

**Solidarité Féminine**  
**STRUCTURE D'APPUI TECHNIQUE**



**Obstacles et facilitateurs**  
**à l'observance et la rétention**  
**aux ARV des Femmes Vivant avec le VIH**  
**dans toutes leurs diversités à Djibouti**



**DJIBOUTI**  
**Juin 2021**

*Préparé par Adam Houssein, Consultant, AIDS Strategy Advocacy and Policy (ASAP)*

## Table des matières

ABREVIATIONS .....	4
GLOSSAIRE.....	5
<b><u>1. INTRODUCTION.....</u></b>	<b><u>8</u></b>
<b><u>2. OBJECTIFS ET EQUIPE DE TRAVAIL .....</u></b>	<b><u>8</u></b>
OBJECTIFS.....	8
EQUIPE DE TRAVAIL .....	9
<b><u>3. CONTEXTE NATIONAL .....</u></b>	<b><u>10</u></b>
CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE .....	10
SYSTEME DE SANTE.....	10
DROITS HUMAINS, EGALITE DES GENRES ET VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE (VBG).....	10
LA SITUATION DU VIH A DJIBOUTI.....	12
DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES .....	12
REPONSES NATIONALES.....	13
<b><u>4. METHODOLOGIE .....</u></b>	<b><u>16</u></b>
ETAPES POUR L'ELABORATION DE LA CONSULTATION COMMUNAUTAIRE.....	16
OUTILS METHODOLOGIQUES.....	18
LIMITATIONS.....	19
<b><u>5. RESULTATS.....</u></b>	<b><u>20</u></b>
PROFIL DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH .....	21
OBSTACLES ET FACILITATEURS A L'OBSERVANCE ET LA RETENTION AU TARV .....	22
DEPISTAGE ET PREVENTION .....	22
MISE SOUS ANTIRETOVIRAUX ARV .....	24
SUIVI ET CHARGE VIRALE.....	26
<b><u>6. RECOMMANDATIONS .....</u></b>	<b><u>29</u></b>
RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE .....	31
<b><u>PRISE EN CHARGE, TRAITEMENT ET SOUTIEN .....</u></b>	<b><u>32</u></b>
MISE SOUS TARV ET RETENTION DES PVVIH DANS LA FILE ACTIVE.....	33
SUIVI TARV .....	33
PTPE.....	34

RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE DROITS HUMAINS ET GENRE.....	34
--	----

**7. ANNEXES..... 36**

ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE .....	36
ANNEXE 2 : TERMES DE REFERENCES .....	38
ANNEXE 3 : OUTILS DE COLLECTE .....	40
ANNEXE 4 : ORGANIGRAMME DU MINISTERE DE LA SANTE.....	45
ANNEXE 5 : LISTE DES PERSONNES CLES.....	46
ANNEXE 6 : LOCALISATION DES CENTRES DE SANTE VISITES .....	47
ANNEXE 7 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE : FEMMES VIVANT AVEC LE VIH .....	48
ANNEXE 8 : RESULTATS QUESTIONNAIRE/FG DES PRESTATAIRES DE SANTE .....	51
ANNEXE 9 : RESULTATS VISITES DES ETABLISSEMENTS .....	52
ANNEXE 10 : EQUIPE DE TRAVAIL .....	54
ANNEXE 11 : LISTE DES PARTICIPANTS ATELIER DE RESTITUTION .....	55
ANNEXE 12 : COMPTE-RENDU DE L'ATELIER DE RESTITUTION .....	56

*Tableau 1 : Résumé des données épidémiologiques*

*Tableau 2 : Résumé de la réponse nationale*

*Tableau 3 : Obstacles et facilitateurs au dépistage*

*Tableau 4 : Obstacles et facilitateurs à la mise sous ARV*

*Tableau 5 : Obstacles et facilitateurs à la pratique de la charge virale*

## ABREVIATIONS

<b>AAR</b>	Association Autre Regard
<b>APS</b>	Accompagnateur psychosocial
<b>ARV</b>	Antirétroviraux
<b>ASC</b>	Agents de santé communautaire
<b>CCM</b>	Country Coordinating Mechanism / Instance de coordination nationale
<b>CPN</b>	Consultation prénatale
<b>CPoN</b>	Consultation post natal
<b>CSC</b>	Centre de santé communautaire
<b>CV</b>	Charge virale
<b>DBS</b>	Dried Blood Spot (prélèvement sur papier buvard)
<b>DCIP</b>	Dépistage Conseil Initié par le Prestataire
<b>DH</b>	Droits Humains
<b>DPSP</b>	Direction de Programmes de Santé Prioritaire
<b>DSME</b>	Direction de la Santé Mère-Enfant
<b>ETP</b>	Éducation Thérapeutique du Patient
<b>FGD</b>	Focus Groupe Discussion
<b>FHI 360</b>	Family Health International 360°
<b>FM</b>	Le Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le sida et le paludisme
<b>FSSAMU</b>	Fonds de Solidarité Santé de l'Assurance Maladie Universelle
<b>JFV</b>	Jeune fille vulnérable
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PC</b>	Population clé
<b>PCD</b>	La prise en charge différenciée
<b>PDV</b>	Perdu de vue
<b>PEC</b>	Prise en charge
<b>PLSS</b>	Programme de Lutte contre le Sida
<b>PrEP</b>	Prophylaxie de préexposition au VIH
<b>PSN</b>	Plan Stratégique National
<b>PTPE</b>	Prévention de la Transmission Parent Enfant
<b>eTME+</b>	Élimination de la transmission mère-enfant du VIH, syphilis, Hépatites
<b>PVVIH</b>	Personne vivant avec le VIH
<b>RNDP+</b>	Réseau National de Personnes vivant avec le VIH
<b>RTTR-DH</b>	Rechercher, Tester, Traiter, Retenir – Droits Humains
<b>SF</b>	Association Solidarité Féminine
<b>TDR</b>	Termes de Référence
<b>TS</b>	Travailleur /travailleuse du sexe
<b>VBG</b>	Violence Basée sur le Genre
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## GLOSSAIRE

<b>ABORDABILITE</b>	Les services de prise en charge sont disponibles à un coût abordable.
<b>ACCESSIBILITE</b>	Les services de prise en charge sont disponibles à tous, sans exception et géographiquement bien desservis.
<b>ADHERENCE</b>	Est la mesure dans laquelle le comportement d'une personne (prendre les médicaments, suivre un régime alimentaire ou la modification de certains styles de vie) correspond aux recommandations du prestataire des services de soins. L'adhérence est possible seulement avec le consentement du patient. Les patients doivent être des partenaires actifs du prestataire et maintenir une bonne communication entre eux <sup>1</sup> ; y compris l'adhérence à l'accompagnement psychologique et social.
<b>ADHESION</b>	Après avoir consulté les professionnels, le patient décide lui-même s'il prendra ou non son traitement selon son propre <i>bon sens</i> même si sa décision peut paraître infondée aux yeux du professionnel <sup>2</sup> .
<b>APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE</b>	S'appuie sur le processus relationnel conseiller-client et non sur un problème, une maladie ou un symptôme particulier. On place les individus au centre de la réponse au VIH ou TB. On s'appuie aussi sur la capacité de réalisation du client puisqu'on considère que le patient possède en lui la solution à son problème ainsi que les ressources nécessaires pour le résoudre.
<b>AUTONOMISATION</b>	Processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement <sup>3</sup> .
<b>CELLULES CD<sub>4</sub></b>	Ce sont des globules blancs qui agissent comme des «soldats» du système immunitaire, combattant les infections, les bactéries et les virus. L'ART permet à ces cellules d'augmenter à nouveau.
<b>DEPISTAGE CAS INDEX</b>	Approche de dépistage dans lequel les membres du ménage, de la famille (y compris les enfants et clients pour le cas des TS), des personnes diagnostiquées avec le VIH reçoivent des services de dépistage du VIH; également appelé « test de dépistage cas index » <sup>4</sup>
<b>DISCRIMINATION</b>	Désigne toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraire à l'égard d'une personne, généralement mais pas exclusivement fondée sur une caractéristique perçue ou inhérente à cette personne, l'assimilant à un groupe donné. C'est une atteinte aux droits de l'homme. Dans le contexte du VIH, elle peut s'exercer sur la base de la séropositivité confirmée ou supposée d'une personne. <sup>5</sup>
<b>DISPONIBILITE</b>	
<b>FILE ACTIVE</b>	Nombre de patients infectés par hépatite virale C ou B se présentant au moins une fois dans un service de soins, un réseau de santé ou un service médical en établissement pénitentiaire, pour une consultation ou une hospitalisation en rapport direct
<b>FOCUS GROUPE</b>	Une méthode d'entrevue de groupe conçue pour obtenir des commentaires sur des questions spécifiques
<b>INTEGRATION DES PROGRAMMES</b>	Désigne différents types de services ou de programmes opérationnels afin de maximiser les résultats, par ex. en organisant les renvois d'un service à l'autre ou en offrant des services complets et intégrés à guichet unique. Dans le contexte des soins du VIH, les programmes intégrés peuvent inclure le dépistage du VIH, IST, VHB, VHC, le dépistage de la TB, le conseil et le traitement ARV ; santé sexuelle et reproductive ; planning familial ; premiers soins ; et santé maternelle et infantile <sup>6</sup> .

<sup>1</sup> OMS., 2003

<sup>2</sup> Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. *Illness cognition : Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions.* . s.l. : Cognit Ther Res 1992;16:143-63., 1992

<sup>3</sup> Office Québécois de la langue française

<sup>4</sup> WHO. *Consolidated guidelines on HIV Testing Services. 5Cs: Consent, Confidentiality, Counseling, Correct results and Connection.* s.l. : WHO , 2015.

<sup>5</sup> ONUSIDA. *Guide de terminologie de l'ONUSIDA.* 2015.

<sup>6</sup> Stop TB Partnerships. *The Paradigm Shift 2016-2020- Global Plan to End TB,* 2015

<b>PARTIES PRENANTES</b>	Tout individu, groupe de personnes, institution ou entreprise susceptible d'être concerné par la réussite ou l'échec d'un projet (responsables de la mise en œuvre, facilitateurs, bénéficiaires ou adversaires)
<b>PATIENT NON STABLE</b>	Patient est non stable lorsqu'un des critères mentionnés pour les patients stables n'est pas rempli (voir plus haut)
<b>PATIENT PVVIH PERDU DE VUE</b>	Désigne les personnes qui se sont enregistrées pour bénéficier de soins ou de produits de santé à un moment donné mais qui n'ont pas mené cette démarche à son terme et ont abandonné les soins/le traitement <sup>7</sup> .
<b>PATIENT STABLE VIH</b>	VIH : Un patient est dit stable si : a) il est sous TARV depuis au moins un an ; b) il a deux mesures de CV consécutives inférieures à 1000 Copies/ml ; c) il ne présente aucune manifestation d'affection opportuniste ; d) il ne présente aucun effet indésirable lié au médicament ; e) il ne présente pas de grossesse ou n'est pas en période d'allaitement.
<b>PERTINENCE</b>	
<b>PUBLIC CIBLE</b>	<p>Les populations à atteindre à travers les activités de communication</p> <p>Le public-cible primaire sont celles qui disposent du pouvoir d'instaurer les changements envisagés par les activités de communication, celles qu'il faut influencer pour atteindre les objectifs. Par exemple : les jeunes, les PVVIH les contacts, les personnes malnutries, les patients diabétiques, etc.</p> <p>Le public cible-secondaire se compose des personnes qui vont faire passer les informations au public cible-primaire. Par exemple : les prestataires des services de santé, les pairs éducateurs, les enseignants, les leaders communautaires, les journalistes, les animateurs des ONG, etc.</p> <p>Le public-cible tertiaire se compose des personnes qui peuvent faciliter le processus de communication et le processus de changement de comportement. Par exemple : les responsables politico administratifs locales</p> <p>Public-cible du plaidoyer : les personnes influentes dans la prise des décisions. Par exemple : le grand public, les médias, les membres du parlement, les bailleurs, d'autres services gouvernementaux et les syndicats</p>
<b>RENFORCEMENT DES SYSTEMES COMMUNAUTAIRES</b>	<p>Initiatives qui contribuent au développement ou au renforcement des organisations communautaires, dans le but de mieux faire connaître les services de santé de qualité et de faciliter l'accès à ceux-ci. Elles comprennent habituellement le renforcement des infrastructures et des systèmes, la création de partenariats et la mise au point de solutions de financement durables. Le renforcement des systèmes communautaires promeut le développement de communautés, d'organisations communautaires, de groupes et de structures éclairés, compétents et coordonnés. En d'autres termes, il englobe le renforcement des capacités et les actions nécessaires à la mise en œuvre de la riposte communautaire par l'intermédiaire de systèmes communautaires. Il devrait toucher un large éventail d'acteurs communautaires, en leur permettant de contribuer à la pérennisation des interventions en matière de santé et dans d'autres domaines au niveau communautaire, <b>notamment en créant un environnement qui favorise l'efficacité de ces contributions.</b> En tant qu'approche systémique, le renforcement des systèmes communautaires vise à renforcer le rôle et l'efficacité des populations clés, des acteurs et des organisations communautaires dans les domaines suivants : conception, fourniture, suivi et évaluation des services et activités liés au VIH et des services et activités associés ; plaidoyer et politiques ; gestion et développement organisationnels ; renforcement des capacités ; <b>participation aux processus décisionnels</b> ; responsabilité et transparence</p>
<b>REINTEGRATION</b>	C'est un acte par lequel une personne vivant avec le VIH ou un patient TB perdu de vue du circuit de soins est retrouvé, reprend son traitement et adhère aux services de prise en charge globale du centre référent.

<sup>7</sup>ONUSIDA. *Guide de terminologie de l'ONUSIDA*. 2015.

<b>RETENTION</b>	La rétention des patients est définie comme la stratégie et les tactiques conçues pour maintenir les patients dans le circuit des soins. Implique de rester connecté aux soins médicaux, une fois inscrit. La rétention des patients est un enjeu majeur de la lutte contre le VIH et de la TB ; or, les barrières sont nombreuses et variées : relation soignant-patient, circuit du patient, perception de la maladie, contraintes économiques et sociales, stigmatisation, effets secondaires... Les interventions possibles visant à lever ces barrières sont donc, elles aussi nombreuses <sup>8</sup>
<b>RIPOSTE COMMUNAUTAIRE</b>	Ensemble d'activités pilotées par les communautés dans le cadre de la riposte au VIH. Outre la fourniture de services, ces activités peuvent englober le plaidoyer de la société civile et de réseaux communautaires en faveur de politiques, de programmes et d'investissements répondant aux besoins des communautés, la participation de la société civile au suivi des progrès de la riposte nationale au VIH et à la communication d'information sur ce thème ainsi que <b>l'action des systèmes communautaires pour combattre les inégalités et les facteurs sociaux qui font obstacle à l'accès universel</b> . Les services fournis par les systèmes communautaires pourront inclure le conseil et le dépistage du VIH pilotés par les communautés, le soutien à l'observance du traitement par les pairs, les soins à domicile, les services de réduction des risques et les services aux populations clés assurés par des réseaux communautaires.
<b>SEGMENTATION DE LA POPULATION</b>	La population cible est subdivisée en groupes dans lesquels les membres du groupe partagent des éléments communs <sup>9</sup>
<b>STIGMATISATION</b>	La stigmatisation provient du grec qui signifie «une marque ou une tache». Elle peut être décrite comme un processus dynamique de dévaluation qui discrédite considérablement un individu aux yeux des autres. Au sein de cultures ou de contextes particuliers, certains attributs sont saisis et définis par d'autres comme indignes. Lorsque la stigmatisation est appliquée, il en résulte une discrimination pouvant prendre la forme d'actions ou d'omissions <sup>10</sup> .
<b>VIOLENCE BASEE SUR LE GENRE</b>	Tout acte de violence basé sur le genre qui résulte en, ou qui est de nature à causer du mal ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques aux femmes y compris des menaces à travers de tels actes, la coercition ou la privation arbitraire de la liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée <sup>11</sup> .
<b>TARV</b>	La thérapie antirétrovirale (ART) est le médicament utilisé pour traiter le VIH. Le traitement est efficace parce que les antirétroviraux (ARV) contrôlent la reproduction du VIH dans le corps, ce qui réduit la quantité de virus dans le corps et permet au système immunitaire de combattre à nouveau les infections.
<b>SUPPRESSION VIRALE</b>	: Quand une personne a un très faible taux de VIH dans le sang
<b>VULNERABILITE</b>	Ce terme fait référence à l'inégalité des chances, à l'exclusion sociale, au chômage ou à l'emploi précaire (et à d'autres facteurs sociaux, culturels, politiques, juridiques et économiques) qui rendent une personne plus susceptible de contracter le VIH et de développer le sida. Les facteurs de vulnérabilité, sur lesquels les individus et les communautés n'ont pas forcément de prise, peuvent réduire leur capacité à se protéger du risque de VIH. Ils peuvent inclure le manque de connaissances et d'aptitudes nécessaires pour se protéger et protéger les autres, une accessibilité, une qualité et une couverture des services insuffisantes, divers facteurs restrictifs liés à la société comme des atteintes aux droits de l'homme, des lois punitives ou des normes sociales et culturelles néfastes (notamment des pratiques, croyances et lois qui stigmatisent certaines populations et les mettent en situation de faiblesse). Seuls ou combinés, ces facteurs peuvent créer ou exacerber la vulnérabilité individuelle ou collective au VIH

<sup>8</sup> Modifié de : P, Mendiharat. *Rétention dans le circuit des soins: beaucoup d'initiatives pour un enjeu majeur*. Washington : Numéro spécial ANRS - Transcriptasa , 2012.

<sup>9</sup> Thomas, 2016; Wedel et Kamakura, 2006. En: Sgaier, S. K., M. Eletskaia, E. Engl, O. Mugurungi, B. Tambatamba, G. Ncube, S. Xaba, et al. 2017. "A case study for a psychographic behavioral segmentation approach for targeted demand generation in voluntary medical male circumcision." eLife 6 (1): e25923. doi:10.7554/eLife.25923. <http://dx.doi.org/10.7554/eLife.25923>

<sup>10</sup> Guide de la terminologie ONUSIDA

<sup>11</sup> Assemblée Générale de l'ONU, 1993

# 1. INTRODUCTION

Djibouti a soumis sa demande de financement au Fonds mondial lors de la première fenêtre de soumission au Comité d'Examen Technique du Fonds mondial (TRP) le 23 mars 2020. Après examen, le TRP a recommandé la demande pour itération, signifiant que le CCM de Djibouti devait répondre aux commentaires soulevés par le TRP dans une demande de financement révisée à soumettre à nouveau pour un deuxième examen du TRP avant de passer à la phase d'octroi de subventions. Parmi les problèmes identifiés, le TRP a noté des problèmes liés à l'opérationnalisation de la **prestation de soins différenciés** au VIH afin de répondre aux besoins des populations clés et prioritaires et une absence d'analyse programmatique basée sur **le genre et les droits humains**.

Ces problèmes sont sans doute liés au manque des données de qualité sur la situation épidémiologique du Djibouti par rapport au VIH. Conscient de ce problème de données, l'organisation Solidarité Féminine, une association féminine travaillant pour les femmes touchées directement ou indirectement par le VIH, a soumis une demande d'assistance technique auprès de l'Initiative Stratégique en matière de communautés, de droits humains et de genre.

Cette demande vise spécifiquement à améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux, aux services liés au VIH et à la rétention dans les soins des femmes vivant avec le VIH dans toutes leur diversité au Djibouti en identifiant les goulots d'étranglement de la prestation de services, documenter les obstacles liés aux droits humains et au genre, et proposer ou renforcer les principales interventions programmatiques pour améliorer le programme existant. L'accent sera mis sur la compréhension de la manière dont ces barrières ont affecté l'accès aux services de santé, en particulier pour les femmes vulnérables au VIH, et des suggestions sur la manière de mieux responsabiliser les systèmes de santé. En outre, conjointement avec les réseaux de PVVIH en général, ces analyses et recommandations seront utilisées comme informations stratégiques pour informer la mise en œuvre de la subvention pour le cycle 2021-2023.

L'association Solidarité Féminine a obtenu une assistance technique financée par l'initiative stratégique, Communauté, Droits, Genre (CRG SI) du Fonds Mondial afin de créer à terme les conditions d'une discussion impliquant l'ensemble des parties prenantes et réfléchir à l'opportunité d'adapter ou de construire un modèle de prestation différenciée destiné aux femmes vivant avec le VIH.

## 2. OBJECTIFS ET EQUIPE DE TRAVAIL

### OBJECTIFS

Le **but principal de cette mission** consiste à examiner les données existantes et les informations stratégiques et de mener des consultations communautaires afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs pour l'observance et la rétention aux ARV chez les femmes vivant avec le VIH dans toutes leurs diversités.

Plus précisément, il conviendra au préalable de fixer les objectifs spécifiques suivants :

- I. Examiner les forces et les faiblesses du programme de ARV actuel, y compris les obstacles et les facilitateurs pour l'initiation du ARV, l'observance, le suivi du traitement et l'accès aux services de VIH et de SSR pour les femmes vivant avec le VIH, en mettant l'accent sur les questions spécifiques à la divulgation, au genre, aux droits humains, y compris la stigmatisation et la discrimination ;
- II. Organiser des consultations communautaires avec les femmes affectées par/vivant avec le VIH dans toutes leurs diversités, afin d'évaluer l'accessibilité, la disponibilité et la pertinence des services actuels liés au VIH, grâce à l'utilisation d'outils de suivi communautaire ;



- III. Déterminer et documenter les interventions efficaces pour surmonter les obstacles identifiés. Cela peut inclure l'évaluation et la documentation de la manière dont les différents modèles de soutien ARV individuels hors établissement et les groupes ARV communautaires peuvent aider à résoudre les problèmes identifiés ci-dessus ;
- IV. Recommander comment les services existants peuvent être mieux adaptés aux besoins spécifiques des femmes vivant avec le VIH, avec un accent particulier sur les adolescents et les jeunes adultes vivant avec le VIH ;
- V. Fournir aux communautés de femmes affectées par/ vivant avec le VIH les informations nécessaires pour plaider en faveur d'activités fondées sur des données probantes lors de la mise en œuvre de la subvention du Djibouti qui abordent les obstacles liés au genre et aux droits humains à l'accès au traitement.

## EQUIPE DE TRAVAIL

L'équipe de consultants était constituée de :

- ADAM HOUSSEIN MERANE, Coordination de la mission
- IDYLLE HASSAN, Responsable de la mobilisation sociale
- ISMAEL SOUGEH GUEDI, Responsable de l'enquête terrain

Les consultants ont travaillé en étroite relation avec l'équipe de superviseur et des enquêtrices communautaires (voir annexe 8)

## 3. CONTEXTE NATIONAL

### CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE<sup>12</sup>

La République de Djibouti, d'une superficie de 23 200 Km<sup>2</sup> est située au nord de la Corne de l'Afrique. En 2017, Djibouti était classé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure par le FMI et la Banque mondiale. Malgré les progrès économiques du pays, le niveau de la pauvreté et du chômage reste élevé. L'EDAM-IS2 montrait que 42,2% de la population vivait dans l'extrême pauvreté (revenu inférieur à 1,8 US\$ par personne et par jour). De plus, le taux de chômage est estimé à 47% au niveau national. Le pays a enregistré une croissance économique rapide et soutenue ces dernières années. Cependant, après avoir enregistré un taux de 8,4 % en 2018 et de 7,5 % en 2019, la croissance devrait ralentir et tomber à 1,3 % en 2020, contre une projection initiale de 7,5 %, la machine économique étant à l'arrêt en raison de l'épidémie de COVID-19.

La population en 2019 est estimée à 976 105 dont 47% sont des femmes. Djibouti accueille des réfugiés depuis 1978. Malgré le conflit récent du Yémen, qui s'est intensifié à partir de mars 2015, des Ethiopiens, Somaliens et Erythréens continuent de passer par Djibouti afin de traverser la Mer Rouge et se rendre en Arabie Saoudite ou dans les pays voisins. En ce qui concerne l'éducation, le taux brut de scolarisation primaire est de 96% en 2017 (66,2% en 2006), et le taux de scolarisation secondaire est de 47,8%<sup>7</sup> Le taux d'alphabétisation de personnes âgées de 15 ans et plus est de 53% au niveau national en 2018. La scolarisation primaire était de 53,5 % en 2018.

### SYSTEME DE SANTE

La République de Djibouti a adhéré en 1980 à la déclaration d'Alma Ata de 1978 visant le développement des soins de santé primaires (SSP) et la santé pour tous. C'est pourquoi, le système de santé de Djibouti est fondé sur la stratégie des Soins de Santé Primaires et organisé selon l'approche système de santé de district. Dans l'ensemble, le pays possède 95 structures sanitaires dont 42 Postes de santé, 15 Centres de santé communautaire (CSC) (dont 4 polycliniques), 5 Centres médico-hospitaliers, 4 hôpitaux, 7 structures sanitaires parapubliques et 21 structures sanitaires privées. Trois structures sanitaires sont installées dans les camps de réfugiés d'Ali Sabieh (2) et d'Obock (1). La Faculté de médecine de Djibouti et l'Institut supérieur des sciences de la santé (ISSS) contribuent au développement et au renforcement du personnel de santé.

Au niveau de l'accès géographique, il existe au niveau national, 95 structures de santé publiques, parapubliques et privées. Une grande partie des structures se trouve à la capitale et disposent des services de diagnostic et ou de PEC du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida. En revanche, au niveau rural, seulement quelques postes de santé disposent des services de diagnostic et ou de PEC d'une ou plusieurs maladies, en tenant compte de leur incidence. Pour réduire l'obstacle socio-économique à l'accès aux services de santé, le gouvernement a lancé, en 2014, la Loi portant mise en place d'un système d'Assurance Maladie Universelle et le Décret N° 2019-237/PR/MTRA, portant création du FSSAMU. Le Fonds de Solidarité garanti les prestations de santé aux personnes les plus nécessiteuses au niveau national.

### DROITS HUMAINS, EGALITE DES GENRES ET VIOLENCES BASEES SUR LE GENRE (VBG)

---

<sup>12</sup>Ce chapitre fait de large emprunt au rapport *Rapport de la mission d'évaluation de la cascade 90.90.90. à Djibouti* PR .COURPOTIN, DR. DARAR. Ministère de La Santé (Octobre 2020). Nous savons cependant que l'essentiel des informations de première main provient de la Revue du PSN 2018-2022 à mi-parcours réalisé en 2019.

Les droits humains dans le cadre de notre enquête font référence au pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui comprend entre autres le droit à l'emploi, droit à la santé, droit aux services juridiques etc. En effet, face aux obstacles liés psychosociaux tels que l'auto-stigmatisation, la stigmatisation, la discrimination et la divulgation du statut, c'est la problématique du droit à la santé des PVVIH qui est en jeu. Face à cette réalité, le PLSS agit sous l'angle de la communication et de la sensibilisation avec les moyens dont elle dispose. La dernière activité allant vers une meilleure prise en compte des barrières d'ordre psycho sociales, économiques et juridiques, avec l'aide de l'ONUSIDA propose des formations et de sensibilisation auprès des prestataires de santé en général et des médecins en particulier<sup>13</sup>.

Des lois concernant la protection et l'accès à la santé des PVVIH et des personnes vulnérables ont été promulguées. Elles concernent :

- Le système d'assurance maladie universelle (Loi n° 24/AN/14/7ème L)
- La protection de PVVIH et des personnes vulnérables (loi n°174/AN/07/5ème L)
- La création d'un Fonds de solidarité pour les orphelins et les enfants affectés par le VIH (La loi n°196/AN/07/5èmeL)
- Les réfugiés (Loi 159/AN/16/7ème L),
- La protection des victimes de VBG (Loi N° 66/AN/719/8ème L)
- La lutte contre la pauvreté (Loi n° 48/AN/99/4ème L)

Cependant, rare sont les cas de figure où des plaintes sont portées devant la justice. La médiation semble la voie préconisée en RDD à l'image de ses dispositifs juridique traditionnels qui se fondent sur le concept de justice réparatrice. (Par exemple le Xeer droit coutumier somali et le Mada'a droit coutumier afar).

Face aux VBG/Stigmatisation-Discrimination, les associations agissent en proposant un espace de parole et d'écoute, une prise en charge de première ligne pour la mise en confiance des victimes et un système de référence pour une prise en charge juridique et psychologique vers les institutions compétentes.

La Politique Nationale Genre (PNG) (2011-2021) a pour but de « contribuer à la réalisation de l'équité et de l'égalité de genre en faveur des garçons et des filles, des hommes et des femmes dans tous les domaines de la vie économique est sociale ». L'un des objectifs de la PNG est l'intégration effective du genre dans les interventions de développement dans tous les secteurs et l'une de ses orientations stratégiques est le renforcement de l'accès équitable entre femmes et hommes aux services sociaux, dont la santé. Des points focaux ont été prévus dans plusieurs ministères dont le ministère de la Santé au niveau de la Direction de la Santé de la Mère et l'Enfant (DSME), ainsi qu'au niveau des régions et du Système de Nations Unies.

En ce qui concerne les Droits humains, le ministère de la Santé s'est engagé à atteindre des objectifs programmatiques pour la prise en charge de toutes les personnes malades. Pour atteindre ces objectifs, il faut éliminer les obstacles au traitement et aux soins qui entravent la mise à l'échelle et/ou l'utilisation des services. La stigmatisation et la discrimination ont été fermement mentionnées en tant qu'obstacles à des soins de santé efficaces et équitables, entravant le recours aux soins, au traitement et à la prévention du VIH.

---

<sup>13</sup> « Workshop sur l'approche VIH/sida, droits humains, services juridiques et sociologique de la communication au profit des médecins référent et du Réseau de PVVIH » qui s'est déroulé du 21 au 24 Décembre 2020.

## LA SITUATION DU VIH A DJIBOUTI

Ce paragraphe présente les principales données épidémiologiques et la réponse nationale en matière de VIH/SIDA. Si ces données sont générales, nous focaliserons quand celles-ci sont disponibles sur la situation des femmes afin de donner un éclairage sur la dynamique qui affecte la population cible de la présente mission : Les femmes vivant avec le VIH à Djibouti

### Données épidémiologiques

Djibouti a une forte prévalence du VIH dans la population générale, classant le pays dans un niveau d'épidémie généralisé, soit un taux de 1,2% [1,0- 1,5] en 2019<sup>14</sup>. L'épidémie montre une tendance à la baisse depuis 2002, où le taux de prévalence était deux fois plus élevé (2,9%). L'incidence du VIH est passée de 0,44 en 2010 à 0,8 en 2018 et 0,14 pour 1000 [0,07-0,29] en 2019, mais elle est toujours plus élevée par rapport à l'incidence des pays voisins (Ethiopie 0,4 ; Somalie 0,04 ; Erythrée 0,2 ou Yémen 0,07).

L'estimation du nombre de nouvelles infections par Spectrum v5.8 montre une réduction en passant de 358 cas en 2010 à 174 en 2016 et 132 [69-275] en 2019 dont 42 chez les enfants de 0-14 ans. Le nombre estimé de décès est passé de 822 en 2010 [568-1129] à 348 [192-630] en 2019. Les estimations par le logiciel Spectrum, se basant sur les données validées en mars 2020, ont montré qu'il y aurait 6,799 personnes vivant avec le VIH (PVVIH), dont 3,807 femmes soit 56% et 645 enfants de 0 à 14 ans [504-843].

Le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/sida 2018-2022<sup>15</sup>(PLSS) a identifié des populations clés et des groupes prioritaires pour planifier les interventions. Les populations clés sont les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Les groupes considérés comme prioritaires sont les migrants, les réfugiés, les jeunes de 15-24 ans, les femmes enceintes et les patients TB.

Indicateur	Année	Valeur	Année	Valeur
Prévalence du VIH (Spectrum) Population Total	2016	1,3%	2019	1.2-0,9%
Travailleuses du sexe (Enquête IBBS)	2014	13,0%	2019	9,3%
Femmes enceintes	2014	3,7%	2019	0,12%
Jeunes 15-24 ans			2019	0,9%
HSH			2019	14%
PVVIH Estimation (Spectrum) Total	2016	6971	2019	6799
Femmes	2016	3812	2019	3 807
Hommes	2016	2818	2019	2 992
Mortalité pour sida (N° de décès) Estimation (Spectrum)	2016	504	2019	348
Nouveaux Cas (N°) (Spectrum)	2011	905	2019	132
Hétérosexuel à faible risque	2011	38,9%	ND	ND

<sup>14</sup> ONUSIDA 2019

<sup>15</sup>Ministère de la Santé (MS). Plan Stratégique National de lutte contre le sida (PSN) 2018-2022

Hétérosexuel Occasionnel	2011	21.8%	ND	ND
Transmission Mère –enfant	2016	16.7%	2018	17.95%
Coinfection TB/VIH : VIH en Patients TB	2016	5.2%	2018	3.6%
Coinfection VIH/TB : TB parmi les Patients VIH	2016	1.9%	2018	2.3%
Jeunes ne connaissent pas leur état sérologique	2010	93%	2018	74.8%
Jeunes, utilisation du préservatif	2010	18%	2018	12.8%

**Tableau 1 : Résumé des données épidémiologiques**

En termes de populations, si l'épidémie rappelons-le est généralisée, il convient de présenter plus en détail la situation des femmes d'autant que la population cible de la présente mission appartient au genre féminin.

A ce propos, les chiffres sont sans appel outre le fait que la femme tient un rôle central dans la reproduction avec les risques de transmission verticale. Nous savons que le risque de contamination est comparativement aux hommes 4 fois plus élevé chez les femmes pour des raisons biologiques. De plus dans le contexte djiboutien, les femmes vivant avec le VIH -la population source- en 2019 représentaient 30.000 cas soit 58% des PVVIH. Enfin, notons que les TS comptent parmi les catégories de la population enregistrant l'une des plus fortes séroprévalences (9,3%) après les HSH (14%).

A la vue de ces données les femmes vivant avec le VIH sont majoritaires et méritent d'être prises en considération dans toutes leurs dimensions. Elles représentent un enjeu de taille en termes d'impact pour toute politique sanitaire avec mission d'améliorer leur situation à travers une prise en charge différenciée.

Nous reviendrons sur ce point plus en détail lors de la présentation des résultats et lorsqu'il sera question de circonscrire la ou les sous populations dans le cadre de l'élaboration ou l'adaptation d'un modèle de prise en charge ARV.

### Réponses nationales

Ce tableau représente l'évolution des indicateurs depuis 2016. Alors que trois nouveaux centres de prise en charge ont été mis en service, la couverture globale n'a pas progressé :

- Baisse des mises sous traitement et les couvertures de test de charge virale,
- Chute de la couverture PTME illustrant la prise en charge défaillante. Même s'il y a une augmentation de femmes enceintes qui acceptent le dépistage, une importante diminution de femmes mises sous ARV est constatée. Ceci s'explique par la rupture des intrants (réactifs, tubes, tests) mais aussi parce que beaucoup de femmes ne reviennent pas récupérer leurs résultats faute de résultats rapide ou peur de divulgation de leur statut ou encore peur de l'annonce de leur séropositivité.

Indicateur	Année	Nombre	%	Année	Nombre	Total	Année
Centres de prise en charge	2016	26		2021	29		
Couverture PVVIH dépistage et identifiées «90»	2016	4740/6971	68.0	2018	5544/8229	67%	2019

Couverture PVVIH sous traitement Total et «90»	2016	2 229/6 971	32.0	2018	2680/8229	30.5	2019
Couverture Test de Charge virale Total (Rétention)	2016	1 775/2 229	79.6	2018	1876/ 2680	70.0	2019
Charge virale indétectable (Adhérence) «90»	2016	1 136/2 229	50.9	2018	1474/ 2680	55.0	2019
Couverture CPN	2016	16 857/27 794	60.0	2018	15229/29372	52.0	2019
Couverture CPN Femmes enceintes Dépistage Total	2016	14 897/27 794	54.0	2018	15177/29372	51.7	2019
Couverture Dépistage CPN Femmes enceintes captées	2016	1 4897/16857	89.2	2018	15177/15229	99.7	2019
Couverture PTME FE VIH+ Dépistage «90»	2016	93/174	53.4	2018	41/206	19.9	2019
Couverture PTME ARV FE VIH+ total et «90»	2016	85/174	49.0	2018	34/206	16.5	2019
Indétectable «90»		8/8					2019
Couverture du Diagnostic précoce du nouveau né	2016	25/148	22.0	2018			2019

**Tableau 2 : Résumé de la réponse nationale**

A ce niveau du rapport<sup>16</sup>, un graphique doit retenir notre attention celui de la cascade de soins et du niveau des trois 90, 90, 90. A Djibouti, on peut déplorer que seulement 35% des PVVIH dépistés ont été mis sous ARV en 2019 et parmi ces derniers [37, 6%-38%] ont bénéficié d'un examen de la CV indiquant la suppression de celle-ci. 22% de l'estimation des PVVIH ne connaissent pas leur statut sérologique, 65%

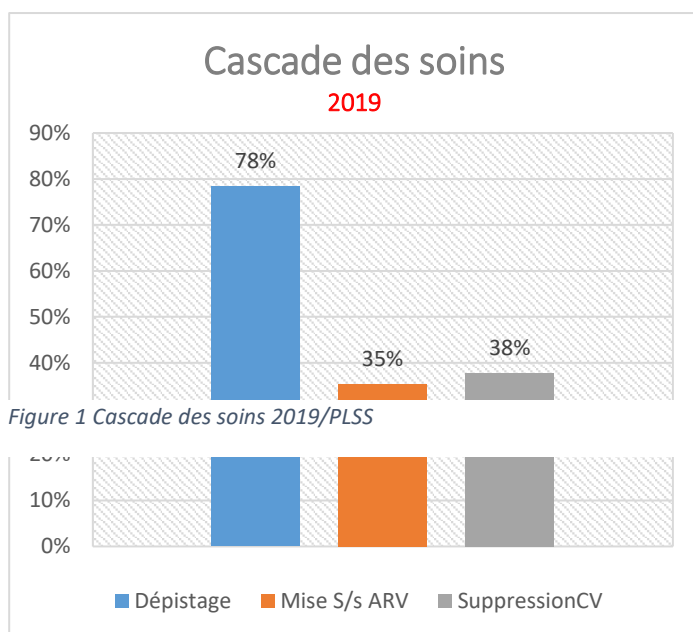


Figure 1 Cascade des soins 2019/PLSS

des dépistés sont perdues de vue et enfin que 62% de PVVIH ayant bénéficié d'un examen de la CV sont encore détectables. Ces indicateurs représentent une première information globale quant à l'observance du traitement et la rétention dans les soins des PVVIH à Djibouti. Cela dit, il convient de noter que parmi les PVVIH mises sous ARV ayant bénéficiées d'une charge virale, 67% d'entre elles ont connu une suppression de la CV.

Les communautés et les organisations de la société civile sont reconnues dans le PNDS à Djibouti en tant qu'un élément clé du continuum des soins entre les structures de santé et les systèmes communautaires. Les actions de prévention au niveau communautaire se réalisent avec l'appui des

agents de santé communautaire (ASC), issus de la communauté et qui sont engagés par la Direction de la Promotion de la Santé (DPS), affectés dans les structures sanitaires (secteur de Balbala et régions) et rémunérés par l'État. Les 3 programmes (VIH/SIDA, Tuberculose et paludisme) travaillent actuellement avec les ASC pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation des trois maladies, avec l'appui de la subvention actuelle du Fonds mondial. Ces agents ont reçu des formations sur les connaissances, aptitudes et pratiques (CAP) autour des trois maladies et des outils de collecte des données

<sup>16</sup>Alors que la dernière enquête épidémiologique Tobi J. Saidel Aout 2020 : *Revue d'Epidémiologie et d'Impact* ; questionnaire la robustesse des données. Mais une nouvelle mission Pr .CourpotinDr .Darar Octobre 2020 *Rapport de la mission d'évaluation de la cascade 90.90.90. à Djibouti* ; a eu pour objectif de nettoyer la base de données. C'est sur la base de ce rapport que nous avons tiré les chiffres de cascade.

communautaires ont été mis en place pour la remontée de l'information (fiche de sensibilisation, fiche de récupération des perdus de vue (PDV), fiches des présumés TB, etc.)<sup>17</sup>.

La totalité de la file active sous TARV est suivie dans le secteur public, à l'exception de la file active pédiatrique (55 enfants) entièrement suivie dans le secteur associatif par Solidarité Féminine. L'association réalise une PTPE complète du diagnostic de la mère à celui de l'enfant. Très peu de diagnostic précoce de l'enfant né de mère VIH + n'a jusque-là été réalisé dans le secteur public. Le secteur associatif joue un rôle déterminant dans les autres composantes de la prise en charge (sociale, psychologique, nutritionnelle) et dans le soutien à l'observance, qui est essentiel pour le maintien dans la file active. Ainsi, l'association « Autre Regard », avec le programme « Linkages-FHI »<sup>18</sup>, est centrée sur les TS et les HSH tant pour contrôler la qualité de leur suivi médical que pour la sensibilisation et le dépistage à l'intérieur de ces populations par le travail des pairs éducateurs. De même, l'association Solidarité Féminine a participé à ce programme et par ses activités a permis le suivi des TS, HSH et des Jeunes Filles Vulnérables (mise sous ARV, rétention dans la file active, charge virale). Les APS œuvrant dans ce programme ont permis la recherche des perdus de vue. Actuellement, le secteur communautaire public et le secteur communautaire associatif travaillent surtout en parallèle plutôt qu'en complémentarité. Les accompagnateurs psychosociaux (APS), qui appartiennent au secteur public sont à l'origine issus de la communauté. Ils sont présents dans les centres de santé et constituent le lien entre les PVVIH et les structures de santé.

Depuis l'apparition de la cascade des soins l'analyse la situation du VIH d'un pays comprend tout le continuum des soins qui part du dépistage jusqu'à la suppression de la charge virale. Notons cependant que dans le cadre de cette consultation, nous nous sommes centrés sur la mise sous ARV et la suppression de la charge virale pour mieux imaginer des alternatives à la prise en charge classique.

---

<sup>17</sup> PSN 2018-2022.

<sup>18</sup> Programme arrivé à son terme Juin 2020.

## 4. METHODOLOGIE

Le processus pour l'élaboration de la consultation communautaire s'est déroulé du 15 janvier 2021 au 29 avril 2021. Une consultation communautaire est tout processus de type participatif qui sous-tend un véritable développement communautaire. Il permet aux communautés d'exprimer leurs propres préoccupations et d'identifier les réponses et solutions appropriées aux problèmes qui les affectent. Dans notre cas, l'équipe de travail a été mise en place dès le début du processus en associant les consultants nationaux engagés pour cette assistance technique (3), les superviseurs recrutés dans le corps des accompagnatrices psycho sociales (8) et les enquêtrices issues de la communauté et de la population cible (10). Un Comité de Pilotage a été mis en place avec la participation des représentants des institutions suivantes : PLSS, FHI, ONUSIDA, PAM. Le rôle des consultants est donc à la fois pédagogique d'abord pour l'étape de la formation des enquêteurs et superviseur, la recherche des informations pour soutenir les idées et orientations des participants, et l'alimentation de la réflexion.

Pour l'élaboration du rapport on a tenu compte notamment de :

- L'alignement avec les objectifs du plan stratégique national (PSN) de lutte contre le VIH 2018-2022
- La flexibilité pour permettre l'introduction des corrections et des ajustements en fonction des nouvelles données par rapport au nouveau PSN et aux caractéristiques des populations cibles
- Le respect des besoins spécifiques de chaque groupe et sous-groupe de population
- La complémentarité avec les interventions du programme

### ETAPES POUR L'ELABORATION DE LA CONSULTATION COMMUNAUTAIRE

#### ÉTAPE 1 : Préparation, formation des enquêtrices communautaires et mise en place de l'équipe de travail et du comité de pilotage

Le comité de pilotage a été créé le 25 février et s'est réuni consulte une fois. Les termes de références du comité de pilotage étaient la validation des outils et les choix stratégiques de la consultation communautaire.

Le recrutement des enquêtrices a été fait par les consultants en collaborations avec les 8 superviseurs recrutés dans le corps des APS sur les critères suivants : lieu de travail, niveau scolaire, langues parlées, facilités de communication et file active dans son centre de santé. Le profil des 10 enquêtrices recrutées sur la base de leur niveau scolaire, de leur implication dans le secteur associatif et enfin de la positivité de leur statut sérologique (voir Annexe).

Les participantes aux consultations communautaires ont été sélectionnées par les superviseuses et enquêtrices parmi les femmes vivant avec le VIH issues des bénéficiaires de Solidarité Féminine ou d'autres associations comme Autre Regard. Elles représentent la diversité des femmes vivant avec le VIH.

Les superviseuses et enquêtrices ont été formées durant trois journées de 5 à 6h en moyenne entre le 1<sup>er</sup> et le 3 mars auxquelles il faut ajouter une journée de test des outils. Les thèmes de formations étaient :

Thème 1 : Objectifs de la consultation communautaire

Thème 2 : La situation du VIH à l'échelle mondiale, continentale et nationale

Thème 3 : Prise en charge différenciée

Thème 4 : Techniques d'entretiens et administration des questionnaires

Thème 5 : Test et débriefing



Initialement, le test des outils était prévu après une demi-journée consacrée à la visite d'un établissement et une seconde demi-journée pour le focus group. En fin de compte, la visite test n'a pu être réalisée en raison d'une autorisation du secrétariat général qui ne nous est pas parvenue à temps. Le focus group a été maintenu et le débriefing a été réalisé dans la foulée.

Le niveau de participation lors de la formation a mis du temps à se mettre en place. Ce n'est que progressivement et après avoir communiqué afin de faire plus ample connaissance. On a rectifié le tir lors des collations et du bilan de fin de journée. Idéalement, une présentation plus ludique aurait dû être menée en ouverture de formation.

Le focus groupe test a réuni toutes les enquêtrices et superviseuses pour qu'elles s'approprient les techniques d'animation du groupe et la collecte des données. Dans ce processus nous avons pour chaque focus groupe une animatrice qui pose les questions et gère et l'enquêtrice qui retranscrit fidèlement les réponses données par les participantes sous le regard d'un consultant qui gère la globalité de la séance.

Lors du débriefing du focus groupe test il a été soulevé :

- le fait de poser les questions dans les langues des participantes (somali, afar, éthiopien) a demandé une reformulation sur place ce qui a pris plus de temps que prévu.
- certaines questions ou termes ont été reformulées et expliquées pour une meilleure compréhension de certains groupes
- certaines questions étaient trop directes et mettaient mal à l'aise des participantes notamment celles sur la sexualité. L'adaptation de ces questions, légèrement reformulées pour être à la hauteur de chaque groupe, a porté ses fruits.

Lors des autres focus groupe :

- FGD des parents d'enfants infectés : Beaucoup d'émotions liées à la transmission de la maladie parent-enfant. La culpabilité des mères était très importante ce qui a conduit à des séances éprouvantes avec beaucoup de cris et de pleurs.
- FGD TS non déclarantes : Lorsque les questions de violence et de stigmatisation ont été soulevées, les réactions étaient intenses et émouvantes.

Après cette explosion d'émotions, les langues se sont déliées et les participantes ont pu verbaliser leur mal-être. La question cruciale qui reste sans réponse : où trouver un réel soutien en cas de violence et de stigma ?

### ÉTAPE 2 : Revue et analyse des documents

Conformément aux termes de référence (TDR) (voir annexe 2), les consultants ont effectué entre le 15 janvier et le 7 février 2021, une revue de la littérature en exploitant une série d'une dizaine de documents nationaux et internationaux. (Voir annexe 1)

### ÉTAPE 3 : Entretiens, enquête auprès des groupes cibles

Neuf focus groupe ont été conduits, 8 avec les groupes cibles et une avec les prestataires de santé entre le 4 et le 28 mars 2021. Au total 77 personnes ont participé aux focus groupe et 10 entretiens individuels ont été menés avec des parties prenantes tels que les instances nationales de coordination, les financeurs, les partenaires techniques et les associations et réseaux de la société civile. (voir annexe 4 pour la liste complète des personnes interviewées)

### ÉTAPE 4 : Visites des établissements sanitaires

Cinq établissements sanitaires ont été visités dans. Le choix des établissements sanitaires s'est fait en prenant en compte les facteurs suivants : le niveau d'importance de la file active et de leur couverture géographique sur la base des 3 communes qui composent la ville de Djibouti, Boulaos, Balbala et Ras Dika. (Voir annexe 5)

CIBLES	TYPE ENQUETE	#	DATE	ZONE
<b>PATIENTS/SOIGNANTS</b>				
COUPLES STABLES	Focus Group	8	04 Mars 21	Association Solidarité Féminine
PARENTS ENFANTS INFECTÉS	Focus Group	8	06 Mars 21	
JEUNES MÈRES VIH+	Focus Group	8	07 Mars 21	
MAKALIFS <sup>19</sup>	Focus Group	8	08 Mars 21	
JEUNES FILLES VULNÉRABLES	Focus Group	8	11 Mars 21	
TS DÉCLARANTES	Focus Group	5	14 Mars 21	
TS NON DÉCLARANTES	Focus Group	8	16 Mars 21	
TS CLANDESTINES	Focus Group	13	18 Mars 21	
PRESTATAIRES SANTÉ*	Focus Group	11	28 Mars 21	
<b>ETABLISSEMENTS SANITAIRES</b>				
CS EINGUELA	Visite	1	21 Mars 21	Commune de Boulaos
CS PK12	Visite	1	22 Mars 21	Commune de Balbala
CS ARHIBA	Visite	1	23 Mars 21	Commune de Boulaos
CS KHOR BOURHAN	Visite	1	23 Mars 21	Commune de Boulaos
Centre YONIS TOUSSAINT	Visite	1	24 Mars 21	Commune de Ras Dika

\*1 Médecin, 2 Sages-femmes, 1 Laborantin, 1 Assistant Thérapeutique, 6 Accompagnatrices psychosociales APS

### ÉTAPE 5 : Réunions de validation et de priorisation des recommandations

Une réunion de validation par les enquêteurs a été réalisée le 12 avril avec 4 enquêtrices, les 3 consultants et 3 membres du bureau de Solidarité Féminine. Les résultats de l'enquête ont été présentés et validés par les enquêtrices.

### ÉTAPE 6 : Rédaction du rapport

Le rapport a été soumis à ASAP le 30 avril 2021 et une version consolidée a été renvoyé le 23 Mai 2021.

L'utilisation de la méthodologie participative depuis le début du processus a permis d'obtenir des informations et des recommandations qui ont été utilisées comme intrants lors de la préparation de la discussion entre les parties prenantes afin d'élaborer un modèle de prestation différenciée. La méthodologie adoptée privilégie la mixité en combinant plusieurs techniques et outils de recherche quantitatifs et qualitatifs dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire.

### ÉTAPE 7 : Atelier de restitution et de validation

Malgré les difficultés à organiser l'atelier de restitution (voir section limitations), Solidarité Féminine a pu organiser cet atelier le 16 juin 2021 (voir annexe 11 pour la liste des participants et annexe 12 pour le compte-rendu de l'atelier) avec des parties prenantes telles que le CCMI, le PNL, l'OMS, l'UE, les Nations Unies et le programme nationale PTPE. A noter que 2 enquêtrices ont également présenté les résultats avec comme objectif de renforcer leurs capacités en matière de plaidoyer.

## OUTILS METHODOLOGIQUES

### ENQUETE EXPLORATOIRE

#### Revue et analyse documentaire

- Recherche, lecture et analyse de la documentation nationale disponible
- Recherche lecture et analyse de la documentation internationale relative aux leçons apprises et/ou choix de stratégies basées sur des données probantes

#### Entretiens exploratoires

<sup>19</sup>Femmes sans mari, divorcés, veuves ou anciennes fille-mères monoparentale qui se débrouillent comme elles peuvent pour arrondir les fins des journées et de semaines. Elles ont été frappées de plein fouet par l'épidémie du VIH.

- Entretiens semi-structurés

## ENQUETE AUPRES DES POPULATIONS CIBLES ET DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

### Focus groupe :

- Interview structuré
- Grille d'entretien collectif

### Visites

- Grille observation
- Grille d'entretien
- Fiche disponibilité

## LIMITATIONS

Le questionnaire n'a pas été remanié sur le fonds mais a nécessité une reformulation selon les langues des participantes. Des termes spécifiques en oromo, amharique, afar ou en somali ont dû être explicités.

Limitations logistiques :

- **Visites de centres de santé retardées** en raison des autorisations tardives du Secrétariat Général du MdS
- **Révision du nombre des focus groupe** : Les FG APS et des autres prestataires de santé ont été fondus en un seul FG car le recrutement des participants « prestataires de santé » a été difficile. Seul 4 personnes dont un médecin, un laborantin, une sage-femme et un assistant thérapeutique ont honoré le FG.
- **Rédaction du rapport**: La période de Ramadan a eu pour conséquences des horaires décalés.
- **Organisation de la réunion de validation des parties prenantes grandement reportée** : Il était impossible de louer une salle entre avril et mai pour plusieurs raisons, à savoir :
  - Il a été recommandé que la réunion ait lieu dans un lieu neutre à l'extérieur de SF or les moyens budgétaires prévus pour la location d'une salle se sont relevés insuffisants.
  - La période de ramadan, qui ralentit la vie à Djibouti. Les réunions sont très peu nombreuses et se font dans la soirée, horaires qui ne convenaient aux membres des parties prenantes.
  - La pandémie de la COVID-19. Djibouti a subi une deuxième vague de la pandémie avec des restrictions de réunions.
  - Et enfin les élections présidentielles qui ont paralysé tous les secteurs et activités du pays

Nous avons enfin pu organiser l'atelier le 16 juin 2021 (voir annexe 11 et 12).

## 5. RESULTATS

Il ressort de l'exercice de revue littéraire que Djibouti a traduit dans ses plans stratégiques nationaux (PSN) de lutte contre le sida son adhésion aux objectifs mondiaux d'élimination du VIH d'ici 2030. Toutefois, les résultats restent mitigés au regard des écarts assez importants pour la réalisation des trois 90<sup>20</sup> (voir Figure 2). La couverture de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME) est en deçà de 25% en 2018 (voir Figure 3).

Les principaux points forts et points faibles du programme ARV qui ressortent de la revue documentaire sont les suivants :

PROGRAMME ARV	
FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tester-Traiter</li> <li>• La gratuité des soins</li> <li>• L'environnement juridique</li> <li>• L'absence de rupture de stock des ARV</li> <li>• L'implication des accompagnatrices psychosociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La faible mise sous ARV</li> <li>• Perdue de vue : Mauvaise gestion informatique des patients</li> <li>• La faible pratique de la charge virale</li> <li>• Le mauvais accueil dans les centres de santé</li> <li>• Faible éducation thérapeutique des patients</li> <li>• Rétention : Faiblesse de la relation soignant-patient</li> </ul>

Les obstacles et facilitateurs à l'accès aux services VIH et VIH/SR sont les suivants :

ACCÈS AUX SERVICES VIH (PLSS)	
OBSTACLES	FACILITATEURS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-stigmatisation</li> <li>• Stigmatisation</li> <li>• Peur de la divulgation</li> <li>• Mauvais accueil</li> <li>• Personnel surchargé</li> <li>• Non partage du statut sérologique au sein de la famille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration entre le secteur associatif et le PLSS pour le dépistage ciblé, le dépistage de mères et enfants et la prise en charge incluant un suivi dans le circuit communautaire associatif.</li> </ul>

ACCÈS AUX SERVICES VIH/SR (DSME)	
OBSTACLES	FACILITATEURS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdu de vue après les quarante jours après l'accouchement</li> <li>• Absence complète du dépistage du nouveau-né (PCR à 6 semaines, sérologie à 9 et 18 mois)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage au niveau du CPN systématiquement proposé à toutes les femmes</li> <li>• Mise sous ARV systématique des FE séropositives</li> </ul>

<sup>20</sup>90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut ; 90% des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sont mises sous traitement ARV ; 90% des patients mis sous ARV ont une charge virale indétectable.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun dépistage effectué chez le conjoint</li> <li>• Les femmes endossent seules toute la responsabilité, la PTPE reste toujours PTME.</li> <li>• Peu de disponibilité des produits SR pour toutes les femmes (y compris la pilule du lendemain, extrêmement importantes pour les JFV et les femmes non mariées pour éviter des grossesses non désirées)</li> </ul>	
--	--

## PROFIL DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH

Au cours de l'enquête 66 participantes femmes vivant avec le VIH ont été approchées afin de mener les focus group. Ainsi avant de mener l'entretien collectif, un mini questionnaire leur a été appliqué qui nous donne quelques indications sur leur caractéristiques sociodémographiques de même qu'il nous apporte quelques réponses quant à la diversité recherchée au sein de la population cible. Les 8 groupes représentent la segmentation de 3 groupes principaux :

- **Les femmes qui sont dans le sexe transactionnel**  
*(TS déclarantes, TS non déclarantes et TS clandestines)*
- **Les femmes face à la problématique transmission familiale**  
Les parents d'enfants vivant avec les VIH, Jeunes mères et couples stables
- **Les femmes qui sont au croisement de ces deux groupes centraux**  
*Les jeunes filles vulnérables et les makalifs*

Les principaux résultats montrent que les participantes âgées entre 26 et 35 ans cumulent diverses formes de vulnérabilité du point de vue de l'emploi car **au chômage à 80 %, 67% n'ont aucun niveau scolaire**. Quant à leur situation matrimoniale, **58% sont sans conjoint** qu'elles soient veuves, célibataires ou divorcées. Enfin, la principale découverte repose sur la nationalité des participantes en effet **58% d'entre elles sont de nationalité étrangère dont ¾ de nationalité éthiopienne souvent sans papier**. Elles viennent à Djibouti pour des raisons économiques sachant que Djibouti abrite des bases étrangères militaires et le pays possède une monnaie stable indexé à l'USD. Par rapport aux pays limitrophes, Djibouti est présenté comme un El Dorado. Les étrangères représentent la majorité dans tous les groupes des TS.

Cela vient corroborer les observations et enseignements tirés des focus group. Nous verrons plus bas que l'origine ethnique et nationale détermine largement les différences de perception et d'expérience psychosociales des obstacles à l'accès aux services VIH entre les femmes selon qu'elles soient étrangères ou djiboutiennes. Les enquêtrices nous ont fait savoir que certaines participantes se seraient fait passer pour des étrangères pour rester anonymes.

A la lecture des chiffres de la situation des caractéristiques socio démographiques, il est très clairement perceptible que les participantes à l'étude cumulent plusieurs formes de vulnérabilité. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la femme djiboutienne est plus exposée à la stigmatisation et la discrimination que la femme étrangère. Et que la nationalité pourrait nous conduire à emmêtrer l'hypothèse suivante : Dans un contexte national marqué par des valeurs et normes musulmanes d'une part et une ignorance par rapport au VIH d'autre part, il semble bien qu'une bonne intégration sociale soit le plus lourd handicap en termes d'accès aux services ARV.

La segmentation des femmes en 8 sous-groupes s'est fait comme suit :

**Couples stables** : Femmes dépistées positives lors des examens de routine aux services de la CPN. D'après l'enquête, un certain nombre d'entre elles ont été rejetées par leur famille et vivent des vies cachées avec leur conjoint.

**Makalifs** : Femmes sans mari, divorcées, veuves ou anciennes fille-mères monoparentales qui se débrouillent comme elles peuvent pour arrondir les fins de jours et de semaines.

**Jeunes filles vulnérables** : Les jeunes vulnérables sont souvent issues de familles modestes et sont pour la plupart déscolarisées. D'après l'enquête, elles ont de nombreuses addictions qui les conduisent au sexe transactionnel.

**TS déclarantes** : Les TS déclarantes assument leur mode de vie malgré le fait qu'elles soient discriminées. D'après l'enquête, elles sont souvent rejetées par leurs familles, exploitées par un proxénète, elles sont victimes de violences.

**TS non déclarantes** : Femmes mûres de 40 ans et plus en situation de précarité qui, selon l'enquête exercent le travail de sexe incognito. Elles sont très marginalisées elles ont moins accès aux services essentiels.

**TS clandestines** : Jeunes femmes qui exercent sous le manteau.

**Mères 20-35 ans** : Groupe de jeunes mères dépistées essentiellement lors d'une grossesse dans les services de consultation prénatal CPN.

**Parents enfants infectés** : Mères ayant des enfants vivant avec le VIH.

Pour compléter la présentation de ces groupes, il s'avère que lors des focus groupes différents caractéristiques ont été spontanément exprimés :

1. 24% souffrent de maladie chronique qui complique leur prise en charge VIH car le traitement coûteux de la maladie chronique est complètement à leur charge contrairement au traitement ARV qui est gratuit. De même le traitement des IST n'est pas pris en charge.
2. Observance : 69% ont toujours été observantes au traitement du VIH.
3. Charge virale : 13 % ont une charge virale indétectable contre 60% détectable. 27% n'ont pas renseigné la question.

La compilation des deux variables de l'observance et de la charge virale renseigne sur les niveaux de connaissances thérapeutiques des patients et révèle un large déficit en la matière<sup>21</sup>. Le paradoxe est là : alors que 69% se disent observantes, seulement 13% ont réellement une charge virale indétectable.

Concernant, la rétention dans les services les participantes interrogées si pour l'essentiel n'ont jamais quitté la file active à près de 70%, sur les 30% restant on découvre qu'11% sont des personnes « ré-intégrantes » après avoir quitté la file active et donc d'avoir été un temps une perdue de vue.

## OBSTACLES ET FACILITATEURS A L'OBSERVANCE ET LA RETENTION AU TARV

Les obstacles sont de plusieurs natures. Ils sont soit liés à la personne soit liés aux ARV soit au système de santé. S'ils s'imposent de manière générale aux PVVIH, ils sont d'autant plus exacerbés pour les femmes enceintes.

### DEPISTAGE ET PREVENTION<sup>22</sup>

La stigmatisation des PVVIH au sein de la population générale, chez les soignants et chez les PVVIH elles-mêmes (auto-stigmatisation) était une cause majeure de refus du dépistage et entraînait des

---

<sup>21</sup> Voir annexe 4

<sup>22</sup> Outre la mise sous ARV et la charge virale et le suivi, ce chapitre prendra en considération la phase de la prévention et du dépistage dans la mesure elles ne sont pas neutres dans l'observance et la rétention dans les soins

conséquences telles que le refus du dépistage familial ou le refus du dépistage à partir d'un cas contact. On note également un dépistage et conseil du VIH à l'initiative du prestataire (DCIP/CPN)<sup>23</sup> limité aux pathologies évocatrices du VIH et peu pratiqué ainsi qu'une collaboration et des synergies entre secteur communautaire et secteur public sous-optimales, voire inexistantes.

Le tableau<sup>24</sup> qui suit présente les obstacles à l'accès à la prévention et au dépistage dans la population générale. On y distingue les obstacles liés à l'accessibilité et à l'abordabilité

	OBSTACLES	FACILITATEURS
DÉPISTAGE	Accessibilité/Abordabilité	
	Auto-stigmatisation	Dépistage ciblant les populations clés au sein des associations
	Stigmatisation liée au VIH au sein de la population générale et dans le centre de santé	Qualité de la prise en charge des femmes enceintes et enfants nés de mères vivant avec le VIH au niveau associatif (Solidarité Féminine) permet le dépistage de mères et enfants grâce à sa gratuité
	Mauvais accueil de la part du personnel des centres de santé (personnel soignant et non-soignant)	
	Refus du partage du diagnostic avec le conjoint et la famille.	Bonne acceptation du dépistage lors des campagnes de dépistage au niveau des communautés en utilisant les pairs navigateurs et le dépistage de plusieurs pathologies pour réduire la stigmatisation.
	Disponibilité/Pertinence	
	Rupture de test	
Rupture de préservatifs		

Tableau 3 : Obstacles et facilitateurs au dépistage

De manière générale en ce qui concerne les PVVIH mais pas que, les obstacles à la prévention et au dépistage sont dus en grande partie à l'indisponibilité des tests et des préservatifs. A été renseigné dans tous les centres de santé visités. Les préservatifs sont en rupture de stocks depuis plusieurs mois. Excepté un don du FNUAP au PLSS, les femmes notamment les TS déplorent cette situation qui occasionne des coûts supplémentaires pour celles qui imposent les préservatifs. Quant à celles qui pratiquent le travail du sexe de manière non assumée cela représente des risques supplémentaires.

Les obstacles à l'accès au dépistage chez les femmes vivant avec le VIH interrogées lors des focus group ne se démarquent pas de la population en générale. 42% d'entre elles ont cité la peur de la divulgation, en deuxième position la distance et en dernier l'argent. Ceci s'explique du fait des distances à parcourir aux centres de santé situés le plus loin de leur domicile et leur quartier.

L'annonce de la sérologie, majoritairement reçu au moment de la CPN, est vécue comme un cataclysme. La femme est abandonnée à elle-même, sans le moindre soutien. Certaines nous parlent d'une envie de se suicider de peur d'être rejetée de tout le monde.

En ce qui concerne la question de la confidentialité et divulgation, la majorité des femmes n'ont aucune confiance aux prestataires de santé en raison du circuit mal adapté avec un nombre important d'intervenants. « *Je ne veux pas être la patiente de toute une équipe* » participante du FG TS.

<sup>23</sup> Nota Bene : Sous le signe DCIP réalisé sur la base de signe évocateur, nous avons intégré les femmes ayant été dépistées positives lors de la CPN. En effet, c'est à l'initiative du prestataire que le test est systématiquement proposé et réalisé après approbation de la patiente. Pour exemple, lors du dernier trimestre 2019 montre que sur 3346 CPN1 seules 5 femmes ont refusé le test. Ce qui signifie que ce mode de dépistage est une source importante d'information sur l'évolution de l'épidémie voir Courpotin, Tobi

<sup>24</sup>Rapport de mission d'évaluation de la cascade 90.90.90 à Djibouti, Courpotin/Darar. 2019

Les FVVIH ante 2016 avaient bénéficié au moins d'une période d'acceptation après l'annonce pour être sereinement mis sous ARV mais depuis, le nouveau protocole de tester-traiter ne donne pas suffisamment de temps aux femmes en phase de dénie pour accepter son statut sérologique.

Dans le cadre de cette enquête, il ressort des différents focus group que certaines femmes sont dans le déni. La phase d'hésitation pour la prise des ARV se situe entre des semaines voire plusieurs mois. Les causes sont diverses, à savoir le dénie de la sérologie et l'ignorance du VIH par manque d'information et de soutien immédiat de par le personnel médical.

La seule spécificité est liée au mode de dépistage à savoir le DCIP/CPN. Chez la femme la peur d'être reconnue et les risques de divulgation se traduisent par une tenue systématique appelée *ninja type bourka* pour se cacher le visage et être méconnaissable.

Au sein de notre panel cette fois ci, on retrouve des différences sur la base des deux sous-groupes identifiés à savoir les mères, parents et couples d'une part et les TS de l'autre. Nous voyons que pour les femmes enceintes le dépistage est systématiquement proposé lors de la CPN. Cependant le problème persiste pour les couples mariés où le programme national n'a pas encore développé et mis en place une stratégie pour le dépistage familial (horizontal et verticale).

### MISE SOUS ANTIRETOVIRAUX ARV

Cette phase de la cascade est celle dont les résultats sont les plus faibles. En effet, avec 35% le second 90 présente un Gap de 55 points et le nombre de perdue de vue est de 3,447.

	OBSTACLES	FACILITATEURS
<b>MISE SOUS ARV</b>	Accessibilité et abordabilité	
	Stigmatisation en rapport avec le TARV	Les bons résultats de la mise sous TARV et de la rétention dans la file active lorsque le patient est suivi dans le circuit communautaire associatif. <sup>25</sup>
	Peur de la non-confidentialité	
	Disponibilité et Pertinence	
	La mauvaise qualité de l'organisation du travail au sein des établissements sanitaires	
	La prise en charge multi centrique	

Tableau 4 : Obstacles et facilitateurs à la mise sous ARV

Outre l'impact délétère que la stigmatisation et le non-partage du diagnostic ont sur l'observance, les deux obstacles majeurs identifiés étaient l'absence du continuum des soins du fait d'une prise en charge multicentrique et la faiblesse de la rétention dans la file active. L'absence de collaboration entre le secteur public et communautaire limitait l'accompagnement et le soutien des PVVIH.

Pour toutes les femmes en situation de précarité économique et sociale, il a été maintes fois rappelé qu'elles ne mangeaient pas à leur faim, cela complique l'observance au traitement.

<sup>25</sup>Rapport de mission d'évaluation de la cascade 90.90.90 à Djibouti, Courpotin/Darar. 2019



Concernant les obstacles à l'accès à la mise sous ARV chez les femmes vivant avec le VIH interrogées lors des focus groupe sont :

- Faible alimentation
- Faible éducation thérapeutique
- Perte de médicaments
- Initiation bâclée

En termes de réaction à l'annonce, les groupes de TS représentant 40% de notre panel, semblent avoir mieux et plus rapidement accepté la maladie néanmoins elles ont plus de mal avec le traitement et les règles de l'observance en raison de leur mode de vie.

Les TS et JFV interrompent leur traitement pour des raisons propres :

- Ces groupes de femmes sont souvent victimes de rafles, de violences policières et d'emprisonnement : Citation d'une TS : *"J'ai dû interrompre mon traitement durant deux mois d'incarcération pour cause de racolage."* En période d'arrestation elles n'ont pas accès au traitement. Pour éviter des violences pouvant aller jusqu'au viol elles ont développé des parades telle que : *« Maintenant on ne m'arrête plus. Dès qu'un flic veut m'embarquer je mets ma boîte de médicaments sous ses yeux, ils me lâchent tout de suite »*
- Prise de khat et d'alcool : *" Quelques fois quand il y a une bonne ambiance on se lâche et on oublie tout."* Citation d'une JFV. A Djibouti, la quasi-totalité des JFV et TS sont consommatrice de khat<sup>26</sup> suivi de prise d'alcool
- Dépression et/ou déception sentimentale : *« Lorsque mon copain m'a quitté, je n'ai pas pris mes médicaments pendant deux semaines. »*

Les femmes face à la problématique de la transmission familiale (horizontal et vertical) ont subi de plein fouet l'annonce *« tout est devenu noir autour de moi, je pensais que j'allais mourir. »* et ont plus de mal avec les centres de santé et leur approvisionnement en ARV. *« Je ne veux pas aller là, où sont que des malades du Sida, je préfère plutôt aller dans une association pour tout le monde et tous les problèmes. »*

Pour 31% des participantes de tous les groupes confondus, elles ont connu des périodes dans leur vie de non-observance dont un tiers avait quitté la file active, soit plus d'un an. Aujourd'hui elles sont plus observantes.

On retrouve les problèmes présents dans la population générale liés à la stigmatisation et la peur de la divulgation du statut sérologique.

Classiquement dans les obstacles liés aux ARV, il est question des effets secondaires comme obstacle à l'observance. Si cette raison a été évoquée, elle ne tient pas une place élevée dans l'ordre d'importance. Ici auprès des femmes à Djibouti dans un contexte où le non-partage du statut est un problème de taille notamment en situation de promiscuité résidentielle voire en leur absence pour les sans domicile fixe, la conservation et la dissimulation des

**« Je prête même ma maison comme lieu de prise et de stockage des ARV pour mes voisines qui ont peur »** Femme éthiopienne TS Non déclarante

<sup>26</sup>Le khat, qat ou kat, est un arbuste ou arbrisseau (une sorte de fusain) de la famille des Celastracées, originaire du Yémen et d'Éthiopie, dont la culture s'est étendue à l'Arabie (surtout au Yémen) vers le XV<sup>e</sup> siècle. Il est consommé par les habitants de ces régions qui en mâchent longuement les feuilles pour leur effet stimulant et euphorisant comparable à celui de l'amphétamine. Khat désigne aussi la substance psychotrope contenue dans les feuilles de cette plante.

ARV devient un véritable problème, un souci de tous les instants ce qui d'ailleurs peut conduire à des pertes occasionnant à leur tour des périodes d'indisponibilité. Face à ce problème, les PVVIH explorent des réponses à leur niveau et de leur propre initiative.

La disponibilité en termes de couverture géographique des centres de santé ne constitue pas directement un problème pour les patientes. Afin d'éviter ou de contourner les risques de divulgation, celles-ci bien souvent se réfèrent à des centres très éloignés de leur quartier d'habitation à la place du centre de proximité. Comme Djibouti est relativement petite, la nécessité d'éviter les risques de rencontres indésirables contraint les patientes de parcourir de plus grandes distances qui occasionnent des dépenses supplémentaires sans compter la fatigue et le temps perdu dans le trajet aller-retour. A ce propos, l'obstacle financier lié au transport n'est quasiment jamais évoqué en dépit des caractéristiques des participantes qui pour l'essentiel sont au chômage sans activités officielles ou alors dans l'économie informelle.

Parmi les obstacles à l'observance, qui contraignent l'accès des FVVIH, il ne fait nul doute que la peur de la divulgation de la part d'un membre de la famille, d'un voisin de quartier ou d'un ami reste la plus grosse angoisse chez elles. Dans le même contexte, la divulgation peut venir de l'ensemble des personnels des établissements sanitaires : du personnel non-soignant au médecin.

En réponse à la crainte de la divulgation, les FVVIH bien souvent via l'APS, contournent l'obstacle notamment pour la livraison des ARV à l'extérieur des centres. Lorsqu'elles souhaitent accéder à un service uniquement accessible à l'intérieur tel qu'une consultation médicale ou encore une prise de sang, l'APS, afin de diminuer au maximum le risque d'une rencontre indésirable, se débrouille avec l'aide du médecin et de la secrétaire afin d'écourter le temps d'attente en justifiant un dépassement de la file d'attente « pour une raison impérieuse » qui en réalité n'est qu'un prétexte pour la bonne cause.

Enfin, il arrive que l'APS parle pour la malade faisant office d'interprète auprès de la secrétaire ou encore du gardien pour permettre à la femme de rentrer dans le service souhaité.

En effet, malgré la tenue ninja de rigueur (type bourka) pour la grande majorité d'entre elles celles-ci craignent que l'on reconnaisse le moindre petit indice capable de la confondre : son timbre de voix, sa gestuelle. On comprend que même si cette tenue semble participer à une forme d'effacement de la personne de l'espace public, elle ne saurait se cacher de ses amis, parents ou proches.

L'obstacle lié au système de santé relevé lors des visites des centres de santé par les prestataires est une faible disponibilité des ARV depuis le mois de février 2021 qui est une conséquence d'une gestion défailante.

### SUIVI ET CHARGE VIRALE

Les participantes sont mises sous traitement par un médecin, souvent assisté par l'APS du centre. Souvent, un problème de langue se pose la bonne compréhension est entravé par beaucoup de termes techniques français, comme ARV, CD4 et charge virale. De plus, l'aspect des effets secondaires n'est pas abordé dans les centres.

La plupart des participantes ont mentionné qu'elles sont plus à l'aise dans le centre situé au centre-ville qui se trouve généralement loin de leur lieu d'habitation et est bien desservi. La file active y est assez importante et la problématique du stigma et de la discrimination est moins visible.

La suppression de la charge virale ou le troisième go montre une fois de plus une faible performance avec 38% et un gap de 52%. Les données suivantes sont valables pour la population générale.

	<b>OBSTACLES</b>	<b>FACILITATEURS</b>
--	------------------	----------------------

<b>CHARGE VIRALE</b>	Disponibilité et pertinence	
	Sortie des patients de la file active	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au niveau communautaire associatif, l'accompagnement des PVVIH leur permet d'aller faire leurs tests de charge virale dans le secteur public selon le calendrier de suivi biologique et sert de guide pour contrôler l'efficacité du TARV. Ceci montre que les tests de charge virale peuvent dès maintenant être mise en œuvre pour déterminer l'efficacité du TARV</li> <li>• Papier buvard pour test charge virale</li> </ul>
	Transport des échantillons et circuit des patients.	
	Pannes des appareils	
	Ruptures en intrants pour la biologie	
	L'insuffisance des prescriptions de la CV par les médecins	
	Lenteur du rendu des résultats	
Le non-respect du protocole de gestion de l'échec thérapeutique		

Tableau 5 : Obstacles et facilitateurs à la pratique de la charge virale

En plus des obstacles présentés plus haut, les mauvais résultats de la CV s'expliquent aussi par la faiblesse du plateau technique. Lors des visites les prestataires se sont exprimés franchement sur la situation notamment les indisponibilités des tests et le dysfonctionnement des appareils qui manquent cruellement de techniciens pour leur maintenance.

27% des participantes ne sont pas en possession des résultats de leur CV qui n'est pas systématique en raison des difficultés citées plus haut (Tableau 5).

Les bilans biologiques représentent un véritable goulot d'étranglement dans le circuit de la prise en charge :

- Une seule machine GeneXpert pour tout le pays
- Échantillon de sang coagulé en raison du non-respect du délai lors du transport,
- Échantillon inexploitable pour cause d'insuffisance de sang prélevé,
- Le véhicule chargé de la collection des échantillons est souvent en panne,

## PRESTATAIRES DE SANTE

Lors du FG prestataire de santé nous avons accueilli 11 personnes, à savoir un médecin, deux sages-femmes, un laborantin, un assistant thérapeutique (AT) et six accompagnatrices psychosociales (APS).

Excepté les APS et l'AT tous ont été formé à Djibouti. Pour les sages-femmes, le laborantin à l'Institut National des Sciences de la Santé et pour le médecin à la Faculté de Médecine. Les plus anciens dans les postes sont les APS et les sages-femmes.

Les médecins sont jeunes avec une ancienneté faible ce qui corrobore le constat fait sur le fort turn-over ne favorisant pas la qualité de la relation soignant patient. A contrario les APS ont une grande expérience dû à un ancrage fort dans la fonction et au-delà dans le poste occupé ce qui a pour avantage de renforcer la rétention dans les services mais aussi comme inconvénient de trop personnaliser ce lien. Cependant si l'approche basée sur le patient est de mise, les patients ont maintes fois exprimé leur adhésion avec ce mode de gestion.

Le médecin ne voyait pas l'intérêt d'un médecin référent puisque le protocole du tester-traiter est réduit à sa plus simple forme et se résuma à la prescription des ARV. Le laborantin souhaiterait disposer de matériel performant.

Les APS ont la nostalgie du protocole ante 2016 où elles travaillaient en équipe avec un médecin référent qui était leur mentor. Alors qu'aujourd'hui elles sont beaucoup plus autonomes mais aussi beaucoup plus chargées (gestion ARV, counseling, éducation thérapeutique, groupe de parole, exposées à des récits de vie violentes à la limite du supportable des PVVH au point parfois, d'arriver au burn out<sup>27</sup>.

## **SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE**

Les participantes ont émis le souhait d'avoir des médecins femmes en tant que médecin référent parce qu'elles seraient plus à l'aise de parler avec une femme. Elles voudraient bénéficier de plus de prestations sur le planning familial et la SSR en général.

---

<sup>27</sup> Dans le cadre des activités d'écoute au sein de l'association Solidarité Féminine, les APS bénéficient depuis septembre 2019 d'un soutien psychologique contre le burn-out (Linkages et Sidaction).

## 6. RECOMMANDATIONS

Les femmes vivant avec le VIH à Djibouti sont confrontées à de nombreux obstacles à l'observance et à la rétention. Concernant les obstacles à l'observance ils sont principalement liés à la personne notamment à l'auto-stigmatisation, à la stigmatisation et à la peur de la divulgation. Concernant les obstacles à la rétention, ils sont principalement liés au système de santé. Face à cette situation les recommandations privilégient une prise en charge différenciée dans le cadre de structures communautaires.

Une prestation d'emblée semble tenir une place élevée dans l'ordre des priorités chez les FVVIH. Il s'agit du **renouvellement et la délivrance des ARV**.

Le manque de confiance, la peur de la divulgation, le grand nombre d'intervenants sont autant d'obstacles qui conduisent à privilégier une approche de renouvellement des ARV centrée sur le patient à l'extérieur de l'établissement.

Le Plan Stratégique National démontre un engagement favorable vers la délégation des tâches et une prise en charge différenciée avec une mise à échelle négociée. Pour constituer des collectifs stables et solidaires basés sur la confiance et la confidentialité pour une mise à l'échelle progressive notamment en construisant une expérience positive entre les associations communautaires crédibles et le PLSS, une nouvelle ère dans le soutien aux associations doit s'inscrire dans le temps et sur des bases éthiques. La Coordinatrice du PLSS rappelle que la faible estime et le manque de confiance des PVVIH, exceptées AAR et SF trouve son origine dans un mode de gestion passé marquée par l'artificiel et les Per Diem comme forme de mobilisation communautaire pour attirer les patients vers les services essentiels comme l'ETP.

Les FVVIH ont très clairement penchées pour le renouvellement d'ARV dans une structure communautaire associative avec une solide expérience comme par exemple Solidarité Féminine. En effet, les participantes font systématiquement la distinction entre les associations de complaisance montée à la va vite et celle qui s'inscrit dans le temps et surtout le sérieux la discrétion des valeurs fondamentales qui nous a été maintes fois répétés comme un leitmotiv. Deux modèles émergent celui de l'APS et celui du patient expert.

L'APS mène déjà dans l'informalité à la vue et au su de l'ensemble des acteurs des programmes une activité de délivrance d'ARV en « milieu ouvert » suscitant des sentiments contrastés de la part des patientes « ravies » et des responsables « agacés ». Bien qu'il convienne d'encadrer ces activités parallèles informelles et sans doute illégales, les patientes ont le sentiment que l'on répond ici efficacement à leur problème. Les APS devront être formées, encadrées, évaluées et supervisées régulièrement.

A l'instar d'une participante qui stockait les ARV de ses voisines, on peut imaginer un modèle autour d'un groupe de patients experts qui de plus répond aux demandes de notre population cible en toute discrétion en termes de facilitation de la prise de traitement, pourra également soutenir les patientes au niveau de l'annonce du résultat, l'initiation au traitement et l'éducation thérapeutique. Ces patients experts seront comme l'APS, elles seront formées, encadrées, évaluées et supervisées régulièrement.

Cependant, afin de relever les défis à l'observance et à la rétention, il conviendrait d'adopter toute une série de décisions politiques, juridiques et organisationnelles à tous les niveaux décisionnels en donnant aux structures communautaires toute les pouvoirs nécessaires aux soutiens de PVVIH en général et des FVVIH en particulier.

Les recommandations ci-dessous répondent à deux principales problématiques, notamment l'opérationnalisation de la prise en charge différenciée au VIH pour mieux répondre aux besoins des populations clés et prioritaires, et également la prise en compte de la problématique du genre et des

droits humains. Afin de garantir et s'assurer le succès d'une prise en charge différenciée, outre la garantie de la disponibilité des services ; des personnels, des médicaments, des matériels et il conviendrait en amont de répondre aux défis suivants :

1. Améliorer et renforcer la collaboration entre le secteur public et le secteur associatif.
2. Apporter un soutien aux associations
3. Rédiger une charte/convention où figure un cahier des charges qui régleme la relation entre les associations communautaires à vocation médico-sociale et le secteur médical public
4. Mener un plaidoyer auprès du MdS/PLSS pour la délégation des tâches habituellement dévolues aux professionnels de la santé.
5. Assurer la formation des APS afin de revaloriser leur fonction et élargir leurs champs de compétence.

## RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE

Approche centrée sur le patient dans le but de surmonter les obstacles à l'observance (traitement) et la rétention (file active-relation soignant patient)

Prise en charge classique	Prise en charge différenciée
<b>Prévention</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation continue, supervision, évaluation du personnel de santé</li> <li>• Plaidoyer et sensibilisation à tous les niveaux</li> <li>• Réactualiser les informations et communications sur le VIH/SIDA à tous les prestataires des services VIH</li> <li>• Communication : Revoir et adapter la stratégie nationale de communication 2020-2024</li> <li>• Renforcer les services prévention du PLSS sur la gestion des produits SR y compris les préservatifs afin d'éviter les ruptures intempestives qui prédisposent les usagers (TS, JFV, PVVIH etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation des prestataires des services VIH sur des approches de facilitation d'accès aux services prise en charge aux membres de populations clés avec un focus sur les femmes vivantes avec le VIH</li> <li>• Formation des acteurs communautaires sur les approches de couvertures des membres de populations clés</li> <li>• Mettre en place des services d'encadrement et de suivi aux structures communautaires</li> <li>• Approvisionnement permanent et banalisation des préservatifs masculin et féminin facile d'accès à la délivrance : Au niveau communautaire et des CS.</li> <li>• Approvisionnement permanent de produits santé de la reproduction et planning familial délocalisé à l'échelle communautaire</li> </ul>
<b>Dépistage</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Élargir le champ du DCIP</b></li> <li>• Améliorer le dépistage volontaire dans les structures sanitaires</li> <li>• Mettre en place un identifiant unique pour chaque patient afin d'éviter les doublons (Code unique).</li> <li>• Évaluation annuelle de l'ensemble des prestataires des services VIH</li> <li>• Délocalisation (équipe mobile 2 personnes maximum, multi tâches proposant un service proximité) des services de dépistage préservatif et produits SR à l'échelle communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer le secteur communautaire en particulier par : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La délégation des tâches, notamment en ce qui concerne le dépistage communautaire par les acteurs communautaires (nécessitant d'un plaidoyer se basant sur les réussites du secteur communautaire associatif, mise en place d'une phase pilote en collaboration avec le ministère de la Santé/PLSS dans le but, à terme, de faire évoluer les politiques)</li> <li>- Le développement des stratégies avancées - La collaboration entre le secteur public et secteur communautaire associatif</li> </ul> </li> </ul>

Prise en charge classique	Prise en charge différenciée
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place une stratégie innovante : un dépistage communautaire y compris l'autotest (mise en place d'une phase pilote au sein des HSH, TS et couples séro-discordants) ;</li> <li>• Promouvoir le dépistage familial</li> <li>• Promouvoir le dépistage des cas index</li> <li>• Former dans la communauté des intervenants apte à faire le dépistage</li> <li>• Former les acteurs des structures communautaires sur les prestations des services de dépistage</li> <li>• Mettre en place un système de suivi pour les structures de prise en charge communautaires</li> </ul>
<b>PRISE EN CHARGE, TRAITEMENT ET SOUTIEN</b>	
<p>Traitement :</p> <p>ARV adapté (pédiatrique) et qui ne change pas trop dans le conditionnement/packaging</p> <p>Disponibilité des médicaments</p> <p>Renforcer l'ETP par les pairs avec un langage adapté aux publics et langues des patientes.</p> <p>Généralisation du DBS-Dried Blood Spot (prélèvement sur papier buvard)</p>	<p>Prise en charge :</p> <p>Agent communautaire polyvalent (facilitateur fluidifiant)</p> <p>Traitement :</p> <p>Recruter et former des structures communautaires de prise en charge différenciés de base (dépistage communautaire, délivrance des services sociaux de base)</p> <p>Renforcer l'ETP par les pairs avec un langage adapté aux publics et langues des patientes.</p> <p>Soutien psychosocial de proximité à délocaliser en dehors des structures de santé publique.</p> <p>Généralisation du DBS-Dried Blood Spot (prélèvement sur papier buvard)</p> <p>Soutien</p> <p>Accès aux services sociaux via les communautés</p> <p><i>Soutien alimentaire</i></p> <p><i>Soutien administratif, Soutien juridique,</i></p>



Prise en charge classique	Prise en charge différenciée
	<i>Soutien fournitures scolaire pour les enfants des familles les plus démunies)</i>
<b>MISE SOUS TARV ET RETENTION DES PVVIH DANS LA FILE ACTIVE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la traçabilité des PVVIH : mise en place d'une base de données par structures de soins ou intégrer les données de surveillance de routine dans le DHIS2</li> <li>• Assurer la faisabilité et la qualité du continuum des soins ;</li> <li>• Revoir avec la DSME le protocole PTPE ;</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer une prise en charge globale centrée sur le patient (médicale, psychologique, sociale, et nutritionnelle) et différenciée selon les cibles ;</li> <li>• Renforcer les activités communautaires de soutien et d'accompagnement des patients et les liens entre secteur public et secteur communautaire associatif : Liens APS et structures communautaires, présence des communautaires au sein des FOSA;</li> <li>• Développer l'identification en temps réel des patients non-observant (échancier/agenda au niveau de la dispensation) et le système de récupération par le secteur communautaire associatif.</li> </ul>
<b>PRATIQUE DE LA CHARGE VIRALE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les médecins prescripteurs à la prescription de la CV ;</li> <li>• Harmoniser la base des données de suivi des PVVIH ;</li> <li>• Établir une cartographie des GeneXperts pour vérifier le bien-fondé de leurs lieux d'implantation par rapport à la densité des PVVIH ;</li> <li>• Mettre les laboratoires en réseau ;</li> <li>• Assurer le transport des prélèvements : ce sont les prélèvements et non les patients qui doivent aller vers les laboratoires ;</li> <li>• Utiliser les nouvelles technologies pour diminuer le délai de rendu des résultats (téléphones mobiles).</li> </ul>	
<b>SUIVI TARV</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élargir la gratuité des soins pour les maladies hors VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élargir la gratuité des soins pour les maladies hors VIH</li> <li>• Médecin femme</li> </ul>

Prise en charge classique	Prise en charge différenciée
<b>PTPE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralisation du DBS-Dried Blood Spot (prélèvement sur papier buvard)</li> <li>• <b>MERE :</b></li> </ul> <p>Formation /Évaluation/Supervision des sage femmes sur la prise en charge globale et le suivi du patient (les délivrances de tous les services essentiels) y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PCIME prise en charge intégré des maladies de l'enfant</li> <li>• 40<sup>ème</sup> jour vaccin pour l'enfant et CPoN (consultation post-natal pour la mère)</li> <li>• SR/PF</li> <li>• Suivi de la mère en tant que femme (soutien psy et médical pour un meilleur accès aux soins maladies hors VIH.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter ces services aux JFV et aux travailleuses de sexe non déclarantes qui exercent sous les radars</li> <li>• <b>ENFANT :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrition/Alimentation du nouveau-né par un choix éclairé sans culpabilité par la maman avec du lait artificiel quand elle est faible</li> </ul> </li> </ul>	

<b>RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE DROITS HUMAINS ET GENRE</b>			
<p>La Politique Nationale Genre est sans doute l'une des plus dynamiques en RDD. Elle comprend un volet santé publique dont le soutien aux femmes vivant avec le VIH. Ainsi, en théorie l'une des parties prenantes qui pourrait avoir un impact sur les obstacles chez les FVVIH serait le ministère de la femme et la famille et l'ONG de l'Union des femmes djiboutiennes UNFD. Mais force est de constater qu'à l'instar d'un des responsables du programme, la question des droits humains est difficile à traiter du fait de l'absence d'indicateur quantitatif afin d'évaluer le phénomène de stigmatisation notamment. Ces propos illustrent le rôle que la sensibilisation doit avoir pour s'exercer à l'échelle nationale et sociétale.</p>			
DROITS HUMAINS		INEGALITE DE GENRE	
Obstacles	Recommandations	Obstacles	Recommandations

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto-stigmatisation</li> <li>• Stigmatisation</li> <li>• Discrimination</li> <li>• Divulgation du statut.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les activités de <b>lutte contre la stigmatisation</b> à ses différents niveaux : auto-stigmatisation, stigmatisation au sein des centre de santé, stigmatisation au sein de la population générale</li> <li>• Recommandation à formuler sur l'absence de tout système de <b>protection de l'enfance</b>.</li> <li>• Éducation juridique « connaître vos droits »</li> <li>• Formation des soignants aux droits humains et à l'éthique médicale</li> </ul>	<p>Violences Basées sur le Genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adresser les violences faites aux femmes</li> <li>• Mise en place des modules de formation initiale et continue à destination des intervenants des structures communautaires sur la prévention et la prise en charge de la <b>violence basée sur le genre</b> y compris les violences domestiques</li> <li>• Mettre en place des guides facilement exploitables en direction des structures communautaires</li> <li>• Équiper les structures communautaires sur la prise en charge de première ligne des victimes de VBG (<b>cellule d'écoute et d'accompagnement des victimes de violence</b>)</li> <li>• Création pour les structures d'accueil les plus performants d'une ligne verte pour le signalement et les appels à l'aide (objectif de libérer les paroles des victimes et des témoins).</li> </ul>
---	--	--------------------------------------	--

## 7. ANNEXES

### ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

- **MINISTERE DE LA SANTE (Oct. 2020)**, Rapport de la mission d'évaluation de la cascade 90.90.90. à Djibouti ; Octobre 2020. **PR . COURPOTIN DR . DARAR**
- **MINISTERE DE LA SANTE (Juil. 2020)** *Revue d'Epidémiologie et d'Impact* **Tobi J. Saidel, Épidémiologiste**
- **MINISTERE DE LA SANTE (Mars 2020)**; Recommandations pour l'utilisation des antirétroviraux à Djibouti : version courte
- **MINISTERE DE LA SANTE (Jan.2020)**; Stratégie de communication du programme de lutte contre le VIH 2020-2024. Janvier 2020.
- **MINISTERE DE LA SANTE (2018)**; Plan Stratégique National pour la lutte contre le VIH 2018-2022 ; République de Djibouti.
- **MSF (2018)** ; Guide pour l'Éducation thérapeutique et le Counseling des adultes vivant avec le VIH et/ou la TB.
- **OMS (2017)** ; Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne annexe 3.5.2 un outil d'évaluation.
- **HEALTH COMMUNICATION CAPACITY COLLABORATIVE. (2016)**. De l'âge maternel avancé, de la haute parité et de la planification et l'espacement idéal des grossesses pour la santé : Un guide de travail avec les groupes communautaires.
- **ORZA, BASS, BELL, CRONE, DAMJI, DILMITIS, TREMLETT, AIDARUS, STEVENSON, BENSAID, KENKEM, ROSS, KUDRAVTSEVA et WELBOURN (2017)**, Principaux obstacles à l'accès des femmes au traitement du VIH et une approche fondée sur les droits pour leur bien-être à long terme — le point de vue des femmes ; in Health and Human Right Journal.
- **OMS, (2016)** ; Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd ed. World Health Organization Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection.
- **INTERNATIONAL AIDS SOCIETY (2016)** ; Prise en charge différenciée pour le vih : Cadre décisionnel pour le traitement antirétroviral ; Durban.
- **FHI/LINKAGES (2016)** ; Guide de suivi et boîte à outils pour des programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH dans une population clé ;
- **ONUSIDA/MdM (2015)** ; Administration communautaire de la thérapie antirétrovirale.

- **ONUSIDA (2015)**. Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH : études de cas des programmes réussis.
- **INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE, (2013)** Comprendre et lutter contre la stigmatisation liée au VIH : guide pour l'action ».
- **OMS (2013)** ; Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique.
- **INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE AND GNP+ (2013)** ; Community Consultation Report ; To inform the 2013 WHO Consolidated ARV Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection.
- **COUCILIATION RESOURCES (2012)**, Formation en matière de plaidoyer Une trousse à outils.
- **OMS (2011)** ; Outils de suivi, de supervision et d'évaluation au service des initiatives communautaires, Collection Initiatives communautaires, Bureau Régional de la Méditerranée Orientale.
- **OMS/UNICEF (2008)**; HIV and infant feeding counselling tools : orientation guide for trainers ; World Health Organization.
- **SECRETARIAT EXECUTIF (2008)** ; Guide d'utilisation des Antirétroviraux (ARV) chez l'adulte et l'adolescent en République de DJIBOUTI
- **BRIDGE/ICW (2007)**; Les femmes et les filles vivant avec le VIH/SIDA : Panorama et bibliographie commentée.
- **A.A.AHMED, (2007)**; Évaluation de l'observance aux traitement antirétroviraux sur une cohorte de 200 patients à Djibouti. Revue de santé de la méditerranée orientale ; Vol13, 2007.
- **BRIDGE/ICW** GENRE et VIH/SIDA Panorama, XXX
- **DICK, B. (1997)** Community consultation checklist [Online]. Available at [http://www.uq.net.au/action\\_research/arp/comcon.html](http://www.uq.net.au/action_research/arp/comcon.html).
- **JAMESAND T, PITTAWAY E**, Community Consultation Skills Considerations for the planning of community consultations; Centre for Refugee Research, University of New South Wales, UNSW Australia.

## ANNEXE 2 : TERMES DE REFERENCES

### 1. Contexte

Djibouti connaît actuellement une épidémie généralisée de VIH, dont le taux de prévalence était de 1,2 % en 2019. La tendance est à la baisse depuis 2002, où le taux de prévalence était de 2,9 % (ministère de la Santé/Plan stratégique national de lutte contre le sida 2018-2022). D'après les estimations du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA, 2020), 6 799 personnes vivent avec le VIH, dont 3 807 femmes et 645 enfants âgés de 0 à 14 ans. Mais l'incidence du VIH, estimée à 0,8 pour 1 000 [0,49-1,2] en 2016, n'a pas évolué en 2018 (0,8 pour 1 000) [0,53-1,22] et reste plus élevée que dans les pays voisins. Le nombre annuel de nouvelles infections est estimé à 132 [80-194] et celui des décès liés au sida à 348 [254-461].

Djibouti a soumis sa demande de financement au Fonds mondial lors de la première fenêtre de soumission au Comité d'Examen Technique du Fonds mondial (TRP) le 23 Mars 2020. Après examen, le TRP a recommandé la demande pour itération, signifiant que le CCM de Djibouti devait répondre aux commentaires soulevés par le TRP dans une demande de financement révisée à soumettre à nouveau pour un deuxième examen du TRP avant de passer à la phase d'octroi de subventions. Parmi les problèmes identifiés, le TRP a noté :

- Des problèmes liés à l'opérationnalisation de la prestation de soins différenciés au VIH afin de répondre aux besoins des populations clés et prioritaires (Problème 4) ; et
- Une absence d'analyse programmatique basée sur le genre et les droits humains (Problème 14)

Ces problèmes sont sans doute liés au manque de données de qualité sur la situation épidémiologique du Djibouti par rapport au VIH. Conscient de ce problème de données, l'organisation Solidarité Féminine, une association féminine travaillant pour les femmes touchées directement ou indirectement par le VIH, a soumis une demande d'assistance technique auprès de l'Initiative Stratégique en matière de communautés, de droits humains et de genre.

Cette demande vise spécifiquement à améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux, aux services liés au VIH et à la rétention dans les soins des femmes vivant avec le VIH dans toutes leur diversité au Djibouti en identifiant les goulots d'étranglement de la prestation de services, documenter les obstacles liés aux droits humains et au genre, et proposer ou renforcer les principales interventions programmatiques pour améliorer le programme existant. L'accent sera mis sur la compréhension de la manière dont ces barrières ont affecté l'accès aux services de santé, en particulier pour les femmes vulnérables au VIH, et des suggestions sur la manière de mieux responsabiliser les systèmes de santé. En outre, conjointement avec les réseaux de PVVIH en général, ces analyses et recommandations seront utilisées comme informations stratégiques pour informer la mise en œuvre de la subvention pour le cycle 2021-2023.

### 2. But principal

L'objectif principal de cette assistance est d'examiner les données existantes et les informations stratégiques et de mener des consultations communautaires afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs pour l'observance et la rétention aux ARV chez les femmes vivant avec le VIH dans toutes leurs diversités.

Il est important de noter que l'assistance technique sera mise en œuvre par des femmes affectées par/vivant avec le VIH à travers une approche menée par la communauté sous la supervision d'un consultant. Les objectifs suivants doivent être pris en compte lors de la mission :

- Examiner les forces et les faiblesses du programme de ARV actuel, y compris les obstacles et les facilitateurs pour l'initiation du ARV, l'observance, le suivi du traitement et l'accès aux services de VIH et de SSR pour les femmes vivant avec le VIH, en mettant l'accent sur les questions spécifiques à la divulgation, au genre, aux droits humains, y compris la stigmatisation et la discrimination ;
- Organiser des consultations communautaires avec les femmes affectées par/vivant avec le VIH dans toutes leurs diversités, afin d'évaluer l'accessibilité, la disponibilité et la pertinence des services actuels liés au VIH, grâce à l'utilisation d'outils de suivi communautaire ;
- Déterminer et documenter les interventions efficaces pour surmonter les obstacles identifiés. Cela peut inclure l'évaluation et la documentation de la manière dont les différents modèles de soutien ARV individuels hors établissement et les groupes ARV communautaires peuvent aider à résoudre les problèmes identifiés ci-dessus ;
- Recommander comment les services existants peuvent être mieux adaptés aux besoins spécifiques des femmes vivant avec le VIH, avec un accent particulier sur les adolescents et les jeunes adultes vivant avec le VIH ;
- Fournir aux communautés de femmes affectées par/ vivant avec le VIH les informations nécessaires pour plaider en faveur d'activités fondées sur des données probantes lors de la mise en œuvre de la subvention du Djibouti qui abordent les obstacles liés au genre et aux droits humains à l'accès au traitement.

### 3. Activités

- Mener une revue documentaire de la subvention actuelle, de tout autre document pertinent et des études publiées pour comprendre les obstacles et les facilitateurs de l'initiation, de l'observance et de la rétention des soins ARV au Djibouti ;
- Examiner et analyser les approches communautaires actuellement mises en œuvre et la mesure dans laquelle elles permettent ou ont le potentiel de surmonter les obstacles identifiés.
- Développer une méthodologie et des instruments pour les consultations communautaires, par ex. en adaptant les outils de suivi communautaire disponibles. Les instruments examineront l'accessibilité, la disponibilité, l'abordabilité et la pertinence des services actuels liés au VIH et leur sensibilité aux femmes affectées par/vivant avec le VIH.
- Organiser une formation d'orientation pour les femmes vivant avec le VIH sur l'utilisation des outils
- Aider les femmes vivant avec le VIH formées à mener des entretiens avec des informateurs clés et à travers des groupes de discussion avec les parties prenantes, avec le personnel des établissements de santé et toute autre personne et groupes pertinents ;
- Organiser une réunion d'une journée avec les parties prenantes, avec les membres du CCM, les PVIH et d'autres parties prenantes nationales pour partager les conclusions des visites de terrain, valider les données collectées et hiérarchiser les besoins identifiés ;
- Préparer un rapport final contenant des conclusions et des recommandations pour éliminer les obstacles à l'accès aux services pour les femmes affectées par/ vivant avec le VIH ;
- Rédiger une étude de cas à soumettre à l'équipe CRG-SI mettant en évidence les enseignements généraux tirés (veuillez consulter l'annexe pour plus de détails)

## ANNEXE 3 : OUTILS DE COLLECTE

<b>OUTIL1 : QUESTIONNAIRE</b>		
<i>Femmes vivant avec le VIH</i>		
<b>1</b>	<b>CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</b>	
11	Age	1- Moins de 18 ans 2- 18-25 ans 3-26-35 ans 4-36-45 5-46 et +
12	Nationalité	1-Djiboutienne 2-Etrangère Si 2 précisez .....
13	Situation maritale	1-Célibataire 2-Marié/en couple 3-Divorcée 4-Veuve
14	Nombre enfant	1-0 2-1à3 3-4à7 4-8 et+
15	Niveau scolaire	1-Aucun 2-Primaire 3-Secondaire 4-Universitaire
16	Situation économique	1-Aucune 2-Employé de la fonction publique 3-Employé du privé 4-Activité informelle 5-Autres Précisez
17	Cohabitation	1-Parents 2-Enfants 3-Partenaire 4- Grands-parents 5-Oncles/Tantes 6-Autres Précisez
<b>2</b>	<b>MODE DE DEPISTAGE</b>	
21	Par quel mode de dépistage avez-vous pris connaissance de votre statut sérologique ?	1-Dépistage volontaire DV 2-DCIP/CPN 3-Cas contact/Index CC 4-Dépistage familial DF 5-Dépistage communautaire DC
<b>3</b>	<b>CONNAISSANCES THERAPEUTIQUES</b>	
31	Quel professionnel vous a annoncé le résultat du test?	1-Médecin 2-APS 3-Autre précisez
32	Connaissez-vous la signification de la charge virale ?	1-Oui 2-non
33	Qu'est-ce qu'une maladie chronique ?	1-Oui 2-non
<b>4</b>	<b>SITUATION PERSONNELLE ET OBSERVANCE</b>	
41	Pourriez-vous nous dire où vous êtes actuellement ?	1-Délectable 2-Indélectable
<b>5</b>	<b>OBSTACLES/FACILITATEURS</b>	



51	Quel est selon vous le principal obstacle à l'accès aux TARV	1-Argent 2-La distance 3-La peur de la divulgation
52	Quel est selon vous le principal facilitateur à l'accès aux TARV	1-Ami 2-Une association 3-Autres Précisez
6	<b>PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE</b>	
61	Souhaiteriez-vous bénéficier d'une prise en charge communautaire pour La délivrance des ARV	1-Oui 2-non

<b>OUTIL 2 : GRILLE ENTRETIEN</b>	
<i>Femmes vivant avec le VIH</i>	
<b>SERVICE CONSEIL ET DEPISTAGE</b>	
0	Ouverture : Que représente le VIH/SIDA pour vous ?
1	Pouvez-vous nous parler les raisons qui vous ont poussé, le jour où vous avez décidé de vous dépister ?
2	Quelle a été la durée de la phase d'hésitation ? Si oui, pourriez-vous développer sur les causes ?
3	Avez-vous rencontré des obstacles dans vos démarches pour se faire dépister ?
<b>L'annonce</b>	
4	Comment avez-vous vécu l'annonce du résultat
5	Dites-nous un peu vos craintes par rapport à la confidentialité/ Divulgation
	Connaissance différents modes de dépistage
6	Que diriez-vous si on vous proposait des structures de dépistage et de prise en charge communautaire
<b>RECOMMANDATIONS DEPISTAGE</b>	
7	En matière de dépistage et concernant les personnes de la communauté quels recommandations feriez-vous afin d'améliorer ce service ?
<b>SERVICES ARV</b>	
8	Depuis combien de temps êtes-vous sous traitement ?
<b>Initiation aux ARV</b>	
9	Comment vous avez vécu l'initiation au TARV ?
10	QR: votre opinion par rapport à la disponibilité des ARV et à la livraison périodique du traitement ?
11	Avez-vous bénéficié d'une ou des séances d'éducation Thérapeutique des Patients ?
12	Parler-nous de votre parcours (va et vient)
13	Pouvez-vous nous dire un peu plus si ces informations vous ont aidé à mieux comprendre le démarrage et le suivi du traitement ?
<b>L'expérience respective dans la mise sous traitement</b>	
14	Quels sont Les obstacles dans la mise en route du traitement ARV ?
15	A votre niveau, raconter-nous un peu vos astuces personnelles par rapport à votre entourage ?
16	Quelles ont été vos difficultés pour rester sous traitement ?
17	Selon vous quels sont les solutions appropriées pour améliorer la prise en charge du VIH à Djibouti ?
<b>RECOMMANDATIONS LIENS ET ADHERENCE</b>	
18	Quelles recommandations feriez en ce qui concerne les obstacles psycho-sociales ?
19	Quelles recommandations feriez en ce qui concerne les obstacles économiques et notamment en matière aide nutritionnelle ?
20	Quelles recommandations feriez-vous en ce qui concerne les obstacles liés à l'organisation administrative, le personnel ect...?
<b>SUIVI DU TARV</b>	

<b>Charge virale</b>	
21	Avez-vous disposé des bilans biologiques ?
22	QR : Racontez-nous le déroulement des bilans biologiques.
23	QR Avez-vous eu un dialogue de clarification sur le traitement ARV et les possibles effets secondaires avec le médecin ou autres prestataires ?
24	Etes-vous à l'aise avec le centre auquel vous êtes affilié ?
25	Avez-vous des difficultés dans les prestations des services au niveau des services de laboratoire ?
<b>RECOMMANDATIONS SUIVI TRAITEMENT ET SOINS</b>	
26	Quelles recommandations feriez-vous en ce qui concerne le suivi (bilan biologique, autres infections, autres)
<b>SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE</b>	
<b>Sexualité</b>	
27	Qu'est-ce qui a changé dans votre vie sexuelle depuis l'annonce du résultat
28	QR: Avez-vous accès aux services planning familiale ?
29	QR: Racontez-nous vos sentiments par rapport o votre vie de famille et surtout aux désirs d'enfant ?
<b>PTPE accueil</b>	
30	Etes-vous satisfait de la qualité de services du CPN de votre centre de santé ?
<b>PTPE Accès</b>	
31	Acceptation du dépistage
32	Comment vous a-t-on informé de votre statut sérologique ?
33	Les références vers SF (Dr Acina)
34	Le suivi du traitement pédiatrique de l'enfant
<b>RECOMMANDATIONS PTPE</b>	
35	Quelles recommandations feriez-vous en ce qui concerne la PTPE ?
<b>RECOMMANDATIONS GENERALES PEC</b>	

<b>FOCUS GROUP</b>	
<b>OUTIL1 : QUESTIONNAIRE</b>	
<i>Prestataires de sante</i>	
<b>1</b>	<b>CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES</b>
11	Sexe
12	Age
13	profession
14	Diplôme et année d'obtention
15	Structure et lieu de Formation
16	structure et lieu et de travail ?
17	Ancienneté dans la fonction
18	Ancienneté dans le poste
<b>2</b>	<b>OBSTACLES/FACILITATEURS</b>
21	Quel est le principal obstacle pour accéder aux services VIH ?
22	Quel est le principal facilitateur pour accéder aux services VIH ?
<b>3</b>	<b>PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE</b>
31	Seriez-vous favorable à une délégation des tâches telle que la délivrance ARV par exemple

<b>FOCUS GROUP</b>	
<b>OUTIL 2B: GRILLE ENTRETIEN</b>	
	<i>Prestataires de santé</i>
	<p>Comment les professionnels perçoivent ils les PVVIH ?</p> <p>Les choses s'améliorent elles ou s'aggravent-elles avec le temps ? Pour une meilleure prise en charge que proposeriez-vous ? Quels sont les principaux obstacles ? Comment répondez-vous à la peur de la divulgation, la stigmatisation voir à la discrimination ?</p> <p>Quels les principaux facilitateurs</p> <p>Etes-vous prêt à la délégation des taches notamment des prescriptions ou renouvellement des ARV et par qui ? Parmi vos patients la proportion des instables, détectables est elles sup au stable ?</p> <p>Combien de perdu de vue dans votre file active en ce moment ?</p> <p>Comment sont vos patients du point de vue de l'observance et la rétention ?</p>

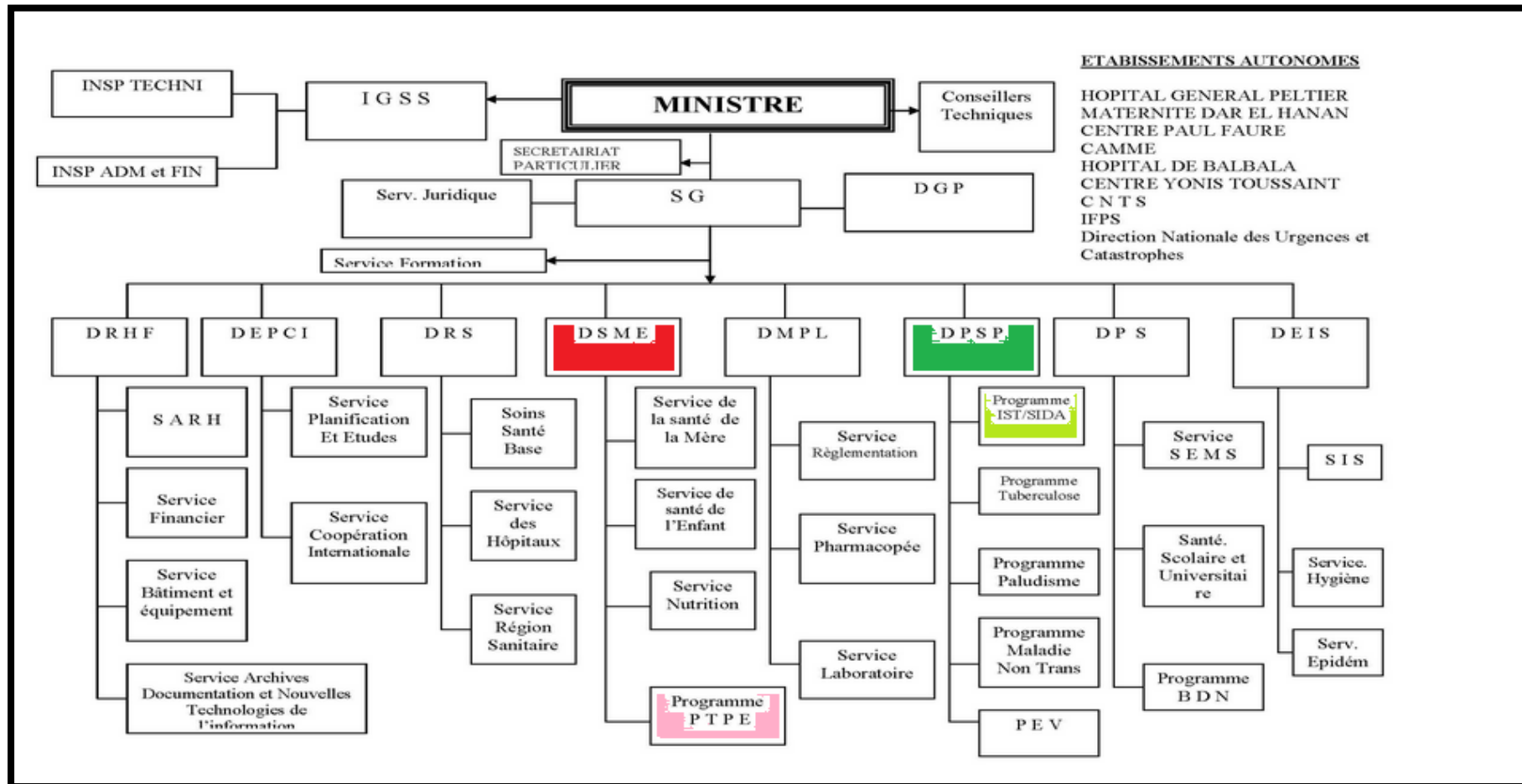
<b>VISITES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES</b>
<b>OUTIL 3 : GRILLE D'OBSERVATION</b>
<b>ACCUEIL</b>
<b>HYGIENE/POINT D'EAU</b>
<b>SALLE D'ATTENTE</b>
<b>TEMPS D'ATTENTE</b>
<b>EMPLACEMENT DU SERVICE COUSILING</b>
<b>SIGNALETIQUE</b>

<b>VISITES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES</b>
<b>OUTIL 4 : GRILLE D'ENTRETIEN</b>
Direction : Médecin
Laboratoire : Laborantin
Dépistage counseling : APS
Centre Mère Enfant : Sages-femmes

<b>VISITES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES</b>
<b>OUTIL 5 : QUESTIONNAIRE DISPONIBILITE ET PERTINENCE</b>
<b>PREVENTION</b>
Préservatif
<b>DEPISTAGE</b>
Test
<b>ARV</b>
<b>LABORATOIRE</b>
Matériel d'analyse
Intrants et consommable
<b>CENTRE MERE ENFANT</b>
Test
Contraceptif

<b>PLANNING FAMILIAL</b>
<b>LABORATOIRE</b>
Analyse biologique
Intrant et consommable
Analyse virologique
Intrant et consommable
Autres
Intrant et consommable

## ANNEXE 4 : ORGANIGRAMME DU MINISTRE DE LA SANTE

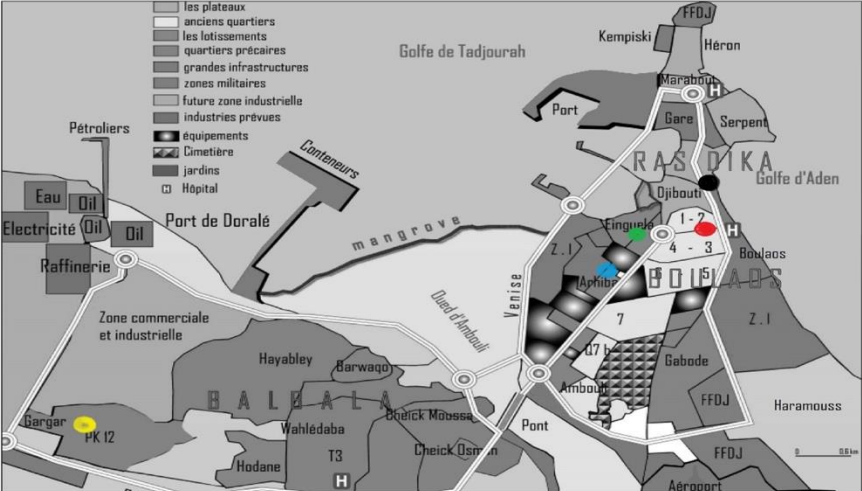


## ANNEXE 5 : LISTE DES PERSONNES CLES

<b>PERSONNES CLES RENCONTREES</b>				
1	AMINA FARAH	PLSS	Coordinatrice de programme	25-01-21
2	MOUSSA AHMED	PLSS	Responsable de l'unité PEC	28-01-21
3	DR MJ MBUWE	FHI	Project director	20-02-21
4	FARAHAD HASSAN	ONUSIDA	Directeur Pays	23-02-21
5	Omar Ali Robleh	AUTRE REGARD	Président de l'association	28-02-21
6	DR EMMA ACINA	SOLIDARITE FEMININE	Présidente de l'association	15-03-21
7	DR HALIMO	CENTRE Y.TOUSSAINT	Médecin référent	18-03-21
8	ISNINO AHMED	RNDP+	Membre du réseau	22-03-21
9	OLIVIA HANTZ	PAM	Deputy Country Director	06-04-21
10	CHEHEM BARKAT	PAM	social protection programme associate	06-04-21

# ANNEXE 6 : LOCALISATION DES CENTRES DE SANTE VISITES

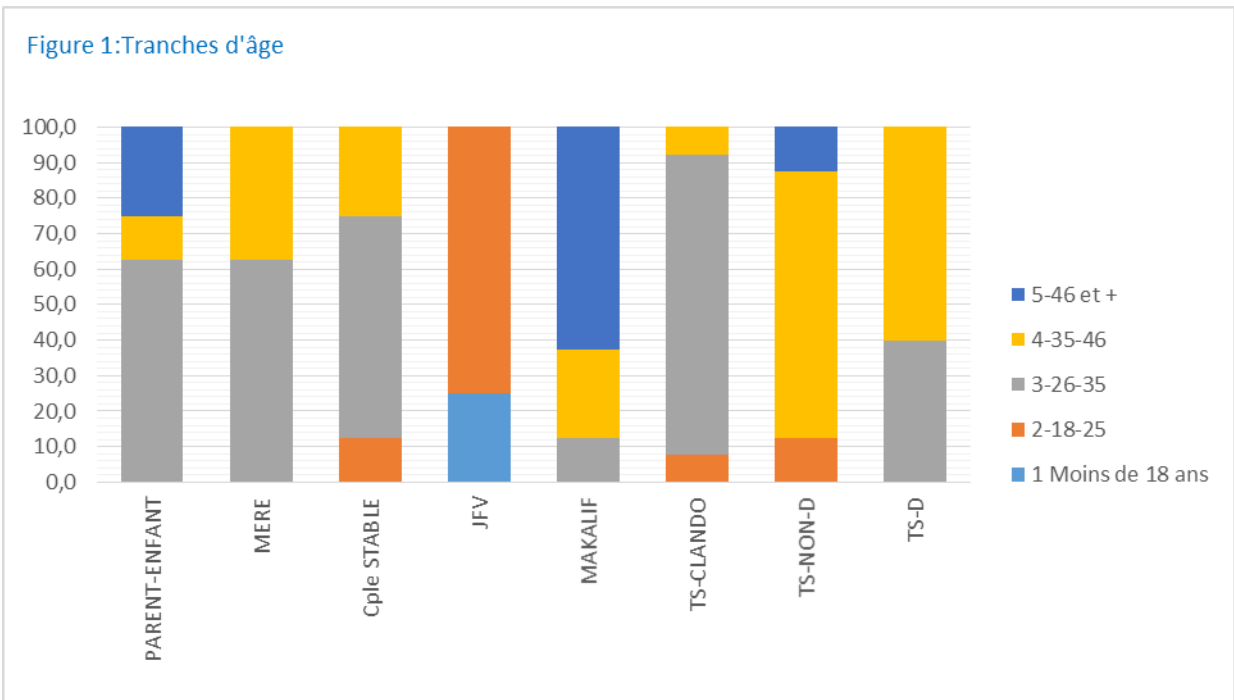
- Centre de santé Yonis Toussaint
- Centre de santé Einguela
- Centre de santé Arhiba
- Centre de santé Khor Bouhran
- Centre de santé PK12



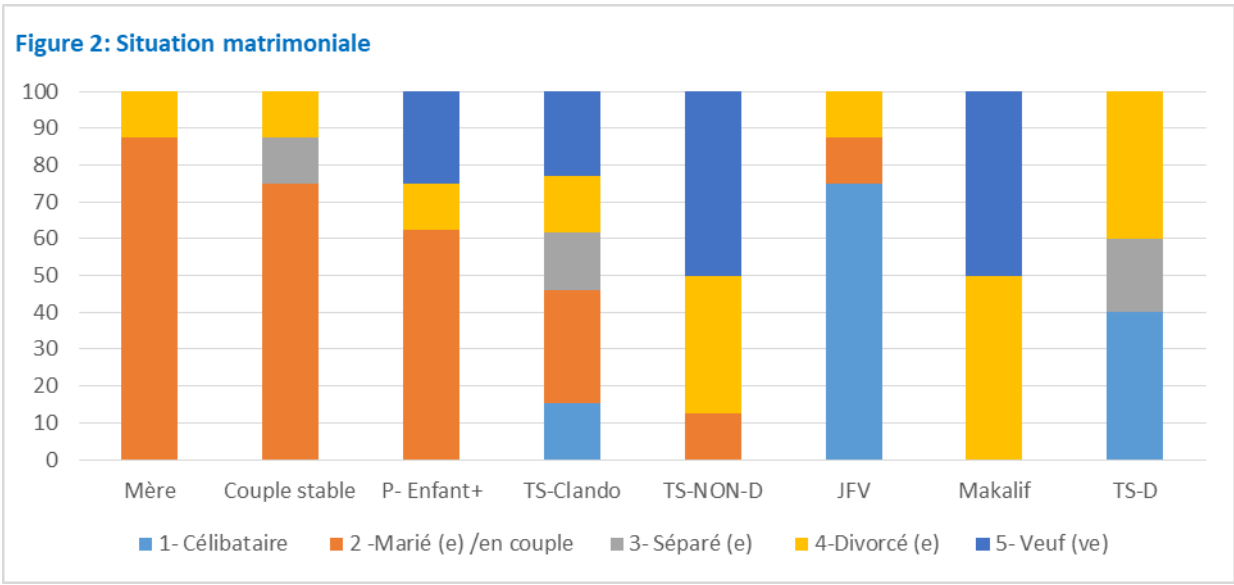
## ANNEXE 7 : RESULTATS DU QUESTIONNAIRE : FEMMES VIVANT AVEC LE VIH

VARIABLES		N=66	100%	VARIABLES		N=45	100%
CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES				CONNAISSANCES THERAPEUTIQUES			
<b>Age</b>	>18 ans	2	3	<b>Charge virale</b>	OUI	5	11
	18-25	9	14		NON	17	38
	26-35	29	44		N/R	23	51
	36-45	18	27	<b>Maladie chronique</b>	OUI	1	2
	46 et +	8	12		NON	34	76
<b>Situation maritale</b>	Célibataire	10	15	<b>Bilan CV</b>	DéTECTABLE	27	60
	Mariée /en couple	28	42		IndéTECTABLE	6	13
	Séparée	4	6		N/R	12	27
	Divorcée	12	18	<b>Observance</b>	Jamais ou quasi	31	69
Veuve	12	18	1 mois		4	9	
<b>Nationalité</b>	Djiboutienne	28	42		3 mois	3	7
	Etrangère	38	58		6 mois	1	2
	<i>dont éthiopienne</i>	32	48		<1 an	5	11
	<i>dont somalienne</i>	3	5	N/R	1	2	
	N/R	3	5	<b>OBSTACLES ET FACILITATEURS</b>			
<b>Nombre d'enfant</b>	0			<b>Principal obstacle</b>	Argent	6	13
	1-3				Distance	9	20
	4-6				Peur de la divulgation	19	42
	7 et +				Autres	8	18
<b>Niveau scolaire</b>	Aucun	44	67	<b>Principal facilitateur</b>	N/R	3	7
	Primaire	15	23		Amical	4	9
	Secondaire	5	8		Associatif	18	40
	Université	1	2		Autres précisez	16	36
	N/R	1	2		N/R	7	16
<b>Situation économique</b>	Aucune	53	80	<b>Avis sur une PEC Communautaire</b>	Favorable	11	24
	fonction publique	2	3		Non favorable	33	73
	Vendeuse de rue	7	11		N/R	1	2
	Autres:	4	6	<b>VARIABLES</b>			
VARIABLES		N=66	100%	VARIABLES		N=66	100%
MODE DE DEPISTAGE							
<b>Dépistage</b>	DV	15	23	<b>Dépistage</b>	DF	14	21
	DCIP/CPN	20	30		DC	6	9
	Cas contact	10	15		N/R	1	2
<b>DV:</b> Dépistage volontaire, <b>DCIP/CPN:</b> Dépistage Conseil Initié par le Prestataire   Consultation Pré-Natal <b>DF:</b> Dépistage familial, <b>DC:</b> Dépistage Communautaire							

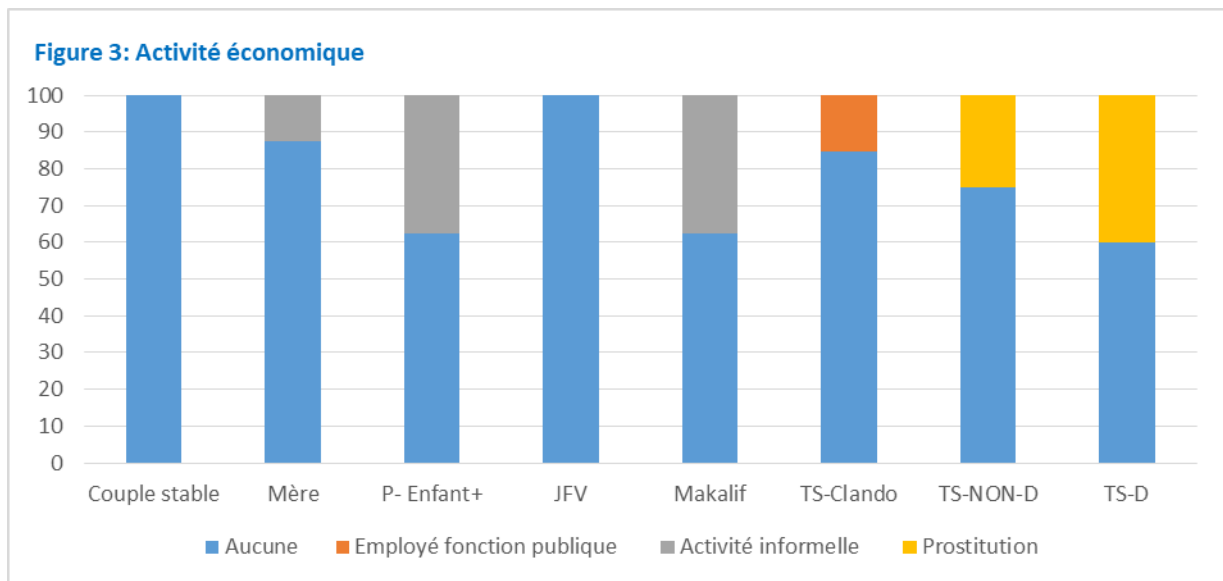




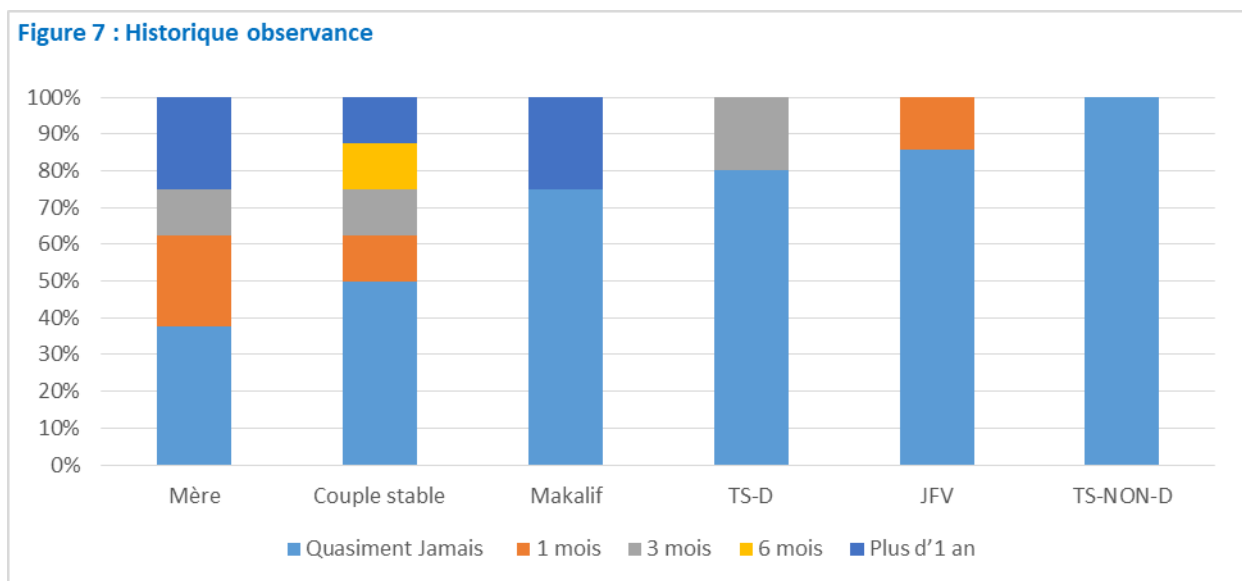
La tranche d'âge la plus représentée est celle des 26-35 ans et en moindre mesure les 35-46 ans. Les plus âgées sont les makalifs et les plus jeunes naturellement les jeunes filles vulnérables.



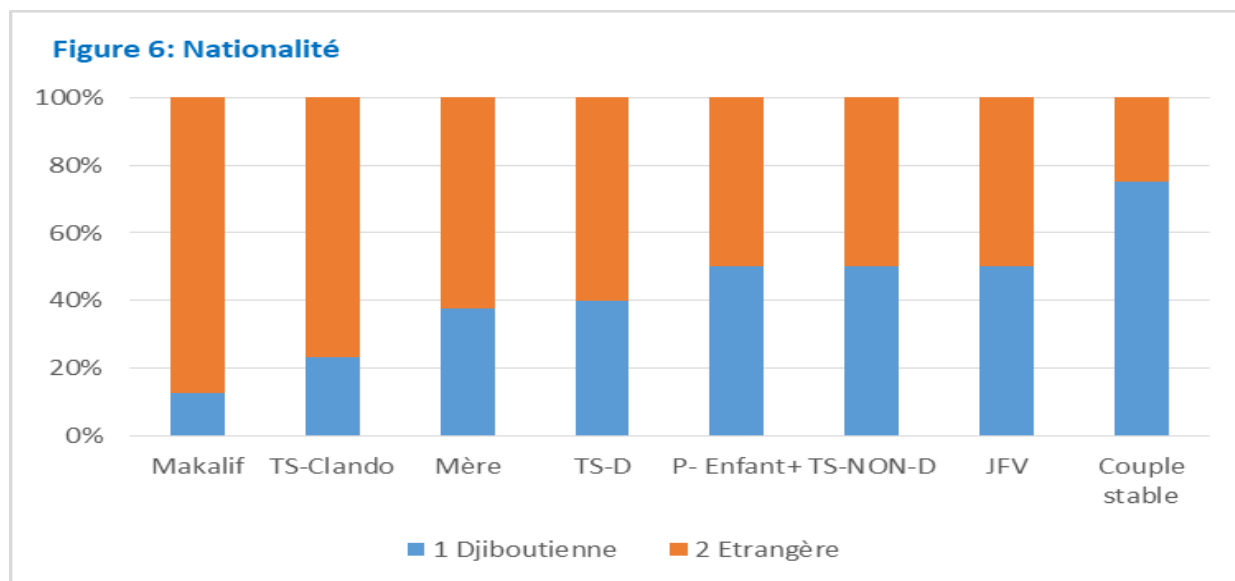
Le statut de femme mariée recoupe celle des femmes ayant contracté le VIH au sein de la famille alors que les TS sont majoritaires seules ou avec un partenaire qui bien souvent est leur souteneur.



La grande majorité des FFVVIH sont sans emploi. Cependant certaines ont des activités informelles souvent comme vendeuses de rue. Quelques TS déclarent vivre de leur activité dans la prostitution.



Actuellement, les FVVIH sont observantes. Cependant dans leur histoire, le groupe des femmes ayant contracté le VIH au sein de la famille et les makalifs sont celles qui ont connu plusieurs épisodes de décrochages où elles se sont retrouvées perdues de vue et pour certaines qui ont quitté la file active c'est-à-dire plus d'une année sans le moindre contact avec les services et sans traitement. Précisons qu'il s'agit exclusivement des personnes ayant débuté leur traitement avant 2016 avant que les recommandations du Tester-Traiter soit appliqué à Djibouti.



Globalement les TS et Makalifs sont en majorité de nationalité somalienne, éthiopienne ou sans papier. Quant' aux femmes et jeunes filles vulnérables ayant contracté les VIH au sein de la famille sont de nationalité djiboutienne ou sans papier.

## ANNEXE 8 : RESULTATS QUESTIONNAIRE/FG DES PRESTATAIRES DE SANTE

FOCUS GROUP												
OUTIL1 : QUESTIONNAIRE												
<i>Prestataires de sante</i>												
1	<b>Caractéristiques sociodémographiques</b>											
11	Sexe	M	F	F	M	M	F	F	F	F	F	F
12	Age	31	42	39	27	43	41	37	40	38	43	44
13	profession	Dr	SF	SF	LA	AT	APS	APS	APS	APS	APS	APS
14	Diplôme et année d'obtention	2016	2009	2011	2018	Formation AD HOC						
15	Structure et lieu de Formation	FM	ISSS									
16	structure et lieu et de travail ?	ARH	DEH	HGP	ARH	ENG	ENG	Q7	ASF	DEH	KB	CYT
17	Ancienneté dans la fonction	2017	2003	2003	2007	2003	2005	2011	2010	2008	2003	2003
18	Ancienneté dans le poste (année)	2020	2009	2009	2007	2005	2006	2011	2010	2012	2009	2009
2	<b>OBSTACLES/FACILITATEURS</b>											
21	Quel est le principal obstacle pour accéder aux services VIH ?	Obstacles principales sont psychosociaux (auto-stigmatisation, stigmatisation et peur de la divulgation)										
22	Quel est le principal facilitateur pour accéder aux services VIH ?	Facilitateurs principales sont les APS dans un rôle informel de délivrance des ARV à l'extérieur des CSC										
3	<b>PRISE EN CHARGE DIFFERENCIEE</b>											
31	Seriez-vous favorable à une délégation des tâches telle que la délivrance ARV par exemple	L'ensemble des prestataires sont favorables à une plus grande implication du secteur associatif et pour cela légiférer sur la délégation des tâches.										

Dr= Docteur ; SF=Sage-Femme ; LA= Laborantin ; AT=Assistant thérapeutique ; APS=Accompagnatrice psycho-Sociales FM=Facultés de médecine ; ISSS= Institut Supérieur des Sciences de la Santé

ARH=CSC Arhiba ; ENG=CSC Einguela ; DEH = Maternité Dar El Hanan ; CYI= Centre de référence Yonis Toussaint ; HGP = Hopital Général Pelletier ; KB = CSC Khor Bouhran ; ASF= Solidarité féminine

## FOCUS GROUP

### OUTIL 2B: GRILLE ENTRETIEN

#### *Prestataires de santé*

##### COMMENT LES PROFESSIONNELS PERÇOIVENT ILS LES PVVIH ?

*Pour certain des prestataires les PVVIH sont les patients des APS et rarement du médecin. Les femmes enrôlées par le PTPE sont aussi les patientes des sages-femmes*

*Les choses s'améliorent elles ou s'aggravent-elles avec le temps ? Les choses sont plus catastrophiques dans le suivi biologique des patients PVVIH, quand on connaît les difficultés pour le PVVIH d'avoir un service de labo sans stigma et nous avons écouté leurs désarrois de ces derniers avec la fiche verte de prise en charge gratuit*

##### POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE QUE PROPOSERIEZ-VOUS ?

*Les participants ont proposé pour les pluparts l'accès à des services anonymes ou elles ne sont pas pointées du doigt par les prestataires et autres bénéficiaires*

##### QUELS SONT LES PRINCIPAUX OBSTACLES ?

*La première cause étant le stigma lié aux VIH qui se traduit souvent la peur de rencontrer un membre de son entourage au niveau du centre de santé communautaire.*

##### COMMENT REPONDEZ-VOUS A LA PEUR DE LA DIVULGATION, LA STIGMATISATION VOIR A LA DISCRIMINATION ?

*Quels les principaux facilitateurs. Les principaux facilitateurs cités par les participantes étaient les plus souvent les membres de la famille (la mère). « Disons-nous la vérité quelques soit le statut à Djibouti on ne sait pas tenir notre langue » Jeune femme APS*

##### ETES-VOUS PRET A LA DELEGATION DES TACHES NOTAMMENT DES PRESCRIPTIONS OU RENOUELEMENT DES ARV ET PAR QUI ?

*Là-dessus les choses était un peu flou pour moi, mais il me semble qu'il faudrait recadre certain nombres de choses comme la prescription et le suivis du patient aux médecins et laisser aux APS le rôle éminemment important de l'accompagnement aux APS*

##### PARMI VOS PATIENTS LA PROPORTION DES INSTABLES, DETECTABLES EST ELLES SUP AU STABLE ?

*Les patients stables étaient en faible proportion par rapport aux patients détectables*

##### COMBIEN DE PERDU DE VUE DANS VOTRE FILE ACTIVE EN CE MOMENT ?

##### COMMENT SONT VOS PATIENTS DU POINT DE VUE DE L'OBSERVANCE ET LA RETENTION ?

*Un gros travail reste à faire pour améliorer l'observance des patientes sous TARV. Ce qui fait cruellement défaut est le manque d'Education Thérapeutique des patients qui devrait être géré et fait par les médecins des centre de santé de prise en charge*

##### QUE PENSEZ VOUS DE LA SUPPRESSION DES MEDECINS REFERENTS VIH DANS CHAQUE ETABLISSEMENT ?

*En 2016, nous avons adopté les recommandations de l'OMS Tester-Traiter depuis les autorités n'ont pas jugé utile de maintenir un médecin référent dans la mesure où les analyses biologiques notamment des CD4 ne demande plus d'analyse. De même le collège a été dissout. Sur ce sujet deux point de vue s'affrontent ils opposent les APS d'un côté et les médecins.*

## ANNEXE 9 : RESULTATS VISITES DES ETABLISSEMENTS

### VISITES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

#### OUTIL 3 : GRILLE D'OBSERVATION

##### INTRODUCTION DE LA PHASE DES VISITES :

*Accueil et tournée des services via une visite guidée par les APS*

##### ACCUEIL

*Seul un centre sur cinq possède un réel service d'accueil occupé par des agents*

##### HYGIENE/POINT D'EAU

*Ce domaine reste le plus insalubre dû une disponibilité variable de l'eau courante.*

##### SALLE D'ATTENTE

*Pour l'essentiel les salles d'attente sont propres et relativement accueillante. Seule une d'entre elle au moment e nos visites étaient dans un état tel qu'il démontre que le centre opère aucun filtrage à l'entrée au point qu'aucune seuil n'existe pour séparer le quartier du centre centre de santé.*

##### EMPLACEMENT DU SERVICE COUSILING

*Après plusieurs années d'accueil dans un service avec une signalétique très visible avec un panneau au fronton de la porte ; l'accueil des PVVIH sont réalisés dans des locaux certains moins visibles mais hélas dans les lieux les plus insalubres des centres de santé près des toilettes*

<b>VISITES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES</b>	
<b>OUTIL 4 : GRILLE D'ENTRETIEN</b>	
Les entretiens dans les établissements ont été abordés selon les cas et la disponibilité des prestataires de santé contrairement au focus group ceux-ci ont été interviewés en situation ce qui d'ailleurs nous a imposé d'être très réactif sans pénaliser les patients et le travail en cours.	
<b>MEDECIN</b>	
<b>LABORANTIN</b>	Souhaiterait que chaque établissement soit autonome afin d'éviter la prise en charge multi-centrique et de pouvoir maîtriser l'utilisation de matériel sophistiqué
<b>APS/ASSISTANT THERAPEUTIQUE</b>	
<b>SAGES-FEMME</b>	

<b>VISITES DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES</b>	
<b>OUTIL 5 : QUESTIONNAIRE DISPONIBILITE ET PERTINENCE</b>	
<b>PREVENTION</b>	Ruptures intempestives de préservatifs
<b>DEPISTAGE</b>	Rupture intempestive de test de dépistage
<b>ARV</b>	Une pénurie des ARV amène un rationnement à la semaine ce qui expose les patients à un risque de contamination au Covid-19. 3 <sup>ème</sup> ligne inexistante à Djibouti
<b>LABORATOIRE</b>	Dysfonctionnement du matériel. Personnel de maintenance mal formé Indisponibilité des intrants et réactifs
<b>CENTRE MERE ENFANT</b>	Les visites ont permis de renseigner la disponibilité des tests depuis le mois de fin février début mars et préservatif depuis près d'une année. Le préservatif est connoté VIH. Si bien que l'injection et les pilules sont privilégiés.
<b>Test</b>	Contraceptif ;les préservatifs ne sont Pas du tout accessibles aux jeunes filles vulnérables dans la prévention des GND et à la prévention des IST et VIH
<b>PLANNING FAMILIAL</b>	Services peu accessible sur aux femmes TS, jeunes filles en générales et encore peu aux jeunes filles en situation de vulnérabilité
<b>LABORATOIRE</b>	Les visites ont confirmé les observations réalisées lors des missions précédentes. Difficultés d'accès aux services de laboratoire pour un meilleur suivi des patients

## ANNEXE 10 : EQUIPE DE TRAVAIL

EQUIPE DE TRAVAIL			
1	Halimo Aden Elmi		Enquêtrice
2	Oubah Mohamed		Enquêtrice
3	Assia Ali Hassan		Enquêtrice
4	Linda Moussa		Enquêtrice
5	Medina Mohamed Abdallah		Enquêtrice
6	Mariam Abdallah		Enquêtrice
7	Ayan		Enquêtrice
8	Madina Awaleh		Enquêtrice
9	Samia Farah		Enquêtrice
10	Soumaya Ahmed W.		Enquêtrice
11	Fatouma Roba		Enquêtrice
12	Mahado Ali Ahmed		Enquêtrice
1	Fardoussa Ali Oubehi		Superviseur
2	Ifrah Hassan		Superviseur
3	Samia Abdillah		Superviseur
4	Hasna Ahmed Omar		Superviseur
5	Sitti Abdo Mohamed		Superviseur
6	Fozia Ahmed Dirieh		Superviseur
7	Aicha Abdillahi Hassan		Superviseur
8	Choukri Abdillahi		Superviseur
1	Oumalkhaire AHMED		Transcriptrice
2	Nasthéo YOUSOUF		Agent de saisie
1	Idylle HASSAN		Responsable de la mobilisation sociale
2	Ismaël SOUGEH		Responsable de l'enquête terrain
3	Adam HOUSSEIN		Consultant principal
COMITE DE PILOTAGE			
1	AMINA FARAH	PLSS	Coordinatrice de programme
2	DR MJ MBUWE	FHI	Project Director
3	FARAHAD HASSAN	ONUSIDA	Directeur Pays
4	DR EMMA ACINA	SOLIDARITE FEMININE	Présidente de l'association

## ANNEXE 11 : LISTE DES PARTICIPANTS ATELIER DE RESTITUTION

<b>LISTE DE PRESENCE</b>			
Projet :	ASSISTANCE TECHNIQUE FM	Date :	16/06/2021
Ligne budgétaire:	1.9.	Libellé :	REUNION DE VALIDATION DES PARTIES PRENANTES
	Nom	Fonction	Signature
1	Mme Amina FARAH	PNLS	
2	M. Gaël OLLIVIER	PNUD	ABSENT
3	M. Stéphane GALLET	Coopération française	Excusé
4	Mme Samad HASSAN	Union Européenne	
5	Mme Noura ABDI	Ministère de la Santé	Excusée
6	M. Ahmed SAAD SULTAN	CCMI	
7	Mme Olivia HANTZ	PAM	ABSENTE
8	M. Chehem BARKAT DAOUD	PAM	ABSENT
9	Mme Barbara MANZI	<del>PNUD</del> NATIONS UNIES	
10	M. Farahad HASSAN FARAH	<del>ONUSIDA</del> ONUSIDA	Excusé
11	Dr. Renée VAN DE WEERDT <i>DR EDIE - ALAIN KEMENANG</i>	OMS	Excusé
12	Mme Fatouma ALI	SANTE MERE-ENFANT	
13	Mme Halima DAOUD	RESPONSABLE PTPE	
14	M. Omar ALI ROBLEH	AUTRE REGARD	
15	M. Adam HOUSSEIN	CONSULTANT	
16	M. Ismael SOUGUEH	CONSULTANT	
17	Mme Idyle HASSAN	CONSULTANT	
18	Dr. Emma ACINA	SF	
19	Mme Katrin CHAKER	SF	
20	Mme Nagat AOUD	SF	
21	Mme Madina MOHAMED	SF	
22	Mme Cola MOHAMED	SF	
23	Mme Gamila MOHAMED	SF	
24	Mme <del>Salwa</del> <i>Malika HOUSSA</i>	SF	
25	Mme Oubah MOHAMED YOUSSEUF	Enquêtrice	
26	Mme Fatouma ROBA	Enquêtrice	
27	<i>Aicha Youssouf Abdillahi</i>	<i>combiné SR</i>	<i>aichayoussouf.abdillahi@fmil.be</i>
28	<i>Jemalaise Ahmed</i>	<i>Transcription</i> Autre Regard	

## ANNEXE 12 : COMPTE-RENDU DE L'ATELIER DE RESTITUTION

Le 16 juin 2021 a été organisé dans les locaux du CCMI une réunion avec les parties prenantes avec les membres du CCM, les PVVIH et d'autres parties prenantes nationales et internationales pour partager les conclusions des visites de terrain, valider les données collectées et hiérarchiser les besoins identifiés du rapport « Obstacles et facilitateurs à l'observance et la rétention aux ARV des Femmes Vivant avec le VIH dans toutes leurs diversités à Djibouti ». L'association Solidarité Féminine a obtenu une assistance technique financée par l'initiative stratégique, Communauté, Droits, Genre (CRG SI) du Fonds Mondial pour élaborer le rapport. L'atelier était également financé par le CRG SI.

Au terme de la présentation des consultants qui a vu les interventions remarquées et félicitées de deux enquêtrices s'étant illustrées tout au long du processus de la consultation, chacune des parties prenantes se sont exprimées.

### SYNTHÈSE DES DISCUSSIONS

#### CCMI :

- Ce rapport nous a permis de bien voir les réalités et surtout de se remettre en cause sur ce qui ne marche pas pour une prise en charge de qualité
- Nous savons aujourd'hui, ce qu'on peut faire mais aussi avec qui
- Les éclairages apportés par cette consultation communautaire, dans la prise qui tient compte des aspects communautaires a comblé un vide.
- Mais il faudrait encore apporter plus d'éléments qui nous manque cruellement comme une étude bio-comportementale qui fait défaut depuis deux décennies (2002) et qu'il faut inclure dans les recommandations du rapport

#### PLSS :

La coordinatrice est revenue sur les propos tenus lors des entretiens individuels des personnes clés durant l'enquête exploratoire où elle rappelait que la faiblesse du tissu associatif est en partie la résultante d'une gestion passée qui a trop souvent créé un tissu associatif sur des bases d'un système de subvention peu regardant sur la qualité et les capacités des associations souvent montées à la va vite.

#### CCMI/PLSS:

Ces deux institutions au regard de la faiblesse du tissu associatif a exprimé le vœu de voir les associations telles que SF dont la capacité de gérer de grands projets n'est plus à démontrer de jouer le rôle d'association mère afin de soutenir les associations représentatives mais dont les capacités actuelles ne peuvent garantir une implication dans la dynamique de prise en charge différenciée que propose cette consultation communautaire

#### COORDINATION DES NATIONS UNIES :

- A demander plus de plaidoyer pour une meilleure prise en charge y compris des aspects communautaires
- Faire ressortir les aspects de l'impact au Covid-19 dans la prise en charge globale

#### UNION EUROPEENNE :



- La représentante UE a suggéré d'impliquer les collectivités territoriales dans la prise en charge différenciée dans la mesure où le tissu associatif est encore peu important et surtout faiblement structure souvent dans l'incapacité de gérer des projets.
- Nous avons rappelé que la prise en charge différenciée s'appuie sur des interventions efficaces qui ont fait leur preuve.

**OMS :**

- Faire une revue de la stratégie de communication en tenant compte de tous les aspects y compris les prestations communautaires à venir
- L'annonce de l'arrivée prochaine d'un consultant auprès du Programme Nationale qui va certainement s'appuyer sur les travaux de la consultation communautaire.