donc que les gens sont capables d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et sans risque, et qu'ils ont la capacité de se reproduire et la liberté d'en décider l'opportunité, le moment et la fréquence. Dans cette dernière condition, le droit des hommes et femmes à être informés et à accéder à des méthodes acceptables, raisonnables, et efficaces de planning familial de leur choix ... et le droit d'accéder à des services de soins de santé appropriés qui permettent aux femmes de traverser la grossesse et l'accouchement sans danger et fournissent aux couples la meilleure chance d'avoir un enfant sain. Dans l'esprit de la définition ci-dessus de la santé reproductive, les soins de santé reproductive sont définis comme la constellation de méthodes, techniques, et services qui contribuent au bien-être et à la santé reproductive par la prévention et la solution de problèmes de santé reproductive. (voir : www.unfpa.org/icpd/summary.htm#chapter7).

Santé sexuelle

Le terme santé sexuelle inclut des aspects de la sexualité non nécessairement liés à la reproduction. Il prend en compte le fait que les gens peuvent avoir des rapports sexuels pour le plaisir, et non seulement pour la reproduction, et qu'ils ont des besoins de santé liés à cette activité sexuelle

Selon la Coalition internationales pour la santé des femmes (IWHC) :

La santé sexuelle veut dire d'avoir une vie sexuelle responsable, satisfaisante, et à sans risque. L'accomplissement de la santé sexuelle nécessite une approche positive à la sexualité humaine et le respect mutuel entre partenaires. En reconnaissant la santé sexuelle — et les droits sexuels — les systèmes d'éducation et de santé peuvent aider à prévenir et traiter les conséquences de la violence sexuelle, de la coercition, et de la discrimination, et peuvent garantir qu'une sexualité humaine saine soit appréciée par tous et acceptée comme faisant partie de leur bien-être général (voir : IWHC.2001.*Sexual health*. New York. Récupérer à www.iwhc.org/docUploads/FWCW%5FSexHealthfactsheet.PDF).

L'IWHC décrit les éléments de base de santé sexuelle comme :

- une vie sexuelle sans maladie, blessure, violence, incapacité, douleur inutile, ou risque de mort ;
- une vie sexuelle sans crainte, honte, culpabilité, et croyances erronées sur la sexualité ;
- la capacité de jouir de sa propre sexualité et reproduction tout en la contrôlant.



Santé sexuelle et reproductive

Les définitions de la santé sexuelle et de santé reproductive se chevauchent. Afin d'éviter la confusion et s'assurer que tous les domaines sont couverts, beaucoup d'agents de santé, planificateurs, et responsables politiques emploient maintenant le terme "santé reproductive et sexuelle", qui se réfère à tout ce qui est inclus à la fois dans la santé sexuelle et dans la santé reproductive.

Le terme *santé reproductive et sexuelle* peut référer à un état de santé et de bien-être, à des types de services, ou à une "approche" à la fourniture des services. Par exemple :

Un état de santé et de bien-être :

- bien-être physique, mental, et social en rapport avec la sexualité et la reproduction ;
- liberté de jouir de relations sexuelles sans crainte de grossesse, maladie, ou abus de pouvoir, coercition sexuelle, ou violence ;
- équilibre égal de pouvoir dans les relations sexuelles ;
- respect de l'intégrité physique et du droit de contrôler sa propre sexualité et reproduction.

Types de services :

- services liés à la grossesse (anténatals, post-partum, et soins obstétricaux d'urgence) ;
- prévention et services du VIH et des infections sexuellement transmises (IST) ;
- planning familial ;
- soins après avortement ;
- services intégrés (e.g., planning familial et prévention du VIH et des IST).

Approche aux services :

- la *manière* dont les services sont fournis ;
- les *questions* qui sont prises en compte ou gérées lorsque des services sont fournis ;
- nouvelles manières de fournir des services *existants* ;
- la *mentalité et l'attitude* sous-jacentes à la manière dont les services sont fournis.

Certains exemples d'une "approche" aux services sont entre autres :

- adopter une approche holistique et intégrée à la santé reproductive et à la fourniture de services ;
- se focaliser sur l'implication du partenaire et la communication avec ce dernier ;
- promouvoir la sensibilité aux problèmes de genre ;
- promouvoir la sensibilisation sur la sexualité ;
- prendre en compte le contexte de la prise de décision des gens (e.g., dynamique du pouvoir basé sur le genre, pauvreté, violence familiale, et autres vulnérabilités) ;



- incorporer une perspective de droits humains dans le counseling et les autres services ;
- faciliter la participation communautaire.

Volets des soins de santé sexuelle et reproductive

Selon le Programme d'action adopté à la CIPD en 1994 (Paragraphe 7.2, 7.3, et 7.6), voici les composantes des soins de santé reproductive et des droits reproductifs :

- information, counseling, et services de planning familial ;
- prévention et traitement des IST et des infections du tractus reproductif ;
- diagnostic et traitement du VIH et du SIDA ;
- soins anténatals, de post-partum, et d'accouchement ;
- soins de santé des nourrissons ;
- gestion des complications liées à l'avortement ;
- prévention et traitement de la stérilité ;
- information, éducation, et counseling sur la sexualité humaine, la santé sexuelle et reproductive, et la parentalité ;
- diagnostic et traitement des cancers du système reproductif.



Perspective globale

- En 1993, la Conférence mondiale sur les droits humains a déclaré à Vienne que les droits des femmes étaient des droits humains.
- Le Programme d'action du Caire adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994 a raffiné les affirmations de Vienne et commis les gouvernements participants à veiller à ce que les droits humains, que ce soit dans les constitutions nationales ou dans les traités sur les droits humains, soient appliqués pour promouvoir les droits sexuels et reproductifs.
- Les droits sexuels et reproductifs des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des autres populations clés vulnérables, notamment les travailleuses du sexe, les utilisateurs de drogue par injection (DIU), les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes, les émigrés, les prisonniers, etc., ne sont pas différents des droits des personnes qui ne sont pas directement concernées par HIV.
- Cette reconnaissance est fondée dans la législation internationale sur les droits humains, à travers tous les instruments régionaux et internationaux, garantissant les droits et libertés à tout le monde sans distinction quelconque, de race, couleur, sexe, langue, religion, opinion politique ou autre, origine sociale ou nationale, propriété, naissance, ou autre statut.

Engagements et accords internationaux clés :

- Le Programme d'action de la CIPD (Nations Unies, 1994) est le principal document de consensus international qui élabore la santé sexuelle et reproductive et (SSR) et les droits reproductifs. (www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm, Dernier téléchargement le 21 août 2006)
 - Le Programme d'action de la CIPD inclut la santé sexuelle dans la définition de la santé reproductive. Ainsi, par implication, les droits liés à la santé sexuelle sont couverts par la définition des droits reproductifs.
 - La Plate-forme d'action adoptée à la Quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, a davantage défini les droits sexuels. (www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcw.htm, dernier téléchargement le 21 août 2006)
 - La Convention de 1989 sur les droits de l'enfant et d'autres accords internationaux sur les droits de l'homme adoptés au cours des 15 dernières années soutiennent aussi les droits reproductifs et la santé reproductive des adolescents.
- Au cours de la dernière décennie, le vocabulaire des droits de l'homme a été employé pour tenir les gouvernements responsables en cas d'échec à protéger les SSR.
 - Certains conservateurs à travers le monde considèrent maintenant cet langage comme un obstacle à certains problèmes fondamentaux auxquels ils s'opposent, notamment les droits à l'avortement, les droits des adolescents à l'information et aux services concernant les questions de sexe, familles et orientations sexuelles non traditionnelles, et davantage d'égalité pour les femmes.

**Exemples de droits reproductifs et sexuels :**

Les droits sexuels sont les droits de toute personne à :
Dire "non" au sexe.
Pratiquer des rapports sexuels à moindre risque ou protégés.
Décider de leur partenaire sexuel sans être jugé.
De contrôler sa propre sexualité.
Décider sur le type de rapport sexuel pratiqué ("génital", oral, pénétrant, etc).
L'information et l'éducation sexuelle, sur la santé et les droits sexuels.
Prendre une action légale contre tout harcèlement ou abus sexuel.
Au plaisir sexuel.
L'accès au traitement pour des problèmes de santé sexuelle et aux services pour s'assurer que la santé sexuelle est maintenue.
Ne pas subir de pratiques traditionnelles nocives.
Ne pas être forcé de se marier.
Les droits reproductifs sont les droits de toute personne à :
Décider ou non de concevoir, et quand sans être jugé.
L'avortement ou la stérilisation sans risque et sans avoir besoin de l'accord d'une autre personne.
Garder son bébé.
Adopter.
L'éducation et aux informations impartiales et exactes sur les options de santé reproductives (travail, accouchement, allaitement maternel, et prévention de la transmission mère-enfant du VIH).
Accès aux soins anténatals de qualité (en étant accompagné ou non par un partenaire).
L'égalité d'accès aux soins de SSR, indépendamment du statut politique, économique, ou social.
Aux informations de planning familial et à la décision sur le type et l'utilisation de contraceptif.
Accès aux méthodes préventives de contraception telles que les microbicides.
L'accouchement sans risque, au lieu et de la manière désirée.
La conception assistée ou insémination artificielle.
Nourrir le bébé de la manière que nous voulons (et à des informations exactes sur les options d'alimentation pour être capables de prendre une décision informée).
Des services pour la prévention de la transmission mère-enfant du HIV.

Adapté de : ICW. 2004. *Young women's dialogue : Swaziland workshop report.*



Application des droits de SSR des patients vivant avec VIH (PVVIH)

- Il y a un besoin de se déplacer de la rhétorique vers l'action et de faire agir les droits de SSR des PVVIH et des autres populations clés vulnérables aux niveaux nationaux et internationaux.
- La formulation d'un cadre conceptuel, qui soit basé sur des normes et principes existant dans les accords et traités internationaux et qui soit de portée globale, qui puisse fournir une certaine direction pratique aux décideurs politiques, promoteurs de programme, responsables de programme, militants, et prestataires pour réaliser une approche basée sur les droits aux soins de SSR des femmes VIH+.
- Les politiques et programmes internationaux et nationaux de SSR doivent tenir compte des droits, besoins, et aspirations des femmes et hommes VIH+. Basés sur des normes de droits de l'homme et sur l'efficacité de ces approches, les plus importantes de ces principes sont esquissées ci-dessous :

Principes directeurs pour prendre en charge les droits et besoins de SSR des PVVIH

- Les femmes, hommes et jeunes gens VIH+ doivent être capables de prendre des décisions autonomes et non imposées en ce qui concerne leur sexualité et fertilité.
- A travers leur système de santé, les femmes, hommes et jeunes gens VIH+ doivent avoir accès aux informations, counseling, et services pertinents façonnés à leurs besoins liés aux SSR.
- Les femmes, hommes et jeunes gens VIH+ doivent avoir le droit à la confidentialité, et leur accord pleinement informé doit être obtenu pour toute prestation de service.
- Autant que possible, les femmes, hommes et jeunes gens VIH+ devraient avoir l'opportunité d'impliquer leurs partenaires dans la prise de décision et les actions concernant la sexualité, la santé reproductive, et les soins aux enfants.
- Les besoins des couples VIH concordants tout comme VIH discordants devraient être pris en compte, ainsi que les besoins de ceux qui ne vivent pas en couples et qui peuvent avoir ou non un ou plusieurs partenaires sexuels réguliers.
- Les soignants et professionnels de santé qui fournissent des services de SSR à des femmes, hommes et jeunes gens VIH+ doivent posséder suffisamment d'équipements, fournitures de qualité, et une formation pour les précautions universelles pouvant les protéger ainsi que leurs patients contre l'infection ou la réinfection du VIH et d'autres infections véhiculées par le sang, telles que l'hépatite.

Adapté de : de Bruyn, M. 2000. *Gender, adolescents and the HIV/AIDS epidemic : the need for comprehensive sexual and reproductive health responses*. Rapport de la Réunion du Groupe d'Experts sur la Pandémie du VIH/SIDA et ses Implications de Genre, 13-17 novembre 2000, Windhoek, Namibie. Téléchargé le 7 septembre 2006 à l'adresse : www.un-.org/womenwatch/daw/csw/hiv aids/De%20bruyn.htm.



- Un problème majeur se situe dans l'engagement, l'action, et l'obligation de rendre compte devant être générés au niveau politique parmi les organes internationaux et gouvernements nationaux pour un tel cadre, notamment pour s'assurer d'un flux efficace de ressources devant servir à la prise en compte des lacunes politiques et programmatiques. C'est cela qui au bout du compte va permettre de garantir que les droits des PVVIH et des autres populations clés vulnérables soient aux normes de soins de SSR dont elles ont besoin.
 - Un sujet de controverse pour certains gouvernements nationaux est celui de la prise en compte des droits sexuels dans le contexte des SSR, puisque ceux-ci sont liés à d'autres questions sensibles, notamment l'homophobie, le mariage entre personnes de même sexe, les droits des travailleurs du sexe, les droits des DIU, etc.
 - En compétition avec d'autres besoins pour ces ressources, notamment la thérapie antirétroviral, la fourniture de soins de SSR complets pour les PVVIH constitue faible priorité pour la plupart des pays ayant des taux élevés de VIH. Par conséquent, ces services sont souvent caractérisés par une gamme étroite de services, une mauvaise intégration pauvre avec les autres services de VIH, une faible qualité d'interaction client - prestataire, de hauts niveaux de stigmatisation et de discrimination, et un accès plutôt limité, particulièrement pour les groupes vulnérables tels que DIU, les travailleurs du sexe, et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.
- Les efforts destinés à rendre opérationnel les programmes de SSR pour les PVVIH sont fondamentalement inhibés par les mécanismes distincts de financement et administratifs qui renforcent la séparation à travers des exigences discrètes de signalement pour le suivi, l'évaluation, et les obligations de comptabilité des financements.
 - Même à l'intérieur de départements comme les services de maternité, le personnel des pavillons anténatals, d'accouchement et postnatals, ne communique pas entre les diverses unités, et communique rarement avec les unités de patients externes liées, comme celles de planning familial, de santé anténatale, postnatale, et infantile. En outre, le manque d'orientation du personnel pour apprécier la valeur et apprendre comment la collaboration avec les autres unités liées constitue une entrave de plus à l'intégration des services et de la communication entre les prestataires de services de VIH et de planning familial.
 - Le suivi de la mise en œuvre des politiques de SSR aux niveaux national et international, tout comme le respect par les gouvernements des traités et accords internationaux, constitue des défis importants, étant donné la compétition des demandes pour des ressources rares, les innombrables lois, politiques, et directives nationales qui se recoupent dans le domaine de SSR des femmes et adolescentes VIH+, et le niveau de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des femmes et adolescentes VIH+ dans beaucoup de pays.
 - Par ailleurs, peu d'indicateurs au niveau politique ont été élaborés pour contrôler la qualité des soins dispensés aux femmes VIH+. Ipas, en collaboration avec la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW) et d'autres partenaires, a élaboré un outil pour contrôler l'accomplissement des Objectifs de développe-



ment du millénaire (ODM) concernant les droits reproductifs et sexuels des femmes VIH+. Deux des ODM cautionnés par les Nations Unies sont directement liés : l'ODM 5 vise à améliorer la santé maternelle par la réduction du taux de mortalité maternelle de 75%, tandis que l'ODM 6 vise à endiguer et renverser la propagation du VIH/SIDA (www.unfpa.org/icpd/about.htm, récupéré le 21 août 2006)

- L'accent devrait être mis sur un plaidoyer à base de faits pour informer les décideurs politiques, responsables de programme, agents de santé, et membres de la communauté sur les besoins et préoccupations de SSR des PVVIH et autres populations clés vulnérables. Parmi les questions que le plaidoyer devrait focaliser sont notamment :
 - L'introduction de lois criminalisant les violences sexuelles et dans les foyers, notamment le viol conjugal et l'inceste, la possibilité pour les femmes d'ester en justice contre les coupables de ces délits. Des règles établissant des services minimums pour les victimes de violence, comme la prophylaxie après exposition (pour les femmes qui sont VIH négatif), la contraception d'urgence, l'avortement légal, l'accès à l'aide juridique, et des orientations vers des conseillers et centres pour les cas de viol, peuvent aider les femmes à gérer les conséquences de la violence.
 - L'amendement des lois criminalisant l'usage des stupéfiants, le travail du sexe, et l'avortement peut permettre aux femmes d'avoir un meilleur accès aux services de traitement qui amélioreront leur SSR. L'adoption de lois garantissant les droits des femmes dans les domaines des soins de santé, de l'éducation, l'emploi, les droits de propriété, et les questions familiales contribue à promouvoir les ressources des femmes, et donc leur bien-être. Cela est vrai aussi pour les lois spécifiques empêchant la discrimination contre les PVVIH.
 - L'assurance que les PVVIH et populations clés vulnérables sont impliquées de manière significative peut informer et orienter les programmes et politiques.
 - La réévaluation des budgets de santé pour déterminer la réaffectation des fonds peut contribuer à établir des liens et à l'intégration entre les services de VIH/SIDA et les autres services de SSR.
 - La promotion du dialogue parmi les organisations de la société civile, les PVVIH et autres populations clés vulnérables, et les agents de santé peut améliorer la capacité du système de santé à prendre en charge les besoins et préoccupations insatisfaits des PVVIH, travailleurs du sexe, DIU, hommes ayant des rapports avec des hommes, jeunes, migrants, etc.
 - L'engagement des leaders communautaire peut accroître la sensibilité de la communauté sur les besoins de SSR de ces populations clés vulnérables.

Note : Adapté de EngenderHealth, Harvard University, ICW, Ipas, et L'UNFPA. 2006. Rights-based approach to sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls. Avant projet de document préparé pour EngenderHealth et L'UNFPA.

Un témoignage d'Afrique du sud

J'ai connu mon statut de VIH en 1995 lorsque je suis allée pour ma consultation pour la tuberculose. A l'époque j'étais enceinte et j'avais 20 ans. (Je pense que j'ai été infectée à l'âge de 15 ans parce que mon premier enfant, qui a 12 ans maintenant, vis aussi avec le VIH/SIDA. Les docteurs spéculent qu'elle était infectée à la naissance.) j'étais enceinte. J'ai consenti avec joie à subir un dépistage du VIH, ne pensant jamais que le résultat serait positif. Lorsque j'ai reçu le résultat, j'étais choquée et en colère. J'avais fait partie d'un projet VIH/SIDA alors que j'étais à l'école. Je savais ce qu'il en était du SIDA, mais je n'imaginai simplement pas que cela puisse m'arriver. J'avais un partenaire sexuel, et j'étais issue d'une famille religieuse, et je n'étais pas de mœurs dissolues.

J'ai eu des difficultés à divulguer mon statut de VIH, après une grande introspection en moi-même, j'ai pu me faire à l'idée que j'étais VIH+ et que je ne pouvais rien faire pour changer la situation. Je me suis acceptée comme une femme vivant avec le VIH/SIDA. J'ai informé mon partenaire et ma famille. Mon partenaire fut choqué et a eu des difficultés à le croire. Ma famille m'a soutenu.

La colère m'a poussé à assister à des réunions sur le SIDA. Je voulais changer la manière dont le travail sur le SIDA était fait. Après tout, si la prévention du SIDA était efficace, je ne serais pas infectée. Cinq mois après su que j'étais VIH+, j'ai commencé à parler ouvertement sur la vie avec le VIH/SIDA dans un effort pour empêcher que d'autres ne deviennent infecter. Mes parents n'étaient pas heureux de me voir parler ouvertement de la vie avec le VIH/SIDA. Ce sont des Catholiques stricts et ils ont estimé que ma franchise aurait un effet négatif aux yeux de l'église.

A huit mois, le bébé que je portais est mort dans mon ventre. Trois jours après que je me sois aperçue que mon enfant ne respirait plus, j'ai subi un accouchement provoqué, et accouché de mon enfant mort-né. Ce fut une expérience horrifiante pour moi. Un jour plus tard, mon partenaire a perdu un autre enfant qu'il avait eu avec une autre femme. Cet enfant était aussi mort-né et la cause était également une infection dans l'utérus. Je commençai à me rendre compte que le VIH était réellement dans mon corps et qu'il causait des dommages lentement.

La perte de deux bébés a inquiété mon partenaire aussi. Jusqu'à ce moment, il avait nié qu'il puisse être infecté. Il a alors remis en cause la manière dont il était devenu VIH+, et s'est mis à me blâmer pour avoir amener le VIH dans sa vie. Cela ne s'est pas arrêté là. Mon partenaire est allé auprès de sa famille pour leur parler de mon statut de VIH, mais il a négligé de leur dire qu'il était VIH+ aussi. Il leur a dit que s'il lui arrivait n'importe quoi, j'en serais responsable.

(cont.)

Un témoignage d'Afrique du sud (cont.)

Les violences ont commencé leur escalade au quotidien. Il me battait parce qu'il était VIH+ et frustré. Je devais accepter sa manière de me traiter. Si je remettais en cause ses actions, cela voudrait dire que je ne l'aimais pas. Il m'a demandé de le soutenir malgré ses violences contre moi. C'est à ce moment que je l'ai épousé. Nous vivions ensemble depuis quelques temps ; il avait payé la lobola (la dot de la mariée) à mes parents. Bien que sachant la nature violente de notre relation, j'estimais n'avoir d'autre choix que de l'épouser.

Le mariage n'a rien changé. Il était de plus en plus furieux contre moi parce que je fréquentais les réunions sur le SIDA et donnais des causeries sur ma propre histoire. Il était jaloux de mes rencontres avec d'autres personnes qui étaient VIH+, et il disait que je m'occupais d'autres personnes à ses dépens. Bien que tous deux nous recevions des conseils et informations sur la nécessité d'avoir des rapports à moindre risque afin de ne pas nous réinfecter mutuellement, il m'obligeait à avoir des rapports non protégés parce que j'étais sa femme et qu'il avait payé la lobola pour moi. Ma vie est devenue un cercle sans fin de coups et de rapports non protégés, surtout lorsqu'il était saoul. Je n'en pouvais plus et je l'ai quitté malgré la disgrâce culturelle et la honte que cela causait.

Trois mois après l'avoir quitté, je se suis tombé malade. Les médecins ont diagnostiqué un kyste de l'utérus. Je fus hospitalisé pour que le kyste soit enlevé. Cependant, les médecins ont découvert aussi que j'étais enceinte. Je ne voulais pas d'enfant à ce stade et j'ai demandé qu'on mette fin à la grossesse. Les docteurs ont accepté la terminaison de la grossesse à condition que je consente à être stérilisé. Je n'avais pas de choix. A cause de l'attitude des religieuses infirmières, il a fallu trois jours pour que la terminaison de la grossesse soit faite. J'ai du supporter l'attitude moralisatrice du personnel de santé, y compris leur incrédulité devant le fait qu'une femme ayant le VIH puisse tomber enceinte.

Mon histoire illustre certains des aspects et points négatifs d'être une femme vivant avec le VIH/SIDA. Cependant, les choses ne sont pas toutes négatives. Il est possible de vivre une vie positive avec le VIH et son cortège de stigmatisation et de discrimination ; les obstacles peuvent être surmontés.

Source : membre de l'ICW, 2006, publié avec la permission de l'ICW.

Un témoignage de la Thaïlande

S'il y a réellement des "femmes bonnes" et des "femmes mauvaises" comme la société nous définit et nous partage, je proclame que j'étais une "femme bonne" qui s'est toujours comportée comme une "bonne femme" est censée le faire. J'ai grandi dans une famille où le père avait un pouvoir absolu dans la maison. En respectant la culture de la famille Chinoise, et parce que j'étais une fille, je n'ai pas continué l'école jusqu'à l'enseignement supérieur, puisque j'allais appartenir à une autre famille une fois mariée. Néanmoins, j'ai été élevée avec la stricte rigueur par mes parents parce qu'ils avaient peur qu'une fille puisse entacher l'honneur de la famille. Comme le dit un vieux diction : "Avoir une fille c'est comme avoir des toilettes devant la maison". Je me suis comportée de manière à remplir les conditions attendues de toilettes de haute classe — propre et inodore. J'ai adhéré strictement à la maxime Thaïlandaise qui impose de garder sa virginité jusqu'au mariage. Mon premier rapport sexuel a eu lieu lorsque je me suis mariée à 28 à un homme que je considérais comme un époux affectueux et responsable.

Nous pensions être à l'abri

Avant le mariage, j'ai demandé à mon fiancé de faire un test sanguin et de me montrer le résultat. A l'époque, il y avait une formidable campagne par le gouvernement. Je me rappelle nettement une publicité de TV qui disait : "Ce n'est pas le montant de la dot qui est important, mais le résultat du test de VIH est absolument nécessaire". Cependant, ce que nous ne savions pas, c'était que le fait de subir un test sanguin ne vous disait rien de votre statut de VIH si vous ne précisiez pas que vous vouliez un dépistage de VIH. Mon fiancé est donc aller faire un test sanguin et il a trouvé qu'il n'avait aucun problèmes de santé. Donc, nous nous sommes mariés en 1995. Il a dû emprunter de l'argent pour la dot ainsi que les frais pour le mariage.

Ensuite au début de 1996, alors que j'étais enceinte de quatre mois, je suis allé au service de soins prénatals à l'hôpital. C'est là qu'une infirmière m'a dit que j'avais le VIH. Ma vie s'effondrait. L'avortement était la seule solution à laquelle je pouvais penser. J'ai pensé que mon bébé serait aussi infecté, et même si le bébé se portait bien, je ne savais pas combien de temps je resterais vivante. J'ai découvert que cela coûtait 3,000 Baht (USA\$75) pour un avortement à quatre mois. Cela pourrait sembler un montant dérisoire pour beaucoup, mais c'était au dessus de mes moyens, car j'avais encore les dettes du mariage. J'ai décidé de prendre des médicaments pour provoquer une fausse couche, mais je n'ai pas réussi. Je n'avais d'autre choix que de garder le bébé.

J'ai tenté de me suicider

Entre-temps, mon mari est devenu malade. Son découragement en découvrant qu'il avait le VIH et son remords pour m'avoir transmis le virus ont contribué à sa maladie. J'étais
(cont.)

Un témoignage de la Thaïlande (cont.)

furieuse. Cependant, je n'avais d'autre choix que d'être à ses côtés et de l'encourager devant la situation que nous devons affronter ensemble. J'étais stressée et désespérée au sujet de mon bébé, de devoir m'occuper de mon mari malade, et de faire son travail de gardien à l'école. J'ai tenté de me suicider à trois reprises en prenant toutes sortes de médicaments, mais sans succès.

Mon mari est mort lorsque ma fille a eu 15 mois. Après son décès, l'assurance m'a franchi des dettes. J'ai aussi gardé des économies pour l'avenir de ma fille — la fille pour qui je ne ressentais aucun "amour". Après sa naissance, chaque fois que je la regardais, je pouvais penser seulement à toute la tristesse et misère dans ma vie. J'aurais continué d'être une mère bizarre, si ce n'est qu'un jour, ma fille — qui pouvait alors parler — a dit, "je t'aime et je me préoccupe de toi ; Je veux avoir une mère". J'étais interloquée et j'ai pu sentir ce dont elle avait besoin. A cet instant je me suis rendue compte que je devais vivre parce qu'elle avait besoin de moi. En la regardant je me suis demandé, "C'est ce petit que j'ai voulu tuer ?"

Dix ans plus tard

Cela fait presque 10 ans maintenant que je vis avec le VIH. Les cauchemars se sont transformés en compréhension que le SIDA n'est pas redoutable, ni un péché. J'ai acquis plus de compréhension de la vie après avoir partagé mes peines, larmes et joies avec mes amis séropositifs, qui sont pour la plupart des veuves comme moi. Je suis devenue membre de commission du Réseau National Thaïlandais des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. A présent, je travaille à plein temps pour le réseau sur un projet visant à renforcer des groupes similaires afin d'être inclus dans le système de traitement [antirétroviral] et de soins de santé globaux. J'ai rallié la force de travail des Femmes Thaïlandaises et le VIH/SIDA, parce que j'ai moi-même vu et subi les préjugés de genre et le non sens des inégalités.

J'ai appris plus sur le VIH/SIDA. Je comprends que lorsque mon mari est allé pour une prise de sang, c'était une consultation générale et non un dépistage de VIH. Je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui ne savent encore rien sur le VIH/SIDA. Tout comme moi. Je veux qu'elles en sachent plus. Je veux qu'elles sachent qu'il n'est jamais trop tard.

Source: ICW. 2004. ICW News, #26, Juillet/Août.

Un témoignage de Bolivie

Quand j'étais plus jeune, personne ne m'avait jamais honnêtement parlé de tout ce qui concerne le sexe et la sexualité, et donc j'ai appris en cachette tout ce que je sais.

A 20 ans, j'ai été violée. Je soupçonne que les deux hommes responsables de cet acte m'ont aussi m'infectée, mais c'étaient des étrangers et je ne les ai jamais revus. Le fait d'être une survivante d'un viol a endommagé mon image de moi-même pendant longtemps, et l'impact de cette expérience sur ma vie sexuelle fut énorme. Je me sentais détruite, et j'ai eu des rapports sexuels sans aucune précaution ni soin pour moi-même. Je voulais mourir. Trois ans après le viol, j'ai découvert que j'avais le VIH.

Je n'ai jamais été enceinte, et donc je ne sais pas quelle sensation cela doit faire, mais je suis consciente que pour moi, devenir une mère est plus complexe que pour des femmes qui ne vivent pas avec le VIH. Certaines personnes m'ont dit que les femmes qui sont VIH+ exposeront automatiquement leurs bébés au risque. En fait, toute grossesse implique un risque, que la femme soit ou non VIH+. Le VIH ne m'enlève pas mon droit de devenir une mère.

Je désire intensément avoir un bébé, mais je veux être sûre qu'il se portera bien dans tous les sens. Une des conséquences que je vis en tant que survivante d'un viol est que je suis incapable de faire confiance aux hommes. Je ne crois simplement pas ce qu'ils disent. Mais je m'emploie à gérer cet aspect. Je veux être sûre d'être avec le bébé et le père du bébé. Alors si je tombe malade le père sera là pour s'occuper du bébé.

J'ai de nombreuses craintes quant à avoir un enfant, et en ce moment je n'ai pas un partenaire pour me soutenir dans ce choix. C'est difficile parce que la plupart des hommes ne veulent pas être avec une femme qui pourrait tomber malade. Les rôles traditionnels de genre sont encore assez rigides dans notre société, et donc les hommes veulent quelqu'un qui s'occupera toujours d'eux et sera une bonne épouse. Si un jour je trouve un homme qui est prêt à vivre avec moi et aimé le bébé que nous espérons avoir ensemble, je le considérerais comme un cadeau de Dieu. La possibilité d'être mère un jour me remplit de bonheur, mais me semble loin de ma portée aujourd'hui.

A cause de l'infection du VIH, je commence à me sentir physiquement plus faible. Une de mes craintes est que ma force ne durera pas jusqu'à ce que l'éventualité d'une grossesse devienne une réalité. Je pense que toutes les organisations de santé sexuelle et reproductive et les cliniques de planning familial doivent accepter et comprendre parfaitement comment le VIH/SIDA affecte les femmes. Les organisations doivent cesser le déni et impliquer les femmes VIH+ dans leurs programmes. Elles devraient promouvoir la sensibilisation sur le VIH/SIDA pour la prévention, le traitement, les soins, et le soutien pour les femmes positives comme une question d'urgence.

(cont.)

7.2 Prospectus du participant

Témoignages de femmes et adolescentes VIH+ (*cont.*)

Un témoignage de Bolivie (*cont.*)

L'avenir semble incertain et je ne m'attarde pas là-dessus. Je préfère me concentrer sur le présent.—Je suis vivante aujourd'hui et je vivrai pleinement aujourd'hui. Demain viendra avec ses problèmes. Dans mon avenir idéal, je rêve d'être la mère de deux beaux bébés, mariée à un époux affectueux, et de travailler dans une organisation agissant contre le VIH.

Source : Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF)/ICW. 2004. *Dreams and desires : Sexual and reproductive health experiences of HIV-positive women*. Londres.

7.2 Prospectus du participant

Témoignages de femmes et adolescentes VIH+ (cont.)

Un témoignage du Nigeria

Lorsque j'étais avec mon époux, je n'avais aucun droit sur mon corps. Je ne pouvais pas négocier des rapports sans risque, même si je savais qu'il était infidèle et que je devrais en payer le prix au bout du compte. Eventuellement, nous avons eu à faire face à l'infection du VIH. L'idée d'être étiquetée une femme divorcée VIH+ m'effrayée, et donc je suis resté pendant quatre ans dans un mariage misérable et malheureux. Finalement, j'ai dû choisir ma vie et ma santé mentale au détriment du mariage et de la crainte du qu'en dira t-on. Je suis maintenant séparée. J'ai fait le choix de survivre et aujourd'hui, [nom retirer] est la personne la plus importante dans ma vie.

Quand vous êtes VIH+, les médecins vous font sentir coupables de vouloir un enfant. Pendant des années après mon diagnostic, j'étais dans la confusion totale quant à pouvoir ou non donné naissance à un bébé sain. L'idée d'avoir un enfant VIH+ me paralysait, mais je recevais des messages mélangés des professionnels de santé sur les risques impliqués. Les gens disent que vous n'avez rien à faire d'une grossesse, étant une femme VIH+, et une femme VIH+ célibataire enceinte subie un plus mauvais traitement qu'un criminel dans les centres de santé. Mais je veux réellement avoir un bébé! Maintenant, sachant qu'un traitement est disponible, j'ai regagné mon espoir de devenir enceinte un jour.

Le fait d'être sous traitement vous fait sentir moins contagieuse, moins comme un vecteur de transmission. Il vous permet de reprendre votre vie. Mais je ne suis pas sous antirétroviraux (ARV). Je n'en ai pas besoin, puisque mon système immunitaire peut encore se battre. Malgré les améliorations de santé que j'ai vu portées fruit chez d'autres Nigérianes, je ne suis pas psychologiquement prête à commencer la prise de médicaments. Si je commence, il me faudra continuer de les prendre chaque jour pour le reste de ma vie. Etant donné que je travaille dans le plaidoyer pour le traitement, je suis également attentive aux effets secondaires que ces médicaments peuvent causer.

Que faites vous pour satisfaire vos désirs et besoins sexuels lorsque vous ne cessez d'avoir des infections gynécologiques comme moi ? Ce qui rend les choses pire c'est que ces infections sont constamment évoquées comme étant des infections sexuellement transmises. Cela vous fait sentir totalement indésirable. Avec le traitement, vous avez de moins en moins d'épisodes et les choses redeviennent éventuellement normales. Vous pouvez jouir d'une activité sexuelle saine, agréable, et non violente, ce que nous désirons tous.

Je suis actuellement entrain de mettre sur pied une organisation de plaidoyer et d'information sur le traitement du VIH au Nigeria. Le travail que nous faisons a une très forte focalisation sur le genre parce que rien ou peu a été dit ou fait au sujet des femmes positives et du VIH dans mon pays. Je veux partager ce que j'ai appris et transférer les compétences que j'ai acquises à d'autres femmes positives. Les cliniques de planning familial
(cont.)

Un témoignage du Nigeria (cont.)

au Nigeria devraient subventionner le préservatif féminin, car il donne aux femmes la possibilité de contrôler davantage leurs vies sexuelles. Elles devraient commencer à parler de la sexualité et du planning familial pour les femmes positives. Et elles devraient aborder ces questions à partir d'une perspective équilibrée, prenant en considération le contexte plus large dans lequel nous vivons nos vies. Ceci inclurait les contraintes économiques, sociales, et de genre et comment celles-ci impactent sur les options et choix de santé sexuelle et reproductive des femmes VIH+.

Source : Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF)/ICW. 2004. *Dreams and desires : Sexual and reproductive health experiences of HIV-positive women*. Londres.

Un témoignage d'Ukraine

J'ai commencé à utiliser les drogues il y a 10 ans. Ma première drogue fut l'alcool. Fondamentalement je buvais parce que je ne m'aimais pas et que je trouvais difficile d'interagir avec les autres. Mes parents étaient divorcés quand j'avais cinq ans et cela m'a terriblement bouleversée. A l'âge de 18 ans, j'ai commencé à m'injecter des opiacées. Les drogues et l'alcool m'aidaient à changer ma réalité. Avant l'âge de 21 ans, j'étais marié et j'avais un bébé. Mon époux et moi nous sommes tournés vers le vol pour entretenir notre dépendance.

Après notre séparation, j'ai rejoint ma mère en Russie, et je me suis éventuellement retrouvée en prison. J'ai subi mon premier dépistage de VIH en Russie. Mais dès que j'ai eu un résultat négatif, je suis retournée à mes vieilles habitudes. En prison j'ai subi un autre dépistage. Cette fois, c'était positif.

Après avoir été libérée de prison, le chef de la police m'a dit que s'il me revoyait dans la ville il me tuerait. Je me suis retrouvée à Odessa, et de nouveau en prison, et j'ai continué à utiliser des drogues. J'attendais la mort. Enfin j'ai décidé de vivre — d'essayer de sentir la vie, sentir le vent et l'air, sentir la différence des couleurs. J'ai commencé à fréquenter les réunions de NA [Narcotique Anonyme]. Lentement j'ai commencé à me sentir mieux. J'ai commencé à travailler dans une organisation appelée Espoir et Amour à Odessa, qui travaille sur la prévention du VIH/SIDA et d'autres maladies. J'ai été totalement désintoxiquée, j'ai décroché de la drogue, et je suis allé aux réunions de NA pendant six mois. Maintenant je peux voir comment j'employais les drogues pour atténuer la douleur que j'éprouvais à l'intérieur de moi-même, mais en fin de compte les drogues ne faisaient pas partir la douleur.

J'ai rencontré un homme VIH+ par le biais de mon organisation qui était ouvert sur son statut de VIH et j'ai commencé à parler de ma propre situation. Je vis maintenant avec ma mère et ma fille et toutes deux connaissent ma situation. Bien que parfois j'éprouve encore de la frayeur à divulguer mon statut, j'ai fait publier mon histoire dans un livre.

J'espère vivre longtemps, mais essentiellement je voudrais faire le maximum avec ce qui me reste de temps. Cette conférence est la première à laquelle j'ai assisté en Russie, et elle a été une opportunité pour connaître de nouvelles personnes, lier des amitiés, et rencontrer d'autres ayant les mêmes problèmes et qui travaillent dans le même domaine. Lorsque je suis avec d'autres personnes qui parlent aussi de leur statut, je me sens mieux, et plus à l'aise avec moi-même. Lorsque je suis ouverte, j'ai l'impression qu'un autre coin sombre de mon âme s'éclaire et que je peux en dépoussiérer une partie.

Source: ICW. 2000. *ICW News*, #15, décembre.

Cadre Conceptuel pour la prise de décision volontaire et informée

Les conditions ou éléments de base suivants soutiennent la prise de décision informée et volontaire sur les choix de santé sexuelle et reproductive (SSR) :

1. Les options de service sont disponibles.
2. Le processus de prise de décision est volontaire.
3. Les individus ont les informations appropriées.
4. Une bonne interaction client-prestataire (ICP), notamment le counseling, est assurée.
5. Le contexte social et des droits soutiennent la prise de décision autonome.

Le cadre suggère des indicateurs que l'on peut rechercher pour évaluer si ces éléments ou conditions sont en place ou non.

1. Les options de service sont disponibles.

- Les services sont disponibles où et quand les personnes en ont besoin.
- Un choix de méthodes/services/options est offert.
- Les options sont à la portée des bourses.
- Les mécanismes de références sont en place pour d'autres services.
- Il existe des liens avec les autres services de santé.

2. Le processus de prise de décision est volontaire.

- Les individus sont libres de décider d'utiliser ou non les services, sans coercition ni contrainte.
- Les clients sont libres de choisir parmi les méthodes /services/options disponibles, sans coercition ni contrainte.
- Une gamme d'options de service est accessible à toutes les catégories de clients, y compris les adolescents et les célibataires.
- Les agents de santé sont objectifs en ce qui concerne tous les clients et les méthodes.
- Le droit de l'individu de à choisir est respecté et soutenu.

3. Les individus ont les informations appropriées.

- Les individus ont accès à des informations appropriées et exactes sur les services et options.
- Les individus comprennent leur risque et la protection qu'offrent les services/options/méthodes.
- Les agents de santé évaluent les connaissances des clients, comblent toute lacune, et corrigent toute information erronée.
- Des affiches et grandes feuilles compréhensibles sont clairement exposées à la vue des clients.
- Si opportun, des échantillons de méthodes (e.g., méthodes de planning familial) sont disponibles pour que les clients puissent les voir et toucher.

8.1

Prospectus du participant

Prise de décision volontaire et informée (cont.)

- Les clients comprennent leurs options, les informations essentielles sur leur traitement ou méthode choisie (notamment les avantages et risques, condition qui les rendrait non recommandable pour l'utilisation, et les effets secondaires communs, et la manière dont leur choix peut affecter leurs situations personnelles.

4. Une bonne ICP, notamment le counseling, est assurée.

- Les agents de santé et clients ont une interaction bilatérale, dynamique.
- Les clients participent activement dans les discussions et sont encouragés à poser des questions.
- Le personnel a de bonnes compétences communicationnelles (parler, écouter, éliciter, sonder, évaluer).
- Le personnel de counseling fournit des soins individualisés, façonnant l'ICP et les informations selon les désirs et besoins du client, et prene en charge les préoccupations et situation individuelles.
- Tout le personnel utilise un langage et des termes que les clients peuvent comprendre.
- Le personnel de counseling détient des informations correctes et complètes sur les SSR et sur les services disponibles.
- Le personnel répond complètement et clairement aux questions des clients.
- Tout le personnel est compatissant, respectueux, non moralisateur, et sensible aux déséquilibres de force et différences de genre et entre les agents de santé et les clients.
- Tout le personnel maintient l'intimité et la confidentialité des clients.
- Le personnel formé est désigné pour conseiller les clients dans un cadre routinier de prestation de services.
- Le counseling sert de point de contrôle pour assurer la prise de décision volontaire et informée.
- Les aides mémoires sont utilisés par le personnel et fournis aux clients.
- Le cadre de service est organisé, propre, et gai pour mettre les clients à l'aise.
- L'intimité visuelle et auditive est assurée pour le counseling, indépendamment du cadre.
- Il y a suffisamment de sièges disponibles pendant le counseling pour les conseillers, clients, et toute autre personne que les clients décident d'inclure.

5. Le contexte social et des droits soutient la prise de décision autonome.

Les lois, politiques, et normes sociales soutiennent les domaines suivants :

- équité de genre ;
- droits de l'individu à décider de l'opportunité et du moment d'avoir des enfants, ainsi que du nombre d'enfants (Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement [CIPD], 1994) ;
- droit des clients à accéder aux informations et services de SSR, indépendamment de l'âge, du sexe, du statut matrimonial, ou de l'orientation sexuelle (Programme d'Action de la CIPD, 1994) ;

8.1

Prospectus du participant

Prise de décision volontaire et informée (cont.)

- droit des clients à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur leur sexualité et leur reproduction sans discrimination, coercition, et violence ;
- droit des clients à protéger leur santé et prévenir la maladie ;
- droit des clients à l'intimité, la confidentialité, la dignité, et la sécurité.

Trois niveaux à considérer et à discuter

De multiples facteurs à l'intérieur et au-delà du cadre des services affectent la capacité des clients à prendre des décisions informées et volontaires de SSR.

- facteurs individuels/ communautaires
- facteurs de prestation de services
- politiques

Les facteurs individuels/communautaires incluent toutes normes concernant la famille, l'éducation, la religion et la société que les individus rencontrent en vivant dans une communauté particulière, ainsi que les manières uniques que les individus utilisent pour traiter et interpréter tous ces facteurs. Le sens qu'un individu a de son besoin ou désir à propos de ses propres SSR est une expérience très personnelle qui est lourdement influencée par les attentes et valeurs de la communauté. Ces influences sont particulièrement puissantes pour déterminer la taille désirée de la famille, le comportement sexuel, décider ou non d'obtenir des soins médicaux et les moyens de procéder à cet effet, le planning familial, les méthodes préférées, et de quels sujets les individus estiment qu'ils peuvent ou non discuter, et avec qui. Ces opportunités et/ou difficultés de communication sont essentielles pour l'élément "informé" de la prise de décision volontaire et informée. La communauté joue aussi un rôle puissant pour déterminer qui doit ou peut, prendre des décisions sur les SSR, ainsi que les types de décisions considérées acceptables. Ces deux éléments ont une influence directe sur la nature volontaire des décisions.

Les facteurs de prestation de services décrivent ce qui existe réellement et se passe dans la pratique, indépendamment de ce qui est supposé se passer selon la politique. Les facteurs qui influencent à ce niveau la prise de décision du client comportent les options de service offerts ; la disponibilité d'un personnel formé ; les compétences, attitudes, et l'aisance des agents de santé pour prendre en charge les problèmes de SSR ; l'organisation des services ; et le soutien de supervision et de gestion pour les soins centrés autour du client. La sensibilisation des agents de santé sur les droits et situation de leurs clients, et sur les déséquilibres de force entre eux et leurs clients, a une conséquence directe sur la qualité de l'ICP et sur la prise de décision de SSR. De même, l'auto-sensibilisation des agents de santé sur leurs propres valeurs, et la reconnaissance qu'ils sont eux-mêmes sujet au contexte social et culturel dans lequel ils vivent et fournissent des services, sont d'importants facteurs qui influencent leur appui ou non au droit des clients à prendre des décisions informées et volontaires.

8.1

Prospectus du participant

Prise de décision volontaire et informée (cont.)

Les politiques peuvent inclure les conventions internationales (e.g. Programme d'action de la CIPD, 1994), conditionnalités des bailleurs, politiques gouvernementales, lois, réglementations, buts de programme, protocoles, et directives de prestation de services. Les politiques sont influencées par les politiciens, l'économie, les pressions démographiques, la religion, les attentes culturelles, et l'opinion publique. Certaines politiques favorisent un environnement propice pour les soins centrés sur le client, les droits sexuels et reproductifs, la prise de décision autonome sur les SSR, et le choix informé pour les services. D'autres limitent l'accès aux informations ou services, entravant ainsi la capacité de l'individu à prendre des décisions informées et volontaires. Les politiques liées aux programmes de services sont conçues pour guider les responsables de programme et agents de santé en clarifiant les rôles, responsabilités, et attentes de performance. Parfois de bonnes politiques existent mais ne sont pas mises en vigueur dans la pratique à cause d'une dissémination insuffisante, d'une mauvaise compréhension, ou d'une mauvaise communication, ou de problèmes empêchant le personnel d'appliquer les politiques tel que voulues.

Adapté de : EngenderHealth. 2003. Realizing rights in sexual and reproductive health services : Choices in family planning : informed and voluntary decision making. New York.

9.1

Prospectus du participant

Lois et politiques qui restreignent l'accès des femmes et adolescentes VIH+ aux soins de SSR

Lois et politiques nationales

- Tandis que les droits humains dans la théorie comprennent les droits sexuels et reproductifs des personnes vivant avec le VIH et le SIDA (PVVIH) et autres populations clés vulnérables, dans la pratique il y a beaucoup d'exemples de politiques et lois nationales qui les limitent sévèrement.
- Les droits humains fournissent le cadre légal dans lequel les lois, politiques, et services nationaux devraient être formulés et contrôlés, ainsi qu'une approche pour concevoir les politiques et programmes.
- La plupart des pays du monde ont adopté certaines lois et politiques liées au VIH et au SIDA ; cependant, certaines de celles-ci sont connues pour avoir limité ou empêché sévèrement les droits des PVVIH, travailleurs du sexe, utilisateurs de drogue d'injection (DIU), hommes ayant des rapports avec des hommes, jeunes, prisonniers, migrants, etc.

VIH et Mariage

Le Dépistage prénuptial obligatoire du, en conjonction avec le refus d'un certificat de publication de bans aux personnes infectées par le VIH et l'interdiction du mariage entre des individus connus ou soupçonnés d'être infecté par le VIH, interfère avec le droit de se marier et de fonder une famille. Un argument de santé publique ne fournit pas de justification suffisante pour violer ce droit, parce qu'une telle restriction ne constitue pas un moyen efficace d'empêcher la transmission sexuelle ni périnatale du VIH. Les activités sexuelles extraconjugales et prénuptiales sont communes.

- La criminalisation de certains comportements impacte sur la capacité des populations clés vulnérables à accéder aux services de santé et sexuelle et reproductive (SSR) et à les utiliser en raison de la stigmatisation et de la discrimination, même si de tels services sont rendus disponibles.

Criminalisation du travail du sexe

A cause de la criminalisation du travail du sexe dans la plupart des pays, du stigmate et de la discrimination, et des violences routinières que subissent les travailleurs du sexe de la part de leurs clients et de la police, beaucoup de travailleurs du sexe sont réticents à accéder aux services de SSR existants, en raison des attitudes discriminatoires des prestataires de santé et par crainte que leur nom, statut de VIH, et autres informations personnelles ne soient mis à la disposition de la police ou d'une autre agence gouvernementale. .

- D'autres lois et politiques restreignent l'utilisation des services de SSR pour les populations clés vulnérables :

Lois affectant les immigrants

Un certain nombre de pays ont des politiques autorisant un individu à obtenir des soins médicaux uniquement dans son lieu de naissance. Si un individu devait quitter la campagne pour chercher du travail dans la capitale, il ne pourrait pas y obtenir des soins médicaux. De même, les immigrants sans papiers vivant dans les pays frontaliers sont souvent incapables d'accéder aux services de santé dans leur pays "hôte".

9.1

Prospectus du participant

Lois et politiques qui restreignent l'accès des femmes et adolescentes VIH+ aux soins de SSR (*cont.*)**Violence basée sur le genre, Code de la famille, et les droits des femmes et filles**

Certaines lois civiles limitent les droits des femmes et filles dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, du droit à la propriété, et du logement, et ceci a un impact économique sur leur capacité à s'occuper de leur SSR. Dans d'autres cas, l'absence de lois protégeant les femmes et filles contre les pratiques traditionnelles, comme la purification des veuves et la mutilation/excision génitale féminine, restreint leur capacité à prendre des décisions informées sur leur SSR.

Ces situations sont davantage aggravées par un statut de VIH+, comme beaucoup de femmes et filles sont accusées d'amener le VIH dans la famille, et certaines ont été battues ou jetées hors de la famille après avoir révélé leur statut de VIH.

- Beaucoup de questions de droits de PVVIH et autres populations clés vulnérables vont au-delà des SSR :

Accès des enfants au traitement antirétroviral

Jusqu'à une date récente, les lois en Afrique du Sud empêchaient l'accès des enfants aux médicaments et traitement antirétroviral sauveur de vie. Jusqu'à ce que le gouvernement élargisse la définition d'un soignant ou d'un représentant institutionnel, les enfants n'étaient pas autorisés à recevoir le traitement médical et les médicaments antirétroviraux améliorés.

Criminalisation de l'activité homosexuelle

Les lois qui criminalisent l'activité homosexuelle sont non seulement discriminatoires, mais elles empêchent aussi l'accès aux programmes de VIH/SIDA et de SSR. Le manque d'information et de services disponibles dans des pays où l'activité homosexuelle est illégale sape aussi bien la santé des hommes ayant des rapports avec des hommes que la santé publique en général.

Lois criminalisant l'usage de stupéfiants

Beaucoup de programmes d'échange d'aiguilles et autres services pour les DIU exigent que le nom et les autres informations personnelles de la personne soient mis à la disposition de la police ou d'une autre agence gouvernementale. La stigmatisation et la discrimination contre les DIU perpétuées à travers la législation existante peuvent aussi restreindre l'accès des DIU aux programmes de réduction du danger et aux services de SSR.

Lois affectant les adolescents

Beaucoup d'obstacles à l'accès des adolescents aux services de SSR et à leur utilisation de ceux-ci existent dans les lois et politiques, ainsi que dans les attitudes culturelles et sociétales. Beaucoup de pays exigent légalement l'accord d'un parent ou tuteur légal pour qu'un adolescent puisse recevoir certains services de SSR, ainsi que la divulgation de routine des résultats de dépistage de VIH ou questions de SSR aux parents ou tuteurs. Les adolescents se voient souvent refuser les soins les plus fondamentaux de SSR à cause d'un préjugé du prestataire sur le fait qu'ils doivent ou non être sexuellement actifs.

Adapté de Gruskin, S., et O'Malley, J. 2006. Reproductive choices for women and men living with HIV : Policy and programmatic guidance. Projet de document préparé pour l'OMS ; et EngenderHealth et l'UNFPA. 2006. Rights-based approach to sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls. Avant projet de document préparé pour EngenderHealth et l'UNFPA.

Page 2 de 2



Étapes pour faciliter le processus de divulgation :

- Aider le client à prendre le temps de réfléchir sur tous les points et s'assurer que toute décision de divulguer ou de ne pas divulguer correspond bien à ce qu'il veut faire.
- Évaluer la capacité de la personne à faire face et établir ses sources de soutien.
- Identifier les sources de soutien, tel que les groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA, les membres de l'église, les amis, et/ou les organisations de conseils.
- Fournir un soutien et réconfort au client et l'aider ou à s'accepter lui-même de manière positive.
- Discuter entièrement des implications pour aider la personne à considérer par avance la réaction possible de son père, sa mère, ses meilleurs amis, son (ses) partenaire sexuel(s), ses collègues, ses professeurs, les prêtres, et autres. Les conseillers devraient essayer de discuter du statut de VIH des partenaires sexuels, puisque ceci peut influencer l'information et le conseil dont le client a besoin. La divulgation est un processus, et il peut être plus facile de commencer avec quelqu'un qui est proche et en qui il a confiance. Cependant, il peut aussi être préférable pour quelqu'un de divulguer à des personnes qui sont plus distantes (par exemple, agents de soutien, qui comprennent mieux les questions, même s'ils ne connaissent pas aussi bien le client).
- Si une personne sent qu'elle veut faire la divulgation à quelqu'un, l'aider à planifier comment procéder. Ceci comportera tous les préparatifs qu'elle aura besoin de mettre en place avant la divulgation, ainsi que l'identité, le moment, la manière, le lieu et le niveau de divulgation.
- Le client devra évaluer combien la personne à qui il compte faire la divulgation sait et comprend du VIH et du SIDA. Ceci aidera le client à décider de ce qu'il devra dire à la personne et comment le dire de telle sorte que cela soit le moins traumatisant pour les deux.
- Les jeux de rôle et les techniques de mise en scène de la "chaise vide" pourraient servir pour aider le client à préparer la divulgation.
- Le conseiller doit étudier avec le client les implications d'une divulgation à des personnes ou groupes inappropriés.
- Même si une personne n'a pas de rapport sexuel au moment du conseil, il est important de prendre en charge ces questions pour des relations futures.
- Discuter de comment la divulgation peut être hors de contrôle de l'individu ou partiellement en dehors de son contrôle et des moyens de protéger la confidentialité du client. Les conseillers devraient protéger leurs clients contre une pression induite à divulguer.
- Prendre des dispositions pour revoir le client à un moment et à une date convenus par vous deux afin d'examiner le processus.

Adapté de : Agence canadienne pour le développement international (ACDI) et Association canadienne pour la santé 2001. *Counseling guidelines on survival skills for people living with HIV*. Harare, Zimbabwe : Programme de formation sur le SIDA de l'Afrique Australe. Récupérer le 13 octobre 2006 à partir de www.unicef.org/aidsfiles/aids_counseling_survival_skills_PLHA.pdf. Ceci ne devrait pas être considéré ou présenté comme le "meilleur", ni seulement un éventuel résultat pour toutes les personnes vivant avec le VIH et le SIDA — la divulgation devrait être toujours entreprise comme une décision informée et volontaire de la part de l'individu.)

Évaluation de risque

Qu'est ce que c'est ?

L'évaluation de risque est un processus de counseling pour aider les clients à comprendre le risque (i.e., la probabilité de tomber enceinte ou de contracter une infection sexuellement transmise (IST) ou une infection du tractus reproductif (ITR)) associé avec les pratiques sexuelles dans lesquelles ils ou leurs partenaires s'engagent, et comment ce niveau de risque peut augmenter ou diminuer en fonction des changements de situations. Par exemple, votre risque pourrait augmenter si :

- votre partenaire non infecté devient infecté
- vous aviez un partenaire et maintenant vous en avez plus d'un
- vous avez un nouveau partenaire et vous ne connaissez pas ses antécédents sexuels
- votre partenaire change d'avis et décide qu'il ou elle ne veut pas utiliser des préservatifs
- vous développez des effets secondaires d'une méthode contraceptive et interrompez son utilisation
- vous êtes malade à cause d'une disparition du système immunitaire
- vous avez une IST ou ITR.

Pourquoi le faisons nous ?

Nous aidons les clients à évaluer leur propre risque afin qu'ils utilisent cette compréhension pour réduire leur risque, avec un accent sur le changement de comportement.

Comment l'utilisons nous dans le cadre du REDI ?

Exploration

Nous utilisons l'exploration comme un guide pour poser des questions, nous informer sur les relations et les pratiques sexuelles des clients et les autres facteurs pouvant les exposer au risque, et fournir des informations qui seront nécessaires aux clients pour prendre une décision concernant la réduction du risque.

Prise de décision

Nous avons recours à la prise de décision pour aider les clients à choisir des plans de réduction de risque, méthodes de planning familial, ou traitements médicaux qui réduiront leur risque.

Mettre en œuvre la décision

Nous utilisons la mise en œuvre pour aider les clients à dresser un plan pour voir comment diminuer leur risque, comment ils communiqueront avec leurs partenaires, comment ils affronteront les problèmes ou défis qu'ils pourraient rencontrer, et comment ils traiteront les changements dans leurs conditions de vie.

13.1

Prospectus du participant

Vue d'ensemble de l'évaluation de risque (cont.)

Trois raisons pourquoi les stratégies de prévention sont nécessaires pour les personnes vivant avec le VIH

(Adapté de : Alliance internationale contra le VIH/SIDA. 2003. *Positive prevention: Prevention strategies for people with HIV/AIDS*. Brighton, UK.)

La plupart des stratégies de prévention à ce jour ont été ciblées en direction des personnes non infectées pour les empêcher de devenir infecter avec le VIH. Historiquement, les programmes ont été réticents à travailler sur la prévention du VIH/IST avec les gens ayant le VIH à cause de la perception selon laquelle le concept de prévention pour les personnes déjà infectées est fondamentalement contradictoire. Il y a eu également des soucis justifiés sur la victimisation d'un groupe déjà stigmatisé. En outre, les programmes ont été peu disposés à reconnaître que les personnes ayant le VIH puissent avoir des rapports sexuels, et aussi à s'attaquer aux questions éthiques complexes entourant les responsabilités des personnes vivant avec le VIH vis-à-vis des autres.

Par contre, il existe des raisons impératives pour considérer les activités de prévention qui satisfont aux besoins particuliers des personnes ayant le VIH. Parmi celles-ci :

1. Les personnes vivant avec le VIH ont le droit de bien vivre avec le VIH. D'un point de vue des droits humains, les personnes ayant le VIH ont le droit de connaître leur statut de séropositivité de VIH. Qu'elle soit ou non consciente de son statut, une personne vivant avec le VIH a le droit de bien vivre avec le VIH, ce qui inclut d'avoir une vie sexuelle saine. Ceci requiert des stratégies qui soutiennent les femmes, hommes et jeunes gens VIH+ pour protéger leur santé sexuelle, éviter de nouvelles IST, et retarder la progression de la maladie du VIH/SIDA.

Le fait d'avoir une IST peut augmenter le risque de transmettre le VIH à un partenaire par les rapports sexuels. Pour les femmes, il peut aussi augmenter le risque de développer certains cancers du col de l'utérus liés au virus du papillome humain (VPH). Il existe également un faisceau croissant de preuves que les stratégies de prévention sont nécessaires pour protéger les gens ayant le VIH contre une réinfection ou surinfection du VIH (c'est-à-dire être infecté une deuxième fois par une autre "souche" de VIH, notamment une souche résistante aux médicaments).

Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins spécifiques de prévention qui nécessitent des stratégies de prévention façonnées à leurs besoins spécifiques. Par exemple, les femmes et adolescentes VIH+ ont le droit de prendre des décisions informées sur la planification de leur grossesse, qui a des implications pour la prévention des IST/VIH. Ces besoins doivent aussi être satisfaits par des stratégies qui réduisent la stigmatisation et la discrimination.

2. Une personne positive est impliquée dans chaque cas de transmission du VIH. D'un point de vue épidémiologique et de santé publique, il est aussi important de prendre en charge les besoins de VIH/IST des personnes vivant déjà avec le VIH, afin de réduire la transmission du VIH/IST à leurs partenaires.

13.1

Prospectus du participant

Vue d'ensemble de l'évaluation de risque (cont.)

3. **La prévention, le traitement, les soins, et soutien du VIH sont liés.** Le continuum prévention-traitement-soins renforce l'argument en faveur du soutien aux interventions préventives pour les personnes ayant le VIH. Par exemple, les femmes et adolescentes VIH+ ont besoin d'accès aux soins médicaux et aux services de soutien psychosocial, et également de soutien pour renforcer leurs aptitudes à adopter et maintenir un comportement plus sûr.

Barrières à la perception du risque par les clients

Que la cliente perçoive ou non qu'elle est réellement exposée au risque de grossesse involontaire, de réinfection du VIH, d'infection d'IST/ITR, ou à celui d'infecter un partenaire, est un point de départ crucial pour l'aider à accepter de prendre certaines mesures en vue de réduire le risque. Dans beaucoup de cas, les gens se perçoivent comme moins exposés au risque qu'ils ne le sont réellement. Les femmes et adolescentes VIH+ peuvent avoir de nombreuses raisons pour sous-estimer leur propre risque.

Certaines des raisons pourquoi les femmes et adolescentes VIH+ sous-estiment leur risque sont notamment :

- **Croyances stéréotypées sur qui est exposé au risque.** Quelques femmes et adolescentes VIH+ peuvent croire à tort que les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogue d'injection sont les seules personnes exposées au risque d'IST/ITR ou de réinfection avec une autre souche de VIH. Elles pensent que parce qu'elles sont dans un mariage ou dans une relation monogame, elles peuvent avoir confiance que leur partenaire n'aura pas d'autres partenaires. Pour beaucoup de femmes et adolescentes, en particulier, les messages à propos "d'être fidèle" peuvent donner un faux sentiment de sécurité, puisqu'elles sont le plus souvent vulnérables à cause du comportement de leurs partenaires plutôt que du leur propre.
- **Illusion d'invulnérabilité.** Certaines femmes et adolescentes VIH+ peuvent avoir une croyance personnelle qu'elles sont immunisées contre le risquer indépendamment de leur comportement. Les personnes tendent généralement à sous-estimer leur propre risque personnel comparé au risque couru par d'autres qui s'engagent dans le même comportement. Un exemple serait celui d'une adolescente qui pense qu'elle ne tombera pas enceinte même si elle a des rapports sexuels sans utiliser une méthode de planning familial : "Cela ne m'arrivera pas". Les adolescentes, en particulier, dans le cadre de leur développement émotionnel, s'imaginent souvent être invulnérables à beaucoup de choses.
- **Fatalisme.** Le fatalisme est la croyance que les circonstances sont au-delà du contrôle de l'individu : Rien de ce qu'une personne peut faire ne changera le cours des choses. Un exemple de ceci serait une femme ou adolescente VIH+ qui croit que des forces spirituelles déterminent les circonstances et qu'elle ne peut avoir aucun contrôle sur ce qui lui arrive.
- **Problèmes plus grands ou plus urgents.** Certaines femmes et adolescentes VIH+ peuvent avoir d'autres soucis nécessitant une attention immédiate et qui place en arrière plan la menace de réinfection du VIH et d'infection d'IST/ITR ou de grossesse involontaire. Les

13.1

Prospectus du participant

Vue d'ensemble de l'évaluation de risque (cont.)

gens qui vivent dans des communautés où la faim, la violence, ou la pauvreté sont répandues, par exemple, sont plus aptes à donner la priorité à d'autres problèmes, tels que nourrir leurs familles et protéger leurs enfants contre le danger.

- **Méprises sur le risque.** Les croyances erronées peuvent interférer avec la compréhension de certaines femmes et adolescent VIH+ sur ce qui est réellement risqué. Par exemple, une femme ou adolescente pourrait ne pas avoir une compréhension claire de comment le VIH est transmis ; une femme VIH+ pourrait croire que parce qu'elle a déjà le VIH, elle ne peut pas être réinfectée avec une autre souche de VIH ; ou une adolescente VIH+ pourrait croire à tort qu'elle ne peut pas tomber enceinte au premier rapport sexuel.
- **Rôles traditionnels de genre et attentes sociales.** Différentes attentes de la société et normes sociales influencent souvent la perception du risque par les clients. Par exemple, une femme ou adolescente VIH+ pourrait soupçonner que son partenaire entretient des relations extraconjugales, mais ce n'est pas acceptable dans son rôle culturel ou social de confronter ce dernier sur cette question ou de lui demander d'utiliser des préservatifs . Par conséquent, il lui est plus facile de ne pas noter ou de minimiser le risque potentiel, lorsqu'il n'y a que peu ou rien, à son avis, qu'elle puisse faire à ce sujet.

Adapté de : STD/HIV Prevention Training Center. 1998. Bridging theory and practice : Participant manual. Berkeley.

14.1 Prospectus du participant

Étapes du développement de l'adolescent

Développement psychologique et social de l'adolescent

Le processus du développement psychologique et social de l'adolescent est caractérisé par une gamme de comportements normaux de l'adolescent (voir le tableau ci-dessous). Les tranches d'âge désignées ci-dessous peuvent également varier d'un pays à l'autre selon les normes culturelles et sociales.

Comportements caractéristiques de l'adolescence.

Étape de développement	Début de l'adolescence (10–13 ans)	Milieu de l'adolescence (14–16 ans)	Fin de l'adolescence (17–19 ans)
	<ul style="list-style-type: none"> • La transition vers l'adolescence commence • Est caractérisé par la puberté 	<ul style="list-style-type: none"> • Est l'essence de l'adolescence • Éprouve une forte influence des groupes de pairs 	<ul style="list-style-type: none"> • La transition vers l'âge adulte commence • Assume des rôles d'adulte
Indépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Défie l'autorité, les parents, et les autres membres de la famille • Rejette les choses de l'enfance • Desires more privacy 	<ul style="list-style-type: none"> • S'éloigne des parents et se rapproche des pairs • Commence à développer son propre système de valeurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Est émancipé : commence à travailler ou à poursuivre ses études supérieures • Entre dans la vie adulte • Réintègre la famille en tant qu'adulte émergent
Développement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Trouve la pensée abstraite difficile • Cherche à prendre plus de décisions • A de fréquentes sautes d'humeur 	<ul style="list-style-type: none"> • Commence à développer la pensée abstraite • Commence à répondre sur la base de son analyse des conséquences potentielles • A des sentiments qui contribuent au comportement mais ne le contrôlent pas 	<ul style="list-style-type: none"> • Établit fermement la pensée abstraite • Démontre une meilleure capacité de solution de problème • Est plus apte à résoudre des conflits
Groupe de pairs	<ul style="list-style-type: none"> • A des amitiés intenses avec des membres du même sexe • Eventuellement a des contacts en groupes avec des membres du sexe opposé 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme de fortes allégeances de pairs • Commence à explorer sa capacité d'attirer des partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Est moins influencé par ses pairs concernant ses décisions et valeurs qu'auparavant • Interagit plus avec des individus qu'avec le groupe de pairs
Image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> • Est préoccupé par les changements physiques • Est critique vis-à-vis de l'apparence • Est anxieux à propos de la menstruation, masturbation, taille des seins ou du pénis 	<ul style="list-style-type: none"> • Est moins soucieux de l'image corporelle qu'auparavant • Est plus intéressé à paraître attrayant 	<ul style="list-style-type: none"> • Est habituellement à l'aise avec son image corporelle • Accepte son apparence personnelle
Sexualité	<ul style="list-style-type: none"> • Commence à se sentir attiré par les autres • Peut commencer à se masturber • Peut expérimenter les jeux sexuels • Compare son développement physique avec celui des pairs 	<ul style="list-style-type: none"> • Montre plus d'intérêt sexuel • Peut lutter avec son identité sexuelle • Peut initier les rapports à l'intérieur ou en dehors du mariage 	<ul style="list-style-type: none"> • Commence à développer des rapports intimes sérieux qui remplacent les relations de groupe comme relations primaires

Adapté de : The Center for Continuing Education in Adolescent Health, Division of Children's Medicine, Children's Hospital Medical Center, 1994 ; PHN Center FOCUS on Young Adults project, 2001.

Page 1 de 1



(Note : Cette liste vérificative a été adaptée de : l'UNFPA et OMS. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Genève. Dernier téléchargement le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=297&filterListType=1.)

La liste vérificative suivante est conçue pour vous aider à prendre des décisions concernant les services et informations de santé sexuelle et reproductive (SSR) que vous devriez fournir à une femme ou adolescente VIH+. Il est recommandé que tous les agents de santé, indépendamment de leur spécialisation ou du lieu où les clients accèdent aux soins, fournissent les informations et services de la rubrique " Informations et services généraux de SSR " à chaque client. Selon la nature des besoins du client, ils peuvent alors décider quelles autres informations et services spécialisés ils peuvent offrir au client, sur la base de leurs propres compétences, formation, et expériences, ou s'ils doivent référer le client vers des informations et services énumérés dans la section " Services et informations spécialisés de SSR " de cette liste vérificative.

Services et informations généraux de SSR	
Les agents de santé devraient offrir ces services et informations généraux à chaque femme et adolescente VIH+. Une bonne partie de ces informations s'applique aussi aux femmes qui ne connaissent pas leur statut de VIH.	
Type de service et information	Vérifier
Promouvoir les SSR	
Fournir des informations sur le VIH/SIDA et, pour les clients ignorants leur statut de VIH, offrir du counseling et dépistage volontaire (CDV) ou les référer vers le centre de CDV le plus proche.	
Offrir des conseils sur les désirs et besoins sexuels, notamment une discussion sur les contextes et conditions de la femme.	
Rechercher des symptômes physiques ou signes de stress psychologique chez le client pouvant interférer avec la fonction sexuelle.	
Offrir des conseils sur les désirs et besoins de fertilité, notamment demander si la femme est enceinte ou non et si elle utilise actuellement une forme quelconque de contraception.	
Offrir des conseils sur les pilules contraceptives d'urgence, et si disponibles, les fournir à la femme si elle remplit les critères d'éligibilité.	
Si la cliente n'envisage pas d'avoir d'autres enfants, offrir des conseils sur les méthodes contraceptives efficaces, notamment la double protection, et fournir des préservatifs, pilules, ou injectables. Référer à une clinique de planning familial si elle désire un dispositif intra-utérin (DIU) ou des conseils sur la stérilisation non imposée.	
Si la femme désire avoir d'autres enfants, fournir des informations sur les options de fertilité, notamment le traitement de fertilité (e.g. lavage du sperme/ insémination artificielle, si disponible), et l'adoption.	
Fournir les informations sur les éventuelles interactions médicamenteuses avec les méthodes hormonales.	
Fournir des informations sur les interactions entre la grossesse et le VIH.	
Offrir des conseils sur la prévention des infections sexuellement transmises (IST) et des infections du tractus reproductif (ITR), sur la transmission du VIH, et sur la réinfection au VIH, notamment l'importance d'une gestion précoce des IST/ITR.	



Services et informations généraux de SSR (cont.)	
Les agents de santé devraient offrir ces services et informations généraux à chaque femme et adolescente VIH+. Une bonne partie de ces informations s'applique aussi aux femmes qui ne connaissent pas leur statut de VIH.	
Type de service et information	Vérifier
Promouvoir les SSR (cont.)	
Fournir des préservatifs féminins et masculins et démontrer leur utilisation constante et correcte.	
Fournir des informations sur le risque de transmission périnatale et l'efficacité de la prophylaxie antirétrovirale (ARV) dans la prévention de la transmission périnatale.	
Prévenir la violence contre les femmes	
Faire une évaluation du risque de violence, notamment les rapports non consentis	
Offrir des conseils sur la violence familiale et du soutien pour la décision de la femme concernant la divulgation du VIH et pour tout problème qu'elle rencontre concernant la violence au foyer ou dans la communauté.	
Traiter les blessures physiques et les questions de SSR associées avec la violence.	
Référer vers d'autres services appropriés, notamment le conseil psychosocial, le test de grossesse, le traitement et la prophylaxie des IST, la sécurité sociale, l'assistance juridique, et des centres d'abri pour les femmes.	
Diagnostic de l'infection du VIH	
Offrir le CDV aux clients qui ne connaissent pas leur statut de VIH.	
Offrir du counseling pour la prévention des IST/VIH et du soutien pour négocier des rapports sans risque consenti, notamment la double protection.	
Fournir des préservatifs féminins et masculins et démontrer leur utilisation constante et correcte.	
Fournir des informations sur les effets de la progression de la maladie, et l'efficacité et la disponibilité, et les coûts du traitement ARV.	
Souligner l'importance de planifier les soins pour la femme, ses enfants, et sa famille, si elle devait tomber malade.	
Offrir des conseils sur les avantages et inconvénients de la divulgation du statut de VIH.	
Faire la référence vers les services de traitement, soins et soutien pour la prévention de la transmission mère-enfant (du VIH) (PTME) et de VIH/SIDA.	
Services et informations spécialisés de SSR	
Après avoir fourni à une femme ou adolescente VIH+ les informations et services généraux ci-dessus, les agents de santé devraient offrir les informations et services spécialisés suivants sur la base des besoins de la cliente et de leurs propres compétences, formation, et expériences, ou orienter la cliente vers d'autres services sur site ou hors site.	
Fournir des traitements, soins, et soutiens du VIH/SIDA	
Faire un test de dépistage de la tuberculose en cas de toux persistante, et traiter si le test est positif.	
Fournir des informations sur les besoins diététiques et considérations nutritionnelles.	
Orienter vers les programmes de soins à base communautaire et familiale.	
Traiter les infections opportunistes (IO).	



Liste vérificative du prestataire : soins complets de SSR et counseling complets pour les femmes et adolescentes VIH+ (cont.)

Services et informations spécialisés de SSR (cont.)	
Après avoir fourni à une femme ou adolescente VIH+ les informations et services généraux ci-dessus, les agents de santé devraient offrir les informations et services spécialisés suivants sur la base des besoins de la cliente et de leurs propres compétences, formation, et expériences, ou orienter la cliente vers d'autres services sur site ou hors site.	
Type de service et information	Vérifier
Fournir des traitements, soins, et soutiens du VIH/SIDA (cont.)	
Assurer l'accès au traitement ARV pour les femmes qui en ont besoin.	
Fournir des informations sur les mises en garde concernant les régimes ARV contenant de l'efavirenz pour les femmes qui cherchent à concevoir ou concernant l'utilisation de contraceptifs non fiables.	
Fournir des conseils sur la réduction du risque et soutenir le plan de réduction de la femme.	
Orienter vers les services de dépistage et de gestion des IST.	
Fournir une éducation, des méthodes, et soutien en planning familial	
Fournir des informations sur les interactions entre le VIH et la grossesse.	
Offrir des conseils sur les désirs et besoins de fertilité, notamment demander si la femme est enceinte et si elle utilise actuellement une méthode contraceptive.	
Offrir des conseils sur les pilules contraceptives d'urgence, et si disponibles, les fournir à la femme si elle remplit les critères d'éligibilité.	
Offrir des conseils sur les choix contraceptifs pour appuyer la prise de décision informée et volontaire.	
Fournir l'information sur les critères d'éligibilité de l'OMS pour les différentes méthodes contraceptives.	
Si la femme n'envisage pas d'avoir d'autres enfants, offrir des conseils sur les méthodes contraceptives efficaces, notamment la double protection, et fournir des préservatifs, pilules, injectables, implants Norplant, DIU, et stérilisation non imposée.	
Si la femme désire avoir d'autres enfants, fournir des informations sur les options de fertilité, notamment le traitement de la fertilité (e.g. lavage du sperme/ insémination artificielle, si disponible), et l'adoption.	
Fournir les informations sur les éventuelles interactions médicamenteuses avec les méthodes hormonales, ou les anomalies à la naissance associées avec certains médicaments ARV.	
Faire une évaluation du risque d'IST/ITR et fournir les informations sur les meilleures méthodes contraceptives.	
Pour le personnel travaillant dans les services de planning familial, fournir des informations sur le VIH/SIDA et offrir un CDV aux clients ne connaissant pas leur statut de VIH.	
Orienter vers les services de traitement, soins, et soutien de PTME et de VIH/SIDA.	

16.1

Prospectus du participant

Liste vérificative du prestataire : soins complets de SSR et counseling complets pour les femmes et adolescentes VIH+ (cont.)

Services et informations spécialisés de SSR (cont.)

Après avoir fourni à une femme ou adolescente VIH+ les informations et services généraux ci-dessus, les agents de santé devraient offrir les informations et services spécialisés suivants sur la base des besoins de la cliente et de leurs propres compétences, formation, et expériences, ou orienter la cliente vers d'autres services sur site ou hors site.

Type de service et information	Vérifier
Améliorer les soins anténatals, d'intra-partum, du post-partum, et du nouveau-né	
Offrir du CDV si la client ne anténataux pas son statut de VIH.	
Offrir un counseling pour la prévention du IST/ITR et un soutien pour négocier des rapports sexuels sans risque et consensuel, notamment l'importance de la double protection dans la période post-partum, et l'accès aux préservatifs féminins et masculins.	
Dépister et traiter la tuberculose, le paludisme (si courant dans la région), et l'anémie.	
Fournir des informations sur les risques et avantages des régimes de médicaments ARV dans la prévention de la transmission périnatale.	
Fournir des informations sur les interactions entre le VIH et la grossesse.	
Dépister la syphilis.	
Faire une évaluation des signes et symptômes liés au VIH, notamment l'existence d'IO.	
Fournir un traitement ARV si la femme est éligible.	
Traiter les IO.	
Fournir une prophylaxie ARV aux femmes n'ayant pas d'indications pour un traitement ARV ou si le traitement n'est pas offert.	
Offrir des conseils et soutien sur les moyens de gagner du poids pendant la grossesse, la prévention et gestion de l'anémie, et l'importance d'un régime correct pour soutenir la grossesse et la lactation.	
Fournir une assistance nutritionnelle, si disponible.	
Souligner l'importance de l'accouchement avec un accoucheur spécialisé et soutenir la femme dans l'élaboration de son plan d'accouchement.	
Eviter la rupture artificielle des membranes pendant l'accouchement et les procédures invasives comme la surveillance fœtale et l'épisiotomie.	
Offrir des conseils sur la nutrition infantile continue et un soutien pour le choix de la femme concernant l'alimentation.	
Offrir du counseling de planning familial en post-partum, ou référer à la plus proche clinique de planning familial.	
Éliminer l'avortement à risque	
Offrir du counseling non directif, non moralisateur, et confidentielle sur l'option de terminaison de grossesse, dans la mesure autorisée par la loi.	
Offrir des références à des services de soins d'avortement (si légal) et après avortement si la femme les demande.	
Pour le personnel travaillant dans les services de soins d'avortement ou après avortement, fournir des informations sur le VIH/SIDA et offrir du CDV.	
Fournir des antibiotiques au moment de l'avortement pour minimiser le risque d'infection post procédure.	



Services et informations spécialisés de SSR (cont.)	
Après avoir fourni à une femme ou adolescente VIH+ les informations et services généraux ci-dessus, les agents de santé devraient offrir les informations et services spécialisés suivants sur la base des besoins de la cliente et de leurs propres compétences, formation, et expériences, ou orienter la cliente vers d'autres services sur site ou hors site.	
Type de service et information	Vérifier
Éliminer l'avortement à risque (cont.)	
Souligner l'importance de trouver des soins médicaux immédiatement en cas de saignement excessif, de douleur pelvienne, de fièvre qui dure plus d'une journée, ou d'autres symptômes d'infection.	
Fournir des informations et conseils sur la contraception et offrir différentes méthodes contraceptives, notamment la double protection, en se basant sur les critères d'éligibilité pour les femmes après avortement.	
Orienter la femme vers les services de traitement, soins, et soutien liés au VIH/SIDA, notamment les services de soutien psychosocial.	
Prévention et gestion des IST/ITR	
Le personnel travaillant dans les services des IST devrait fournir des informations sur le VIH/SIDA et offre du CDV, si la cliente ne connaît pas son statut de VIH.	
Faire une évaluation sur le risque des IST/ITR, notamment poser des questions sur les pratiques et symptômes du partenaire.	
Mener un examen physique pour détecter les signes d'IST/ITR.	
Dépister la syphilis, et si les ressources le permettent, la gonorrhée et les chlamydia.	
Souligner l'importance de prévenir les IST/ITR pendant la grossesse.	
Traiter les IST/ITR selon les protocoles standard de traitement.	
Souligner qu'un traitement prolongé de la candidose est habituellement nécessaire.	
Souligner que la fréquence et la sévérité des épisodes génitaux dues à l'herpès sont associées avec la suppression immunitaire.	
Souligner la plus grande probabilité d'une infection par le virus VPH ; une plus grande persistance du VPH dans le temps ; une plus grande probabilité d'infection par plusieurs types de VPH, notamment de plus nombreux types de VPH associés au cancer ; et une charge virale de VPH plus élevée.	
Effectuer une biopsie des verrues génitales lorsque le diagnostic est incertain, que les lésions s'aggravent pendant la thérapie, ou que les verrues semblent atypiques (e.g. pigmentées, indurées, fixées, ou ulcérées).	
Offrir un counseling pour la prévention des IST/VIH et un soutien pour négocier des rapports sexuels sans risque et consensuel, notamment la double protection, et l'accès aux préservatifs féminins et masculins.	
Offrir un counseling et soutien pour la notification des partenaires.	
Fournir un suivi clinique autant que nécessaire.	

16.1

Prospectus du participant

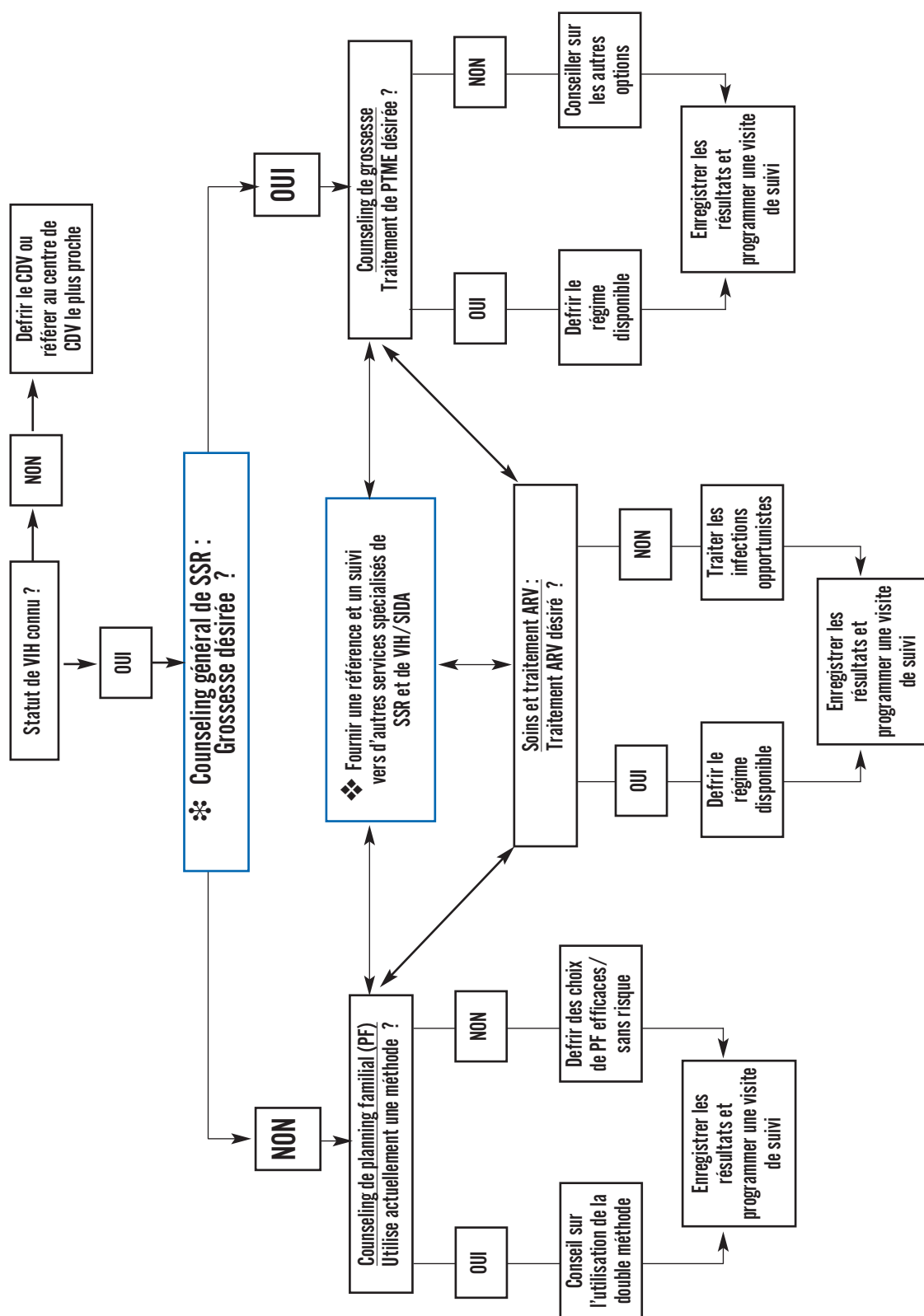
Liste vérificative du prestataire : soins complets de SSR et counseling complets pour les femmes et adolescentes VIH+ (cont.)

Services et informations spécialisés de SSR (cont.)	
Après avoir fourni à une femme ou adolescente VIH+ les informations et services généraux ci-dessus, les agents de santé devraient offrir les informations et services spécialisés suivants sur la base des besoins de la cliente et de leurs propres compétences, formation, et expériences, ou orienter la cliente vers d'autres services sur site ou hors site.	
Type de service et information	Vérifier
Diagnostic et traitement du cancer	
Souligner l'importance du dépistage du cancer de l'utérus, au moins une fois par an, en raison du risque accru de pré cancer et cancer.	
Faire un dépistage de cytologie anormale.	
Eviter de traiter les lésions de faible degré au risque d'augmenter les complications et de desquamation du VIH.	
Traiter les lésions de haut degré et souligner l'importance du suivi à cause de la persistance et récurrence.	
Pratiquer la chirurgie ou un traitement atténué par radiation ou chimiothérapie pour le cancer invasif chez les femmes ayant un comptage de CD4 inférieur à 200 10 ⁶ cellules/L.	
Fournir un soutien psychosocial	
Faire une évaluation des besoins sociaux et émotionnels.	
Offrir un counseling et soutien psychosocial pour le deuil, la planification de l'avenir, la stigmatisation et la discrimination, l'idéation suicidaire, et les préoccupations liées à la grossesse.	
Référer vers d'autres services appropriés, notamment un counseling psychosocial continu et les groupes de soutien.	
Fournir un soutien financier/juridique	
Faire une évaluation de la situation financière et des stratégies de moyens de subsistance.	
Offrir un counseling et soutien pour les changements dans les vies et les relations à la suite d'un diagnostic de VIH, ainsi que les effets physiques du virus sur la capacité de gagner des revenus.	
Fournir des informations sur les subventions pour le traitement et soins médicaux (s'ils existent) et/ou services médicaux gratuits dans la communauté.	
Référer vers d'autres services appropriés, notamment un counseling financier continu, conseil juridique, programmes générateurs de revenus, programmes de micro finance, et programmes d'aides financières.	

162

Prospectus du participant

Algorithme pour le counseling en SSR des femmes et adolescentes VIH+



❁ Les sujets généraux à couvrir en matière de santé sexuelle et reproductive sont notamment :

- Santé sexuelle et reproductive
- Détection de la violence basée sur le genre
- Besoins et desirs de fertilité
- Contraception d'urgence
- Méthodes contraceptives efficaces notamment la double protection
- Interactions médicamenteuses éventuelles avec les méthodes hormonales
- Interactions entre la grossesse et le VIH
- Prévention des IST/ITR
- Risque de transmission périnatale et efficacité de la prophylaxie aux anti-rétroviraux

❁ Les références éventuelles englobent :

- Planning familial
- Soins prénatals, intra-partum, post-partum, et du nouveau-né
- Avortement et soins après avortement
- Traitement et soins ARV
- Prévention et gestion des IST/ITR
- Diagnostic et traitement du cancer
- Dépistage de la tuberculose
- Soutien psychosocial continu
- Soutien nutritionnel
- Soutien financier/juridique



L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le planning familial comme étant “la capacité des individus et des couples à prévoir et atteindre le nombre désiré d'enfants et l'espace et le moment de leurs naissances. Il est réalisé à travers l'utilisation de méthodes contraceptives et le traitement de la stérilité involontaire”.² Selon la description du Fonds des Nations Unies pour la Population (L'UNFPA), “le planning familial permet aux individus et couples de déterminer le nombre et l'espace de leurs enfants — un droit humain reconnu”.³

L'OMS a élaboré des critères médicaux d'éligibilité pour l'utilisation sans risque de diverses méthodes contraceptives. Les agents de santé utilisent ces critères pour décider s'il est approprié pour une femme avec une situation médicale particulière d'utiliser la méthode contraceptive en question. L'infection d'une femme par le VIH, la présence du SIDA, et l'utilisation de la thérapie antirétrovirale (ARV) sont toutes des conditions médicales pouvant affecter son éligibilité pour une méthode contraceptive.

Pour chaque méthode contraceptive, les conditions médicales sont classées en catégories basées sur les risques et avantages associés avec l'utilisation de la méthode chez les femmes présentant ces conditions. Les critères d'éligibilité de l'OMS utilisent quatre catégories de classification des conditions médicales :

Catégorie 1 : Pour les femmes présentant ces conditions, la méthode ne présente aucun risque et peut être employée sans restriction.

Catégorie 2 : Pour les femmes présentant ces conditions, les avantages de l'utilisation de la méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou prouvés. Les femmes présentant les conditions de la Catégorie 2 peuvent généralement utiliser la méthode, mais un suivi par l'agent de santé peut s'avérer approprié dans certains cas.

Catégorie 3 : Pour les femmes présentant ces conditions, les risques théoriques ou de l'utilisation de la méthode l'emportent généralement sur les avantages. Les femmes présentant les conditions de la Catégorie 3 ne devraient pas généralement employer la méthode. Cependant, si aucune meilleure option de contraception n'est disponible ou acceptable, l'agent de santé peut juger que la méthode est appropriée, selon la gravité de la condition. Dans de tels cas, un accès continu aux services cliniques et un suivi prudent par l'agent de santé sont nécessaires.

¹ Le contenu de ce prospectus est adapté de : OMS. 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition*. Genève.

² Définition de travail utilisée par le Département de Santé Reproductive et Recherche de l'OMS. Téléchargé le 27 juin 2006 à l'adresse : www.who.int/topics/family_planning/en/.

³ L'UNFPA. Aucune date. Santé Reproductive et Planning Familial : Planning Familial et Santé Sexuelle. Téléchargé le 27 juin 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/swp/2004/english/ch6/index.htm.



Prospectus du participant

Critères médicaux d'admissibilité de l'OMS pour l'utilisation contraceptive et le VIH/SIDA (*cont.*)

Catégorie 4 : Pour les femmes présentant ces conditions, la méthode présente un risque inacceptable de santé et ne devrait pas être employé.

Dans certains cas, une condition particulière est attribuée à une catégorie pour l'initiation et une autre pour la continuation de la méthode. Autrement dit, pour certaines conditions la catégorie dépend du fait que la femme souhaite ou non initier une méthode contraceptive, ou qu'elle utilisait déjà cette méthode lorsqu'elle a développé la condition.

Le tableau sur les pages 152–153, adapté des *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, présente une vue d'ensemble des conditions médicales classées dans les catégories ci-dessus, sur la base des risques et avantages associés avec le VIH et le SIDA pour ces conditions. Par exemple, les condoms sont mis dans la catégorie 1 pour les femmes et adolescentes qui :

- Ont un risque élevé de VIH ou sont VIH+ ;
- Ont un diagnostic de SIDA mais ne sont pas sous thérapie antirétrovirale (TAR) ;
- Ont un diagnostic de SIDA et sont actuellement sous TAR.



Méthode	Catégorie 1 Aucun risque ; utiliser sans restrictions	Catégorie 2 Les avantages sont plus grands que les risques	Catégorie 3 Les risques sont plus grands que les avantages	Catégorie 4 Le niveau de risque est inacceptable	Commentaires
Préservatif	<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie antirétrovirale (ARV) Diagnostic de SIDA, sous thérapie ARV 				<ul style="list-style-type: none"> Devirait être employé même lorsque infection du VIH est sous contrôle ARV.
Utilisation de la double méthode (dépend de quelle autre méthode est utilisé en plus des préservatifs. Voir ci-dessous.)	<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie ARV 				<ul style="list-style-type: none"> Utilisation des préservatifs pour une protection contre les infections sexuellement transmises (IST)/VIH et d'une autre méthode pour prévenir la grossesse, comme montré ci-dessous.
Contraceptif oral	<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic de SIDA, sous thérapie ARV 			<ul style="list-style-type: none"> Les ARV peuvent réduire l'efficacité de la méthode ou accroître les effets secondaires. Ce n'est pas le meilleur choix pour les femmes qui oublient de prendre la pilule à temps.
Injectables/implants	<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic de SIDA, sous thérapie ARV 			<ul style="list-style-type: none"> Le nevirapine réduit de ~18% le niveau progestérone du sang.
Dispositif intra-utérin (DIU)		<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie ARV Diagnostic de SIDA, sous thérapie ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Symptômes liés au SIDA (commence) 		<ul style="list-style-type: none"> L'insertion chez les femmes ayant le SIDA peut augmenter le risque de complications liées au DIU, à moins que sous ARV.



Prospectus du participant

Critères médicaux d'admissibilité de l'OMS pour l'utilisation contraceptive et le VIH/SIDA (cont.)

Méthode	Catégorie 1 Aucun risque ; utiliser sans restrictions	Catégorie 2 Les avantages sont plus grands que les risques	Catégorie 3 Les risques sont plus grands que les avantages	Catégorie 4 Le niveau de risque est inacceptable	Commentaires
Spermicides				<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie ARV Diagnostic de SIDA, sous thérapie ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Les femmes ayant le VIH sont plus exposées au risque d'IST/ITR ou de réinfection en utilisant les spermicides. Le statut de VIH rend l'utilisation du spermicide inappropriée.
Diaphragme			<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie ARV Diagnostic de SIDA, sous thérapie ARV 		<ul style="list-style-type: none"> Les femmes ayant le VIH ne devraient pas généralement utiliser le diaphragme à cause des spermicides.
La stérilisation chirurgicale	<ul style="list-style-type: none"> Haut risque de VIH ou VIH+ Diagnostic de SIDA, aucune thérapie ARV Diagnostic de SIDA, sous thérapie ARV 				<ul style="list-style-type: none"> Bonne option pour les couples qui ne veulent plus d'enfants. Aucune raison médicale pour refuser la stérilisation aux clientes ayant le VIH. Conseil sur l'utilisation du préservatif, surtout si le couple est discordant.
Méthode d'aménorrhée de l'allaitement					<ul style="list-style-type: none"> Les femmes VIH+ qui allaitent peuvent infecter leurs enfants (risque ~ 16%). Utiliser le biberon ou d'autres substituts. Lorsque l'alimentation de substitution est acceptable, faisable, abordable de prix, durable, et sans risque, il est recommandé aux mères VIH+ d'éviter tout allaitement. Devrait être encouragé à utiliser des préservatifs.
Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité					<ul style="list-style-type: none"> Les femmes VIH+ avec/ sans SIDA et celles sous thérapie ARV peuvent l'utiliser sans restriction tant que leurs cycles menstruels sont réguliers. Devrait être encouragé à utiliser des préservatifs.

(Adaptées de : L'UNFPA et OMS. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Genève. www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=297.)

Informations générales

- La plus part des femmes enceintes en quête de soins prénatals (CPN) dans le monde ne sont pas conscientes de leur statut sérologique de VIH.
- Puisque la CPN constitue un important point d'entrée dans le système de soins de santé pour beaucoup de femmes et d'adolescentes, l'importance du dépistage et conseil volontaire dans la prévention, traitement, et soins du VIH devrait être soulignée avec les responsables de programme, agents de santé, et clients.
- Les considérations suivantes associées avec le dépistage du VIH pendant la grossesse et le post-partum devraient également être discutées avec les clients, et des stratégies appropriées de réduction de risque devraient être incorporées dans leur plan de soins général :
 - La divulgation d'un diagnostic de VIH pendant la grossesse en l'absence de soutien adéquat peut provoquer les conséquences psychosociales dévastatrices du stigmata et de la discrimination, aussi bien que la possibilité de violence basée sur le genre.
 - Le statut de VIH des femmes et adolescentes doit être maintenu confidentiel et leurs dossiers médicaux disponibles seulement aux agents de santé ayant un rôle direct dans leurs soins ou ceux de leurs enfants.
 - L'offre aux femmes et adolescentes de l'option d'être dépistées et conseillées avec leurs partenaires (counseling du couple) peut prendre en charge certaines questions sensibles associées avec la notification du partenaire et divulgation.
 - Outre le soutien émotionnel pendant la grossesse, les couples (les deux ou un des partenaires) identifiés comme VIH+ pendant la grossesse devrait recevoir des conseils et une éducation sanitaire couvrant :
 - o les informations sur les interactions entre le VIH et la grossesse, notamment une éventuelle augmentation de certains résultats négatifs de grossesse ;
 - o les effets de la progression de la maladie du VIH sur la santé de la femme et l'efficacité, la disponibilité, et les effets négatifs du traitement antirétroviral ;
 - o la possibilité de transmission du VIH à son bébé et à son partenaire sexuel, même si elle reçoit une thérapie antirétrovirale ;
 - o l'encouragement à utiliser des préservatifs pendant la grossesse pour prévenir l'acquisition d'autres infections sexuellement transmises (IST) ou d'autres souches de VIH, tout comme la transmission du VIH et d'autre IST à des partenaires sexuels non infectés ;
 - o les informations sur l'alimentation du nourrisson et le soutien pour gérer les options d'alimentation autres que l'allaitement, notamment la stigmatisation et la discrimination.¹

¹ OMS, UNICEF, ONUSIDA, et l'UNFPA. 2003. HIV and infant feeding : A guide for health-care managers and supervisors. Geneve. Télécharger le 21 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterListType=1.

Counseling spécialisé pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum

- Beaucoup femmes et adolescentes VIH+ manquent d'informations exactes et de conseils compatissant pour alléger leurs craintes sur la grossesse.
- Bon nombre d'entre elles peuvent aussi être victimes de violence pendant la grossesse (entre 4% et 20% des femmes enceintes), avec des conséquences à la fois pour elles et/ou leurs bébés, comme l'avortement spontané, le travail avant terme et le faible poids à la naissance.
- Le counseling et l'éducation sanitaire pendant la grossesse pour les femmes et adolescentes VIH+ devraient couvrir :
 - l'importance d'utiliser des préservatifs pendant la grossesse pour prévenir l'acquisition d'autre IST ou d'autres souches de VIH, tout comme la transmission du VIH et d'autre IST à des partenaires sexuels non infectés ;
 - les informations sur les interactions entre le VIH et la grossesse, notamment une éventuelle augmentation de certains résultats négatifs de grossesse ;
 - les effets de la progression de la maladie du VIH sur la santé de la femme et l'efficacité, la disponibilité, et les effets négatifs du traitement antirétroviral ;
 - l'importance d'accoucher avec un accoucheur spécialisé ;
 - le risque pour une femme de transmettre le VIH à son bébé et les risques et avantages de la prophylaxie antirétrovirale et des pratiques sans risque du travail et de l'accouchement dans la réduction de la transmission ;
 - les risques et avantages des diverses options d'alimentation du bébé et du soutien pour son choix.

Impact du VIH sur la grossesse

- Quoique la grossesse soit considérée comme un état physiologique et immunologique immensément complexe, il ne semble pas qu'elle accélère la progression de la maladie du VIH.
- Les interventions visant à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) doivent prendre en compte le fait que la transmission mère-enfant (TME) peut survenir à différentes étapes de la grossesse.
- Le risque de PTME est de 15 à 30% parmi les femmes qui n'allaitent pas ; l'allaitement par une femme ayant le VIH accroît le risque de 5–20%, pour atteindre un total de 20–45%.²
- Il a été montré que des cours longs et brefs de prophylaxie antirétrovirale unique, double ou triple avaient pu réduire la transmission du VIH aux nourrissons.
- Les directives de l'OMS sur les médicaments antirétroviraux pour traiter les femmes enceintes et prévenir l'infection du VIH chez les nourrissons fournissent des détails supplémentaires sur la sécurité d'une exposition brève aux médicaments antirétroviraux pour

² De Cock, K. M., et al. 2000. Prevention of mother to-child HIV transmission in resource-poor countries : translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association* 283(9) :1175–1182.



prévenir la PTME et sur la question de la résistance virale et ses éventuelles implications pour une thérapie antirétrovirale ultérieure.³

- Les mesures recommandées pour la PTME sont notamment :
 - la suppression de la reproduction du VIH avec une charge virale conséquente de plasma indétectable pendant la grossesse et la suppression de la desquamation génitale du VIH pendant la grossesse par l'administration d'une thérapie antirétrovirale ;
 - l'administration antirétrovirale en intra-partum et l'utilisation antirétrovirale par le nourrisson ;
 - éviter la rupture prématurée des membranes et l'épisiotomie pendant le travail ;
 - la section césarienne sélective avant le début du travail, si les conditions locales remplissent les normes de qualité ;
 - éviter l'allaitement et fournir des stratégies alternatives d'alimentation du nourrisson ;
 - s'assurer que les mères et leurs enfants reviennent pour des visites de suivi postnatal ;
 - une attention spéciale à la fourniture d'évaluation nutritionnelle et au soutien en direction des femmes et adolescentes VIH+ enceintes ;
 - participation accrue des hommes et une focalisation sur le couple, non exclusivement sur la femme.

Soins spécialisés pendant la grossesse

- Les femmes et adolescentes VIH+ ont besoin des mêmes soins prénatals que les femmes non infectées par le VIH, mais certains volets supplémentaires devraient être renforcés ou modifiés.
- Les soins des femmes et adolescentes VIH+ pendant la grossesse comportent également d'évaluer les signes et symptômes liés au VIH, notamment la présence d'infections opportunistes.
- La classification clinique et, lorsque faisable la classification immunologique des femmes et adolescentes VIH+ est recommandée pour évaluer le pronostic et déterminer l'éligibilité pour la thérapie antirétrovirale. On estime que 15% des femmes enceintes rencontrent une complication menaçant la vie pendant la grossesse ou l'accouchement. En plus de ces risques, les femmes et adolescentes VIH+ ont un plus grand risque de certains résultats négatifs de grossesse, notamment l'avortement spontané et la mortinatalité.
- Les faits, surtout dans les pays industrialisés, indiquent que la grossesse n'a pas un effet important sur la progression de la maladie du VIH ou la mortalité.
- Les femmes et adolescentes VIH+ peuvent être davantage exposées à la malnutrition, et l'anémie pendant la grossesse est plus commune et souvent plus sévère. Les atrophies pendant la grossesse surviennent également plus fréquemment.

³ OMS. 2004. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva. 2004. Téléchargé le 6 septembre 2006 à partir de : www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugswomen/guidelinesfinal.pdf.

Soins spécialisés pendant l'accouchement

- Les précautions universelles pour réduire le risque de transmission d'agents pathogènes portés dans le sang par l'exposition au sang ou aux fluides corporels chez les patients et agents de santé sont essentielles dans tous les cadres, et non seulement pour les femmes et adolescentes VIH+.
- Par ailleurs, la disposition appropriée et sans risque de tous les tranchants, du placenta, et d'autres articles imbibés de sang est particulièrement importante.
- Les soins pendant l'accouchement doivent être modifiés pour réduire le risque de TME, notamment :
 - laisser les membranes intactes aussi longtemps que possibles et réserver la rupture artificielle des membranes pour des cas de souffrance fœtale ou de retard dans la progression du travail ;
 - éviter la toilette vaginale de routine comme moyen de réduire la transmission du VIH ;
 - éviter aussi longtemps que possible la surveillance fœtale invasive, comme l'utilisation d'électrodes pénétrantes d'épicrâne fœtal, la prise d'échantillon de sang d'épicrâne, ou autres procédures qui cassent la peau du nourrisson ;
 - exécuter la section césarienne électorale avant le début du travail et avant la rupture des membranes, car ceci peut réduire le risque de transmission du VIH aux nourrissons (bien que cet avantage doive être mesuré contre le risque pour la femme de la procédure chirurgicale) ;
 - exécuter une section césarienne de routine pour la PTME dans certains cas, puisque les grossesses où le travail est susceptible d'être prolongées ou dans lesquelles les complications obstétricales peuvent être associées avec un risque accru de TME (bien que l'utilisation routinière de l'accouchement par césarienne revienne cher aux ressources déjà maigres de soins de santé).

Soins spécialisés pendant la période du post-partum

- Le suivi et les soins complets de post-partum pour les femmes vivant avec le VIH/SIDA et leurs nourrissons vont au-delà de la traditionnelle période de post-partum de six semaines et sont de plus en plus importants pour accroître l'accès au traitement et soins pour le VIH.
- La période du post-partum fait partie du continuum de soins et soutien chroniques pour les femmes et adolescentes VIH+.
- Les nourrissons exposés au VIH ont besoin de prophylaxie antirétrovirale conformément aux directives de l'OMS. Les enfants nés de femmes et adolescentes VIH+ ont des besoins de suivi et de soins spécifiques, en plus des soins et immunisations de routine.
- Les soins post-partum pour les femmes et adolescentes VIH+ sont notamment :
 - l'évaluation de la guérison maternelle après l'accouchement et l'évaluation pour détecter des complications infectieuses de post-partum, qui peuvent être plus communes chez les femmes et adolescentes VIH+ ;

17.2

Prospectus du participant

VIH et maternité sans risque (cont.)

- fournir du counseling de planning familial en post-partum (Femmes et adolescentes ne désirant pas concevoir pendant le post-partum ont besoin d'informations et de conseils sur les méthodes contraceptives appropriées, notamment les préservatifs, et plusieurs facteurs sont susceptibles d'affecter leur choix, y compris les processus physiologiques des suites de couche, le retour de l'ovulation et de la fertilité, les pratiques d'alimentation du nourrisson, et la reprise de l'activité sexuelle des femmes ou jeunes filles. Il est conseillé aux femmes et adolescentes voulant avoir plus d'enfants d'attendre au moins deux à trois années entre les grossesses.)
- un counseling continu sur l'alimentation du nourrisson et un soutien à la femme pour son choix d'alimentation.

Soins du nourrisson

- Le diagnostic précoce des enfants nés de parents VIH+ est recommandé, dans le but de minimiser le risque d'acquisition du VIH, reconnaître l'infection du VIH aussi tôt que possible, prévenir les infections opportunistes (IO), et prendre en charge les questions psychosociales pouvant être liées à l'insuffisance de développement de l'enfant.
- Les importantes interventions à cet égard sont notamment :
 - un contrôle sérologique de VIH jusqu'à l'âge de 18 mois pour exclure l'infection.
 - la surveillance sérologique peut ne pas être faisable parfois, puisque le suivi est nécessaire pour exclure le transfert passif d'anticorps maternels anti-VIH. Dans ce contexte, la détection des acides nucléiques viraux peut être une alternative permettant de reconnaître les nourrissons infectés par le VIH à un plus jeune âge. Récemment, de nouvelles techniques, comme la détection à l'ARN du VIH sur des taches de sang séché sur du papier filtre, ont été employé dans certains cadres.
 - la prophylaxie de la pneumonie à pneumocystis après l'âge de 6 semaines pendant au moins quatre mois, indépendamment des résultats viraux négatifs, est recommandé.
 - la surveillance clinique et en laboratoire de la croissance et du développement de l'enfant devrait comporter le dépistage d'autres infections périnatales et l'immunisation, ainsi que la recherche de preuves d'une anémie associée à la zidovudine.
 - il faudrait considérer comme une priorité dans les structures de soins infantiles et au niveau communautaire d'organiser un soutien social approprié pour l'alimentation au biberon et pour des options d'alimentation pouvant réduire le risque d'acquisition du VIH et assurer une nutrition adéquate et sans risque.
- Malgré les récents progrès dans la réduction de la transmission in utero et en post-partum grâce à l'utilisation de la thérapie antirétrovirale, il existe toujours un besoin critique de rendre l'alimentation des nourrisson plus sûre, ainsi que l'indique les directives actuelles de l'ONUSIDA/OMS/UNICEF.⁴

⁴ OMS, UNICEF, ONUSIDA, et l'UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding : A guide for health-care managers and supervisors*. Genève. Téléchargé le 6 septembre 2006 à partir de : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterListType=1 ; and WHO, UNICEF, UNAIDS, and UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding : Guidelines for decision makers*. Genève. Téléchargé le 6 septembre 2006 à partir de : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=204&filterListType=1.

(Adapté de : EngenderHealth/l'UNFPA. 2004. *La prévention du VIH dans les services de santé maternelle : Guide de formation*. New York.)

Qu'est ce que la double protection ?

La double protection peut être définie comme une stratégie pour prévenir à la fois la transmission du VIH ou des infections sexuellement transmises (IST) et la grossesse involontaire, par (1) l'utilisation du préservatif tout seul, (2) l'utilisation du préservatif en combinaison avec d'autres méthodes (utilisation de double méthode), ou (3) le fait d'éviter les activités sexuelles considérées comme haut risque.

Beaucoup de personnes sexuellement actives ont besoin de la double protection : la protection contre la grossesse involontaire et contre les IST, notamment le VIH. Les contraceptifs offrant la meilleure prévention de la grossesse ne protègent pas contre les IST. Ainsi, l'utilisation simultanée du préservatif pour la prévention de la maladie est recommandée. Les préservatifs utilisés tout seuls correctement et constamment peuvent aussi prévenir à la fois les IST et la grossesse, mais sont associés avec des taux plus élevés de grossesse que les préservatifs utilisés en même temps qu'une autre méthode contraceptive.

Plus spécifiquement, la double protection peut comporter :

- 1) L'utilisation du préservatifs tout seul :
 - l'utilisation d'un préservatif (masculin ou féminin) tout seul pour les deux buts.
- 2) L'utilisation de la double méthode :
 - l'utilisation d'un préservatif avec une autre méthode contraceptive pour une protection supplémentaire contre la grossesse ;
 - l'utilisation d'un préservatif avec la contraception d'urgence, en cas d'échec du préservatif;
 - l'utilisation sélective du préservatif avec une autre méthode de planning familial (PF) (par exemple, utiliser la pilule avec un partenaire principal, mais la pilule et le préservatif avec des partenaires secondaires).
- 3) Eviter les pratiques sexuelles dangereuses par une des options suivantes :
 - abstinence ;
 - éviter tous types de rapports pénétrants sans préservatif ;
 - pratique de la monogamie mutuelle entre partenaires non infectés, combinée avec l'utilisation d'une méthode contraceptive (pour ceux qui désirent éviter la grossesse) ;
 - retarder le premier rapport sexuel (pour les jeunes gens).

Pourquoi la promotion du préservatif est-elle si importante pour la double protection ?

- Le préservatif masculin en latex, lorsque utilisé correctement et constamment, est la seule technologie prouvée hautement efficace pour prévenir à la fois la transmission sexuelle du VIH et autres IST et de la grossesse.



- Des preuves concluantes obtenues de recherche extensive sur les couples hétérosexuels où un des partenaires était infecté avec le VIH montrent que l'utilisation correcte et constante du préservatif réduit considérablement le taux de transmission du VIH à la fois par les hommes aux femmes, et des femmes aux hommes¹.
- Le préservatif féminin peut fournir aux femmes davantage de contrôle pour se protéger elles-mêmes. Cependant, les femmes et adolescentes VIH+ resteront très vulnérables aux IST/ITR et à la réinfection avec une autre souche de VIH jusqu'à ce que les hommes et femmes partagent des pouvoirs égaux de décision dans leurs rapports interpersonnels².

Pourquoi est-il important de légitimer le préservatif comme une méthode efficace de PF pour les femmes et adolescentes VIH+ ?

- Dans certains cas, la prévention de la grossesse peut être une plus grande motivation pour l'utilisation du préservatif que la prévention de la transmission des IST et des infections du tractus reproductif (ITR), la transmission du VIH aux partenaires, ou la réinfection avec une autre souche du VIH.
- Si les programmes de PF préconisaient le préservatif comme une méthode efficace pour la prévention de la grossesse, cela aurait l'avantage supplémentaire de réduire le stigmate du préservatif comme méthode pour prévenir uniquement le VIH et les autres IST/ITR.
- En général, beaucoup d'agents de santé de PF croient que le préservatif n'est pas aussi efficace pour la prévention de la grossesse mais qu'il était efficace pour la prévention du VIH et des IST. En partie, ce préjugé est basé sur le fait que certaines autres méthodes de PF, comme la stérilisation, le dispositif intra-utérin, les injectables, et les implants Norplant, sont plus efficaces que le préservatif en utilisation "parfaite" et "typique". Mais si le préservatif est employé correctement et constamment, il est très efficace contre la grossesse. Ce fait doit être communiqué aux agents de santé tout comme aux femmes et adolescentes VIH+.
- Le préservatif et ses utilisateurs sont parfois stigmatisés parce qu'ils sont communément associés avec la prévention du VIH et des IST et l'utilisation du préservatif implique que les partenaires puissent avoir d'autres partenaires sexuels. Ce stigmate, qui vient de l'association de l'utilisation du préservatif avec le travail du sexe ou la promiscuité sexuelle, peut être pris en charge à travers la promotion du préservatif comme méthode efficace de prévention de la grossesse involontaire et prévention de la transmission des IST/ITR, de la transmission du VIH aux partenaires, et de la réinfection du VIH.

¹ Holmes, K., Levine, R., et Weaver M. 2004. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization* 82(6):454-461.

² UNAIDS, UNFPA, et OMS. 2004. *Position statement on condoms and HIV prevention*. Genève.



Pourquoi le counseling sur la double protection est-il si important dans la prise en charge des besoins de santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes et adolescentes VIH+ ?

- Le counseling sur la double protection peut aider les femmes et adolescentes VIH+ à percevoir leur propre risque d'infection et de grossesse involontaire et les aider à développer des stratégies pour se protéger.
- La satisfaction des besoins des clients pour la double protection améliore la qualité de services de SSR en prenant en charge les multiples préoccupations des clients.
- Les besoins en prévention de la grossesse et des IST/ITR sont liés à la sexualité et/ou aux intentions de reproduction d'un client et peuvent être pris en charge de manière holistique dans le counseling des femmes et adolescentes VIH+ sur leurs besoins de SSR.

Comment le counseling sur la double protection est-il lié au concept de "choix informé" ?

- Le counseling sur la double protection soutient le concept de choix informé en s'assurant que les femmes et adolescentes VIH+ soient bien informées et conscientes de leurs risques d'acquérir des IST/ITR, d'infecter leurs partenaires, d'acquérir une autre souche de VIH, et de grossesse involontaire tout en prenant leurs décisions de PF.
- Les femmes et adolescentes VIH+ ne peuvent pas opérer un choix véritablement informé sur leur méthode de PF à moins d'être conscientes de leurs risques d'IST/ITR et de savoir le niveau d'efficacité des différentes méthodes de PF pour prévenir ces infections. Le counseling sur la double protection assure que les clients sont conscients, bien informés, et avisés.

Quelles sont certaines stratégies clés pour la double protection en prenant en charge les besoins de SSR des femmes et adolescentes VIH+ ?

- Fournir des informations aux femmes et adolescentes VIH+ sur la gamme totale de méthodes de PF.
- Soutenir les femmes et adolescentes VIH+ qui ne désirent pas avoir d'autres enfants pour suivre la double protection, notamment l'utilisation de la double méthode (utilisation du préservatif avec une autre méthode contraceptive pour une protection supplémentaire contre la grossesse).
- Travailler avec les femmes et adolescentes VIH+ sur la communication entre partenaire et les techniques de négociation du préservatif.
- Impliquer les partenaires masculins dans le counseling et l'éducation, et prendre en charge leurs préoccupations au sujet du préservatif.
- Rendre l'utilisation du préservatif acceptable aux deux partenaires.
- Aider les femmes et adolescentes VIH+ à considérer les implications de leurs décisions (positives comme négatives) et reconnaître les limites que peuvent rencontrer beaucoup de femmes pour négocier l'utilisation du préservatif (e.g., le fait d'insister sur l'utilisation du préservatif peut mener à la violence, à l'abandon, etc.).
- Promouvoir le préservatif féminin comme une alternative au préservatif masculin (là où il est disponible).

(Adapté de EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Trainer's manual.* New York.)

Définitions

Counseling de santé sexuelle et reproductive intégrée

Le counseling de santé sexuelle et reproductive (SSR) intégrée est une interaction bilatérale entre un client et un agent de santé, pour évaluer et prendre en charge les besoins, connaissances, et préoccupations de SSR du client dans l'ensemble, indépendamment des services de santé dans lesquels ils travaillent ou de la prestation demandée par le client.

Dans le counseling de SSR intégrée, les tâches ou responsabilités du prestataire sont de :

- aider les clients à évaluer leurs propres besoins pour une gamme de services de SSR, des informations, et du soutien émotionnel ;
- fournir les informations appropriées aux problèmes et besoins identifiés des clients ;
- assister les clients à prendre leurs propres décisions volontaires et informées ;
- aider les clients à développer les compétences nécessaires pour exécuter ces décisions.

Comment le counseling de SSR intégrée est-t-il lié aux services intégrés de SSR ?

Le counseling de SSR intégrée est lié aux services de SSR de plusieurs de manières :

- Le but des services de SSR intégrée est de fournir des soins complets sur site et promouvoir des liens entre ces services. Le counseling de SSR intégrée est une composante critique de SSR intégré et parmi les services qui aident les clients à tirer le meilleur parti de la gamme des services disponibles.
- Cependant, le counseling de SSR intégrée peut être offert dans tout type de structure. Ainsi, un prestataire peut discuter de l'entière gamme de questions de SSR pouvant intéresser un client, indépendamment des types de services de SSR effectivement fournis dans ce site. La satisfaction des besoins du client peut nécessiter de référer ce dernier vers des services hors site ou peut nécessiter une solution de problème pour déterminer ce que le client peut faire dans une situation pour laquelle les services n'existent pas sur place.

Le counseling de SSR intégrée peut être dispensé n'importe où et à tout moment. Il n'a même pas besoin d'être lié directement à un cadre clinique, parce que beaucoup de stratégies de prévention (e.g., pour prévenir la transmission du VIH ou des infections sexuellement transmises) impliquent un changement social ou comportemental plutôt que des soins cliniques. Ainsi, le counseling de SSR intégrée peut constituer une partie vitale des services d'extension, comme un moyen d'aider les individus à identifier leurs besoins aussi bien de soins cliniques que des stratégies non cliniques pour changer leur counseling.

Instructions : Veuillez remplir la présente fiche d'évaluation de la formation que vous venez de suivre. Nous aimerions connaître votre opinion sur les séances de formation afin de les améliorer à l'avenir. Veuillez remplir toutes les sections de la fiche en utilisant le verso pour vos commentaires, au besoin. Veuillez répondre aux questions du point de vue des services que vous offrez. Merci pour votre temps.

I. Evaluation globale

Veuillez encercler le choix qui reflète le mieux votre évaluation globale de cette formation :

5	4	3	2	1
Très bien	Bien	Moyen	Médiocre	Très médiocre

II. Accomplissement des objectifs

Les objectifs généraux de la formation sont de s'assurer que vous avez les connaissances, attitudes, et compétences requises pour exécuter les tâches fondamentales de prestation de services complet de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les femmes vivant avec le VIH, y compris le counseling de SSR intégrés. Pour chaque tâche, veuillez encercler le nombre approprié pour indiquer le degré où selon vous l'objectif a été : (5) totalement accompli ; (4) pour la plupart accompli ; (3) quelque peu accompli ; (2) à peine accompli ; (1) n'a pas été accompli du tout.

Pour tout objectif recevant une note de 1, 2, ou 3, veuillez indiquer dans la colonne. Commentaires/Suggestions pourquoi vous estimez qu'il a été quelque peu, à peine, pas du tout accompli, et donner des suggestions pour l'améliorer.

Tâches clés de SSR intégrés	Note					Commentaires/Suggestions
	5	4	3	2	1	
Aider les clients à évaluer leurs propres besoins pour une gamme de services de SSR, des informations, et du soutien émotionnel.						
Fournir les informations appropriées aux problèmes et besoins identifiés des clients.						
Assister les clients à prendre leurs propres décisions volontaires et informées.						
Aider les clients à développer les compétences nécessaires pour exécuter ces décisions.						

III. Autres Aspects de la Formation

Pour chacune des questions suivantes, encercler la réponse qui représente le mieux votre opinion. Ajouter tout autre commentaire.

1. Comment le cours a-t-il satisfait vos attentes ?

5	4	3	2	1
Très bien	Pour la plupart	Quelque peu	Pas très bien	Pas bien du tout

Pour les deux questions suivantes, veuillez vous référer à vos programmes pour les libellés des séances ou sujets dans cet atelier.

2. Quelles ont été les trois **plus** utiles séances, et pourquoi ?

- a. _____

- b. _____

- c. _____

3. Quelles ont été les trois **moins** utiles séances, et pourquoi ?

- a. _____

- b. _____

- c. _____

4. Comment les méthodes de formation ont-elles contribué à atteindre les objectifs de l'atelier ?

5	4	3	2	1
Très bien	Pour la plupart	Quelque peu	Pas très bien	Pas bien du tout

Commentaires :

5. Veuillez cocher toute rubrique qui selon vous aurait amélioré l'atelier.

- Utilisation d'exemples et d'applications plus réalistes
- Plus de temps pour se familiariser avec les théories et concepts
- Plus de temps pour pratiquer les compétences et techniques
- Interaction de groupe plus efficace
- Etapes de formation plus efficace
- Concentration sur un sujet plus limité et spécifique
- Considération d'un sujet plus large et plus global
- Autre

Commentaires :

6. Citer trois actions que les organisateurs de cette formation auraient pu faire pour rendre la formation plus efficace pour vous ?

- a.

- b.

- c.

- Centre for Development and Population Activities (CEDPA). 2003. *Adolescent sexual and reproductive health: A training manual for program managers*. Disponible à l'adresse : www.phishare.org/documents/cedpa/2483/.
- Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/SIDA (ICW). 1999. *Positive women's survival kit*. Londres. Disponible à l'adresse : www.icw.org/icw/Survival%20Kit.pdf.
- EngenderHealth. 2002. *Youth-friendly services: A manual for health workers*. New York. Disponible à l'adresse : www.engenderhealth.org/res/offc/qi/yfs/index.html.
- EngenderHealth. 2003. *Choices in family planning: Informed and voluntary decision making*. New York. Disponible à l'adresse : www.engenderhealth.org/res/offc/ic/choices/index.html.
- EngenderHealth. 2003. *Counseling the postabortion client: A training curriculum*. New York. Disponible à l'adresse : www.engenderhealth.org/res/offc/pac/counsel-curr/index.html.
- EngenderHealth. 2004. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum*. New York. Disponible à l'adresse : www.engenderhealth.org/res/offc/counsel/ccrh/index.html.
- EngenderHealth. 2004. *Men's reproductive health curriculum*. New York. Disponible à l'adresse : www.engenderhealth.org/res/offc/map/mrhc/index.html.
- EngenderHealth. 2004. *Reducing stigma and discrimination related to HIV/AIDS: A training manual*. New York. Disponible à l'adresse : www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/stigma/index.html#stigma.
- EngenderHealth et UNFPA. 2004. *HIV prevention in maternal health services: A training manual*. New York. Disponible à l'adresse : www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/prevention/index.html.
- EngenderHealth et Family Health International (FHI). 2005. *Contraception for women and couples with HIV*. Disponible à l'adresse : www.fhi.org/training/en/modules/ARV/default.htm.
- FHI. 2001. *Rethinking differences and rights in sexual and reproductive health: A training manual for health care providers*. Research Triangle Park, NC. Disponible à l'adresse : www.fhi.org/en/RH/Training/trainmat/rethinkDiff/index.htm.
- OMS. 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition*. Genève. Disponible à l'adresse : www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.
- OMS. Aucune date. *Child and adolescent health and development, nutrition : Infant and young child, HIV and infant feeding*. Disponible à l'adresse : www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm.

- OMS, L'UNFPA, ONUSIDA, et IPPF. 2005. *Linking sexual and reproductive health and HIV/AIDS : An annotated inventory*. Disponible à l'adresse : www.who.int/reproductive-health/stis/docs/inventory_linkages_srh_hiv.pdf.
- OMS, L'UNFPA, ONUSIDA, et IPPF. 2005. *Sexual and reproductive health and HIV/AIDS : A framework for priority linkages*. Disponible à l'adresse : www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf
- OMS et L'UNFPA. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : Guide on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Genève. Disponible sur www.unpfa.org/upload/lib_pub_file/616_srh_hiv-aids.pdf.
- OMS. 2001. *Transforming health systems : gender and rights in reproductive health manual*. Genève. Disponible à l'adresse : www.who.int/reproductivehealth/publications/transforming_healthsystems_gender/text.pdf.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team on Gender and HIV/AIDS. 2005. *Resource pack on gender and HIV/AIDS*. Amsterdam. Disponible à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=279&filterListType=1.
- UNICEF, ONUSIDA, OMS, et L'UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding : A guide for health-care managers and supervisors*. Genève. Disponible à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterListType=1.
- UNICEF. *Nutrition : Infant feeding and HIV*. New York. Disponible à l'adresse : www.unicef.org/nutrition/23964_infantfeeding.html.
- Welbourn, A. 1995. *Stepping stones : A training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills*. Londres. ActionAid. Disponible à l'adresse : www.steppingstonesfeedback.org/details.htm.



Les fiches de données suivantes peuvent être photocopiées et distribuées aux Femmes et Ado-lescentes VIH+ en guise d'information supplémentaire qu'elles peuvent garder après une séance de counseling sur des sujets communs de santé sexuelle et reproductive (SSR) :

- Muguet
- Prévenir les infections sexuellement transmises (IST)/infections du tractus reproductif (ITR)
- Virus du papillome humain (VPH) et cancer du col de l'utérus
- Conception assistée
- Grossesse, accouchement, et alimentation du bébé
- Planning familial

Muguet

Qu'est ce que le muguet (*Candida albicans*) ?

Beaucoup de femmes et certaines adolescentes développent le muguet à un moment de leurs vies. Il est commun chez les adultes qui sont stressées ou dont le système immunitaire est endommagé à cause de l'infection du VIH. Beaucoup de bébés le contractent aussi. Le muguet est causé par un minuscule organisme ressemblant à une levure appelé *Candida albicans*, qui vit habituellement sans présenter de danger sur la peau, dans la bouche et dans l'intestin.

Le muguet est plus susceptible de se développer si vous :

- êtes enceintes ;
- prenez certains antibiotiques ;
- avez le diabète ;
- êtes souffrants ou malades ;
- prenez la pilule contraceptive ;
- avez des rapports pénétrants non protégés avec quelqu'un qui a le muguet ;
- mangez beaucoup de sucre ou de produits à base de sucre ;
- portez des blue-jeans ou pantalons ou des sous-vêtements en nylon très serrés.

Si vous présentez plus d'un des symptômes suivants, vous pouvez avoir le muguet :

- points douloureux ou épaisses plaques blanches sur la langue, dans la bouche, ou sur les gencives ;
- démangeaisons, douleur, et rougeur autour du vagin, de la vulve, ou de l'anus ;
- écoulement vaginal blanc et épais d'aspect blanchâtre et granuleux à l'odeur de levure ;
- vulve enflée ;
- douleur lors de rapports pénétrants ;
- douleur lorsque vous urinez.

Traitement

Le traitement médical du muguet est simple, consistant habituellement de crème et suppositoire, ou de comprimés.

Vous pouvez essayer certaines des recettes suivantes pour soulager les symptômes du muguet :

- Au premier signe d'irritation, arrêter d'utiliser du savon et nettoyer avec de l'eau uniquement.
- Cesser de porter des pantalons ou blue-jeans serrés, cela permet à l'air de circuler autant que possible.
- Éviter de vous laver et de prendre des bains fréquemment. Les bains peuvent vous apporter un confort temporaire, mais vont aggraver l'irritation.
- Ne mettez pas de désinfectant ni de bain moussant dans l'eau. Cependant, vous pouvez mettre du vinaigre, ou 10 gouttes d'huile de théier dans votre bain. Dans les endroits où l'on trouve du yaourt naturel, les femmes ayant le muguet en font une application sur l'extérieur du vagin, pour soulager l'irritation. Certaines femmes mettent aussi du yaourt naturel dans leur vagin avec une seringue ou sur un tampon. Les bactéries bénéfiques trouvaient dans le yaourt naturel sont censées détruire le muguet. Cela vaut pour certaines femmes, mais pour toutes. L'ail est une alternative qui peut donner des résultats. Peler une gousse d'ail, l'inciser, et la tremper dans de l'huile. L'insérer dans le vagin. Insérer une gousse une fois le matin. La retirer et en insérer une nouvelle le soir. Continuer jusqu'à ce que les symptômes régressent.
- Si les symptômes persistent, voir une infirmière ou un médecin.

Muguet (cont.)

Peut-on prévenir le muguet ?

Il n'y a pas de solutions simples. Mais il existe un certain nombre de choses que l'on peut faire pour empêcher de l'acquérir aussi fréquemment :

- Pour le muguet buccal, éviter le sucre à tout instant, particulièrement lors d'un épisode.
- Si vous avez un épisode de muguet, éviter les fruits, le miel, et la levure jusqu'à la disparition du muguet pendant trois semaines au moins.
- Éviter de porter des collants, sous-vêtement en nylon, blue-jeans ou pantalons serrés.
- Utiliser des serviettes hygiéniques plutôt que des tampons pendant les règles.
- Éviter les savons parfumés, déodorisants et vaporisateurs génitaux, et les désinfectants. Également, éviter les douches vaginales avec des substances chimiques. Tous ces produits perturbent l'équilibre bénéfique dans le vagin.
- Après avoir déféqué, nettoyer par derrière et éviter de toucher le vagin. Éviter d'introduire de la matière fécale dans le vagin.
- Si un antibiotique vous est prescrit pour une autre infection, aviser le médecin que vous êtes sujet au muguet.

Peut-on avoir des rapports pendant le traitement ?

Il vaut mieux éviter les rapports pénétrants vaginaux ou oraux et les rapports oraux jusqu'à la vérification finale faite par votre agent de santé. Si vous avez un muguet buccal, éviter les baisers jusqu'au retour de santé. Les embrassades et accolades sont sans danger.

Source : ICW. 1999. A positive woman's survival kit. Londres.

Infections sexuellement transmises et infections du tractus reproductif (IST/ITR)

IST/ITR

Beaucoup de gens ont des IST ou ITR sans en être conscients, parce que souvent ces infections ne sont pas symptomatiques. Cela signifie que les personnes infectées peuvent ne pas ressentir de douleur ou de gêne. Il est important de connaître les IST/ITR parce que si elles ne sont pas traitées, elles peuvent avoir des effets dommageables, comme des douleurs chroniques, la stérilité, et le cancer du col de l'utérus. Si vous êtes enceintes et que vous avez des IST/ITR non traitées, le risque d'infecter le bébé du VIH et d'autres infections augmente. On comprend maintenant que la présence d'IST/ITR rend la transmission sexuelle du VIH d'un partenaire à l'autre beaucoup plus probable.

Se protéger

Il est important de se protéger contre les IST/ITR, et la pratique des rapports sans risque par l'utilisation du préservatif pendant les rapports pénétrants est le seul moyen efficace d'éviter les IST. Les IST/ITR peuvent réellement affecter votre santé et accélérer la progression de la maladie du VIH.

Diagnostiquer une IST/ITR

Le diagnostic d'une IST/ITR asymptomatique n'est pas simple dans beaucoup de pays, car le dépistage n'est pas toujours largement disponible. Cependant, il est maintenant reconnu que le dépistage et le traitement des IST/ITR sont un moyen efficace de ralentir les nombres de nouveaux cas de VIH ou de réinfection avec plus d'une souche de VIH. Ceci veut dire que le traitement est maintenant de plus en plus offert dans les cliniques prénatales, cliniques de santé maternelle et infantile, et dans les services de planning familial. Si votre partenaire présente des symptômes d'une IST et vous non, vous devriez quand même vous faire traiter. Les deux partenaires devraient être traités si l'un à une IST, pour éviter la réinfection.

Traitement

Le traitement des IST/ITR peut être assez bon marché et simple. Parfois c'est une simple dose d'antibiotiques. Cependant, les infections différentes nécessitent des traitements différents, et il est donc important de recevoir un conseil médical. Si vous êtes enceinte ou projetez de l'être, il est important d'avoir des soins anténatals et de traiter jusqu'à leur disparition toute IST existante. Les IST peuvent infecter le bébé à la naissance et causer de graves dommages. Il est aussi important de dire à votre médecin que vous êtes enceinte, car ceci peut affecter votre traitement.

Beaucoup de femmes et adolescentes VIH+ ont déjà l'herpès dans leurs corps. Si le médecin d'une femme ou d'une adolescente VIH+ lui prescrit 400 mg d'acyclovir par jour à prendre tout le temps, les éruptions répétées d'herpès peuvent cesser, sauf occasionnellement, lorsqu'elle est véritablement fatiguée. Ceci peut faire une énorme différence pour sa qualité de vie et aussi réduire le risque de contracter d'autres IST à travers les plaies ouvertes de l'herpès. A cause de la manière dont l'herpès se comporte, l'utilisation régulière d'acyclovir n'affecte pas son efficacité à guérir une éruption d'herpès.

IST/ITR – Que faut-il surveiller ?

Bien que beaucoup de femmes ou adolescentes VIH+ n'aient pas de symptômes, vous pouvez avoir une IST si vous avez eu des rapports et que vous remarquez :

- un saignement vaginal inhabituel ;
- une substance inhabituelle sortant du vagin ou du pénis de votre partenaire ("écoulement") ;
- des plaies, boursouffures, ou une éruption sur ou autour du vagin, de l'anus, ou du pénis de votre partenaire ;

Infections sexuellement transmises et infections du tractus reproductif (IST/ITR) (cont.)

- une sensation de brûlure lorsque vous urinez ;
- une douleur en haut de l'abdomen sans écoulement ;
- une démangeaison autour du vagin, de l'anus, ou du pénis de votre partenaire.

Important: Si vous avez ou soupçonnez d'avoir une IST/ITR, vous pouvez chercher conseil et traitement à un centre de santé.

Peut avoir des rapports alors que l'on est sous traitement pour une IST/ITR ?

Avec n'importe quelle IST, le meilleur moyen d'éviter une infection est d'utiliser le préservatif et de pratiquer des rapports sans risque à chaque fois. Éviter le rapport oral pendant une éruption de plaies ou d'ampoules et éviter de toucher toute plaie, verrue, ou ampoule ouverte réduira le risque d'infection.

IST/ITR Communes

Chancres

Le chancre est une infection bactérienne commune dans les pays tropicaux. Il cause des ulcères douloureux sur les parties génitales. Le chancre peut être identifié par un test de laboratoire et guéri avec des antibiotiques.

Chlamydia

Le chlamydia est une infection affectant les parties génitales. C'est une des plus commune IST. La plupart des femmes n'ont pas de symptômes. Il peut être traité facilement, une fois diagnostiqué, avec des antibiotiques.

Gonorrhée

La gonorrhée est causée par des bactéries et, ici également, beaucoup de femmes n'auront pas de symptômes. La gonorrhée est transmise d'une personne à une autre par des rapports pénétrants vaginaux, oraux, anaux. Elle est très facile à contracter. Elle peut aussi être transmise aux bébés pendant la naissance, causant la cécité et des infections de l'oeil. Pour diagnostiquer la gonorrhée, un écouvillon est prélevé de l'utérus, de l'urètre, ou de la gorge. Le traitement est habituellement avec des antibiotiques. Si vous n'avez pas de traitement, la gonorrhée peut entraîner des douleurs pelviennes inflammatoires (DPI), qui peut entraîner la stérilité.

Verrues génitales

Les verrues génitales sont de petites excroissances de chairs rosâtres/blanches qui peuvent apparaître n'importe où dans la zone anale ou génitale. Elles sont causées par un virus appelé virus du papillome humain (VPH). Les femmes et adolescentes avec des verrues génitales non traitées peuvent voir leur risque de développer des cancers génitaux accru.

Les verrues sont propagées par le contact de peau-à-peau. Si vous avez un rapport vaginal ou anal non protégé ou un contact génital avec une personne ayant des verrues génitales, vous pouvez les développer. Après avoir été infecté par le virus de la verrue, il se passe habituellement entre un et trois mois pour que les verrues commencent à apparaître sur les parties génitales des femmes et hommes. Elles peuvent causer des démangeaisons, mais sont habituellement indolores. Il existe plusieurs méthodes pour traiter les verrues génitales. La plus commune est de les traiter avec des produits chimiques, ce qui peut être fait par un médecin ou une infirmière. D'autres méthodes consistent notamment à les gèlera avec de l'azote liquide, les injecter, ou les brûler avec un laser.

Infections sexuellement transmises et infections du tractus reproductif (IST/ITR) (cont.)

Herpès génital

L'herpès génital est causé par le virus herpès simplex (VHS). Il cause de douloureux picotement ou des ampoules ou ulcères qui démangent. Certains sujets ont des douleurs musculaires et de la fièvre. L'herpès de Type I provoque des plaies autour du nez et de la bouche. Le herpès de Type II provoque des plaies ou ampoules autour la zone anale et génitale. L'herpès est transmis par le contact direct avec la partie infectée du corps. Les plaies de l'herpès sur votre bouche ou sur la bouche de votre partenaire peuvent infecter la zone génitale de l'autre personne. Vous pouvez faire plusieurs choses pour éviter de propager l'herpès, notamment :

- Éviter de partager des gants et serviettes de toilette avec des partenaires, membres de la famille, ou amis. Contrairement au VIH, le VHS peut être transmis de cette manière.
- Se laver les mains toujours avec du savon après avoir touché les plaies.

Que peut on faire d'utile lorsqu'on a l'herpès génital ?

Plusieurs solutions peuvent être utilisées pour soulager la zone affectée :

- Si la douleur est intense, utiliser des antalgiques (aspirine/paracétamol), si disponible.
- Maintenir la zone affectée aussi sèche et propre que possible. Laver doucement les zones douloureuses avec une solution de sel (une demi cuillère à café de sel dans une demi pinte d'eau tiède). Vous pouvez ajouter cinq gouttes d'huile de théier dans de l'eau salée tiède. Cela peut apaiser et aider à sécher les plaies.
- Appliquer du violet de gentiane sur les plaies pour empêcher une infection secondaire.
- Du miel appliqué sur les plaies d'herpès causera une brûlure pendant une minute et ensuite soulagera tout en facilitant la guérison.
- Prendre 50mg zinc et 500mg de vitamine E par jour dès que les boutons d'herpès apparaissent. (La prise constante de 50mg de zinc et de 200mg vitamine E aide à prévenir la répétition de l'attaque d'herpès.)
- Si vous pouvez l'obtenir, le Zovirax (acyclovir) abrégera et allégera une attaque d'herpès. A prendre avec le zinc et la vitamine E.
- Porter des vêtements amples pour permettre à l'air de circuler autour des zones endolories.
- Placer un paquet de glace enveloppé dans du tissu ou une serviette propre sur la zone affectée.
- Se reposer suffisamment.
- Absorber suffisamment de liquides.

Syphilis

La syphilis est une infection bactérienne. Elle est habituellement transmise à travers un rapport oral, anal, ou vaginal. Elle peut également être transmise d'une mère infectée à son foetus. Les signes et symptômes sont les mêmes chez l'homme et la femme, et habituellement une plaie apparaît sur le pénis ou le vagin, ou l'anus, ou la bouche environ 10 jours à trois semaines après le rapport avec une personne infectée. La plaie disparaît au bout d'une semaine ou deux, mais les bactéries restent dans le corps. Cependant, la plupart des femmes et adolescentes ne voient pas la plaie et peuvent ne présenter aucun symptôme. Le seul moyen de savoir est de faire un test sanguin. Au cours du stade secondaire, qui peut survenir dans les deux années, une éruption peut apparaître sur les mains et pieds, le visage, et autres parties du corps. Le traitement à tout moment pendant ces deux premières étapes de la syphilis guérira l'infection. Mais laisser non traité, une étape tardive surviendra quelques années plus tard entraînant de graves dommages à la santé.

Source : ICW. 1999. A positive woman's survival kit. Londres.

Virus du papillome humain (VPH) et cancer du col de l'utérus

Infection du VPH chez les femmes et adolescentes VIH+

Le VPH est l'organisme sexuellement transmis le plus commun dans le monde, et la plupart des femmes et adolescentes sont exposées au VPH pendant leur première activité sexuelle. Certaines souches du VPH causent des verrues génitales, et d'autres peuvent entraîner une dysplasie de l'utérus et de l'anus (changement de tissus anormal), qui peut se développer en cancer anal et de l'utérus s'il n'est pas traité. Cependant, la plupart des infections de VPH disparaissent d'elles-mêmes ; se elles deviennent chroniques ou persistantes, elles peuvent mener à un pré cancer et/ou cancer. Il y a plusieurs importantes différences dans l'infection du VPH chez les femmes et adolescentes VIH+ comparée à celles non infectées du VIH. Les femmes et adolescentes VIH+ :

- ont une prévalence plus élevée d'infection persistante de VPH ;
- ont de 2 à 6 fois plus de risque de lésions précancéreuses de l'utérus (dysplasie) ;
- ont une plus grande probabilité d'infection avec de multiples types de VPH, notamment un plus grand nombre de types de VPH associés avec le cancer ;
- développent un cancer invasif de l'utérus plus rapidement

Ces différences sont les plus marquées chez les femmes et adolescentes ayant une maladie avancée de VIH.

Les femmes et adolescentes VIH+ ont une plus grande incidence et prévalence de verrues génitales - en particulier, les femmes et adolescentes ayant une maladie avancée de VIH, qui peuvent également présenter une plus faible réaction au traitement et de fréquentes répétitions. Les options de traitement sont les mêmes que pour les femmes et adolescentes sans infection du VIH et dépendent de la préférence du client, des ressources disponibles, et de l'expérience du prestataire de soins de santé. Une biopsie des verrues génitales est recommandée lorsque le diagnostic est incertain, les lésions s'aggravent durant la thérapie, ou les verrues semblent atypiques (e.g., pigmentées, indurées, fixes, ou ulcérées). Les verrues génitales et les souches de VPH qui les causent ne sont pas associées avec le cancer de l'utérus.

On utilise le terme de dysplasie de l'utérus pour décrire la croissance anormale de cellules sur la surface de l'utérus, la partie de l'utérus qui s'ouvre sur le vagin. Ces changements dans le tissu de l'utérus sont classés en catégories douces, modérées, ou graves, ou faible/élevée (selon le système de classification utilisé). Si la dysplasie en soi ne cause pas de problèmes de santé, elle est toutefois considérée comme une condition pré cancéreuse. Non traitée, la dysplasie progresse parfois vers une forme de cancer connu sous le nom de carcinome in situ de l'utérus, et éventuellement vers un cancer invasif du col. La dysplasie peut être détecté à partir d'un frottis vaginal. La détection et le traitement précoces sont essentiels pour prévenir le cancer.

VPH anal et dysplasie anale

Le VPH anal est commun chez les femmes et adolescentes VIH+, surtout celles qui ont eu des verrues génitales, des rapports anaux ou une dysplasie de l'utérus. Bien que le rapport anal soit le moyen le plus direct de contracter le VPH anal, cependant cette condition peut être contractée même sans rapport anal.

Si une femme ou une adolescente a le VPH, ou bien a déjà eu une dysplasie de l'utérus, ou a déjà pratiqué des rapports anaux, elle peut envisager d'interroger son agent de santé sur la nécessité de faire un frottis anal pour vérifier la présence de VPH anal. Le frottis anal fonctionne comme le frottis de l'utérus : des cellules sont collectées pour identifier des lésions dans l'anus. Si d'autres anomalies sont décelées, les agents de santé devraient utiliser un anoscope (similaire à un colposcope) pour examiner l'intérieur du canal anal et identifier toute lésion, verrue, ou tissu anormal pouvant nécessiter un traitement.

Virus du papillome humain (VPH) et cancer du col de l'utérus (cont.)

Malgré les taux éventuellement élevés de dysplasie anal dans le VIH, il n'existe aucune directive de dépistage comparable pour des anomalies anales. Un programme de dépistage et de traitement anal, similaire au dépistage de l'utérus, pourrait aider à prévenir le cancer anal chez les femmes, hommes et jeunes gens VIH+.

Cancer du tractus génital inférieur

La principale cause sous-jacente du cancer de l'utérus est l'infection par un ou plusieurs types de VPH à haut risque. Les femmes et adolescentes VIH+ ont un plus grand risque de développer un cancer de l'utérus, bien que ceci n'ait pas été observé dans tous les pays.

Signes et symptômes

Le cancer de l'utérus à ses débuts ne présente généralement pas de signes ou symptômes. A mesure que le cancer progresse, les signes et symptômes peuvent apparaître :

- saignement vaginal après un rapport, entre les règles, ou après la ménopause
- écoulement sanguin, dilué du vagin pouvant être abondant et d'odeur nauséabonde
- douleur pelvienne ou douleur pendant les rapports sexuels

Les femmes et adolescentes ayant le VIH et sous thérapie pour un cancer invasif de l'utérus nécessitent un traitement antirétroviral (ARV) pour le VIH. Les directives actuelles de dépistage et de traitement du cancer de l'utérus n'appellent aucune modification pour les femmes recevant un traitement ARV. On ignore si le traitement ARV affecte considérablement l'histoire naturelle des lésions précancéreuses de l'utérus, et le rôle du traitement ARV dans la gestion des maladies de l'utérus est vague ; un effet bénéfique sur les lésions de l'utérus a été observé dans certaines études mais pas dans d'autres.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du col de l'utérus est actuellement reconnu comme l'approche la plus efficace pour lutter contre le cancer du col de l'utérus. L'expérience dans plusieurs pays a montré que les programmes de dépistage organisés avec une grande couverture lorsque bien planifiés, peuvent considérablement réduire le nombre de nouveaux cas du cancer de l'utérus et les taux de mortalité. Le traitement contre le pré cancer ou le cancer invasif ne devrait pas être refusé à une femme parce qu'elle est VIH+. En outre, le dépistage pour combattre le cancer du col de l'utérus ne devrait pas être lié au dépistage du VIH ni en dépendre.

L'OMS et l'UNFPA recommandent que les femmes et adolescentes VIH+ bénéficient d'un dépistage du cancer du col de l'utérus selon la même fréquence et avec le même test de dépistage que les femmes non infectées du VIH.

Beaucoup de pays présentant de haut niveau de prévalence du VIH manquent de services de cytologie ou de services de traitement convenables. Une option viable dans de telles situations se trouve dans l'inspection visuelle et le traitement par cryothérapie, qui peut être fait en consultation externe.

Traitement pour les lésions pré cancéreuses

Le traitement des lésions de faible degré chez les femmes et adolescentes VIH+ devrait être évité, à cause du risque accru de complications et de desquamation du VIH pendant la guérison après le

Virus du papillome humain (VPH) et cancer du col de l'utérus (cont.)

traitement. Cependant, les lésions de haut degré nécessitent un traitement, puisqu'il y a une plus grande probabilité d'évolution vers un cancer. Les femmes et adolescentes VIH+ sont plus susceptibles d'avoir des maladies persistantes et une plus rapide progression. Par ailleurs, la récurrence de la dysplasie est fortement associée avec le degré d'immuno-suppression, survenant dans environ 90% des femmes ayant des comptages de cellules CD4 inférieur à 200. Un suivi plus fréquent est recommandé (tous les six mois), avec un prompt traitement renouvelé des lésions de haut degré persistantes ou récurrentes. Les femmes et adolescentes qui reçoivent un traitement contre la dysplasie du col de l'utérus doivent être informées de la nécessité des visites de suivi et d'un éventuel renouvellement de traitement, ainsi que d'une potentielle augmentation de desquamation du VIH pendant la guérison.

Gestion du cancer invasif

Les femmes et adolescentes VIH+ présentent jusqu'à 10 ans plus tôt qu'en moyenne des cancers invasifs du col de l'utérus (i.e., un cancer qui s'est propagé de la surface du col de l'utérus vers des tissus plus profonds du col de l'utérus ou vers d'autres parties du corps), ont des maladies plus avancées, et un pronostic plus défavorable. Pour les femmes ayant un comptage de CD4 inférieur à 200, la chirurgie est l'option préférable lorsque appropriée, quoique le traitement avec la radiation ou chimiothérapie est également utilisée. Les femmes et adolescentes ayant une maladie de VIH avancée ont un pronostic défavorable pour toutes les modalités de traitement. Des programmes de soins palliatifs complets et non moralisateurs sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des personnes ayant le cancer.

Sources : L'UNFPA et OMS. 2006. *Reproductive and sexual health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Genève. Disponible à l'adresse : www.who.int/hiv/pub/guidelines/rhr/en/index.html ; The Women's Health Channel, www.womenshealthchannel.com/cervicaldysplasia ; The Body, www.thebody.com ; Cable News Network (CNN), www.cnn.com ; et Centers for Disease Control and Prevention (CDC) web site, www.cdc.gov.

Conception assistée

Conception assistée et VIH

La conception comporte des risques de transmission chez les couples sérodiscordants (où un partenaire est VIH+ et l'autre VIH - négatif) et des risques de réinfection lorsque les deux partenaires sont VIH+. Même si la charge virale est faible ou indétectable dans le sang, elle peut être plus grande dans le sperme et les fluides génitaux. Toute "tentative de grossesse" (c'est à dire, des rapports sans contraception) constitue des rapports à risque et comporte le risque de transmission ou de réinfection. Les facteurs suivants aident à réduire le risque, mais ne l'éliminent pas :

- Les tentatives de grossesse impliquant des rapports non protégés effectués seulement pendant les jours fertiles de la femme, avec des niveaux indétectables de charge virale dans le sang, comportent un risque relativement faible. (Cependant, les gens peuvent être infectés par ne serait ce qu'une seule exposition au VIH.)
- Les hommes circoncis sont moins susceptibles de s'infecter et sont également moins aptes à transmettre le VIH à une partenaire VIH négatif.
- Le dépistage et le traitement de toutes infections du tractus génital et de toutes autres infections sexuellement transmises (IST) devraient être accomplis chez les deux partenaires avant qu'ils ne fassent aucune tentative de concevoir.
- Le partenaire masculin devrait subir une analyse séminale pour vérifier la présence d'infection éventuelle et s'assurer qu'il a un bon comptage de spermatozoïdes.
- Les couples pratiquant des rapports non protégés pendant leur tentative de concevoir sont moins aptes à retourner à l'utilisation du préservatif par la suite. Ceci augmentera considérablement le risque d'infection du partenaire VIH négatif.

Les techniques de reproduction assistée peuvent permettre au couple d'obtenir une grossesse tout en protégeant le partenaire VIH négatif contre l'infection, ou de protéger un couple VIH+ contre la réinfection avec des souches résistantes de VIH. Ces techniques sont notamment :

- le lavage de sperme et l'insémination artificielle
- insémination intra-utérine
- la fertilisation in vitro (FIV)

Le lavage de sperme et l'insémination artificielle

- Le lavage de sperme offre une méthode de conception sans risque chez les couples sérodiscordants où l'homme est VIH+ et la femme est VIH négatif.
- Le traitement consiste à séparer le sperme du liquide séminal, qui transporte le virus dans les cellules blanches infectées du sang. Le sperme lavé est testé pour déceler le VIH, et s'il en est exempt, peut être injecté dans l'utérus de la femme à l'aide d'un cathéter.
- Le sperme lavé peut également être utilisé pour la FIV si le comptage de spermatozoïdes est faible.
- A ce jour, il n'y a eu aucun cas de transmission du VIH aux femmes par lavage de sperme.
- Il n'est pas très facile d'obtenir cette procédure dans les hôpitaux ou cliniques de fertilité du gouvernement dans beaucoup de pays, et le coût est une importante barrière, à la fois en raison de la capacité des couples à accéder à ce service et aussi de celle des services à l'offrir.

Insémination intra-utérine

- Lorsque la femme est VIH+ et l'homme est VIH négatif, l'insémination artificielle peut être utilisée.

Conception assistée (cont.)

- L'insémination artificielle pratiquée par les intéressés, ou "auto insémination" grâce à une seringue plastique, ne comporte aucun risque pour l'homme tout en étant une procédure simple et peu coûteuse. Elle représente la manière la plus sûre de protéger l'homme contre le VIH.
- Au moment de l'ovulation, vous devez placer le sperme de votre partenaire aussi haut que possible dans le vagin. L'ovulation a lieu au milieu du cycle, environ 14 jours avant les règles.
- Différentes cliniques peuvent recommander différentes méthodes pour collecter le sperme. Un moyen consiste à avoir un rapport protégé avec un condom sans spermicide. Un autre consiste à recueillir l'éjaculat du partenaire dans récipient. Dans les deux cas, le sperme peut être introduit dans le vagin avec une seringue.
- les cliniques devraient pouvoir fournir le récipient et la seringue. Elles peuvent également donner des instructions détaillées sur comment procéder, notamment des conseils concernant le moment à choisir pour faire coïncider le processus avec l'ovulation.

Fertilisation in vitro (FIV)

- La FIV est une méthode qui implique de combiner un oeuf avec un spermatozoïde dans un plat de laboratoire. Si l'oeuf est fertilisé et commence la division cellulaire, l'embryon qui en résulte est transféré dans l'utérus de la femme, où il va probablement s'implanter dans la paroi utérine et continuer à se développer. La FIV peut être accomplie en conjonction avec des médicaments qui stimulent la production de multiples œufs par les ovaires afin d'accroître les chances de réussite de la fertilisation et de l'implantation.
- La FIV est recommandé lorsque le nombre de spermatozoïde de l'homme est faible et elle peut être utilisé en conjonction avec le lavage de sperme, décrit ci-dessus.
- La FIV peut aussi être utilisé dans des situations où les deux partenaires sont VIH+ afin réduire le risque de réinfection avec une souche différente de VIH.
- Il n'est pas très facile d'obtenir cette procédure dans les hôpitaux ou cliniques de fertilité du gouvernement dans beaucoup de pays, et le coût est une importante barrière, à la fois en raison de la capacité des couples à accéder à ce service et aussi de celle des services à l'offrir.

Adoption

- Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ont le droit d'adopter des enfants.
- Dans certaines situations où les techniques de reproduction assistée sont indisponibles ou trop coûteuses, l'adoption peut offrir une autre option pour les PVVIH qui envisage d'avoir des enfants.

Sources : Ipas et al. 2004. Fulfilling reproductive rights for women affected by HIV : A tool for monitoring achievement of Millennium Development Goals ; Center for Health and Gender Equity (CHANGE) ; International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), Ipas, Pacific Institute for Women's Health (PIWH) ; I-base website, www.i-base.info/guides/pregnancy/planning.htm

Grossesse, accouchement, et alimentation du bébé

Ceci est un court résumé d'un document beaucoup plus long, disponible par e-mail à partir de info@icw.org. Ou bien vous pouvez le télécharger sur www.icw.org.

Les femmes VIH+ désirant avoir des enfants devraient pouvoir accéder aux traitements et soins nécessaires pour avoir des grossesses saines et des bébés VIH négatifs en bonne santé. Cette fiche de données explique comment le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être fortement réduit. Les informations sont d'actualité autant que possible (août 2006), mais la recherche est toujours en cours et nous vous suggérons, si possible, de **consulter un agent de santé** sur votre grossesse, afin de connaître vos meilleures options. Si vous avez accès à l'Internet, vous pouvez également visiter www.aidsmap.com/web/pb3/eng/1a3edd95-c60b-4bff-83d5-ce706aa88191.htm or www.unaids.org pour obtenir les plus récentes informations disponibles.

Prévenir la transmission périnatale

Le VIH peut être transmis aux bébés à travers le corps de leurs mères pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou par l'allaitement au sein. Environ 50 à 60% des enfants nés de femmes VIH+ sont susceptibles de ne pas être VIH+ eux-mêmes. Avec certaines précautions de base, les taux de transmission pendant la grossesse, l'accouchement, et l'allaitement peuvent être considérablement réduits. La possibilité de transmettre le virus peut être ramenée à un niveau aussi bas que 2% dans beaucoup de situations. La compréhension de ces questions s'améliore constamment, mais il y a de nombreux endroits dans le monde où les femmes ne peuvent toujours pas accéder aux informations, soins, ou traitement, ce qui est leur droit.

Réduire le risque de la transmission périnatale

Si vous pouvez rester en bonne santé, cela vaudra mieux pour vous aussi bien que pour votre bébé. Il y a un nombre de moyens pouvant vous aider à réduire la possibilité que l'infection soit transmise à votre bébé pendant la grossesse, l'accouchement, et si vous allaitez.

- **Connaître son statut VIH.** Si vous connaissez votre statut, ceci vous aidera à décider des mesures que vous pourriez prendre pour réduire le risque de transmettre le VIH à votre bébé.
- **Obtenir un conseil médical.** Le contact avec des agents de santé avant ou tôt dans la grossesse signifie qu'ils peuvent surveiller votre santé et vous conseiller sur la réduction du risque de transmission à votre bébé. Si vous êtes VIH+, il est préférable que votre accouchement soit fait en présence d'un professionnel de santé spécialisé qui est informé de votre statut et qui peut donc prendre les mesures nécessaires pour réduire le risque de transmission du VIH.
- **Essayer de veiller sur votre santé, si vous le pouvez.** Les femmes enceintes ou qui allaitent et qui sont malades du VIH sont plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs bébés que les femmes en bonne santé.
- **Utiliser des préservatifs, surtout si vous avez des rapports pendant la grossesse et pendant que vous allaitez,** pour vous protéger contre d'autres souches de VIH et d'autres infections sexuellement transmises, ce qui peut affecter autrement votre santé propre et celle de votre bébé. Si l'utilisation du préservatif est un problème pour votre partenaire, il pourrait être utile que vous ou un professionnel de santé puisse lui expliquer que l'utilisation du préservatif peut réduire le risque de transmission du VIH au bébé.
- **Essayer d'avoir un régime alimentaire équilibré,** comportant, par exemple, de la viande rouge et des oeufs, des légumes verts, fruits, et céréales.
- Le **repos** est également important.
- **Prendre des médicaments antirétroviraux (ARV)** (si vous y avez accès et remplissez les critères pour commencer les ARV) (suivre soigneusement les conseils médicaux sur ce qu'il faut prendre

Grossesse, accouchement, et alimentation du bébé (cont.)

et quand) afin de réduire la quantité de virus dans votre sang. Ces médicaments peuvent à la fois retarder la progression du VIH dans votre corps tout en réduisant les probabilités de transmission du VIH à votre bébé. D'autres informations sur les ARV figurent ci-après.

Note : Tous les bébés naissent avec les anticorps de leurs mères dans le sang ; donc, cela peut prendre jusqu'à 15 mois avant qu'un dépistage d'anticorps du VIH ne puisse montrer si le bébé est VIH+ ou VIH négatif. Selon un récent rapport de l'OMS, "l'infection du VIH peut être définitivement diagnostiquée chez les enfants infectés seulement en utilisant des tests diagnostiques viraux (détection du VIH par l'ADN ou réaction polymérisée en chaîne d'ARN [PCR]). Ces tests peuvent ne pas être disponibles dans les cadres de ressources limitées...lorsque disponible, le dépistage virologique devrait être effectué entre l'âge de six semaines et six mois l'infection du VIH peut être raisonnablement exclue parmi les enfants ayant deux tests virologiques négatifs ou plus effectués entre l'âge de six semaines et six mois chez les enfants non allaités au sein et six semaines après l'arrêt total de l'allaitement. En l'absence de test de diagnostic viral, le test d'anticorps du VIH est utilisé"¹. L'infection du VIH peut être définitivement exclue chez un enfant non nourri au sein si l'anticorps du VIH est négatif à l'âge de 18 mois. Un résultat persistant de VIH+ 18 mois après l'accouchement confirme l'infection du VIH indépendamment de l'allaitement.

Informations supplémentaires sur la grossesse

Toutes les femmes VIH+ enceintes idéalement ont besoin d'un suivi régulier et de soins pendant la grossesse. La recherche des soins anténatals au début de la grossesse veut dire que les tests peuvent être effectués, les maladies identifiées (comme le paludisme ou les parasites intestinaux, pouvant causer l'anémie) et, au besoin, les traitements administrés. Le maintien de la santé, en mangeant bien, en évitant la maladie, en utilisant des préservatifs, en se reposant, et en prenant des ARV, est une des plus efficaces manières de rester bien portant, de prendre soin de soi, et de réduire le risque de transmettre le VIH à votre bébé.

Informations supplémentaires sur l'accouchement

Les stratégies pour réduire la transmission du VIH à l'accouchement sont notamment :

- fournir des ARV aux femmes avant et pendant l'accouchement (et habituellement zidovudine ou nevirapine au bébé après l'accouchement) ;
- empêcher le travail prolongé et/ou difficile (les accoucheurs ne devraient pas artificiellement rompre la poche des eaux.) ;
- éviter les interventions causant des saignements, comme l'épisiotomie, l'accouchement aux forceps, ou l'application d'électrodes sur le crâne du bébé ;
- pratiquer une section césarienne si vous êtes VIH+ mais sans être sous thérapie de combinaison à long terme et si c'est disponible dans la zone où vous habitez ;
- si vous êtes VIH+ et que vous subissez une section césarienne, vous devriez recevoir des antibiotiques pour réduire le risque d'infection.

Alimentation du bébé

Le lait du sein est le meilleur aliment pour le nouveau-né. Cependant, l'allaitement au sein est une route de transmission du VIH. Cette fiche souligne des questions à considérer en décidant d'allaiter

¹ Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique est. 2005. Antiretroviral therapy for children with HIV infection in resource-limited settings. *HIV/AIDS Antiretroviral Newsletter*, Issue No. 11, p. 3. Téléchargé le 28 juin 2006 de www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/33C36F11-6EFC-4255-A321-2CC6D5466FE0/0/ARV_Newsletter_Issue_11.pdf.

Grossesse, accouchement, et alimentation du bébé (cont.)

au sein ou non. Pour plus d'information, voir la fiche plus longue d'informations de l'ICW pour femmes VIH+, *Grossesse, accouchement et alimentation du bébé*, et discuter de la question avec un prestataire de santé².

- Certaines femmes VIH+ font maintenant tirer leur lait régulièrement pour ensuite le pasteuriser, en le chauffant jusqu'à ce qu'il commence à former des bulles autour du bord de la casserole, et le laisse refroidir avant de le donner au bébé. La recherche préliminaire suggère que ceci pourrait être un moyen sûr de détruire le VIH dans le lait. La fiche de l'ICW fournit davantage d'informations sur ce point.
- Si vous préférez ne pas allaiter au sein, voir s'il vous sera facile de préparer une alternative sûre au lait maternel :
 - Avez-vous accès à une eau sûre et propre ?
 - Avez-vous les moyens d'acheter une provision de lait de substitution pendant six à 12 mois ?
 - Avez-vous accès à de bons ustensiles pour l'alimentation ?
 - Avez-vous accès à un combustible pour stériliser les équipements et chauffer le lait ?
- Egalement, réfléchir sur les implications culturelles et sociales si vous n'allaites pas.
 - Les gens devineront-ils que vous êtes VIH+ ?
 - Cela vous causera-t-il des problèmes ?
 - Pouvez-vous penser à une autre explication à donner aux gens qui vous demandent pourquoi vous n'allaites pas ? (Par exemple, qu'e cela vous fait trop mal au sein. Beaucoup de femmes trouvent qu'il en est ainsi de toute manière.)

Informations supplémentaires sur les ARV

(Voir la ressource supplémentaire sur les ARV et la grossesse, notée ci-dessous.)³

Une mère en bonne santé est plus susceptible d'avoir bébé en bonne santé. Si une femme a besoin de thérapie ARV pour sa propre santé, alors la prise de ces médicaments va plus probablement se traduire par a) le maintien de sa bonne santé et, en outre, b) un risque moindre de transmettre le VIH à son bébé. Dans certaines situations où la mère ne nécessite pas de thérapie pour le moment, une "monothérapie" (normalement, zidovudine [également connue sous le nom d'AZT] ou nevirapine) peut lui être administrée avant et pendant l'accouchement et au bébé après l'accouchement. La monothérapie peut également être administrée dans des situations où la thérapie de combinaison n'est pas disponible. (Cependant, lorsque la thérapie de combinaison est normalement disponible, la mère idéalement devrait la recevoir.) Bien que ceci réduise le risque de transmission au bébé, il existe des inconvénients pour la santé de la mère.

Comment opèrent-ils ? Les ARV réduisent la quantité de virus dans le flux sanguin et par conséquent réduisent le risque de transmission au bébé pendant la grossesse, l'accouchement, ou à l'allaitement au sein. Les ARV peuvent avoir des effets secondaires à la fois pour vous et/ou pour votre bébé. Beaucoup de femmes croient que les avantages d'avoir un bébé VIH - négatif l'em-

² Note : Parce que le VIH peut être transmis à travers le lait maternel, les directives sur l'alimentation du nouveau-né pour les femmes VIH+ sont différentes de celles pour les femmes VIH négatif. Consulter les ressources suivantes au sujet de leurs différences : l'UNFPA. *HIV and infant feeding : Framework for priority action*. Genève. Téléchargé à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=156&filterListType=1 ; UNICEF. Aucune date. *Infant feeding and HIV: Nutrition*. Téléchargé le 28 juin 2006 à l'adresse : www.unicef.org/nutrition/23964_infantfeeding.html ; WHO. No date. *HIV and infant feeding : Guidelines for decision-makers : Mother-to-child transmission*. Téléchargé le 28 juin 2006 à l'adresse : www.unaids.org/en/Issues/Affected_communities/mother-to-child.asp.

³ Département de santé et des services humains. 2006. *HIV and pregnancy*. AIDSinfo. Téléchargé à l'adresse : www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/HIVandPregnancy_FS_en.pdf.

Grossesse, accouchement, et alimentation du bébé (cont.)

porte sur le risque de complications pendant la grossesse ou celui beaucoup plus faible d'anomalies de naissance.

Pourquoi devrais je prendre plus qu'un ensemble d'ARV? Un médicament exclusif ("monothérapie" — normalement zidovudine ou nevirapine) peut réduire le risque de transmission au bébé pendant le travail/ l'accouchement, mais n'est pas aussi efficace que la thérapie de combinaison. Interroger votre médecin à ce sujet. La monothérapie peut également aboutir au développement d'une résistance au médicament chez la mère. Encore une fois, il vaut mieux interroger votre médecin à ce sujet.

Si je suis déjà sous thérapie de combinaison, devrait je la continuer si je tombe enceinte? Oui. Bien que la prise de médicament pendant les trois premiers mois de la grossesse ne soit pas généralement conseillée, si vous utilisez déjà une thérapie de combinaison, il vaut mieux continuer, parce que si vous arrêtez, la quantité de virus dans votre sang peut augmenter et le risque de transmission à votre bébé augmentera aussi. Certains médicaments de thérapie de combinaison ne sont pas recommandés pendant la grossesse, donc vous pourrez devoir les changer. Interroger votre médecin à ce sujet.

Il y a de nombreuses choses que vous pouvez faire qui peuvent vous aider à vous maintenir et votre bébé en bonne santé. Si vous le pouvez, essayer de trouver un groupe d'autres femmes VIH+ avec lesquelles vous pouvez discuter des idées et suggestions figurant sur cette fiche d'informations. Beaucoup de femmes VIH+ ont trouvé utile de procéder ainsi. Il n'y a pas de réponses simples à toutes ces questions difficiles et qui sont autant de défis, mais l'ICW continuera ses efforts pour vous tenir informées sur la recherche au fur et à mesure.

Sources : ICW. 1999. A positive woman's survival kit ; Londres ; UNFPA et WHO. 2006. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS : Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings, Genève.

Planning familial

Les femmes VIH+ ont le droit de prendre des décisions de planning familial non imposées et autonomes, basées sur des informations impartiales. Elles devraient disposer d'une variété de méthodes contraceptives pour leur choix et recevoir la méthode de leur choix.

Méthodes contraceptives et utilisation de la double méthode

Avec des exceptions mineures, les femmes et adolescentes VIH+ peuvent recourir à la plupart des méthodes contraceptives modernes suivantes :

Les préservatifs (masculins et féminins)

- Le préservatif protège à la fois contre les grossesses et les infections sexuellement transmises (IST) et les infections du tractus reproductif (ITR), notamment la réinfection du VIH ou la transmission du VIH à un partenaire (double protection).
- Le préservatif est efficace lorsque utilisé correctement et constamment à chaque rapport.
- Le préservatif peut être utilisé tout seul ou avec d'autres méthodes de planning familial (utilisation de la double méthode).
- Le préservatif féminin est plus coûteux que le préservatif masculin et plus difficile à trouver.
- Le préservatif féminin est inséré par la femme.
- Habituellement, les partenaires doivent discuter de l'utilisation du préservatif aussi bien masculin que féminin.

L'utilisation de la double méthode

- L'utilisation de la double méthode prend en charge certaines des limites de la méthode unique.
- Cependant, le préservatif est plus efficace pour prévenir les IST/ITR et le VIH qu'il ne l'est pour prévenir la grossesse.
- L'approche de la double méthode se rapporte à l'utilisation du préservatif pour prévenir les IST/ITR, la réinfection avec le VIH, ou l'infection du partenaire, et l'utilisation d'une autre méthode contraceptive pour prévenir la grossesse.

La contraception d'urgence

- La contraception d'urgence prévient la grossesse lorsqu'une méthode contraceptive échoue, lorsque aucune méthode n'a été utilisée, ou lorsque le rapport a été forcé.
- La pilule contraceptive d'urgence (PCU) peut être utilisée par les femmes dans les cinq jours suivant un rapport non protégé, quoique son efficacité soit plus grande lorsque prise le plus tôt après un rapport non protégé.
- La contraception d'urgence peut provoquer des nausées, vomissement, saignotement et saignement.
- La contraception d'urgence n'empêche pas la grossesse la prochaine fois que vous avez des rapports.
- La contraception d'urgence ne prévient pas non plus les IST/ITR, notamment la réinfection du VIH.

La pilule

- Les contraceptifs oraux sont très sûrs et efficaces.
- Une pilule est prise chaque jour.
- La pilule aide à réduire les crampes et saignement menstruels.

Planning familial (cont.)

- Les femmes peuvent prendre la pilule en même temps que les antirétroviraux (ARV).
- La pilule ne protège pas contre les IST/ITR ni contre la réinfection du VIH.
- La plupart des effets secondaires communs liés à la pilule sont notamment les nausées, saignements et céphalées.
- Les utilisatrices de la pilule sont encouragées à utiliser également un préservatif (utilisation de la double méthode).

Les injectables à longue durée d'action

- Les injectables sont très sûrs et efficaces.
- Une injection est nécessaire chaque deux ou trois mois.
- Cela prend plus de temps pour tomber enceinte après l'arrêt de l'utilisation des injectables qu'après la cessation des autres méthodes.
- Les injectables ne protègent pas contre les IST/ITR, notamment la réinfection du VIH.
- Les utilisatrices des injectables sont encouragées à utiliser également un préservatif (utilisation de la double méthode).

La stérilisation féminine

- La stérilisation féminine est très sûre et efficace.
- C'est une procédure chirurgicale.
- La stérilisation est une méthode permanente pour des femmes ne désirant plus d'enfants.
- Les utilisatrices continuent d'avoir des règles, puisque l'utérus n'est pas retiré.
- La stérilisation ne protège pas contre les IST/ITR, notamment la réinfection du VIH.
- Les femmes stérilisées sont encouragées à utiliser également un préservatif (utilisation de la double méthode).

La stérilisation masculine (vasectomie)

- La vasectomie est très sûre et efficace.
- C'est une procédure chirurgicale.
- La vasectomie est une méthode permanente pour des hommes ne désirant plus d'enfants.
- La vasectomie n'a pas d'effet sur la capacité sexuelle d'un homme.
- La vasectomie ne protège pas contre les IST/ITR, notamment la réinfection du VIH.
- Les hommes stérilisés sont encouragés à utiliser également un préservatif (utilisation de la double méthode).

Implant hormonaux

- Les implants hormonaux sont très sûrs et efficaces.
- Ils consistent en six petits tubes plastiques placés sous la peau de l'avant-bras.
- Les implants durent entre 4 et 7 ans, selon le poids de l'utilisatrice.
- Les femmes peuvent tomber enceinte aussitôt que les implants sont enlevés.
- L'implant change habituellement le mode de saignement mensuel.
- L'implant ne protège pas contre les IST/ITR, notamment la réinfection du VIH.
- Les utilisatrices d'implants sont encouragées à utiliser également un préservatif (utilisation de la double méthode).

Planning familial (cont.)

Le DIU en cuivre

- Le DIU est très sûr et efficace.
- C'est un petit dispositif que l'on place à l'intérieur de l'utérus.
- Le DIU garde ses effets pendant 10 ans au moins.
- Il peut être enlevé à tout moment désiré.
- Le DIU peut accroître les saignements et crampes menstruels.
- Le IUD ne protège pas contre les IST/ITR, notamment la réinfection du VIH.
- Les utilisatrices de DIU d'implants sont encouragées à utiliser également un préservatif (utilisation de la double méthode).

Méthode d'aménorrhée de l'allaitement (MAMA)

- La MAMA est une méthode basée sur l'allaitement.
- Elle implique d'allaiter souvent, nuit et jour, et de donner au nourrisson peu ou pas d'autre aliment.
- La MAMA est efficace pendant six mois après l'accouchement.
- La MAMA ne protège pas contre les IST/ITR, notamment la réinfection du VIH.
- Les utilisatrices de la MAMA sont encouragées à utiliser également un préservatif (utilisation de la double méthode).

Interactions médicamenteuses

- Certains ARV peuvent soit accroître ou décroître les niveaux hormonaux, réduisant ainsi l'efficacité des méthodes contraceptives hormonales ou augmentant les effets secondaires.
- Il n'est pas clairement établi que l'efficacité des hormones contraceptives soit considérablement affectée par les concentrations amoindries.

A ce stade des choses, les préoccupations concernant les résultats défavorables des interactions entre les contraceptifs hormonaux et les médicaments ARV sont théoriques.

Avortement et soins après avortement

- Dans les pays où l'avortement est légal, la technique de l'aspiration intra-utérine est la méthode préférée pour induire un avortement plutôt que la dilatation ou le curettage pour les femmes et adolescentes VIH+.
- L'utilisation de routine d'antibiotiques peut aider à réduire les risques d'infections après procédures.
- L'avortement médical peut s'avérer être l'option préférée pour les femmes et adolescentes VIH+, étant donné que le taux d'infection est plus faible qu'avec la procédure chirurgicale.

Sources : OMS. 2004. Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition. Genève ; OMS et L'UNFPA. 2006. Reproductive and Sexual Health of Women with HIV : Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Genève.

Page	Session Title
189	Introduction à l'atelier de planification de programme
191	Modèle de programme d'atelier sur deux jours
193	Session 1 : Vue d'ensemble
195	Session 2 : Lier les programmes de SSR et de VIH/SIDA
201	Session 3 : Effectuer une évaluation rapide de la situation actuelle
213	Session 4 : Déterminer les priorités pour les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA
219	Session 5 : Elaborer un plan d'action
223	Session 6 : Session de clôture

Introduction à l'atelier de planification de programme

L'engagement de la communauté internationale à intensifier les passerelles entre la santé sexuelle et reproductive (SSR) et le VIH/SIDA au niveau des politiques et programmes a été exprimé dans le document de déclaration politique de l'ONUSIDA en juin 2005, intitulé "Intensifier la prévention du VIH". Il s'appuie sur l'Appel à l'Engagement de New York : Lier le VIH/SIDA et la Santé Sexuelle et Reproductive¹, l'Appel de Glion à l'Action sur le Planning Familial et le VIH/SIDA chez les Femmes et Enfants², et sur l'Appel à l'Action d'Abuja : Vers une génération sans VIH et sans SIDA³. Ces déclarations politiques appellent aussi bien les communautés des SSR et celles du VIH/SIDA à renforcer les liens programmatiques entre la SSR et le VIH/SIDA.

Des liens plus puissants entre les programmes de SSR et de VIH/SIDA devraient mener à un certain nombre d'importants avantages de santé publique. Beaucoup reste cependant, dans le domaine de l'inconnu quant aux liens qui auront le plus grand impact, et comment renforcer au mieux les liens choisis dans différents cadres de programme. Les mesures de planification suivantes peuvent être utilisées pour faciliter un groupe de parties prenantes pour concevoir des interventions de programmes liant la SSR avec le VIH/SIDA. Il est recommandé que les responsables de programme et agents de santé invités à cet atelier aient déjà terminé la formation en quatre jours sur la Santé sexuelle et reproductive des femmes et adolescentes VIH+.

Étapes de planification

- Réunir une équipe de responsables de programme de VIH/SIDA et de SSR et d'agents de santé issus de structures sanitaires publiques et à base communautaire dans votre district pour prendre part à un atelier de deux jours conçu pour élaborer un plan d'action pour lier les services de VIH/SIDA et de SSR. (Veiller à inclure une représentation de personnes vivant avec le VIH/SIDA.)
- Compiler et distribuer les données et informations existantes, notamment les politiques et plans stratégiques spécifiques aux pays sur le VIH/SIDA et la SSR, les taux de prévalence contraceptive et de VIH/SIDA, et autres enquêtes ou études nationales concernant la SSR des femmes et adolescentes VIH+, comme des barrières qui s'opposent à l'accès aux services de planning familial et de SSR.
- Effectuer une évaluation rapide de la situation⁴ en exécutant l'Activité 1 pages 201–202.

¹ L'UNFPA. 2004. *Appel de New York à l'engagement : Lier le VIH/SIDA et la Santé sexuelle et reproductive*. 7 juin 2004. Téléchargé le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=195&filterListType=1.

² L'UNFPA. 2004. *Appel de Glion à l'action sur le planning familial et le VIH : SIDA chez les femmes et les enfants*, Glion, 3-5 mai 2004. Téléchargé le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=199&filterListType=1.

³ UNFPA. 2005. *Call to action : Towards an HIV-free and AIDS-free generation*. Rapport du Forum de Haut Niveau des Partenaires Globaux sur la prévention de la transmission mère enfant, Abuja, Nigeria, 3 décembre 2005. Téléchargé le 31 août 2006 à l'adresse : www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=259&filterListType=1.

⁴ Une évaluation rapide vise à identifier l'ampleur et la nature des comportements à risque pour la santé et les conséquences associées sur la santé d'identifier les ressources et opportunités existantes pour une intervention.

- Examiner les niveaux et types d'interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA et fixer des priorités pour les interventions en exécutant l'Activité 2, pages 213–214.
- Sur la base des résultats des Activités 1 et 2, élaborer un plan d'action pour la mise en oeuvre et le suivi des interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA en exécutant l'Activité 3 pages 219–221.
- Identifier une ou plusieurs personnes qui seront chargées de suivre l'avancement du plan d'action, de faire des recommandations de changements ou améliorations du plan, et de s'assurer que toutes les personnes responsables des recommandations du plan exécutent celles-ci.
- Fournir un soutien de supervision de facilitation continu et une surveillance constante de la performance du personnel relativement à l'introduction de toutes nouvelles interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA.

Modèle de programme d'atelier en deux jours

Jour 1	
Matin	
Session 1 : Vue d'ensemble (60 minutes)	
Session 2 : Lier les programmes de SSR et de VIH/SIDA (60 minutes)	
Pause (15 minutes)	
Session 3 : Effectuer une évaluation rapide de la situation actuelle (60 minutes)	
Après-midi	
Session 3 Suite : Effectuer une évaluation rapide de la situation actuelle (120 minutes)	
Pause (15 minutes)	
Session 3 Suite : Effectuer une évaluation rapide de la situation actuelle (60 minutes)	
Session 4 : Déterminer les priorités pour les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA (60 minutes)	
Clôture (15 minutes)	
Jour 2	
Matin	
Vérification : Perceptions de participants sur les sessions du jour précédent (15 minutes)	
Session 4 Suite : Déterminer les priorités pour les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA (120 minutes)	
Pause (15 minutes)	
Session 5 : Elaborer un Plan d'action (60 minutes)	
Après-midi	
Session 5 Suite : Elaborer un Plan d'action (120 minutes)	
Pause (15 minutes)	
Session 5 Suite : Elaborer un Plan d'action (60 minutes)	
Session 6 : Clôture de la session (60 minutes)	

Vue d'ensemble

1

Objectifs

- accueillir officiellement tous les participants et présenter les participants, invités, et formateurs ;
- décrire le but et le programme ;
- créer un ensemble de “règles de base” ou “normes de groupe” par lesquelles le groupe et les formateurs s'accordent à travailler pendant la formation.

Temps

60 minutes

Matériels

- copies du programme quotidien
- grande feuille montrant le programme quotidien (facultatif)

Préparation préalable

1. Les orateurs invités devraient être parfaitement briefés d'avance, pour expliquer le but de la formation, et préciser la longueur et le sujet désirés pour leurs remarques d'ouverture.
2. Préparer et photocopier le programme de formation pour tous les invités et participants. Il est aussi utile d'avoir le programme quotidien écrit sur une grande feuille et affiché sur le mur pendant toute la journée. Il serait préférable d'éviter de préciser des temps pour les activités, afin que les formateurs puissent avoir de la flexibilité, au besoin.
3. Préparer et photocopier le questionnaire pré test pour le nombre de participants dans le groupe.

Étapes de formation

1. Un représentant de l'organisation “hôte” locale ouvre formellement la formation et souhaite la bienvenue aux participants, et explique le but de la formation, et présente les formateurs.
2. Après cela, les formateurs devraient faire le tour de la salle et demander à chaque participant de se présenter brièvement ainsi que sa clinique, son titre professionnel, le nombre d'années de travail dans ce domaine, et une chose qu'il ou elle espère gagner en participant dans cette formation. Enregistrer ces idées sur une grande feuille et l'afficher. (Vous pouvez vous référer à la liste pendant la session de clôture du dernier jour.)

3. Un formateur donnera un aperçu de la formation en examinant les buts et objectifs généraux pour l'atelier, notamment.
 - Assister les planificateurs et responsables de programmes et les agents de santé au niveau régional et de district à déterminer l'approche la plus appropriée pour lier les services de VIH/SIDA et de SSR dans leur structure en :
 - Exécutant les activités fondamentales de planification pouvant être adaptées dans la collecte d'informations initiales, l'organisation et la synthèse des informations, fixant les priorités, l'élaboration de plans pertinents et la prise de bonnes décisions de programmation.
 - Examinant et discutant des options et considérations devant être prises en compte pour tailler sur mesure les interventions de programmes pour lier la SSR et le VIH/SIDA afin de mieux s'adapter à leurs cadres.
4. Les formateurs peuvent alors distribuer le programme pour le Jour 1 et le parcourir avec les participants. Répondre à toute question sur le programme du jour ou des quatre jours.
5. Créer un ensemble de règles de base ou normes de groupe avec les participants. Un formateur peut demander si quelqu'un dans le groupe a participé à un atelier auparavant, et si oui, ont-ils développé des règles de base ou normes de groupes au début. Si oui, demander au participant d'expliquer le but des règles de base. Si non, expliquer pourquoi des règles de base sont fixées pour :
 - s'assurer que chacun sente qu'il peut participer ouvertement sans être jugé
 - créer un environnement d'apprentissage sûr pour chaque personne impliquée ;
 - avoir des attentes par écrit de comment le groupe va travailler ensemble pendant la formation ;
6. Demander au groupe de faire un remue-méninges sur les règles de base et de les écrire sur une grande feuille. Les règles de base suggérées sont :
 - Montrer du respect, surtout pour les différences d'opinion.
 - Parler un à la fois, de sorte que nous puissions tous entendre ce que les autres disent.
 - Eviter des conversations parallèles, parce qu'elles distraient les gens autour de vous d'entendre ce que quelqu'un d'autre dit.
 - Commencer et terminer ponctuellement.
 - Employer "je" pour votre opinion personnelle. Par exemple, essayer de dire "je crois..." au lieu de "Nous tous croyons...".
 - Si possible, participer pleinement et de manière égale. Mentionner le droit des participants de "passer" (i.e., si les gens se sentent inconfortables avec quelque chose, ils peuvent choisir de "passer" et ne pas participer dans la discussion).
 - Promettre la confidentialité. (Même si cela aura été discuté pendant la session préliminaire, c'est une bonne idée de l'avoir sur la liste des règles de base.)
 - S'amuser. (C'est important : Permettre aux participants de savoir que s'ils vont discuter de sujets très sérieux, ils le feront de manière dynamique, donc on espère que tout le monde s'amusera en travaillant ensemble.)

Lier les programmes de SSR et de VIH/SIDA

2

Objectifs

- introduire un cadre de travail conceptuel pour lier les programmes de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de VIH/SIDA ;
- proposer des définitions de travail pour les concepts clés pertinents pour lier les programmes de SSR et de VIH/SIDA.

Temps

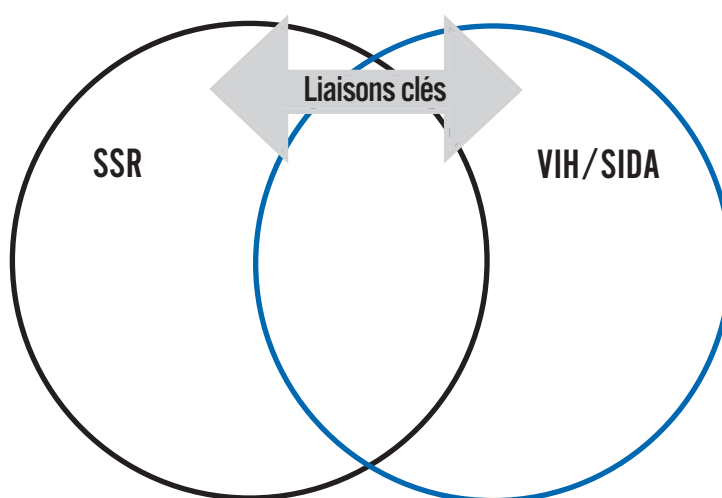
60 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- ruban adhésif
- Prospectus du participant 2.1 : Cadre pour les liaisons de priorité, p. 198
- Prospectus du participant 2.2 : Formes et niveaux de la liaison et de l'intégration, p. 199.

Préparation préalable

1. Sur une grande feuille de papier, dresser le cadre pour les liaisons prioritaires figurant dans le prospectus du participant 2.1, p. 198, en omettant le texte d'accompagnement comme illustré ci-dessous.



2. Ecrire les définitions suivantes de la liaison et de l'intégration sur une grande feuille :

Liaison

La liaison est un terme qui se rapporte aux niveaux conceptuels et stratégiques. Il renvoie à la compréhension des synergies qui peuvent être créées en cherchant des approches communes pour prendre en charge des problèmes spécifiques de santé. La liaison cherche à répondre à la question de la valeur ajoutée obtenue en faisant la liaison entre les deux aspects. Par exemple, la liaison évaluerait la valeur à partir de l'addition de services de planning familial à des centres de traitement du SIDA pour les femmes VIH+, ou à partir de la jonction du dépistage et traitement de la syphilis prénatale avec des services de prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME).

Intégration

A l'opposé, l'intégration est devenue notoire comme étant le processus opérationnel et concret de mise en oeuvre des liaisons. Comme tel, l'intégration montre comment la liaison peut se produire sous ses diverses formes et à différents niveaux, allant des références à l'intégration totale. Quelque soit le caractère "informel" ou "formel" que puisse adopter le niveau ou la forme de l'intégration, elle nécessitera toujours un processus supplémentaire de mise en oeuvre. Cela pourrait être aussi simple que de créer un moyen d'avertir un autre programme de votre intention de référer des clients.

Etapes de formation

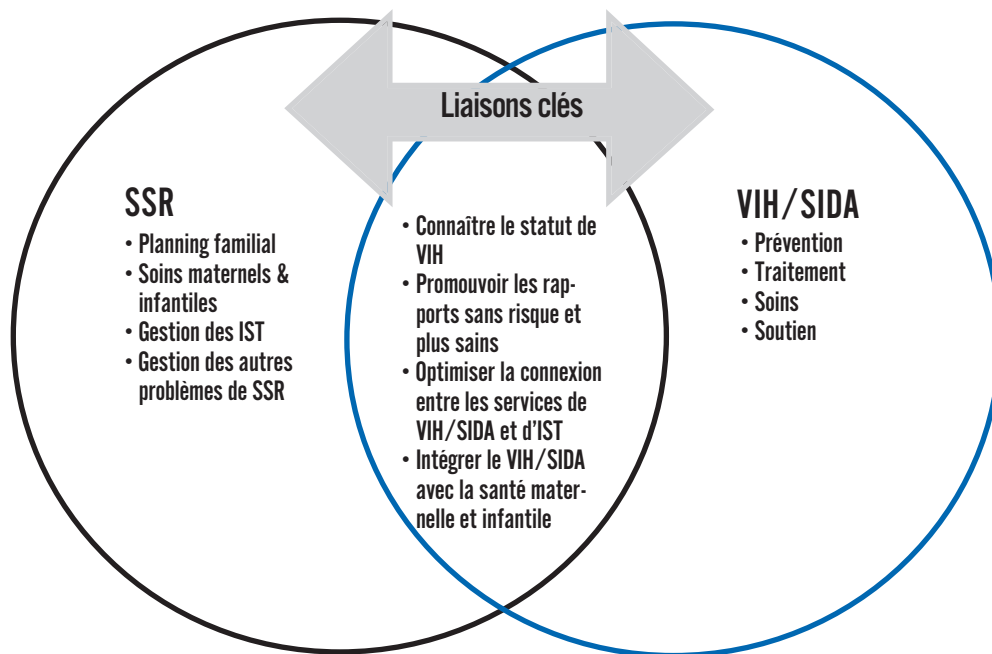
1. Tenir une activité de remue-méninges avec les instructions suivantes :

- En référant les participants à la grande feuille présentant le cadre pour les liaisons de priorité, leur demander quels services devraient, selon eux, être inclus dans le cercle de SSR. Ecrire leurs réponses dans le cercle de SSR sur la grande feuille.
- Puis leur demander quels services devraient être inclus dans le cercle du VIH/SIDA. Encore, écrire leurs réponses dans le cercle approprié.
- S'assurer que tous les services inclus dans le Prospectus du participant 2.1 sont identifiés par les participants. Sinon, noter les services omis.
- Ensuite demander aux participants de dire quels sont à leur opinion les liens entre les services de SSR et de VIH/ SIDA. Ecrire leurs réponses dans la partie de la grande feuille où les deux cercles se chevauchent. Encore une fois, s'assurer que toutes les liaisons figurant dans le Prospectus du participant 2.1 sont incluses.
- Distribuer des copies du Prospectus du participant 2.1 et résumer le cadre en expliquant :
 - Ce cadre propose un ensemble d'actions politiques et programmatiques clés des pour renforcer les liaisons entre les programmes de SSR et de VIH/SIDA.
 - Les liaisons opèrent dans les deux sens, en intégrant des interventions de VIH/SIDA dans des programmes de SSR en cours et, inversement, en intégrant des interventions de SSR dans des programmes de VIH/ SIDA.
 - Sur la base des expériences et des réalités de la programmation, des liaisons plus puissantes entre les programmes de SSR et de VIH/SIDA devraient mener à un certain nombre d'importants avantages de santé publique.

- Demander aux participants de citer certains des importants avantages de santé publique. Ecrire leurs idées sur une grande feuille. S'assurer qu'ils identifient tous les avantages suivants :
 - amélioration de l'accès et de l'adhésion aux services clés de SSR et de VIH/SIDA ;
 - meilleur accès pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) aux services de SSR façonnés selon leurs besoins ;
 - réduction du stigmata et de la discrimination liés au VIH/SIDA ;
 - amélioration de la couverture destinée aux populations marginalisées et insuffisamment servies dans les services de SSR, comme les utilisateurs de drogue d'injection, travailleurs du sexe, ou des hommes qui ont des rapports avec des hommes ;
 - un soutien accru pour la double protection contre les grossesses involontaires et les infections sexuellement transmises (IST), notamment le VIH, pour ceux dans le besoin, surtout les jeunes gens ;
 - amélioration de la qualité des soins ;
 - efficacité et efficience rehaussées des programmes.
 - Résumer l'activité de remue-méninges en expliquant que grâce à un établissement prudent des priorités et une planification et mise en œuvre judicieuses des programmes, tous les avantages ci-dessus peuvent être récoltés.
2. Conclure la séance en demandant à l'un des participants de lire les définitions de la liaison et de l'intégration écrite sur la grande feuille. Demander aux participants s'ils estiment que ce sont de bonnes définitions de travail et s'ils ont des suggestions de changement ou d'addition. Référer les participants au Prospectus du participant 2.2 pour une vue d'ensemble sur la forme et les niveaux de la liaison et de l'intégration.

2.1 Prospectus du participant

Cadre pour les liaisons de priorité



Adapté de : OMS, L'UNFPA, ONUSIDA, et IPPF. 2006. *Sexual and reproductive health & HIV/AIDS : A framework for priority linkages*. Disponible à l'adresse : www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf.

La motivation pour la liaison et l'intégration devrait se concentrer sur la satisfaction des besoins du client. C'est-à-dire, la liaison et l'intégration devraient profiter au client de telle sorte que les soins soient irréprochables, respectent les droits du client, et soient dispensés sans discrimination ni stigmatisation, et qu'ils soient culturellement sensibles. Ceci n'implique pas que tous les efforts de liaison et d'intégration devraient prendre la forme d'un "guichet unique de services complets de santé", où tous les services sont fournis à tout le monde sous un même toit. Une évaluation initiale du contexte où les programmes sont liés, et les objectifs déclarés motivant la liaison et l'intégration, serviraient à guider la bonne configuration pour la liaison et l'intégration des services — que ce soit la liaison informelle des services à travers un système de référence ou l'intégration formelle d'un service dans un programme établi de santé. Ce qui est clair, c'est que la liaison et l'intégration doivent être conçues de manière réaliste pour satisfaire les besoins du client et situées positivement dans le contexte national ou local.

Les formes de liaison et d'intégration peuvent varier considérablement. L'OMS¹ décrit les formes suivantes d'intégration :

1. Intégration des tâches de service dans un cadre donné :
 - au point de prestation de services ;
 - les cliniques polyvalentes au lieu de cliniques spécialisées ;
 - le personnel polyvalent (e.g., infirmière capable de dispenser des soins de planning familial, le traitement des IST, et la prévention du VIH).
2. Intégration des fonctions de gestion et d'appui :
 - planification (e.g., planification complète, intersectorielle, et développement de programmes, plutôt que planification séparée de programmes à but unique) ;
 - processus budgétaire et financier ;
 - systèmes d'informations, qui incluent des données à la fois sur les intrants et résultats, ainsi que des comptes rendus sur tous les services fournis ;
 - formation (e.g., formation continue du personnel conçue pour relever les compétences du personnel dans plusieurs domaines de responsabilités du service, notamment les compétences communicationnelles) ;
 - visites de supervision visant plusieurs objectifs et traitant de tous les éléments des services.
3. Intégration des composantes organisationnelles :
 - intégration des efforts des différents fournisseurs de ressources (organisations gouvernementales, privées, non gouvernementales,) travaillant à divers niveaux administratifs (communauté, district, province, pays) par le biais de mécanismes de coordination comme les conseils ou comités de santé ;

¹ OMS. 1996. *Integration of health care delivery*. WHO Technical Report Series 861. Genève.

2.2 Prospectus du participant

Formes et niveaux de la liaison et de l'intégration (*cont.*)

- établissement de l'hôpital de district comme une partie intégrale du service de santé de district plutôt qu'une institution discrète, et qui sert non seulement comme centre de référence mais comme ressource pour les services de soutien ;
- intégration des efforts de santé et autres efforts de développement à travers plusieurs secteurs (e.g., efforts conjoints pour soutenir le développement des soins de santé, de l'éducation, des transports, communications, du logement, de l'eau, et de l'agriculture) ;
- intégration des soins de santé dans les activités communautaires et familiales.

Briggs et al.² déclarent que l'intégration concerne le système de santé à divers niveaux :

- Niveau 1 : Intégration des services au point de prestation, rendant le produit cohérent.
- Niveau 2 : Intégration de la gestion des ressources, rendant les systèmes de gestion locale efficaces.
- Niveau 3 : Intégration de l'organisation et de la politique, rendant la structure de service conséquente avec la politique.

² Briggs, C. J., et al. 2001. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD003318.

Effectuer une évaluation rapide de la situation actuelle

3

Objectifs

- s'informer sur les besoins politiques et de fourniture de services des interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA.
- discuter des avantages et difficultés de l'introduction des interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA.

Temps

240 minutes

Matériels

- marqueurs
- papier
- stylos
- grandes feuilles de papier

Préparation préalable

1. Revoir le guide des questions, Fiche de travail 1 à la page 203, pour vous familiariser avec chacune des principales rubriques de sujet et les questions dans chaque sujet.
2. Faire suffisamment de copies du guide des questions pour le nombre de participants.
3. Créer de petits groupes (5–7 personnes dans chaque groupe) avec une bonne représentation des participants d'organisations de VIH/SIDA et de santé sexuelle et reproductive (SSR), et des participants pour la santé publique et les organisations privées/non gouvernementales dans chaque groupe.
4. Sur la base du nombre de petits groupes, attribuer un nombre de rubriques de sujet à partir de la Fiche de travail 1 à chaque groupe pour s'assurer que tous les sujets figurant dans le guide des questions soient discutés.
5. Contacter un représentant du Ministère de la Santé pour faire une brève présentation sur la SSR et le VIH dans votre pays, notamment des données épidémiologiques.

Étapes de formation

1. Introduire l'orateur invité et expliquer qu'il ou elle va présenter quelques informations de contexte en rapport avec la SSR et le VIH/SIDA au sujet des femmes et adolescentes VIH+. Leur dire que l'exposé sera suivi de questions et réponses.

2. Diviser les participants en petits groupes et distribuer le guide des questions.
3. Fournir un bref aperçu du guide des questions, en indiquant les rubriques de sujet et les questions dans chaque rubrique.
4. Attribuer à chaque groupe ses rubriques de sujet et donner les instructions supplémentaires suivantes :
 - Chaque groupe aura environ 2 heures 1/2 pour répondre à chaque question des rubriques de sujet qui leur ont été attribués et discuter des implications de leurs réponses. Expliquer que les réponses “non” aux questions représentent des problèmes potentiels avec l’introduction des interventions de programmes liés à la SSR et au VIH/SIDA et qu’ils devraient discuter exhaustivement de celles-ci avant d’aborder la question suivante.
 - Chaque groupe devrait choisir désigner un preneur de note et un rapporteur. Le preneur de note devrait enregistrer les réponses “non” sur une grande feuille, ainsi qu’un résumé des principales implications dont ils ont discuté pour chaque réponse “non”. Le rapporteur fera un résumé en 15 minutes de leur discussion.
5. Au cours des dernières 90 minutes de l’activité, faciliter un compte rendu. Afficher les grandes feuilles de chaque groupe sur le mur pour permettre à tout le monde de les voir. Après chaque présentation de groupe, demander au groupe entier s’ils ont des questions ou souhaite de éclaircissements.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide

Pour chaque question, répondre oui ou non. Pour chaque réponse oui ou non, aller à la colonne appropriée et discuter des implications qui sont énumérées. Les réponses "non" indiquent un problème ou une lacune probable dans les services existants de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de VIH/SIDA. Pour chaque réponse "non", identifier et discuter toutes autres implications pour votre cadre en plus de celles fournies.

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
1. Partenariat et ressources communautaires		
1.1 L'attitude de la communauté à propos de la liaison des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et le VIH/SIDA : la communauté comprend-elle ou croit-elle aux avantages des services liés ?	<ul style="list-style-type: none"> Engager la communauté dans la planification et le suivi des services liés. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de créer une sensibilisation concernant les services, avantages et problèmes liés à la SSR et au VIH/SIDA, et d'engager la communauté pour décider de l'étendue des services liés.
1.2 Y a-t-il des organisations de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) ?	<ul style="list-style-type: none"> Inclure les représentants des PVVIH pour qu'ils donnent leurs perspectives dans la planification et le suivi des services liés. 	<ul style="list-style-type: none"> Explorer quels groupes de soutien existent pour les PVVIH dans la communauté et évaluer la possibilité de démarrer votre propre groupe de soutien.
1.3 Existe-t-il des organisations communautaires dispensant des services liés à la SSR (planning familial) ou au VIH, comme le counseling et dépistage volontaire (CDV), prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME, traitement et soins antirétroviraux (ARV), ou soins à domicile ou à base communautaire ?	<ul style="list-style-type: none"> Explorer les possibilités de coordonner les services pour soutenir les liaisons de références. 	<ul style="list-style-type: none"> S'il n'en existe pas, voir si des organisations existent dans des villes voisines ou au niveau du district ou de la région et quelles opportunités de collaboration existent.
1.4 Existe-t-il des services ou programmes dans la zone liant la SSR et le VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer la possibilité de liaison de référence ou identifier une lacune de service qui pourrait être comblée. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de déterminer avec la communauté l'étendue de l'intégration que la structure pourrait fournir.
1.5 Existe-t-il des personnes influentes qui peuvent être des alliés dans la promotion d'un changement de comportement ?	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les individus influents comme une ressource pour cautionner les comportements sexuels et reproductif promoteur de santé et pour promouvoir l'utilisation des services liés. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de trouver des personnages populaires ou influents potentiellement favorables et les préparer pour promouvoir un changement de comportement et l'utilisation des services liés.
2. Approche basée sur l'angle des droits		
2.1 Existe-t-il un processus qui demande systématiquement l'opinion des populations vulnérables, comme les jeunes filles, travailleurs du sexe, utilisateurs de drogue d'injection (UDI), émigrés, etc., sur la qualité des services existants ?	<ul style="list-style-type: none"> Examiner la rétro information régulièrement et l'appliquer en développant les directives et politiques pertinentes ainsi que les activités d'amélioration de la qualité en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de créer un système pour rassembler le feedback des populations vulnérables sur une base régulière, comme la tenue de groupes de focalisation, sondages de satisfaction du client, etc.
2.2 Les conseils de gestion des cliniques de santé et hôpitaux sont-ils inclusifs en invitant des représentants de PVVIH, représentants des femmes pour participer à la prise de décision, ou bien existe-t-il une forme quelconque de participation communautaire ?	<ul style="list-style-type: none"> Examiner régulièrement les critères d'adhésion et de sélection pour s'assurer qu'ils reflètent la diversité des personnes affectées par le VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite la création d'un organe consultatif et d'un système pour assurer l'équité, sélection des critères, et la fixation de cible pour les nombres de personnes devant faire parties de l'organe consultatif, en faisant particulièrement attention aux jeunes filles, travailleurs du sexe, UDI, hommes ayant des rapports avec des hommes, et émigrés.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide (cont.)

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
2. Approche basée sur l'angle des droits (cont.)		
2.3 Existe-t-il des mesures en place pour prévenir la violence contre les femmes et des sanctions pour punir les coupables ?	<ul style="list-style-type: none"> Examiner régulièrement les données de suivi et les appliquer au développement de politiques pertinentes et de formation du personnel pour prendre en charge la violence basée sur le genre. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de créer un système pour suivre les incidents de violence et tenir l'équipe de direction responsable de punir ceux qui violent les règles.
2.4 Existe-t-il des structures, une assistance juridique, des soins médicaux, et des programmes de soutien psychologiques pour les femmes et filles victimes d'abus et violences sexuels ?	<ul style="list-style-type: none"> Suivre et évaluer régulièrement les programmes et tenir des activités continues d'amélioration de la qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de faire une évaluation rapide des programmes et services existants, et de faire un plaidoyer pour obtenir des ressources en vue d'établir des services nécessaires.
2.5 Existe-t-il une politique du VIH/SIDA sur le lieu de travail ?	<ul style="list-style-type: none"> Examiner régulièrement la politique pour s'assurer qu'elle reflète les changements/révisions des lois et politiques nationales. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite que l'équipe de direction comprenne les questions juridiques/éthiques associées avec le VIH/SIDA dans le lieu de travail, notamment les droits des PVVIH, et qu'elle crée une politique qui protège les droits des agents de santé et clients à la fois.
2.6 Existe-t-il des mesures en place et des sanctions pour prévenir le stigmata et la discrimination contre les PVVIH ?	2.6 Existe-t-il des mesures en place et des sanctions pour prévenir le stigmata et la discrimination contre les PVVIH ?	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de créer un système pour suivre les incidents de stigmata et de discrimination et tenir l'équipe de direction responsable de punir ceux qui violent les règles.
3. Politique		
3.1 Les politiques nationales facilitent-elles la liaison des services (e.g., conditions d'âge pour accéder aux services, vigoureuse restriction des droits de SSR des femmes positives, interprétation incorrecte des politiques, directives de notification du partenaire floues, etc.) ?	<ul style="list-style-type: none"> Orienter le personnel vers les politiques actuelles pour s'assurer qu'elles sont interprétées correctement et constamment mises en oeuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'identifier les parties prenantes du système de santé afin de réviser et/ou élaborer des politiques et directives et prendre en charge tout obstacle pouvant restreindre l'accès des femmes VIH+ aux services de SSR.
3.2 Existe-t-il des directives en place qui définissent les tâches du personnel de santé pour les prestations de services liant la SSR et le VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> Disséminer largement et orienter les responsables, superviseurs, agents de santé/prestataires de service, et la communauté sur les normes de soins de SSR pour les femmes VIH+. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'identifier les parties prenantes du système de santé et la communauté pour contribuer au développement des politiques qui appuient les services liés.
3.3 Existe-t-il des directives de prestation de services (DPS) pour inclure la SSR dans le CDV, pour inclure la SSR dans la thérapie antirétrovirale active (HAART), et pour inclure la prévention du VIH, les droits reproductifs, et la référence pour un CDV dans les services de SSR ?	<ul style="list-style-type: none"> Disséminer largement ; examiner périodiquement pour maintenir au diapason des recommandations scientifiques changeantes ; orienter le personnel vers les DPS actuels. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'identifier les parties prenantes du système de santé afin d'élaborer des DPS pour les services liés, et pour élaborer un plan de dissémination et d'orientation au sein du secteur de santé et dans les communautés desservies.
3.4 Les priorités des programmes et des bailleurs soutiennent-elles la liaison efficace des services de SSR et de VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> Disséminer les directives et stratégies des bailleurs concernant les services liés de SSR et de VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Orienter les responsables de programme et personnel clé sur les directives des bailleurs.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide (cont.)

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
3. Politique (cont.)		
3.5 A-t-on mis en place une ligne budgétaire pour les instruments et produits de SSR, ainsi que les médicaments, équipement, et fournitures d'ARV ?	<ul style="list-style-type: none"> Disséminer les directives budgétaires dans le système de santé ; examiner périodiquement pour comparer les évaluations de coût pour assurer un financement correct du soutien aux services liés. 	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter l'élaboration d'un budget basé sur des données d'évaluation de coût, si faisable.
4. Information, education, et communication/communication pour le changement comportemental		
4.1 Les brochures des clients reflètent-elles les messages intégrés de SSR et de VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> Inclure les matériels dans la prestation de services, le partage des informations, et la vulgarisation communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'identifier des ressources pour le développement de matériels afin d'incorporer les messages intégrés de SSR et de VIH/SIDA.
4.2 Les posters de la structure reflètent-ils clairement les messages intégrés de SSR et de VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour périodiquement et réarranger pour attirer l'attention des clients. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de déterminer un placement efficace des posters dans la fourniture de service pour être utilisés pendant le partage d'informations, et la vulgarisation communautaire.
5. Counseling		
5.1 Les agents /prestataires de santé protègent-ils le droit du client à l'intimité pendant les prestations de services (counseling, procédures) ?	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer périodiquement l'efficacité des mesures sur l'intimité. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de déterminer des moyens de protéger l'intimité auditive et visuelle du client.
5.2 Les agents de santé existants (SSR et VIH) ont-ils un niveau de connaissances, compétences de counseling, et d'aisance suffisant pour prendre en charge les besoins de SSR des femmes VIH+, notamment les jeunes femmes ; les partenaires masculins ; les femmes issus des populations clés vulnérables (e.g., UDI, travailleurs du sexe, émigrés, etc....)	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer périodiquement grâce à la supervision de facilitation en utilisant un outil standardisé de performance de service lié à la SSR et au VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'évaluer les besoins et de déterminer le mode d'amélioration de la performance présentant le meilleur rapport de coût et de pédagogie.
5.3 Le counseling de SSR actuel couvre-t-il la prévention du VIH/IST, l'évaluation et la planification de la réduction du risque et la démonstration du préservatif, notamment le counseling sur la double protection ?	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer périodiquement à travers la supervision en utilisant l'outil standardisé de performance de service lié à la SSR et au VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'incorporer la prévention du VIH, l'évaluation de la réduction du risque, et la référence efficace à d'autres services sur la base des besoins du client.
5.4 Les services actuels de VIH (tels que le CDV, la PTME, HAART, et le traitement des infections opportunistes [IO]) offrent-ils un counseling sur la prise de décision concernant fertilité et sur la santé sexuelle, la fourniture de méthode de planification familiale et la double protection, le dépistage du cancer, la gestion des IST/ITR et la maternité sans risque ?	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer périodiquement à travers la supervision en utilisant l'outil standardisé de performance de service lié à la SSR et au VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'identifier des points dans les services de VIH pour intégrer le counseling de SSR, notamment la fourniture de méthodes et le suivi de l'utilisation des méthodes.
5.5 Le personnel est-il capable de gérer un volume accru de clients à la suite d'une expansion du counseling sur la prévention du VIH et du CDV ?	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer périodiquement à travers la supervision en utilisant l'outil standardisé de performance de service lié à la SSR et au VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'identifier des points dans les services de VIH pour intégrer le counseling de prévention du VIH et le CDV.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide (cont.)

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
6. Diagnostic		
6.1 Existe-t-il des services de laboratoire capables de gérer un plus grand volume de dépistage du VIH ?	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer périodiquement en utilisant les directives nationales pour assurer des résultats de qualité du dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de déterminer l'emplacement ; l'accès aux transports ; la rapidité des résultats de dépistage ; l'emmagasinement des matériels de dépistage ; la communication ; les mécanismes de contrôle de la qualité ; le coût ; la rapidité de l'approvisionnement après la commande.
6.2 Existe-t-il des laboratoires capables de gérer un plus grand volume de suivi des ARV ?	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer périodiquement pour s'assurer que les équipements fonctionnent correctement et fournissant des résultats de dépistage de qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de déterminer l'emplacement ; l'accès aux transports ; la rapidité des résultats de dépistage ; l'emmagasinement des matériels de dépistage ; la communication ; les mécanismes de contrôle de la qualité ; le coût ; la rapidité de l'approvisionnement après la commande.
7. Réseau de référence		
7.1 Les options de références actuelles sont-elles disponibles pour la fourniture d'interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer périodiquement les lacunes dans le système de références. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de déterminer la mesure où les services pourrait combler les lacunes identifiées.
7.2 Existe-t-il un réseau de référence fonctionnel (formulaires standardisés, répertoires des ressources, etc.) entre les services de SSR (IST/ITR, planning familial, dépistage du cancer, etc.) et ceux du VIH (CDV, PTME, thérapie antirétrovirale [TAR], IO, etc.) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner et mettre à jour les informations et horaires pour les services de référence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite d'identifier le personnel clé afin de créer un répertoire des ressources et services existants dans la zone desservie, de développer conjointement des formulaires de consentement et de référence de client de SSR-VIH, d'orienter le personnel sur des services dans le réseau de référence et sur l'importance d'un suivi des clients ayant été référés.
7.3 Existe-t-il des sites de références pour d'autres besoins liés à la SSR et/ou au VIH à l'intérieur du réseau de référence (e.g. dans un rayon de 5 km) de cette structure ?	<ul style="list-style-type: none"> • Si oui, s'assurer que le personnel soit familier avec l'emplacement de ces services et les horaires de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite d'identifier des ressources pour la fourniture des services de SSR (e.g., méthodes à longue durée d'action et permanentes) et d'identifier un lien de référence avec ces sites.
8. Extension communautaire		
8.1 Existe-t-il actuellement des services d'extension pour les populations difficiles à joindre, notamment les jeunes filles, travailleurs du sexe, UDI, émigrés, etc. ?	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller et évaluer régulièrement les services d'extension pour s'assurer qu'ils reflètent les besoins des personnes les plus affectées par le VIH et le SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de faire une évaluation rapide des besoins des populations difficiles à joindre et de dresser la cartographie des zones où elles sont localisées.
8.2 Existe-t-il actuellement des activités d'extension communautaire dans lesquelles les interventions Est-ce qu'il communauté de programme liant la SSR et le VIH/SIDA peuvent être incorporées ?	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les programmes d'extension communautaire pour incorporer des activités de sensibilisation et développer un mécanisme de référence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de collaborer avec les ressources de la communauté pour développer un mécanisme de sensibilisation sur les services liés et créer des mécanismes de référence.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide (cont.)

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
8. Extension Communautaire (Cont.)		
8.3 Existe t-il des agents de santé dans la communauté pour appuyer les femmes et adolescentes VIH+ afin qu'elles accèdent aux services de SSR nécessaires ?	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les agents de santé sont régulièrement mis à jour avec les informations techniques pertinentes et les informations exactes sur les services existants de SSR dans la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'embaucher et/ou former des agents de santé qui puissent appuyer les femmes et adolescentes VIH+ afin qu'elles accèdent aux services de SSR.
8.4 Existe t-il actuellement des services mobiles qui peuvent assister dans la livraison des fournitures et dispenser des soins basiques de SSR aux femmes et adolescentes VIH+ dans les zones reculées ?	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les agents/prestataires de santé dans les services mobiles possèdent les informations techniques actualisées et des fournitures/produits pertinents de SSR. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'embaucher et former l'équipe mobile d'agents de santé et d'acheter les équipements et les fournitures/produits de SSR nécessaires et SSR.
9. Structure physique		
9.1 La structure physique permet-elle l'intimité (auditive, visuelle) et la confidentialité des dossiers du client ?	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une supervision suffisante de personnel pour promouvoir l'intimité et la confidentialité du client. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'évaluer les ressources pour effectuer des changements d'équipements et de structure dépassant la capacité du site à réarranger l'espace.
9.2 Est-ce que la structure, le temps, et le personnel sont réceptifs à la participation masculine ? Aux services pour jeunes ? Aux services pour les populations clés vulnérables (e.g. les travailleurs du sexe, UDI, etc.) ?	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une supervision suffisante de personnel pour assurer des heures correctes de couverture pour satisfaire la demande. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de déterminer les raisons pour les réponses "non" ; de décider ce qui est possible et d'identifier des ressources pour la participation masculine, les services pour les jeunes, et les services pour les autres populations clés.
10. Personnel		
10.1 Existe t-il suffisamment de personnel pour dispenser du counseling de SSR et la fourniture de méthode de planning familial à travers toute la gamme de services de VIH (e.g., CDV, TAR) ?	<ul style="list-style-type: none"> Le personnel est-il suffisamment supervisé pour fournir un counseling et des soins de qualité ? 	<ul style="list-style-type: none"> Peut limiter le degré de fourniture de méthode et la plus grande dépendance sur les références.
10.2 Le personnel de CDV (ou TAR) est-il formé en counseling de SSR et fourniture de méthode de planning familial ?	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer des réactualisations périodiques pour être à jour avec une science changeant rapidement. 	<ul style="list-style-type: none"> La considération des besoins de formation devrait déterminer le moment, le lieu, la manière, et l'équipe de la formation ; ainsi que le coût et l'approche de formation à utiliser.
10.3 Le personnel de CDV (ou TAR) est-il formé dans le système pour maintenir une provision de produits, instruments, et fournitures de SSR ?	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier périodiquement la suffisance des réserves. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite une orientation du personnel et des superviseurs pour utiliser le système efficacement afin de maintenir des fournitures suffisantes pour des prestations de services intégrés.
10.4 Le personnel de SSR est-il formé en counseling de CDV/compétences de counseling ?	<ul style="list-style-type: none"> Si oui, évaluer et faire un suivi périodiquement de la performance. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de faciliter le counseling de CDV/la formation en counseling s'il faut envisager une expansion pour offrir le CDV.
10.5 Les attitudes du staff faciliteraient-elles les interventions de programmes liant/intégrant la SSR et le VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> Faire le suivi et effectuer les interventions comme indiqué. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessiteraient des interventions afin de promouvoir des attitudes positives pour l'intégration SSR-VIH.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide (cont.)

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
10. Personnel (cont.)		
10.6 Les agents/prestataires de santé/conseillers de SSR témoignent-ils du respect pour les droits des femmes et adolescentes VIH + à prendre des décisions concernant leur fertilité ?	• Faire le suivi et effectuer les interventions comme indiqué.	• Nécessiteraient l'orientation du personnel sur les droits du client à prendre des décisions autonomes concernant sa fertilité indépendamment de son statut de VIH.
10.7 Les agents/prestataires de santé/conseillers de SSR sont-ils au courant des directives actuelles pour l'utilisation contraceptive par les femmes et adolescentes VIH+ et par celles d'entre elles prenant un TAR ?	• Faire le suivi et effectuer les mises à jour comme indiqué.	• Nécessite de faire des mises à jour pour le personnel sur les nouvelles directives et la dissémination de celles-ci.
10.8 Les prestataires de TAR sont-ils au courant des informations actuelles sur les interactions des médicaments ARV et IO avec les contraceptifs hormonaux avec les directives actuelles pour l'utilisation contraceptive par les femmes et adolescentes VIH+ et par celles d'entre elles prenant un TAR ?	• Faire le suivi et effectuer les mises à jour comme indiqué.	• Nécessite de faire des mises à jour pour le personnel sur les nouvelles directives et la dissémination de celles-ci.
10.9 Le personnel de VIH et de SSR exécute-t-il les procédures de prévention de l'infection selon les normes ?	• Faire le suivi et effectuer des séances de recyclage, comme indiqué.	• Nécessite de faire un recyclage et du suivi de supervision sur les pratiques de prévention de l'infection.
11. Médicaments, équipements, fournitures		
11.1 Pilule de contraception d'urgence	• S'assurer de l'emmagasinement et de la distribution correcte du stock actuel. • Empêcher les ruptures de stock en procédant à des	• Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.2 Contraceptifs oraux combinés	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.3 Contraceptifs oraux à progestérone exclusivement	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.4 Implants (Norplant)	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.5 Injectables (Depo provera/DMPA)	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.6 DIU	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.7 Laine de coton	Idem que ci-dessus.	• Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.order supplies.
11.8 Gaz de coton absorbant (ordinaire)	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.9 Ruban chirurgical	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.10 Petits pansements adhésifs	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.11 Gants jetables	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide (cont.)

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
11. Médicaments, équipements, fournitures (Cont.)		
11.12 Teinture d'iode	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.13 Poudre à gants	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.14 Solution antiseptique	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.15 Savon	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.16 Solution désinfectant	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.18 Serviettes pour les mains	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.19 Seringues jetables	Idem que ci-dessus.	Idem que ci-dessus.
11.20 Tests rapides de VIH, selon les Protocoles nationaux (e.g., Capillus)	Idem que ci-dessus.	<ul style="list-style-type: none"> • Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.21 Lancettes (pour le test rapide de VIH)	Idem que ci-dessus.	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures
11.22 Test du dépistage et de confirmation du VIH, selon les Protocoles nationaux	Idem que ci-dessus.	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures
11.23 Chronomètre (pour le test rapide de VIH)	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer un entretien régulier des équipements et remplacer au besoin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures
11.24 ARVs pour PEP (au moins deux doses)	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'emmagasinage et de la distribution correcte du stock actuel. • Empêcher les ruptures de stock en procédant à des examens réguliers de stock pour faciliter les prévisions et les commandes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.25 Container à vide de tubes (paquet de 100)	Idem que ci-dessus.	<ul style="list-style-type: none"> • Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.26 Container à vide d'aiguilles (paquet de 100)	Idem que ci-dessus.	<ul style="list-style-type: none"> • Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.27 Tubes d'aspiration	Idem que ci-dessus.	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.28 Lunettes de protection	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner le stock régulièrement pour prévenir les ruptures de stock. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.29 Condoms (masculins)	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de l'emmagasinage et de la distribution correcte du stock actuel. • Empêcher les ruptures de stock en procédant à des examens réguliers de stock pour faciliter les prévisions et les commandes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.

3

Fiche de travail 1

Guide des questions pour faire une évaluation rapide (cont.)

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
11. Médicaments, équipements, fournitures (cont.)		
11.30 Condoms (féminins)	Idem que ci-dessus.	• Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.31 Modèles anatomiques (masculin) pour la démonstration du condom	• Examiner le stock régulièrement pour prévenir les ruptures de stock	• Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.32 Modèles anatomiques (féminin) pour la démonstration du condom	• Examiner le stock régulièrement pour prévenir les ruptures de stock	• Si le produit enregistré pour son utilisation dans le pays, cela nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.33 Brochures éducatives	• Examiner le stock régulièrement pour prévenir les ruptures de stock	• Nécessite d'élaborer des brochures en interne avec les ressources disponibles ou de travailler avec le responsable des produits pour passer des commandes auprès d'autres organisations.
11.34 Kits de dépistage de la syphilis	• S'assurer de l'emmagasinement et de la distribution correcte du stock actuel. • Empêcher les ruptures de stock en procédant à des examens réguliers de stock pour faciliter les prévisions et les commandes.	• Nécessite de travailler avec le responsable des produits pour commander les fournitures.
11.35 Autres		
11.36 Autres		
12. Gestion & supervision		
12.1 Les superviseurs ont-ils été formés dans les compétences nécessaires pour appuyer leur personnel à assumer de nouveaux rôles et responsabilités ?	• Nécessite de surveiller la performance du superviseur périodiquement.	• Nécessite une orientation des superviseurs pour faciliter l'intégration et l'entretien des services de qualité.
12.2 Les outils de supervision reflètent-ils la performance du personnel dans les interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA pour le suivi des systèmes du service ?	• Nécessite de s'assurer que les superviseurs sont correctement formés et mis à jour sur les outils.	• Nécessite de modifier les outils pour refléter le niveau des services intégrés.
12.3 Les statistiques de service reflètent-ils les interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA ?	• Nécessite un suivi pour le maintien de la complétude et de l'exactitude de la documentation.	• Nécessite de modifier les formulaires du système d'information de gestion pour refléter le niveau des services intégrés.
12.4 Les superviseurs examinent-ils les dossiers des clients et les statistiques des services dans le cadre du suivi des interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA ?	• Nécessite de surveiller la performance du superviseur périodiquement.	• Nécessite que les superviseurs soient informés des normes pour documenter les services intégrés dans les dossiers des clients et des statistiques de service.
12.5 L'équipe de gestion/supervision possède-t-elle un plan écrit de suivi des interventions de programme proposées pour lier la SSR et le VIH/SIDA ?	• Nécessite d'examiner et réviser le plan périodiquement sur la base des changements dans les services.	• Nécessite d'élaborer des plans de suivi en phase avec le niveau d'intégration.

Questions	Oui/Implications	Non/Implications
12. Gestion & supervision (Cont.)		
12.6 L'équipe de gestion/supervision a-t-elle un plan de succession pour remplacer les employés formés sur les interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA s'ils sont transférés ou mis à la retraite ?	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'examiner et réviser le plan périodiquement sur la base des changements dans les services. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'élaborer un plan de succession, notamment le recrutement et la formation de nouveaux employés pouvant assumer les rôles et responsabilités nécessaires pour les services liés de SSR-VIH/SIDA.
13. Logistiques		
13.1 Les produits, instruments et fourniture de SSR ont-ils été ajoutés sur la liste standard ?	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier périodiquement la conformité avec les normes de soins recommandées. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite d'examiner la liste standard des équipements, fournitures et médicaments pour offrir les services intégrés de planning familial-VIH déterminés.
13.2 Existe-t-il un mécanisme pour maintenir un approvisionnement fiable de produits pour le service de SSR et VIH ?	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite un suivi du mécanisme d'approvisionnement et d'anticiper les pénuries. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut nécessiter d'accéder aux fournitures à partir de sources alternatives ou de ne pas offrir des services pour lesquels les fournitures ne peuvent pas être obtenues de manière fiable.
14. Coût		
14.1 Le mécanisme de financement du système sanitaire couvre-t-il les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA ?	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite de surveiller le budget actuel pour s'assurer qu'il couvre les coûts des services en cours. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite un plaidoyer et des interventions au niveau politique pour la couverture du financement de la santé.

Adapté de : Farrell, B. 2006. Family planning integrated HIV services: A framework. New York: The ACQUIRE Project. Draft.

Déterminer les priorités pour les interventions de programmes liant la SSR et le VIH/SIDA

4

Objectifs

- examiner les facteurs dans votre structure influençant la meilleure approche programmatique pour lier les services de SSR et de VIH/SIDA ;
- déterminer les priorités et sélectionner les interventions de programme faisables pour lier la SSR et le VIH/SIDA.

Temps

180 minutes

Matériels

- stylos
- papier
- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- Prospectus du participant 16.1 : Liste vérificative du prestataire : Soins complets de SSR et counseling complets pour les femmes et adolescentes VIH+, p. 143
- Fiche de travail 2, p. 215

Préparation préalable

1. Examiner la Fiche de travail 2, page 215, et se familiariser avec les instructions, chacune des interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA, et les critères pour déterminer les interventions prioritaires.
2. Faire suffisamment de copies du Prospectus du participant 16.1 et de la Fiche de travail 2 pour que tous les participants puissent en avoir une de chaque, et des copies supplémentaires pour chaque groupe.

Etapes de formation

1. Demander aux participants de se diviser en petits groupes selon l'organisation ou la structure de santé où ils travaillent. (*Note* : S'il n'y a qu'un ou deux représentants de certaines organisations ou structures de santé, leur demander de se joindre aux autres groupes. Dans certaines structures, selon le niveau actuel d'intégration dans le réseau de prestation de services, il peut s'avérer plus logique d'organiser les petits groupes en mélangeant les participants d'organisations ou structures de santé différentes.) Distribuer des copies du Prospectus du participant 16.1 et de la Fiche de travail 2.

2. Donner les instructions supplémentaires suivantes :
 - Chaque groupe aura environ deux heures pour terminer la Fiche de travail.
 - Chaque groupe devrait choisir un preneur de notes et un rapporteur. Le preneur de notes devrait enregistrer les évaluations du groupe sur une Fiche de travail. Le rapporteur fera une présentation globale de 10 minutes sur les trois premières priorités du groupe.
 - Chaque groupe devrait se référer au du Prospectus du participant 16.1 du manuel de formation pour une vue d'ensemble des tâches clés de counseling et de prestation de services pour les interventions énumérées sur la Fiche de travail.
3. Au cours de la dernière heure de cette activité, faciliter un compte rendu. Ecrire les priorités de chaque groupe sur une grande feuille et l'afficher. Après que chaque groupe a fait sa présentation, demander au groupe entier s'ils ont des questions ou éclaircissements à demander. Conclure en identifiant et en résumant les 3–5 priorités clés identifiées par tous les groupes.



Déterminer les interventions de programme prioritaires pour lier la SSR et le VIH/SIDA

Instructions pour remplir la Fiche de travail :

- La colonne de gauche sur la Fiche de travail 2 liste les interventions potentielles de programme devant être considérées et qui lie la SSR et le VIH/SIDA. Les rangées en haut de la Fiche de travail énumèrent les critères à envisager en sélectionnant ces interventions ou en fixant leurs priorités.
- Vous pouvez utiliser les critères suivants illustrés sur la Fiche de travail en exécutant cette activité, mais également en élaborant d'autres critères pertinents pour votre cadre particulier :
 - **Ressources disponibles (matérielles/humaines)** : Quelles activités pouvez vous exécuter maintenant ou avec peu de ressources supplémentaires ? Quelles options peuvent être appliquées avec le personnel existant ? Quelles options les plus efficaces et abordables de coût ?
 - **Impact potentiel** : Quelles activités auront le plus grand impact sur la qualité des services pour les clients ?
 - **S'appuyer sur les forces** : Certaines de ces activités s'appuient-elles sur ou améliorent-elles les programmes ou projets existants ?
 - **Plus grands besoins** : Quelles activités sont conçues pour prendre en charge les plus grands besoins des clients (tels que perçus par les clients et évalués par le personnel) ?
 - **Faisabilité** : Quelles activités sont les plus réalistes, considérant les obstacles externes ou internes, comme la culture conservatrice et les ressources et effectifs limités, entre autres ?
- Considérer chacune des interventions sur la fiche de travail et les noter de 1 (faible priorité) à 5 (haute priorité), pour chacun des critères. Par exemple, si une structure a des ressources abondantes, elle aura une note de 5 dans la colonne ressources pour une intervention donnée.
- Additionner les points pour chaque activité et écrire le total dans la colonne de droite. L'activité ayant le score total le plus bas aura la plus faible priorité, tandis que l'activité ayant le score total le plus élevé aura la priorité la plus élevée.
- Beaucoup d'interventions de santé sexuelle et reproductive (SSR) pour les femmes et adolescentes VIH+ ne nécessitent pas des ressources abondantes ou des infrastructures complexes. En mettant en place des plans nationaux et locaux, considérer d'intégrer les interventions de base suivantes de SSR pouvant être proposées à toutes les femmes et adolescentes VIH+ indépendamment du lieu où elles accèdent aux soins de santé et de faire des références à des services plus spécialisés les méthodes de planning familial nécessitant une insertion ou chirurgie, des services de prévention de la transmission mère – enfant du VIH (PTME), de dépistage de la tuberculose (TB), traitement des infections opportunistes (IO), traitement antirétroviral (ARV) et soins cliniques, soins à domicile et à base communautaire, soins obstétricaux d'urgence, avortement sans risque (lorsque légal), diagnostic étiologique et traitement des infections sexuellement transmises (IST) et



Déterminer les interventions de programme prioritaires pour lier la SSR et le VIH/SIDA (*cont.*)

les infections du tractus reproductif (ITR), dépistage et traitement des cancers, technologies de reproduction assistée, counseling et soutien liés à la violence dans les foyers, assistance financière, et soutien juridique :

- Fournir des matériels d'information, éducation, et communication (IEC) sur les besoins de SSR des femmes et adolescentes VIH+.
- Conseil sur la SSR, notamment les besoins et désirs sexuels, les intentions de santé reproductive, la double protection, et la planification de la réduction de risque des IST/ITR.
- Offrir un diagnostic et traitement syndromique des IST/ITR.
- Démontrer l'utilisation correcte et constante du préservatif, notamment la double protection, et distribuer des préservatifs féminins et masculins à la fois.
- Offrir le counseling et dépistage volontaire pour le VIH.
- Détecter la violence basée sur le genre.
- Traiter les conséquences des violences sexuelles, notamment en offrant une Prophylaxie post-exposition (PPE) à la suite du viol.
- Conseil sur les des méthodes de planning familial, notamment des informations sur les éventuelles interactions médicamenteuses et la fourniture de contraception d'urgence, préservatifs, pilules, et injectables.
- Fournir des informations sur les options de fertilité, notamment les technologies reproductives assistées.
- Fournir des informations sur la prévention de la transmission périnatale, notamment la prophylaxie ARV, les options d'alimentation du nourrisson, et la parentalité sans risque.
- En fonction des besoins de votre cadre et de votre capacité actuelle, examiner et discuter les options et considérations suivantes, en fixant les priorités de vos interventions de programme pour lier la SSR et le VIH/SIDA.
 - Prendre en charge les besoins globaux de SSR des femmes et adolescentes VIH+ (e.g., offrir des informations et services généraux de SSR avec une référence vers d'autres services spécialisés par opposition à l'offre d'un paquet complet d'informations et services de SSR) ;
 - Examiner les divers modèles et approches pour intégrer les tâches de service (e.g., personnel polyvalent contre personnel spécialisé, clinique polyvalente contre clinique à fonction unique) ;
 - Explorer une approche d'entrer en phase à l'intégration des services (e.g., commencer avec les services intégrés pouvant avoir le plus grand impact contre essayer de tout intégrer).



Fiche de travail 2

Déterminer les interventions de programme prioritaires pour lier la SSR et le VIH/SIDA (cont.)

Interventions de Programme liant la SSR et le VIH/SIDA	Ressources disponibles	Impact potentiel	S'appuyer sur les forces	Plus grands besoins	Faisabilité	Autres facteurs	Note total de priorité
Fournir des matériels d'information, éducation, et communication (IEC) sur les besoins de SSR des femmes et adolescentes VIH+.							
Conseil sur la SSR, notamment les besoins et désirs sexuels, les intentions de santé reproductive, la double protection, et la planification de la réduction de risque des infections sexuellement transmises (IST)/infections du tractus reproductif (ITR).							
Offrir un diagnostic et traitement syndromique des IST/ITR.							
Démontrer l'utilisation correcte et constante du préservatif, notamment la double protection, et distribuer des préservatifs féminins et masculins à la fois.							
Offrir le counseling et dépistage volontaire pour le VIH.							
Détecter la violence basée sur le genre.							
Traiter les conséquences des violences sexuelles, notamment en offrant une Prophylaxie post-exposition (PPE) à la suite du viol.							
Conseil sur les des méthodes de planning familial, notamment des informations sur les éventuelles interactions médicamenteuses et la fourniture de contraception d'urgence, préservatifs, pilules, et injectables.							
Fournir des informations sur les options de fertilité, notamment les technologies reproductives assistées.							



Fiche de travail 2

Déterminer les interventions de programme prioritaires pour lier la SSR et le VIH/SIDA (*cont.*)

Interventions de Programme liant la SSR et le VIH/SIDA	Ressources disponibles	Impact potentiel	S'appuyer sur les forces	Plus grands besoins	Faisabilité	Autres facteurs	Note total de priorité
Fournir des informations sur la prévention de la transmission périnatale, notamment la prophylaxie ARV, les options d'alimentation du nourrisson, et la parentalité sans risque.							
Renforcer les mécanismes de référence et les liens aux services spécialisés suivants sur la base des besoins du client : <ul style="list-style-type: none"> • les méthodes de planning familial nécessitant une insertion ou chirurgie • prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) • dépistage de la tuberculose (TB) • traitement des infections opportunistes (IO) • Diagnostic et traitement étiologiques des IST/ITR • traitement antirétroviral (ARV) et soins cliniques • soins à domicile et à base communautaire • soins obstétricaux d'urgence • avortement sans risque (lorsque légal) • dépistage et traitement des cancers • technologies de reproduction assistée • counseling et soutien liés à la violence dans les foyers • assistance financière • soutien juridique 							
Dispenser une formation aux agents de santé sur les soins globaux de SSR et de counseling de SSR intégrée des femmes et adolescentes VIH+.							
Dispenser une formation aux responsables de programme sur la supervision de facilitation.							
Renforcer les capacités des sages-femmes, accoucheuses traditionnelles et agents de santé communautaire.							
Autres							

Elaborer un plan d'action

5

Objectifs

- développer recommandations sur la base des informations collectées dans les sessions 3 et 4 ;
- élaborer un plan d'action pour réaliser les interventions de programme prioritaires pour lier la SSR et le VIH/SIDA.

Temps

240 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier
- marqueurs
- papiers
- stylos

Préparation préalable

1. Sur une grande feuille, dresser un format de plan d'action, comme suit :

Problème	Cause(s)	Recommandations	Par qui	A quelle date

2. Examiner les modèles de plans d'action et les tableaux A et B à la page 221, pour vous familiariser avec les parties du plan d'action, ainsi que des exemples de plans d'action clairs et flous.

Etapes de formation

1. En référant le groupe à la grande feuille du modèle de plan d'action, expliquer :
 - qu'un plan d'action est un plan écrit élaboré pour permettre de résoudre des problèmes identifiés au cours d'un exercice de planification ;
 - que les participants identifient les problèmes et causes profondes et recommandent des solutions — tous ces éléments sont enregistrés dans un format de plan d'action.

- Garder les participants dans les mêmes groupes (par structure ou organisation) pour cette activité. (*Note* : Si vous choisissiez de mélanger les participants d'organisations/ structures différentes dans la Session 4, gardez les participants dans les mêmes groupes pour cette Session.)
2. Expliquer que les participants devront examiner les réponses du groupe à la fiche de travail 1 et identifier toutes les réponses "non".
 3. Expliquer que les participants doivent énoncer le problème clairement quant aux interventions de programme liant la SSR et le VIH/SIDA qu'ils ont sélectionné comme priorités dans la fiche de travail 2, noter les causes profondes du problème, et écrire des recommandations qui prennent en charge les causes profondes du problème, et non seulement ses symptômes.
 4. Expliquer que pour chaque problème identifié, ils devraient utiliser la technique des "multiples pourquoi" pour aller à la cause profonde. En demandant "POURQUOI?" au moins trois fois et ensuite "y a-t-il d'autres causes?" le personnel identifiera les causes sous-jacentes du problème.
 5. Préciser que chaque recommandation doit inclure le nom d'une personne spécifique (et non un titre professionnel) pour faire le suivi de la recommandation ("par qui") et une date spécifique à laquelle elle devrait être exécutée ("à quelle date"). Cette personne n'est pas nécessairement celle qui devra exécuter la recommandation ; c'est la personne qui s'assurera qu'elle est exécutée. Le fait d'écrire le nom de la personne plutôt que son titre permet de personnaliser le plan d'action.
 6. Assurez-vous de suivre les points essentiels suivants :
 - En travaillant en petits groupes, chaque groupe développera son propre projet de plan d'action pour les 3-5 premières interventions qu'ils ont sélectionnées sur la Fiche de travail 2, à l'aide du format de plan d'action susmentionné. (*Note* : Si vous tenez cet atelier avec un personnel venant de la même structure, confier une des 3-5 premières interventions qu'ils ont sélectionnées sur la Fiche de travail à chaque petit groupe, et leur dire que leurs projets de plans seront fusionnés dans un plan directeur pour la structure lors d'une réunion de suivi ou par une équipe de mise en œuvre du suivi qui sera mise sur pied avant la fin de l'atelier.)
 - Ne rendez pas la même personne responsable de trop de recommandations. Les solutions peuvent être identifiées plus rapidement lorsque la responsabilité pour des problèmes différents est partagée parmi de nombreux membres du personnel. Plutôt que d'attribuer beaucoup de recommandations à une personne, trouver d'autres membres du personnel qui peuvent aider à exécuter les recommandations.
 - Ne rendez pas les membres ou personnel de l'encadrement supérieur d'organisations extérieures responsables pour la plupart des recommandations. Tout le personnel a quelque chose à contribuer. Réfléchissez d'abord sur les recommandations que le personnel subalterne peut exécuter. Même si soutien extérieur est nécessaire, considérez quel membre du personnel peut être responsable d'obtenir du soutien extérieur.
 - Pour chaque recommandation, lister seulement un nom dans la colonne "par qui". Lorsque plus d'une personne sont énumérées, la responsabilité individuelle est de s'assurer qu'un problème soit résolu est perdue. Certaines solutions peuvent nécessiter

d'être éclatées en plus petites étapes, avec des individus différents nommés pour chaque étape.

- Fixer des échéances réalistes pour exécuter les recommandations. Il vaut mieux fixer une date plus tardive à laquelle la structure peut sûrement exécuter les recommandations qu'une date plus avancée qui ne peut pas être respectée. En outre, les participants devraient choisir des dates spécifiques pouvant être respectée, et non des échéances comme "en cours", "aussitôt que possible", ou "demain". Donner un exemple pour un problème. (Soit demander au personnel de donner un exemple de la structure, ou se référer au Tableau B.)

7. Donner les instructions supplémentaires suivantes :

- Chaque groupe aura environ 2 heures 1/2 pour remplir la fiche de travail.
- Chaque groupe devra choisir un preneur de notes et un rapporteur. Le preneur de notes devrait enregistrer les problèmes, causes profondes, et recommandations du groupe, etc., dans le format de plan d'action. Le rapporteur donnera une présentation générale du plan d'action de groupe en 15 minutes.

8. Pendant les dernières 90 minutes de cette activité, faciliter un compte rendu. Afficher les plans d'action de chaque groupe. Après la présentation de chaque groupe, demander au groupe entier s'il a des éclaircissements ou des questions à poser.

Tableau A : Exemple de Plan d'action avec un énoncé flou de problème

Problème	Cause(s)	Recommandations	Par qui	A quelle date
Les femmes VIH + enceintes sont perdues pour le suivi.	Les clients ne s'intéressent pas aux services.	Rendre les clients plus intéressés aux services.	Tout le personnel.	Immédiatement

Tableau B : Exemple de Plan d'action avec un énoncé clair de problème

Problème	Cause(s)	Recommandations	Par qui	A quelle date
Les clientes enceintes ayant des résultats de dépistage de VIH positifs ne reviennent pas pour les services de SSR de suivi.	(1) Personnel n'est pas formé pour parler de la gamme de services de SSR disponibles	(1) Tenir une formation pour les agents de santé sur les soins de SSR intégrée et le counseling des femmes VIH+.	L. Karisa (Infirmière clinicienne)	1 juillet 2007
	(2) les clientes estiment être mal reçues et stigmatisées par le personnel.	(2) Tenir une formation sur le VIH de sensibilisation au stigmatisme pour tout le personnel.	J. Samanda (Infirmière de garde)	30 juillet 2007
	(3) les clientes VIH+ ont peur que d'autres ne découvrent leur statut et ne leur causent des préjudices.	(3) Examiner/réviser les protocoles sur la confidentialité du client et orienter tout le personnel	Dr. Ware (Directeur de clinique)	30 août 2007

Session de clôture

6

Objectifs

A la fin de cette session, les facilitateurs devront avoir :

- établi une équipe de surveillance de la mise en oeuvre ;
- formellement remercié toutes les personnes impliquées dans l'atelier, présenté leurs vœux à tous, et clôturé les travaux.

Temps

60 minutes

Matériels

- grandes feuilles de papier

Etapes de formation

1. Discuter des rôles et responsabilités d'une équipe de surveillance de la mise en oeuvre en expliquant :
 - L'équipe de surveillance de la mise en oeuvre joue un rôle critique dans le suivi de l'état d'avancement de l'exécution des recommandations du plan d'action.
 - Le comité devrait représenter différents niveaux de personnel de la structure, notamment les responsables, superviseurs, et membres du personnel. Le groupe pourrait être nouvellement formé ou un comité déjà existant dans la structure, éventuellement avec quelques ajustements. Généralement, le comité de surveillance est composé de cinq à huit membres du personnel, quoique pour les structures ayant huit employés ou moins, le personnel tout entier devrait faire partie du comité. Expliquer que le comité de surveillance peut être formé de plusieurs manières :
 - **Pour former une nouvelle équipe**, demander des volontaires parmi les participants. S'il n'y a pas de volontaires ou si les volontaires ne représentent pas un mélange des niveaux du personnel, demander à chaque département ou unité de choisir un représentant pour l'équipe. Alternativement, demander à chaque type et niveau de personnel (par exemple, médecins, infirmières, et employés) de choisir un représentant pour l'équipe.
 - **Si la structure possède déjà une équipe ou un comité de surveillance** de la mise en oeuvre pouvant assumer la responsabilité du suivi du plan d'action, s'assurer que ce comité compte des représentants des différentes unités et niveaux du personnel. Autrement, travailler avec le comité pour élargir sa composition.

- Certaines structures préfèrent confier des **rôles formels** aux membres du comité, comme celui président ou secrétaire, tandis que les membres d'autres structures ont des rôles informels. Dans les deux cas, quelqu'un doit être responsable de programmer et faciliter les réunions du comité.
2. Encourager le personnel à se souvenir de ses forces et de continuer de les renforcer. Demander au personnel s'ils ont des questions sur les prochaines étapes. Préciser que dès que le plan d'action sera dans sa forme finale, ils devraient commencer à exécuter les recommandations qui leurs sont attribuées. Les directeurs et le staff devraient signaler l'état des solutions à l'équipe de surveillance de la mise en oeuvre.
 3. Effectuer un exercice plus/delta ou une autre activité de clôture. Remercier les participants pour leurs temps, efforts, et enthousiasmes.
 4. Une fois l'exercice achevé, tenir une brève réunion avec le comité de surveillance de la mise en oeuvre et fixer une date pour une réunion de suivi (généralement dans le mois suivant l'atelier).
 5. Demander aux participants une copie du plan d'action qui sera utilisé pour suivi avec la structure dans le temps. S'assurer que les résultats de l'exercice sont maintenus confidentiels, toutefois.
 6. Ecrire une lettre ou contacter les responsables et personnel de la structure, selon le cas, pour les remercier de leur travail et leur enthousiasme sans relâche.

EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
212-561-8000
www.engenderhealth.org

International Community of Women
Living with HIV and AIDS
International Support Office
Unit 6, Building 1
Canonbury Yard
190a New North Road
London N1 7BJ
UNITED KINGDOM
www.icw.org