



L'ÉTHIQUE EN ACTION

RESPECTER LES DROITS DES PERSONNES INFECTÉES OU AFFECTÉES PAR LE VIH

Guide pratique sur les principes éthiques
pour les professionnelles de santé et les usager.ères
dans la prise en charge du VIH.

Édition 2020

Remerciements

CONCEPTION ET REALISATION DU GUIDE

QUETIER Mélanie, consultante pour Sidaction
SANKARA René, consultant Kasabati pour Sidaction

RELECTURE ET COORDINATION

ABALO LIMAZIE Charles, psychologue de santé, bénévole chargé de relations à ACS
COLIN Géraldine, directrice du service des programmes internationaux, Sidaction
DOURIS Vincent, responsable des recherches opérationnelles, Sidaction
ROY Julia, chargée de programmes pays en développement et en transition, Sidaction
SUSSET Anne, coordinatrice des programmes internationaux, Sidaction
PIERSON Bérénice, responsable communication, Sidaction

GRAPHISME

SALLIT Michaël

CRÉDIT PHOTOS

SAMBA KOUNZI Régis

Sidaction remercie les associations partenaires ayant participé aux formations et partagé leurs expériences et bonnes pratiques.

Le présent document bénéficie du soutien de l'Agence Française de Développement. Néanmoins, les idées et les opinions présentées ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD.

L'ÉTHIQUE EN ACTION

RESPECTER LES DROITS DES
PERSONNES INFECTÉES OU AFFECTÉES
PAR LE VIH

Cette œuvre est mise à disposition sous licence
Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale 3.0
France. Pour voir une copie de cette licence, visitez
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/fr/>
ou écrivez à Creative Commons, PO Box 1866,
Mountain View, CA 94042, USA.



SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
ÉDITO	5
ABRÉVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I.	9
INTRODUCTION AUX PRINCIPES ETHIQUES	
CHAPITRE II.	15
CONSENTEMENT ET LIBRE CHOIX	
CHAPITRE III.	25
CONFIDENTIALITÉ ET SECRET PROFESSIONNEL	
CHAPITRE IV.	35
NON-JUGEMENT ET NON-DISCRIMINATION	
CHAPITRE V.	47
ÉQUITÉ ET DISCRIMINATION POSITIVE	
CHAPITRE VI.	59
LEÇONS TIRÉES	
CHAPITRE VII.	63
DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE	
BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES AUX CADRES LÉGAUX	67

ÉDITO

L'éthique est l'art de se questionner sur sa responsabilité, en tant qu'individu aussi bien qu'en tant que structure. Mettre en place des activités en lien avec l'éthique dans des associations de prévention et de prise en charge des personnes concernées par le VIH/sida, c'est se donner comme responsabilité le respect et la protection des droits de ces personnes.

A l'heure où certains de ces droits sont également oubliés dans une globalisation toujours plus forte, la Déclaration de Paris, rédigée en juillet 2017 en marge de l'IAS, nous a rappelé l'importance de toujours garder vivants les principes de Denver¹ et les principes GIPA (Greater Involvement of People living with Aids²) qui doivent sans cesse guider nos actions : mettre au cœur des processus et des décisions les personnes directement concernées, refuser la victimisation et la passivité en adoptant le terme de « personnes atteintes du sida », ou vivant avec le VIH dirait-on aujourd'hui, et non de victimes ou de patients, affirmer leurs droits à des soins de qualité, à l'information, au choix, à la confidentialité et à la dignité. Si nombre de ces principes nous paraissent évidents aujourd'hui, leur mise en application reste souvent incomplète et aléatoire.

Dès 2006, Sidaction s'est engagée dans un programme intitulé « Ethique dans la recherche » et qui avait pour but de défendre les droits des personnes enrôlées dans les essais. Un peu plus de 10 ans après, en lançant le programme Perspectives³, nous avons voulu remettre en avant ces questions d'éthique et de défense des droits des patients. Non seulement car la place des individus dans les dispositifs de santé publique n'est pas acquise, mais également parce que la tension toujours plus forte sur les files actives, les difficultés de financements et le poids de la gestion quotidienne ne laissent pas toujours beaucoup de temps et d'espace pour re-questionner ses pratiques, former le personnel récemment arrivé et repenser les fragiles équilibres qui régissent la vie des professionnel.les et des bénéficiaires au sein de ces structures.

Ce document se veut donc un guide pratique à destination des équipes et des usager.ères afin de permettre de remettre l'éthique au sein des pratiques quotidiennes, depuis le consentement libre et éclairé, le respect de la confidentialité et le secret médical, en passant par les grands principes de non jugement et de non discrimination. Nous espérons que ce guide sera partagé et discuté, et qu'il servira de base aux associations qui souhaitent développer une défense quotidienne et vigoureuse des droits des personnes infectées et affectées par le VIH.

Florence THUNE, Directrice générale de Sidaction

¹ [https://fr.wikisource.org/wiki/D%C3%A9claration_fondatrice_de_la_Coalition_des_personnes_atteintes_du_sida_ou_Principes_de_Denver_\(1985\)](https://fr.wikisource.org/wiki/D%C3%A9claration_fondatrice_de_la_Coalition_des_personnes_atteintes_du_sida_ou_Principes_de_Denver_(1985))

² https://data.unaids.org/pub/report/2007/jc1299-policybrief-gipa_fr.pdf

³ cofinancé par l'Agence Française de Développement

Abréviations

ACS : Action Contre le Sida
 ADN : Association Djenandoum Naasson
 AFD : Agence Française de Développement
 AMC : Aides Médicales et Charités
 ANRS : France Recherche Nord & Sud Sida-hiv, hépatites (ex-Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales)
 ARV : Antirétroviraux
 CEDAO : Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
 CA : Conseil d'administration
 CRCF : Centre régional de Recherche et de formation à la prise en Charge clinique de Fann
 GTIA : Groupe de travail interassociatif
 GTIE : Groupe de travail interassociatif sur l'Éthique
 HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
 FSF : Femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes
 MVS : Mieux Vivre avec le Sida
 NHVMAS : New HIV/AIDS Vaccine and Microbicide Advocacy Society
 ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
 PEC : Prise en Charge
 PVVIH : Personnes vivant avec le VIH
 RACINES : Recherches, Actions Communautaires, Initiatives pour un Nouvel Espoir
 RAME : Réseau pour l'Accès aux Médicaments Essentiels
 REDS : Réseau Éthique, Droits et Sida
 RESPECT : RESpect et Promotion de l'Éthique pour les Communautés
 TS : Travailleur.euses du sexe
 VAD : Visites à domicile
 VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
 Sida : Syndrome d'immunodéficience acquise
 SWAA: Society for Women and Aids in Africa
 UNESCO : United Nations for Education, Science and Culture Organisation (Organisation des Nations Unies, pour l'Éducation, la Science et la Culture)

INTRODUCTION

Ce document s'adresse en premier lieu aux équipes des associations de prise en charge de personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH, mais il peut également servir de base d'échange avec les usagers de ces structures. Les principes éthiques s'appliquent à toutes et tous, aux professionnel.les, comme aux membres des associations, aux usager.ères des services, aux membres de la direction des associations, au personnel d'appui ou aux partenaires techniques et financiers.

Ce guide pratique peut à la fois être utilisé comme source de référence pour renforcer ses connaissances, et comme outil pour favoriser l'appropriation des principes éthiques par le personnel de l'association, les partenaires... Chaque chapitre du guide peut être consulté indépendamment des autres en cas d'interrogation sur une situation vécue ou d'intérêt particulier pour un principe et son application.

À la suite d'une brève introduction le document est organisé en cinq chapitres donnant un éclairage sur des principes clés. Dans chacun de ces chapitres, constitués de façon similaire, une clarification des concepts clés est apportée. Puis, des repères légaux sont proposés ainsi qu'une liste de bons réflexes pour guider le/la lecteur.rice dans sa pratique professionnelle.

Chaque chapitre est aussi ponctué par une bonne pratique recueillie dans les associations formées en 2019 dans le cadre du programme Perspectives. À la suite de ces bonnes pratiques, des animations pédagogiques et des quiz sont proposés pour aider le/la lecteur.rice à mettre en application ces principes dans son contexte.

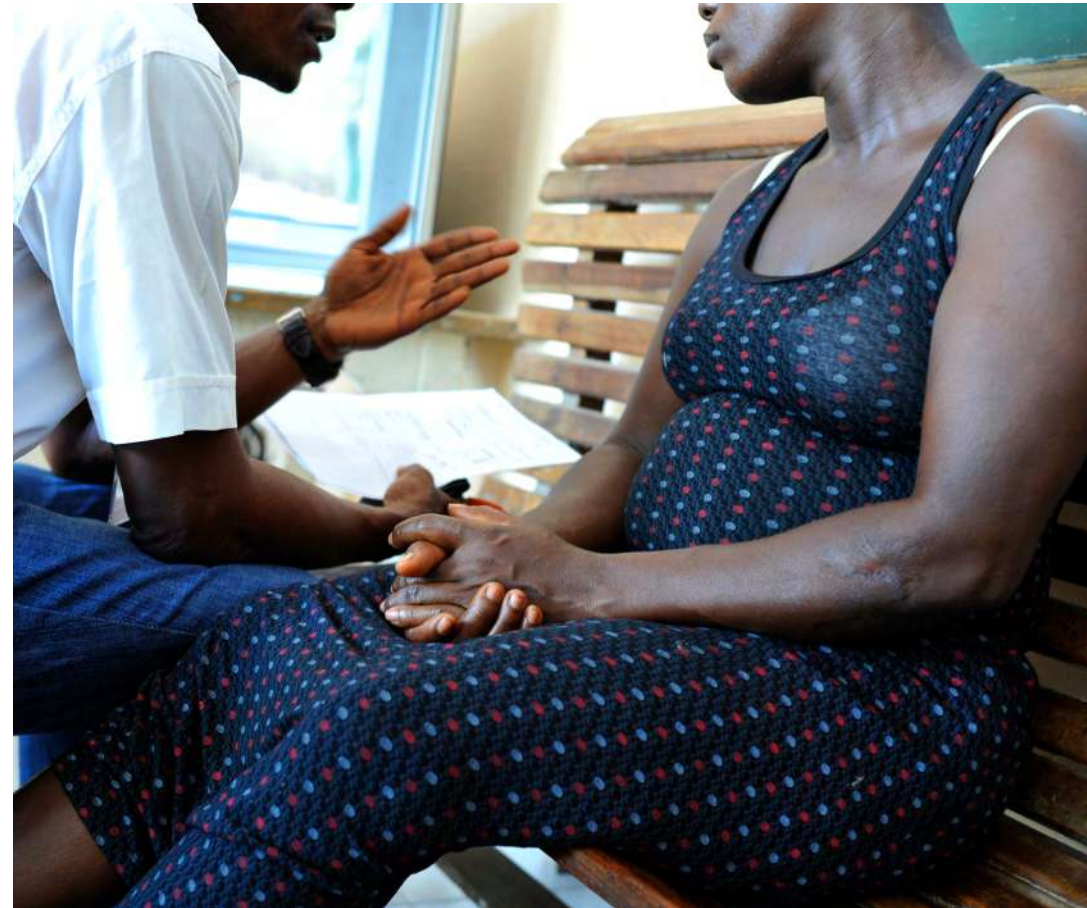
Le guide est ensuite composé d'un septième chapitre analysant les leçons apprises de l'appui aux associations en matière de respect des principes éthiques. Enfin, un chapitre proposant des pistes pour passer de la théorie à la pratique clôture ce guide, suivi d'une bibliographie pour approfondir le sujet.

Conseils méthodologiques pour reproduire une formation sur le respect des principes éthiques et des droits des usager.ères

Les modules proposés dans ce guide ainsi que les animations pédagogiques sont issus des formations menées dans sept associations auprès de 174 participant.es sur le respect des principes éthiques et des droits des usager.ères dans la prise en charge du VIH. Ce guide peut ainsi servir d'outil pour reproduire au sein de votre structure ou avec des partenaires une formation sur l'éthique dans les soins.

Quelques conseils pour organiser une formation sur le respect des principes éthiques :

- Pour explorer tous les sujets présentés dans ce guide, prévoyez environ trois jours de formation. Pensez à alterner les présentations théoriques et les animations pédagogiques encourageant la participation de tou.te.s.
- Les principes éthiques s'appliquent à l'ensemble du personnel d'une association, c'est-à-dire, les équipes des programmes, les représentants des populations clés ou des usager.ères, les équipes de soutien et d'appui (agent de sécurité, agent d'entretien...), les membres de la direction et du Conseil d'administration
- Assurez-vous d'accorder une attention spécifique aux différents types de populations vulnérables dans la présentation des grands principes éthiques (mineurs, populations clés...). Vous trouverez dans ce guide des « zooms » pour vous aider.
- Suite à la formation, appuyez les participant.es pour identifier les axes d'amélioration dans leur quotidien ainsi que les bonnes pratiques et les outils déjà utilisés à généraliser ou approfondir. Ce travail peut prendre la forme d'un plan de suivi des recommandations pour concrétiser le renforcement du respect des principes éthiques. Un comité de pilotage peut être créé pour assurer la mise en œuvre des recommandations et faire des rappels réguliers sur l'éthique dans les soins (voir chapitre VII).





CHAPITRE I

INTRODUCTION AUX PRINCIPES ÉTHIQUES

INTRODUCTION AUX PRINCIPES ÉTHIQUES

Définition

L'évolution de l'éthique a été marquée à travers l'histoire par les progrès techniques de la médecine. Dès le 18^{ème} siècle, des philosophes s'interrogent sur le progrès technique et scientifique, se demandant : « Quelles règles et quel comportement doit adopter celui ou celle qui utilise la technique pour en démontrer les bénéfices attendus ? ». A l'aube du 20^{ème} siècle, les découvertes scientifiques se sont succédé dans de nombreux domaines de la médecine, renforçant encore la nécessité d'une réflexion sur le concept d'éthique. C'est en 1947, avec la découverte des expérimentations nazies, que l'on a vu renaître l'éthique formalisée par la rédaction du « code de Nuremberg ». Ce code est né lors du jugement rendu pendant le procès de Nuremberg, des médecins et scientifiques ayant pratiqué des expérimentations sur des personnes déportées pendant la Seconde Guerre Mondiale. Il est constitué de dix critères, qui définissent si une expérimentation humaine est acceptable et légitime, d'un point de vue moral, éthique et légal.

Le processus du respect de l'éthique dans la santé s'est ensuite consolidé avec la déclaration d'Helsinki de 1964¹, élaborée par l'Association médicale mondiale et visant à mettre en place de nombreuses mesures de sécurité pour protéger les participant.es à des expériences sur l'être humain. D'autres textes internationaux ont ensuite suivi et inspiré des textes nationaux. Ils ont ainsi contribué à créer un passage de l'éthique au droit, et à son intégration dans la démarche naturelle du chercheur et du soignant.

Animation pédagogique

Lorsque l'on parle d'éthique, le concept entretient une forte confusion entre la déontologie, la morale et la légalité. Il convient donc de clarifier ces notions.

La déontologie est l'expression juridique des morales et techniques d'une profession. C'est un ensemble de codes comportementaux, de normes et protocoles qui encadrent l'exercice d'une profession. Contrairement à l'éthique qui intéresse l'ensemble des individus de la société, la déontologie ne concerne qu'un groupe de personnes dont la caractéristique est d'exercer la même profession.

La morale, c'est un ensemble de règles de conduite, considérées comme bonnes de façon absolue. La morale se réfère à un ensemble de valeurs et de principes, qui peut varier selon la religion, la culture et l'époque, qui permet de différencier le bien du mal, le juste de l'injuste, l'acceptable de l'inacceptable, et auxquels il faudrait se conformer.

→ La morale est donc relative.

La légalité fait référence à ce qui est conforme à une loi en tant que règle écrite, générale et permanente élaborée par une instance qui a pouvoir de légiférer. La légalité interpelle l'individu et le met en face de textes de loi.

Ces trois dimensions ne fournissent pas toujours des réponses adaptées ou suffisantes pour que la ou le professionnel.le puisse agir devant des situations particulières, devant un doute profond ou un dilemme essentiel. C'est pour cela que l'éthique fait partie intégrante de la réflexion du professionnel, et représente un outil essentiel de l'action.

L'éthique est une discipline qui réfléchit sur les finalités et les valeurs de l'existence, sur la notion de « bien » ou les questions de mœurs.

L'éthique constitue une réflexion théorique et permanente sur les normes, et interroge les valeurs et les principes moraux qui devraient orienter nos actions dans différentes situations. C'est une quête inlassable, une recherche de sens qui met l'individu face à lui-même, sa conscience, et son milieu social : quel sens cette décision ou cet acte a pour ma vie ? Quelles sont les conséquences de mes actes en ce moment, ou plus tard ?

L'éthique est la définition des comportements acceptables dans **une recherche d'idéal de société**.

L'éthique moderne est centrée sur l'individu, et le respect de la personne humaine en est la clé de voûte. C'est le principe qui vise à protéger les intérêts multiples et interdépendants de la personne, allant de l'intégrité corporelle à l'intégrité psychologique ou culturelle.

→ En cela, l'éthique précède la morale, et ses principes fondamentaux sont universels.

Les trois piliers des principes éthiques fondamentaux sont :

- Le respect de la personne humaine.
Les usager.ères doivent être traité.es comme des personnes capables de prendre elles-mêmes des décisions les concernant et d'exercer leur jugement.
- La justice ou l'équité
C'est l'obligation de répartir de manière équitable les ressources médicales, de même que les bienfaits et les risques d'une pratique médicale. Cela renvoie encore aux faits de favoriser un accès et une qualité de soin, en fonction des besoins et vulnérabilités spécifiques des personnes.

1 - La Déclaration d'Helsinki, élaborée par l'Association médicale mondiale, est une déclaration de principes éthiques dont l'objectif est de fournir des recommandations aux médecins et autres participant.es à la recherche médicale sur des êtres humains. L'AMM a été fondée le 18 septembre 1947.

- La bienveillance, ou la non-malfaisance
Les usager.ères doivent être traité.es d'une manière qui respecte leurs décisions et veille à leur bien-être. Ces notions renvoient aux normes exprimant l'obligation de procurer des bienfaits au malade et de ne pas lui nuire, en trouvant l'équilibre entre les risques éventuels et les bénéfices attendus d'une action sur sa santé (les bénéfices attendus devant l'emporter).

Animation pédagogique

Le tableau ci-dessous va énoncer des affirmations pour lesquelles vous devrez cocher la case « vrai » ou « faux » en fonction de votre avis, puis argumenter votre choix.

Cette animation peut se faire de manière individuelle pour évaluer le niveau des connaissances, ou en groupe afin de permettre l'échange et la réflexion.

	Affirmations	Vrai	Faux
1	Les principes éthiques fondamentaux varient d'un pays à l'autre, en fonction de la culture.		
2	Il est éthiquement correct de divulguer des informations confidentielles sur les patient.es.		
3	Le secret médical, c'est la même chose que le secret professionnel.		
4	Toute différence de traitement n'est pas toujours discriminatoire.		
5	Il vaut mieux tenter d'aider une personne, même si cela entraîne de conséquences négatives pour elle, que de ne rien faire.		
6	Les informations à caractère confidentiel ne peuvent être connues que des soignant.es et des patient.es eux/elles-mêmes..		
7	Le consentement éclairé des patient.es peut être obtenu auprès d'une tierce personne dans certaines situations,		
8	Aucun acte médical ne peut se faire sans le consentement de la personne.		
9	Un.e conseiller.e psychosocial.e très religieux.se et pratiquant.e peut refuser de mener un entretien de dépistage avec un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes.		
10	Le respect de la dignité humaine est au cœur des principes éthiques.		

	Affirmations	Vrai	Faux
1	Réponse : faux. L'éthique est la définition des comportements acceptables ou non, à travers un raisonnement qui tend à l'universel. En cela, l'éthique précéderait la morale, et à l'inverse de la morale, les principes éthiques fondamentaux ne varient pas selon la culture ou la religion.		X
2	Réponse : faux. Sauf si le/la patient.e y consent, ou lorsqu'il y a une menace réelle ou imminente pour le/la patient.e et que cette menace peut être neutralisée en rompant la confidentialité (Code international d'éthique de l'Association médicale mondiale)		X
3	Réponse : faux. Le secret professionnel est plus vaste. Il peut être médical, familial, d'État, bancaire, etc. Le secret médical fait partie du secret professionnel.		X
4	Réponse : vrai. Une différence de traitement peut en réalité relever de mesures mises en place pour favoriser un groupe vulnérable ou stigmatisé. Cela s'appelle la discrimination positive. Par exemple, les sièges réservés dans les transports publics pour les personnes âgées ou enceintes constituent une différence de traitement qui n'est pas discriminatoire envers les personnes jeunes et non-enceintes.	X	
5	Réponse : faux. Le principe de ne pas nuire est un principe fondamental. Avant d'aider quelqu'un, il est du devoir du professionnel de réfléchir aux conséquences de ses actes. Si les conséquences sont plus négatives que positives pour la personne, il a alors obligation de s'abstenir selon le principe « en premier, ne pas nuire ».		X
6	Réponse : faux. Dans le cadre du secret partagé, toute personne impliquée dans la prise en charge pluridisciplinaire peut connaître les informations confidentielles.		X
7	Réponse : vrai. Dans certains cas, le consentement peut être obtenu auprès d'une tierce personne, comme dans le cas d'un.e mineur.e, où le consentement est recueilli auprès des parents ou des tuteurs.	X	
8	Réponse : vrai. Un des principes fondamentaux est le consentement libre et éclairé pour tout acte médical. Il existe des exceptions lorsque le pronostic vital est engagé et lorsqu'une personne de confiance est désignée.	X	
9	Réponse : faux. Refuser de traiter une personne (entretien de dépistage, dépistage, soins et traitement) relève de la discrimination, et est passible de sanctions par la loi.		X
10	Réponse : vrai. Le respect de la personne humaine est la clé de voûte de l'éthique moderne. C'est le principe qui vise à protéger les intérêts multiples et interdépendants de la personne, allant de l'intégrité corporelle à l'intégrité psychologique ou culturelle.	X	

Histoire insolite !

Les histoires insolites présentées dans ce guide permettent d'illustrer des cas pratiques que peuvent rencontrer les professionnel.les au quotidien. Ces histoires nous incitent à réfléchir à nos actions et aux attitudes à adopter pour respecter l'éthique et les droits des usager.ères.

Il harcèle un homme jusqu'à sa nuit de noce, pour le dissuader d'avoir des rapports non-protégés avec la femme qu'il vient d'épouser

Un conseiller psychosocial a vécu un cas de conscience qui l'a plongé dans une grande tension psychologique. Il a déployé de nombreux plans pour éviter l'irréparable, sans reculer devant la difficulté de la situation.

En effet, un de ses amis fréquentait une fille, et leur mariage était programmé. Le conseiller connaissait bien la future épouse, car elle faisait partie de la file active de sa structure. Comment faire ? Laisser son ami s'engager dans cette aventure, tout en sachant que sa fiancée était séropositive ? Il tenta de susciter un doute chez lui en lui posant diverses questions, tout en prenant cependant soin de ne pas lui révéler la sérologie de sa future femme : « As-tu veillé à faire le test du VIH avant de t'engager dans ce mariage ? En tous cas, je te demande de prendre des précautions. ». Il n'obtint pas de réponses satisfaisantes, et continua alors ses manœuvres pour tenter d'empêcher son ami d'avoir des rapports sexuels non-protégés avec sa femme.

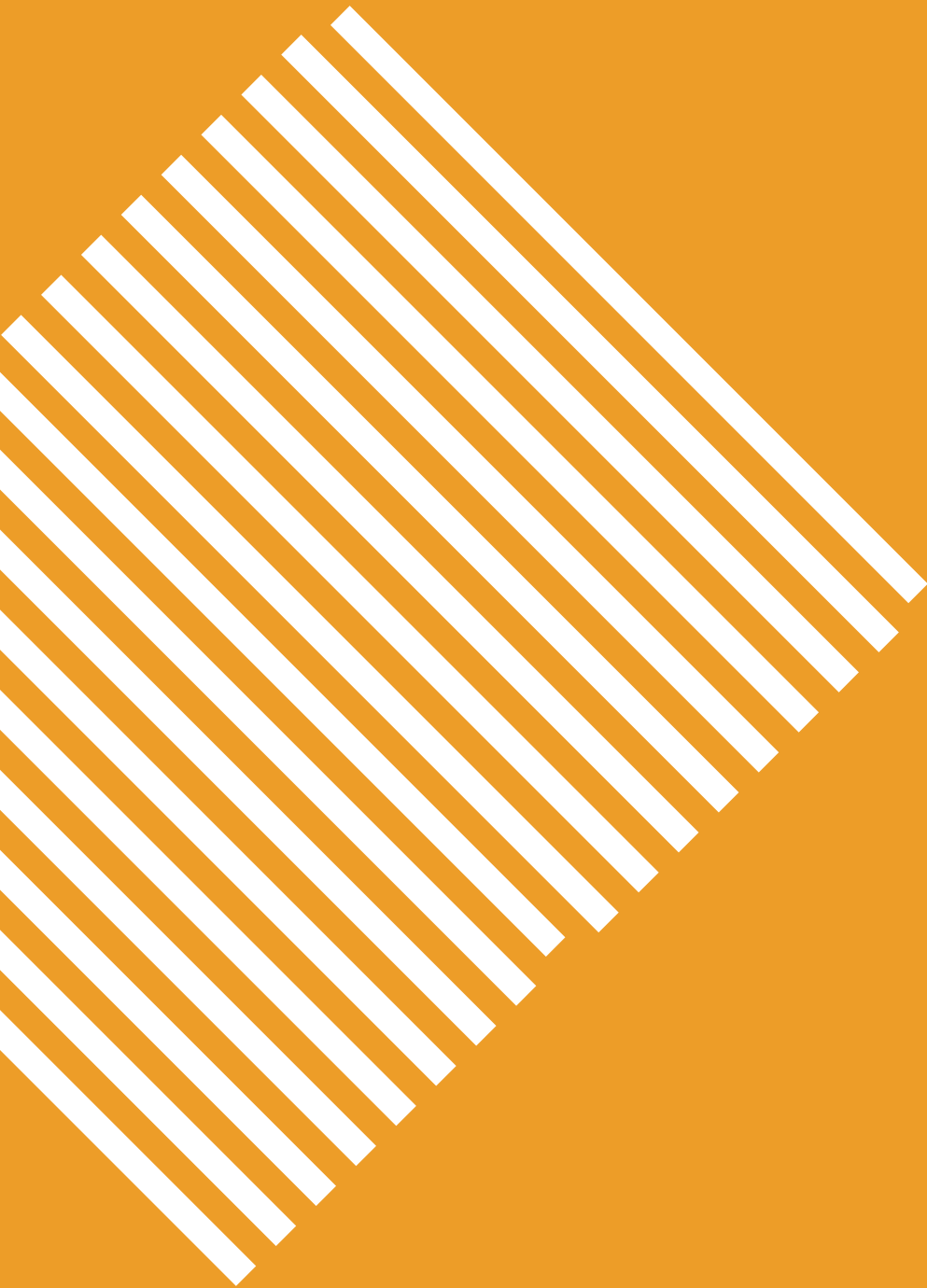
Le soir du mariage, vers 22 heures, il lui téléphona, en lui sommant de se protéger pendant leurs rapports sexuels et de se résoudre à faire un test le plus tôt possible.

Épilogue

Bien que tout.e professionnel.le puisse vouloir informer et protéger son entourage, la révélation d'une information confidentielle, explicitement ou indirectement, comme c'est le cas dans cette histoire, va à l'encontre de l'éthique et souvent de la loi.

Influencer la décision d'un test VIH, dévoiler des informations sur une autre personne ou faire des sous-entendus à son sujet sans son accord préalable, au motif de liens sociaux, sont considérés comme des ruptures de confidentialité et sont bien souvent pénalisés par la loi.

Le conseiller psychosocial aurait pu ouvrir une discussion avec la patiente en lui proposant de l'accompagner dans le processus de partage de son statut sérologique avec son futur époux. Même en cas de refus de la patiente, tout.e professionnel.le doit respecter la réponse et la volonté de l'interlocuteur.rice et ne pas intervenir dans ses relations. Ce principe s'applique autant aux équipes des programmes qu'au personnel d'appui, de direction...



CHAPITRE II

CONSENTEMENT ET LIBRE CHOIX

CONSENTEMENT ET LIBRE CHOIX

Les principes du consentement et du libre choix sont une application concrète du principe fondamental du respect de la personne humaine. L'autonomie et la responsabilité de chaque personne sont considérées comme des valeurs fondamentales.

Ainsi, la participation de chacun.e aux prises de décisions concernant son propre corps et sa santé est reconnue comme un droit.

Consentement libre et éclairé

Le consentement éclairé est un processus durant lequel les avantages, les risques et les exigences d'un acte médical (dépistage, examen, mise sous traitement) ou d'une recherche sont clairement expliqués à un individu, pour qu'il puisse décider, en toute connaissance de cause, de réaliser ou non cet acte médical, de se soumettre ou non à des soins, de participer ou non à une recherche.

Le but du consentement éclairé est d'affirmer l'autonomie de l'individu, de favoriser son droit à l'autodétermination, de protéger et de respecter son statut d'être humain et non d'objet.

Ce principe signifie en pratique l'ouverture d'un dialogue, l'établissement de procédures et le respect des exigences, sans lesquelles une personne pressentie ne pourrait donner de consentement libre et éclairé. Le consentement nécessite alors une compréhension de la situation, des enjeux et du traitement proposé et une autonomie dans la décision.

Caractéristiques du consentement libre et éclairé :

On peut retenir quatre caractéristiques essentielles au consentement. Il doit être à la fois libre, révoquant, éclairé et spécifique.

- **Libre** : l'usager.ère doit prendre sa décision sans contrainte ou pression. Le consentement libre est aussi le droit de pouvoir dire non : toute personne peut refuser des soins sans justifier les raisons de son refus et sans craindre des représailles, ou une moindre qualité des futurs services.
- **Révoquant à tout moment** : l'usager.ère peut finalement retirer son consentement.
- **Éclairé** : il fait suite à une information médicale complète, expliquant les avantages comme les inconvénients, les alternatives existantes, dans un langage adapté permettant au/à la patient.e de prendre sa décision.
- **Spécifique** et explicite pour chaque étape de la relation de soin.

En pratique, cela engage les professionnel.les de santé :

- à fournir une information loyale, claire et appropriée aux usager.ères sur leur état, les investigations et les soins qui leur sont proposés, et adaptée à leur degré de compréhension ;
- à respecter la volonté de la personne et à rechercher le consentement préalable à toute mise en œuvre d'actes médicaux ou de soins.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucun acte ne peut être réalisé, sauf en urgence, sans que la personne de confiance, la famille, ou à défaut un de ses proches, n'ait été consulté.

Zoom sur le principe éthique fondamental de la bienfaisance appliquée aux mineur.es :

- Définition d'un.e mineur.e : individu de sexe féminin ou masculin qui n'a pas atteint l'âge de 18 ou 20 ans révolus en fonction des contextes nationaux.
- Le/la mineur.e est frappé.e d'une incapacité d'exercice, ou sous un régime de protection visant à éviter tout abus de sa méconnaissance.
- Le/la mineur.e reste soit sous l'autorité de ses père et mère jusqu'à sa majorité ou son émancipation (par le mariage ou par voie judiciaire), soit sous le régime de tutelle en cas de décès des parents². De ce fait, toutes les décisions importantes et les principaux actes de la vie courante sont pris par les titulaires de l'autorité parentale : c'est le cas des décisions relatives aux soins médicaux.
- D'une façon générale, le/la professionnel.le de santé qui donne des soins à un enfant doit informer ses représentants légaux sur la maladie, les actes et les traitements proposés, leurs avantages et risques, les alternatives thérapeutiques, les conséquences d'une abstention ou d'un refus.
- Mais le/la mineur.e a le droit de recevoir une information selon son degré de maturité, et son consentement doit être recherché systématiquement s'il/elle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Cadre légal

Des textes à caractère général sur la santé ou des lois spécifiques en Afrique existent et affirment l'exigence du consentement libre et éclairé du patient avant tout acte médical.

- Codes harmonisés de déontologie et d'exercice des médecins dans l'espace CEDEAO de 2013

Article 150 : consentement ou refus de traitement par les patients. Le praticien ne peut prodiguer des soins au patient lorsqu'il est sous l'influence de l'alcool ou autres substances nocives. Le praticien doit toujours rechercher le consentement éclairé de la personne examinée ou soignée. Lorsque celle-ci, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le praticien peut se retirer de la prise en charge du patient après l'avoir informé des risques encourus. Si le patient est incapable d'exprimer sa volonté, le praticien intervient, après avoir prévenu et informé les proches, sauf urgence ou impossibilité.

- Convention relative aux droits de l'enfant de 1989

Article 3-alinéa 1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

- Loi N°2015-3 du 26 mai 2015 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH du Niger

Article 2. Le consentement s'entend : « Accord verbal ou écrit donné par une personne pour se soumettre à un test ou une prise en charge médico-sociale après avoir reçu toutes les informations y afférentes (y compris le counselling), et donné librement, sans menace, coercition, contrainte, fraude, influence induite, erreur ou fausse représentation, à la lumière d'informations transmises préalablement au test ou autre procédure, dans un langage et d'une manière que la personne peut comprendre ».

Bons réflexes

- Assurez-vous que l'usager.ère ait bien compris les informations données.
- Veillez à recueillir systématiquement le consentement de l'usager.ère avant tout acte médical (dépistage, examen, mise sous traitement, etc.).
- Considérez l'usager.ère comme un être capable de prendre les meilleures décisions pour lui-même ou elle-même, y compris lorsque ces décisions peuvent aller à l'encontre des conseils fournis.

- Privilégiez une relation de collaboration, d'accompagnement, en recherchant l'implication de l'usager.ère dans les décisions et sa participation active dans la relation de soin.
- Privilégiez l'approche « faire avec » et non « faire pour ».
- Acceptez de partager une partie de votre savoir et donc de perdre un peu de votre pouvoir !

BONNE PRATIQUE N°1 : Consentement éclairé (RACINES, Bénin)

Titre : Mise en pratique d'un consentement éclairé écrit pour les dépistages du VIH et pour les visites à domicile par les équipes psychosociales de la clinique de l'ONG RACINES.

→ Pourquoi avoir développé cette pratique ?

Plusieurs constats ont amené les équipes à mettre en place le recueil par écrit du consentement avant les dépistages, mais également pour les visites à domiciles. En effet, dans ces deux cas, des conflits entre le personnel et les usager.ères avaient éclaté et demandaient donc de regarder de plus près comment le consentement était récolté.

Pour les dépistages, il existait des entretiens individuels, à trois ou même collectifs, et dans le cas des entretiens de counselling pré-tests, il était difficile d'évaluer le consentement libre et éclairé des usager.ères, même s'ils se rendaient ensuite auprès des personnels de santé pour le dépistage.

Les visites à domicile étaient réalisées pour les personnes perdues de vue, les enfants infectés et les familles en difficulté, dans le but de donner aux usager.ères du centre une meilleure prise en charge.

Parfois, dans le cadre des visites à domicile, les usager.ères ayant donné leur consentement à l'oral ne s'en souvenaient pas, ou n'avaient pas partagé l'information avec leur conjoint ou conjointe, ce qui créait des situations conflictuelles et de mécontentement (entre conjoint et conjointe, entre médiateur et couple).

→ En quoi consiste-t-elle exactement ?

Le recueil du consentement par écrit a permis de prendre un temps officiel avec l'usager.ère pendant l'entretien pré-test ou pendant la consultation, pour rappeler le principe du consentement libre et éclairé. Il sert de guide au/à la professionnel.le de santé pour s'assurer que l'usager.ère a bien compris les informations et donne bien son accord. Le consentement éclairé et signé est véritablement le passeport pour le dépistage de tous les usager.ères qui désirent connaître leur statut.

De plus, ce document permet de garder la trace du recueil de ce consentement en cas de suivi et de relais entre différent.es professionnel.les de santé, mais aussi en cas de conflit avec l'usager.ère ou sa famille.

Les acteurs du volet psychosocial ont donc à leur tour élaboré une fiche de consentement éclairé et de respect du libre choix pour les VAD. Dans celle-ci, l'usager.ère donne son consentement, et s'y trouve également celui du conjoint ou de la conjointe. Aujourd'hui, dans le cadre des VAD pour les nouveaux patients mineurs, ce document est rempli avec les parents ou les tuteur.rices, dès la première rencontre.

→ **Quels changements observe-t-on grâce à cette pratique ?**

Le fait d'institutionnaliser une fiche de consentement écrit a permis au/à la professionnel.le de santé de prendre plus de temps pour expliquer de quoi il s'agissait. Cette approche a donc réduit les conflits d'incompréhension entre les soignant.es et les patient.es. Il faut noter que cette exigence n'a pas perturbé la bonne fréquentation du service. Après les séances de sensibilisation faites aux patient.es, tous les usager.ères qui bénéficiaient de VAD ont été rappelés pour signer un accord écrit, sur lequel toutes les conditions des VAD sont expliquées (ressources humaines et matérielles, fréquence, horaires, etc.). L'association a remarqué des VAD plus fructueuses, et en 2019 aucune situation embarrassante ne s'est produite.

→ **Quels sont les facteurs de réussite et qui sont les acteurs impliqués ?**

La disponibilité, le professionnalisme et l'engagement de tous les acteurs ont été les principaux facteurs de réussite, ainsi que la mobilisation des médiateur.rices du centre pour sensibiliser les patient.es sur cette nouvelle pratique, et le temps que le personnel de santé a pris à chaque fois qu'il le fallait.

Animation pédagogique

Étude de cas sur la violation du principe du recueil de consentement.

Une jeune femme vient vous voir en consultation médicale dans votre clinique qui offre des services VIH, IST et de planification familiale (PF) pour faire un test de grossesse. Elle est assez inquiète, car elle n'a pas ses menstruations depuis plusieurs semaines. Par ailleurs, au fil de la conversation, vous vous rendez compte qu'elle a eu plusieurs partenaires sexuels avec lesquels elle ne s'est pas protégée. Vous lui proposez de faire un test de grossesse et lui demandez si elle connaît le VIH et les autres IST. Elle répète qu'elle vient pour un test de grossesse, elle est très angoissée et n'écoute pas.

Vous lui faites un test de grossesse et en profitez pour lui faire également un test de la syphilis.

Elle est positive à la syphilis, mais n'est pas enceinte. Vous commencez par la nouvelle de la syphilis. Quand elle entend ce résultat elle est prise de panique et part en claquant la porte et n'emporte pas ses tests. Vous n'avez même pas eu le temps de la rassurer quant à sa grossesse, ni même de lui proposer de traitement.

QUESTIONS POUR OUVRIR LE DÉBAT ET L'ANALYSE DU CAS :

1. **Expliquez brièvement** avec vos mots ce que vous comprenez de la scène.
2. Que se passe-t-il à la fin ? Imaginez **quelles pourraient être les conséquences** (pour la jeune femme, pour l'association, etc.).
3. Selon vous, **quels principes éthiques** ont été violés ?
4. Qu'est-ce que **le/la professionnel.le de santé** aurait dû faire **différemment** ?

RÉPONSES ET ACCOMPAGNEMENT POUR LE DÉBAT :

1. Accompagnez le groupe à dire brièvement avec ses propres mots ce qu'il a compris de la scène et laissez les participant.es s'exprimer sur l'attitude du/de la professionnel.le de santé.
2. Échangez avec le groupe sur les potentielles conséquences du non-recueil du consentement, qui peuvent aller de la plus simple (l'usagère ne revient pas au centre, l'association perd de la crédibilité, l'usagère s'endette pour aller faire un test de dépistage dans une clinique privée, l'usagère ne se soigne pas pour la syphilis et ses partenaires sexuels risquent d'être contaminés, elle risque de devenir stérile car elle ne soigne pas à temps la syphilis), à la plus fatale (l'usagère se suicide).
3. Les différents principes éthiques qui ont été violés sont le recueil du consentement avant un test, le jugement par rapport à son activité sexuelle, la bienfaisance ou la non-malfaisance.
4. Les bonnes pratiques qu'aurait dû observer le/la professionnel.le de santé sont : l'écoute et l'empathie, répondre à la première demande de la femme (à savoir le test de grossesse), le non-jugement par rapport à son activité sexuelle, le respect du libre choix, proposer à la personne de revenir faire un test plus tard, après l'avoir rassurée sur le fait qu'elle n'était pas enceinte, etc.

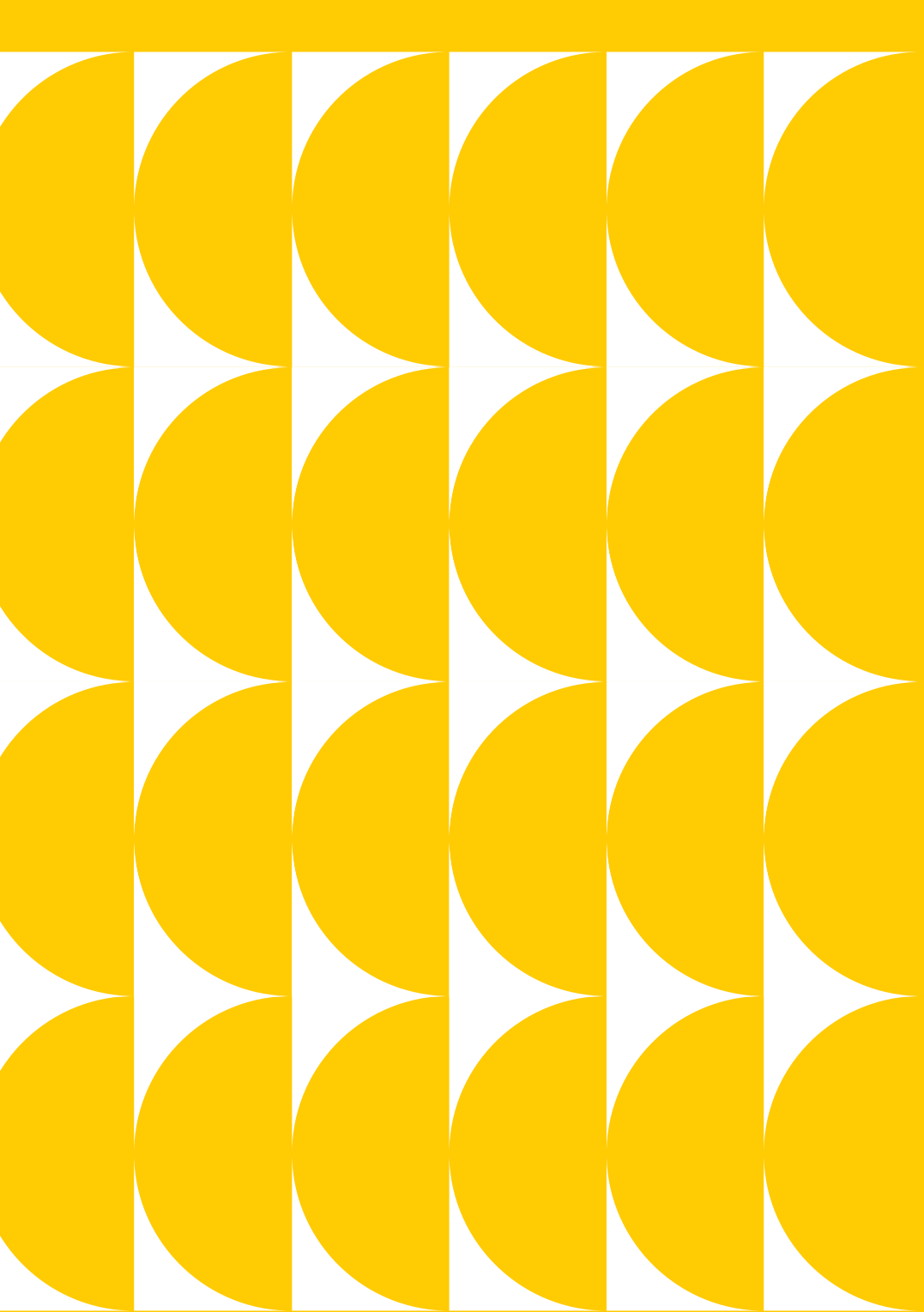
QUIZZ POUR OUVRIR LE DÉBAT ET L'ANALYSE DU CAS :

1. Citez au moins deux cas dans lesquels le consentement libre et éclairé s'applique.
2. Le consentement éclairé signifie : « donner des informations loyales, claires et ... ». Veuillez compléter la phrase.
3. Le consentement éclairé des patient.es peut être obtenu auprès d'une tierce personne dans certaines situations : Répondez VRAI ou FAUX, et donnez un exemple.

RÉPONSES ET ACCOMPAGNEMENT POUR LE DÉBAT :

1. Examen clinique ou acte médical.
Investigations (au moment du dépistage notamment).
Choix de traitement.
2. « ... et adaptée à son degré de compréhension »
Rappel : les principes et pré-requis du consentement libre et éclairé :
- informations loyales, claires et adaptées à son degré de compréhension,
- libre de toute pression ou contrainte,
- implique de connaître les alternatives thérapeutiques.
3. Vrai. Le consentement éclairé des patient.es peut être obtenu auprès d'une tierce personne pour les mineures et majeures sous tutelle, ou encore dans le cas où les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté ont désigné une personne de confiance.





CHAPITRE III

**CONFIDENTIALITÉ ET
SECRET PROFESSIONNEL**

CONFIDENTIALITÉ ET SECRET PROFESSIONNEL

Définition

Il est important de bien connaître la différence entre les concepts de confidentialité, de secret professionnel, de secret médical ou encore de secret partagé qui sont proches et peuvent s'appliquer conjointement.

Confidentialité

La confidentialité est l'obligation de garder toute information secrète à moins que sa divulgation ne soit autorisée. La confidentialité des informations n'est pas relative au niveau de gravité et les informations à caractère confidentiel peuvent relever de :

- La vie privée et familiale : l'identité, le statut marital, l'orientation sexuelle, etc.
- Les informations médicales et sociales : le statut sérologique au VIH, les autres pathologies, les violences, le niveau de ressources, etc.

Les trois principes fondamentaux qui président à la valeur particulière de la confidentialité sont :

- L'autonomie et la liberté : les renseignements personnels appartiennent en propre à l'individu, et ne doivent pas être portés à la connaissance d'autrui sans son consentement.
- Le respect d'autrui : évoque le sentiment de considération envers quelqu'un et la façon de le traiter avec égard.
- Et la confiance : la confidentialité s'impose aux professionnel.les de santé comme un devoir fondé sur la confiance entre usager.ères et professionnel.les de santé.

Secret professionnel

Le *secret professionnel* peut se résumer en l'interdiction de divulguer à des tiers une information dont une personne a eu connaissance dans l'exercice de sa profession. Le secret professionnel couvre non seulement ce qui a été confié par la personne, mais également tout ce que le/la professionnel.le a vu, entendu ou compris dans l'exercice de ses fonctions.

Secret médical

Dans le cadre des soins, les informations confidentielles relèvent du *secret médical*. En cela, le secret médical fait partie du secret professionnel.

Depuis Hippocrate, le devoir des médecins de garder confidentiels les renseignements concernant les patient.es est une pierre angulaire de l'éthique médicale : « *Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou de mon ministère et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme secret* ».

Secret partagé

L'évolution de la prise en charge des patient.es va de pair avec un secret partagé. Concrètement la **PEC du VIH étant multidisciplinaire** (médicale, psychosociale, nutritionnelle, etc.), les équipes peuvent être amenées à réfléchir ensemble et à partager des informations concernant les patient.es pour les soutenir.

Dans ce sens, le secret absolu n'existe pas. C'est pourquoi, le code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale nuance l'approche très stricte de la confidentialité selon Hippocrate. Ce code stipule : « *il est éthiquement correct de divulguer des informations confidentielles lorsque le patient y consent, ou lorsqu'il existe une menace réelle et imminente pour le patient et que cette menace peut être neutralisée uniquement en rompant la confidentialité* ».

Cette disposition montre que le partage du secret exige une grande rigueur dans les échanges, et qu'il doit toujours se faire dans l'intérêt du/de la patient.e. Il est indispensable d'informer les patient.es que le secret partagé existe !

En équipe, le principe du secret partagé suppose que tous les membres de cette équipe sont également soumis au secret professionnel. C'est la base à partir de laquelle les échanges sont possibles, en ayant préalablement défini les conditions du secret partagé. Toutes les informations ne sont pas bonnes à dire et le médecin peut garder confidentielles certaines informations médicales et en partager d'autres, qui peuvent concourir à la bonne prise en charge globale pluridisciplinaire.

Ainsi, le secret partagé a donc des avantages, mais pas seulement. Il connaît également des limites pour les patient.es, pour les professionnel.les et même pour l'entourage.

Cadre légal

Avantages	Limites
<p>Pour l'usager.ère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rassurance sur la qualité de la prise en charge et du suivi (diagnostic, choix du traitement, appui psychosocial, etc.). - Continuité du suivi en l'absence d'un membre de l'équipe soignante. - Possibilité de privilégier une relation avec un membre de l'équipe, en fonction de liens de confiance ou d'affinités. - Soulagement psychologique : ne plus être seul face à la séropositivité ou la maladie. - Soulagement social et économique : le partage du secret peut aider à se sentir moins isolé.e et à solliciter un soutien pour supporter les charges financières de la maladie. - Possibilité d'avoir accès à une prise en charge familiale (partenaire/conjoint et enfants). 	<p>Pour l'usager.ère</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de rupture de confidentialité au sein de l'équipe / entre un membre de l'équipe et une personne extérieure. - Risque de discrimination au sein de l'équipe vis-à-vis du/de la patient.e si toute l'équipe n'est pas sensibilisée/formée. - Impression que la vie privée n'est plus privée : « Tout le monde connaît mon histoire, mon parcours ». - Risque « d'éclatement » du couple et du foyer (séparation, divorce, répudiation, perte de la garde des enfants, etc.).
Avantages	Limites
<p>Pour le/la professionnel.le</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de prendre l'avis d'un collègue pour prendre une décision (diagnostic, choix du traitement, appui psychosocial, etc.). - Travail en équipe facilité : niveau d'information égal des membres de l'équipe. - Possibilité d'un suivi pluridisciplinaire (médical, psychologique, social, etc.). - Possibilité d'envisager un accompagnement global du couple (prévention, dépistage et PEC). - Possibilité d'envisager un accompagnement global des enfants (prévention, dépistage et PEC). - Soulagement et diminution de la pression sur l'équipe soignante : relève de l'entourage (notamment sur les plans psychosociaux et économiques). 	<p>Pour le/la professionnel.le</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de dilution de la responsabilité individuelle et de l'autorité des soignant.es. - Risque de désorganisation de l'équipe soignante : Qui décide de quoi ? Qui fait quoi ? - Toujours s'assurer du consentement du/de la patient.e avant de partager la confidentialité ! Sinon : risque de dégradation du lien de confiance, voire de poursuites judiciaires. - Si réaction négative de l'entourage et isolement de la personne, tout le poids de la PEC repose sur l'équipe. - Risque de conseils contradictoires entre l'entourage du/de la patient.e et l'équipe soignante. - Risque de perdre de vue le/la patient.e après information de l'entourage (refus de l'allaitement artificiel, refus des ARV, etc.).

Tout comme dans le précédent chapitre, des textes généraux et spécifiques (notamment sur le VIH/Sida) existent et stipulent le respect de la confidentialité et le secret professionnel.

- **Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1981**

Article. 4. « La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit. »

- **Codes harmonisés de déontologie et d'exercice des médecins dans l'espace CEDEAO de 2013**

Article 6 : secret professionnel. Tout praticien est astreint au secret professionnel, il peut en être délié dans les cas prévus par la loi. Il doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient avisées de leurs obligations en matière de secret professionnel. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à son exercice. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du praticien dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris

- **Loi n°1/018 du 12 mai 2005 portant protection juridique des personnes infectées par le VIH ou vivant avec le sida du Burundi**

Article 26 : les médecins, ainsi que toute personne ayant ou pouvant savoir en raison ou à l'occasion de leurs fonctions qu'une personne est infectée par le VIH ou malade du sida, sont tenus à l'obligation de ne pas divulguer cette information, sous peine de subir les sanctions prévues par le Code pénal, et relatives à la violation du secret professionnel.

Bons réflexes

- Protégez les informations confidentielles, qu'elles soient à caractère médical, social, familial ou personnel.
- Veillez à maintenir le respect de la confidentialité des renseignements personnels, même une fois la relation thérapeutique terminée, et y compris en cas de décès de l'usager.ère.
- Veillez à partager uniquement les informations nécessaires pour la bonne prise en charge de l'usager.ère, et dans un cadre approprié.
- Identifiez en amont les possibles risques de rupture de la confidentialité par inadvertance, pour vous en prémunir et restez vigilant.e quant aux informations confidentielles que vous détenez, y compris hors cadre professionnel.

En tout état de cause, le partage de la confidentialité nécessite un équilibre entre avantages et limites : le consentement des usager.ères est primordial, et le partage de la confidentialité doit être le résultat d'un dialogue permanent entre soignant.es et usager.ères.

BONNE PRATIQUE N°2 : Confidentialité (ACS, Togo)

Titre : Sécurisation des dossiers patients et garantie de la confidentialité dans une transition vers un centre médico-social.

→ Pourquoi avoir développé cette pratique ?

En 2017, alors qu'ACS offrait jusque-là des services exclusivement auprès des PVVIH, cette association de lutte contre le sida a obtenu l'accréditation du ministère de la Santé pour élargir ses services à la population générale à travers des consultations pré et post-natales, des accouchements et des consultations médicales de santé primaire. La transition vers un centre médico-social supposait de mettre en œuvre un certain nombre de mesures pour garantir la confidentialité de l'ensemble des usager.ères, et en particulier des PVVIH, et pour maximiser la fréquentation du nouveau centre. Jusqu'alors, les PVVIH passaient systématiquement par la prise des constantes avant d'aller chez les médecins, puis elles se rendaient en pharmacie pour la délivrance des ARV, où elles devaient sortir leur chéquier pour donner les coupons de gratuité.

Les PVVIH gardaient en main leurs documents de prise en charge, tels que le carnet de suivi et le chéquier de coupons de gratuité des soins délivrés par le PNLS tout au long de leurs parcours.

Parfois même, les usager.ères glissaient dans les carnets de santé des résultats d'analyses dont les sérologies, en les laissant dépasser.

Sur l'ensemble de ces documents un code spécifique pour les PVVIH, ainsi que le logo du PNLS étaient apposés. Il était donc aisé, pour les autres usager.ères qui attendaient dans la salle d'attente, et qui eux/elles n'avaient pas de code unique de reconnaître que ce carnet était réservé aux PVVIH. Étant consciente que le maintien de la confidentialité améliore l'accès aux soins des usager.ères, l'équipe d'ACS a jugé nécessaire et urgent de mettre en place un système de classement et d'archivage des dossiers individuels plus robuste, ainsi qu'un circuit du patient plus adapté. En effet, il était important que l'ensemble des usager.ères, y compris les PVVIH, sachent que leur anonymat était garanti et que la confidentialité de leurs informations était bien sécurisée.

→ En quoi consiste-t-elle exactement ?

Un nouveau circuit du patient a été défini demandant un passage par l'accueil de tous les patient.es pour une orientation claire. Tous/toutes les usager.ères sont ensuite dirigé.es vers l'infirmier.ère pour la prise des constantes, qu'il s'agisse d'ancien. nes usager.ères PVVIH déjà suivi.es dans le centre ou de nouveaux.elles patient.es de la population générale. C'est là que tous les carnets de santé sont archivés dans des dossiers individuels, dans cette salle appropriée où seul.es les infirmier.ères peuvent avoir accès à l'armoire regroupant les dossiers. Tous les dossiers des usager.ères sont rangés dans une pochette à rabat, de différentes couleurs et

sans logo, avec un code anonyme et ne comprenant pas les initiales des patient.es. Les codes des PVVIH sont attribués selon le logiciel Esope (exemple E001), et les codes de la population générale suivent la même logique avec une lettre et un numéro à trois chiffres. Une fois le dossier trouvé, il est déposé par l'infirmier.ère par ordre d'arrivée dans le bureau des médecins.

Puis l'usager.ères termine son parcours en passant soit à la pharmacie communautaire, soit à la dispensation pour le retrait des ARV, où il peut alors donner son chéquier de coupons de gratuité de manière plus confidentielle.

Les acteurs du volet psychosocial ont donc à leur tour élaboré une fiche de consentement éclairé et de respect du libre choix pour les VAD. Dans celle-ci, l'usager.ère donne son consentement, et s'y trouve également celui du conjoint ou de la conjointe. Aujourd'hui, dans le cadre des VAD pour les nouveaux patients mineurs, ce document est rempli avec les parents ou les tuteur.rices, dès la première rencontre.

→ Quels changements observe-t-on grâce à cette pratique ?

Après un an de mise en œuvre, l'association ACS a constaté plusieurs changements positifs, tels que la bonne sécurisation de l'ensemble des dossiers des patient.es et une optimisation de la fréquentation du centre. De plus, le nouveau circuit patient n'a pas allongé le temps d'attente des usager.ères, et a permis une bonne cohabitation entre PVVIH et les autres usager.ères du centre. Ainsi, l'environnement sûr et confidentiel pour l'ensemble des usager.ères a contribué à la bonne adhésion aux traitements des PVVIH.

→ Quels sont les facteurs de réussite et les acteurs impliqués ?

Les facteurs de réussite sont tout d'abord l'implication des usager.ères en premier lieu. En effet, des focus groupes avec les usager.ères ont été menés afin de recueillir leur appréciation sur les services qui leur sont offerts dans le centre. A la suite de la collecte de ces informations, des réunions entre les membres du personnel ont permis d'élaborer plusieurs stratégies pour améliorer la confidentialité des usager.ères du centre. Les stratégies retenues ont ensuite été présentées aux usager.ères qui ont pu les apprécier et les valider.

De plus, le fort engagement du personnel dans cette pratique, à savoir celui du personnel médical, des médiateur.rices et de la direction exécutive, a également facilité la mise en place de cette pratique.

Enfin, la bonne sensibilisation des usager.ères sur le nouveau système, sur l'importance de garantir la confidentialité de toutes et tous (y compris dans la salle d'attente entre usager.ères se connaissant) et sur l'intérêt de disposer de l'intégralité des documents médicaux dans ces nouvelles pochettes avec une couverture pour protéger leurs dossiers a également contribué à la réussite de cette pratique.

Animation pédagogique

Cet exercice, qui s'effectue en deux temps, peut aider l'association à identifier les zones de faiblesse en termes de confidentialité et de protection des données à caractère confidentiel.

Veillez compléter la grille suivante :

	Informations à caractère confidentiel	Personnes censées les détenir	Personnes qui les détiennent sans en avoir le droit	Sources potentielles de divulgation du secret médical ou professionnel
1	Résultats de tests de dépistage			
2	Résultats d'exams médicaux			
3	Informations médicales relatives au statut sérologique			
4	Informations médicales relatives à l'identité d'un individu			
5	Orientations sexuelles d'un.e usager.ère			
6	Informations sur la vie familiale et conjugale d'un.e usager.ère			
7	Informations sur le dossier médical d'un.e usager.ère			
8	Informations sur les échecs thérapeutiques d'un.e usager.ère			
9	Informations sur les antécédents médicaux d'un.e usager.ère			
10	Informations sur les lieux de fréquentation des populations clés			

L'animation de la session après avoir rempli la grille se fait en trois temps :

1 - Tout d'abord, il convient d'échanger sur les raisons pour lesquelles certaines personnes détiennent les informations confidentielles sans être censées les détenir ou sans avoir de rôle dans la prise en charge des usager.ères (analyse de la différence entre colonne 1 et 2 : les gardien.nes, les secrétaires peuvent par exemple comprendre ou entendre des informations sur les usager.ères, tout comme les services d'appui, ou la comptabilité, qui peuvent avoir accès à des factures de pharmacie en lien avec le traitement des personnes, et à leurs bilans médicaux, etc.).

2 - Ensuite, il convient d'échanger sur le nombre de personnes détenant des informations à caractère confidentiel dans votre structure et sur les risques de divulgation (somme des colonnes 1, 2 et 3).

3 - Enfin, il est important de rappeler que certaines mesures peuvent être prises pour limiter l'accès aux informations confidentielles et que chacun.e doit être conscient.e des informations qu'il/elle détient. Enfin, il est important de rappeler à ce stade que l'ensemble des équipes (salarié.es, bénévoles, stagiaires, membres du CA, partenaires), sont soumises au même principe éthique du respect de la confidentialité.

QUIZZ

1. La confidentialité ne concerne que ce que le/la patient.e me dit ?
2. Seuls les médecins et les infirmier.ères sont soumis au secret professionnel ?
3. Le fondement du secret professionnel repose uniquement sur le niveau de gravité du secret ?

RÉPONSES

1. Faux. La confidentialité concerne tout ce que je vois également, ou tout ce que je comprends.
2. Faux. Cela concerne tous les membres de l'association, y compris les volontaires, les gardien.nes, le personnel d'entretien, les pairs.es, etc.
3. Faux. Le fondement du secret professionnel repose sur la nécessité du respect de la personne humaine, de sa liberté et de sa vie privée.

Histoire insolite !

Les histoires insolites présentées dans ce guide permettent d'illustrer des cas pratiques que peuvent rencontrer les professionnels au quotidien. Ces histoires nous incitent à réfléchir à nos actions et aux attitudes à adopter pour respecter l'éthique et les droits des usagers.

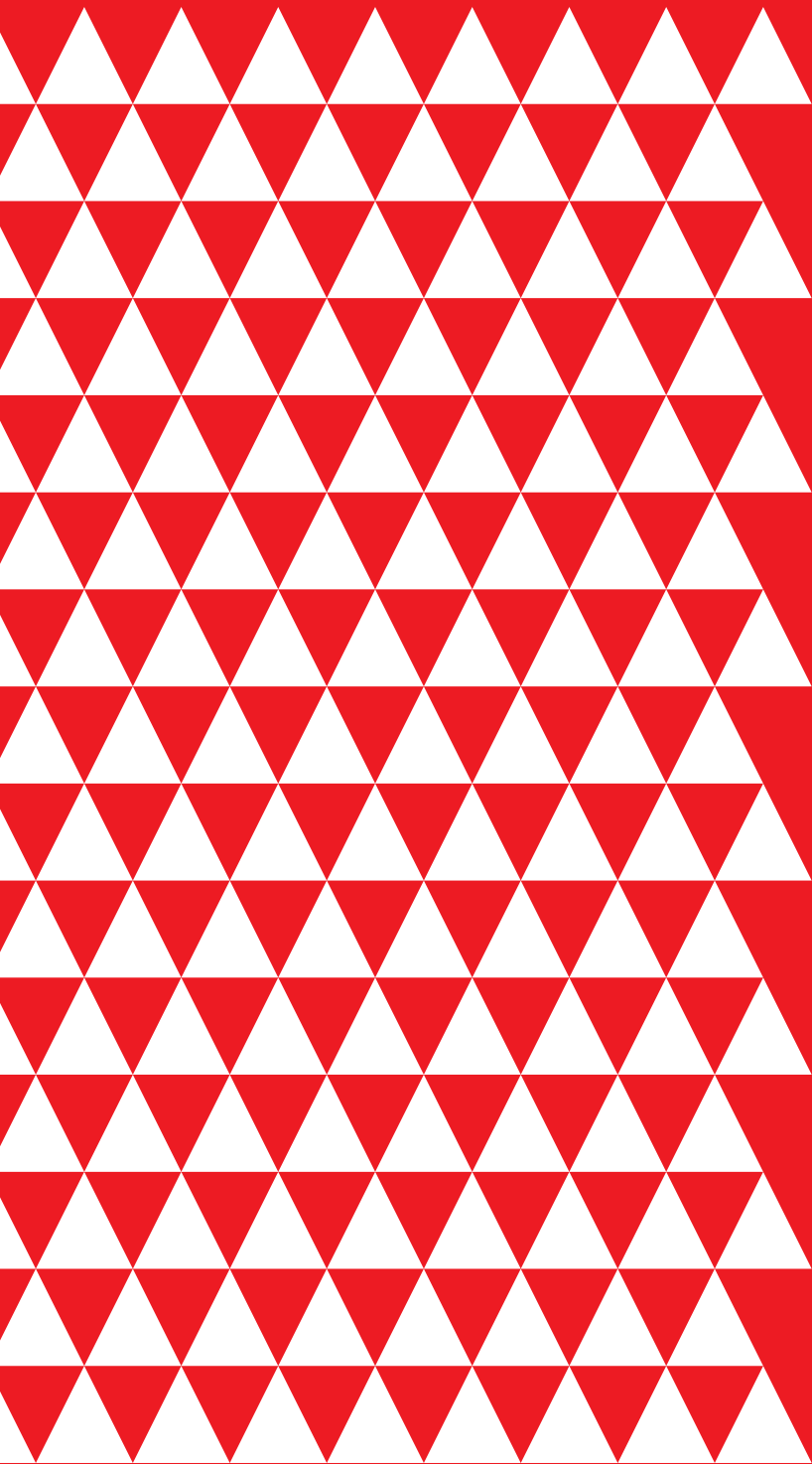
Il divulgue à une femme les raisons du décès de son mari quelques années plus tard.

Madame Henriette est veuve depuis quelques années. Son mari est décédé il y a une dizaine d'années du VIH/sida. Ni sa famille, ni sa femme ne connaissent les raisons du décès. Pourquoi d'ailleurs chercher à le savoir, eux/elles qui l'ont vu souffrir et se sont battus pour qu'il recouvre la santé ? Aussi, ne dit-on pas en Afrique que la mort c'est la volonté de Dieu ? Mais le médecin qui soignait le défunt de son vivant avait un cas de conscience, car il savait de quoi était mort cet homme. Il entretenait d'ailleurs une certaine familiarité avec ses proches et ne supportait pas de garder le secret. Il se sentait dans une sorte d'ingratitude et d'hypocrisie à côtoyer la famille, tout en gardant le silence sur le VIH/ sida de la personne décédée. Un jour, il a révélé à la veuve que son mari est décédé du sida. Il estimait, en effet, qu'après la mort d'un individu, rien ne l'empêchait de dévoiler le secret. Il avoua avoir agi en toute ignorance des dispositions sur le secret après la mort, comme si le secret avait une date de péremption à partir de laquelle il peut devenir public.

Épilogue

Le statut sérologique, de même que toutes les informations dont une personne a eu connaissance dans l'exercice de sa profession, font partie du secret professionnel et sont donc confidentielles. Le partage du secret médical et professionnel est encadré par des principes et nécessite le consentement de la personne concernée. Le décès ne fait pas partie des circonstances autorisant à rompre la confidentialité. Le médecin soignant n'aurait pas dû dévoiler la cause de la mort à la famille du défunt.





CHAPITRE IV

**NON-JUGEMENT ET
NON-DISCRIMINATION**

NON-JUGEMENT ET NON-DISCRIMINATION

Afin de comprendre les principes de non-jugement et de non-discrimination, il convient de cerner en premier lieu ce que sont la stigmatisation et la discrimination.

Le refus de la diversité et des différences amène les êtres humains à porter des jugements entre eux qui vont déterminer les relations humaines. Comme le rappelle l'UNESCO dans la Déclaration universelle sur la diversité culturelle (2001) : « Chaque individu doit reconnaître non seulement l'altérité sous toutes ses formes, mais aussi la pluralité de son identité, au sein de sociétés elles-mêmes plurielles ».

Définition

Stigmatisation

Stigmatiser, c'est le fait de « fabriquer » des étiquettes visibles ou invisibles à partir de préjugés au sujet d'un individu, d'un groupe d'individus ou d'une communauté, dans le but de leur réserver un traitement à part.

La stigmatisation se définit par un processus qui consiste à déconsidérer et à dévaluer une personne du fait de son orientation sexuelle, son mode de vie, sa classe sociale, son statut économique, son sexe, son âge et, dans le cadre de la lutte contre le sida, de son statut sérologique. Cela peut également être du fait de plusieurs de ces critères à la fois.

Discrimination

Selon l'ONUSIDA, la discrimination, c'est « le fait de mésestimer un groupe ou une personne du groupe, de le marginaliser, de l'éviter, de l'humilier, de le menacer ou encore de le rejeter en raison de sa race, de ses convictions religieuses, de son sexe, de son orientation sexuelle, de sa personnalité ou de toute autre caractéristique ». La discrimination est une violation des droits humains.

La discrimination peut se produire dans tous les domaines de la vie : santé, emploi, justice/procédures, administration, protection sociale, logement, éducation, vie familiale et reproductive, services funéraires, etc.

Le cercle du rejet est un processus par étape qui peut avoir pour conséquence l'exclusion sociale, voire la mort. Concrètement, les étapes sont :

1

LES STÉRÉOTYPES > REPRÉSENTATIONS

Les stéréotypes sont construits à partir de croyances relatives aux caractéristiques des membres d'un groupe, mais (mal)interprétés et ne tenant pas compte des différences individuelles. Les stéréotypes sont des images figées, de l'ordre des croyances et des simplifications de la réalité. Elles sont souvent imposées par le milieu ou par l'éducation.

Exemple : « Penser que les femmes sont plus sensibles que les hommes. »

2

LES PRÉJUGÉS > IDÉES PRÉCONÇUES

Les préjugés se fondent sur les stéréotypes. Il s'agit de formuler un jugement de valeur sur un groupe de personnes, mais de manière prématurée et définitive, souvent basée sur l'ignorance de celui qui l'émet.

Exemple : Penser et dire que les usager.ères de drogues « sont tous des menteur.euses et des personnes dangereuses. », ou que « les enfants ne savent pas garder un secret ».

3

LA STIGMATISATION > ATTITUDES

C'est la construction de l'étiquette sociale.

La stigmatisation de la différence par rapport à la norme, basée sur différents « stigmates », en lien avec l'apparence physique (obésité, etc.), la personnalité ou l'histoire (homosexuel.le, chômeur.se, prisonnier.ère, travailleur.se de sexe, etc.), l'origine (tribu, ethnie, nationalité) ou la religion.

Exemple : « Prendre des mesures d'hygiène supplémentaires qui ne sont pas nécessaires avec un.e TS / une personne séropositive (masque/lunettes, etc.), lors d'une consultation médicale », « regarder avec insistance et chuchoter au passage d'une TS, d'un HSH ou d'une jeune adolescente enceinte ».

4

**LA DISCRIMINATION >
ACTIONS**

C'est la conséquence des préjugés et de la stigmatisation. C'est le comportement qui marginalise, évite, humilie, menace, ou rejette un groupe de personnes basé sur certaines caractéristiques.

Exemple : « Le refus par un professionnel de santé d'offrir des services de santé (counselling/consultation) à un HSH du fait de son orientation sexuelle. », « refuser de recruter un individu dans une entreprise parce qu'il est séropositif »

En parcourant les étapes décrites plus haut, on s'aperçoit que la discrimination fonctionne comme un cercle vicieux conduisant à la violation des droits de la personne humaine. Le changement de comportement souhaité amène à transformer le cercle vicieux en cercle vertueux consolidant le respect des droits humains. D'où le principe éthique de non-jugement ou non-discrimination.

Non-jugement

C'est l'obligation que l'on se donne de ne pas faire des appréciations sur un individu, un groupe d'individus ou une communauté, en utilisant comme critères nos propres valeurs, croyances et convictions.

Non-discrimination

C'est l'obligation que l'on se donne de traiter l'individu, un groupe d'individus ou une communauté avec le même égard que tout le monde, sans tenir compte de l'âge, de l'incapacité, de l'orientation sexuelle, de l'ethnie, de la nationalité ou encore des croyances.

5

**L'EXCLUSION,
L'ÉLIMINATION**

C'est la dernière étape du cercle du rejet et le comportement qui consiste à isoler l'autre, le bannir, voire le tuer.

Exemple : Exclure de la famille ou enfermer une personne du fait de son statut sérologique, ou de son orientation sexuelle.

**Zoom sur la lutte contre les discriminations dans
l'accompagnement des populations clés**

Selon la définition de l'OMS³, le terme désigne cinq groupes : les travailleur.euses du sexe (TS), les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), les personnes usagères de drogues (PUD), les personnes détenues et les personnes transgenres. La frontière entre ces cinq catégories est complexe et des personnes peuvent se retrouver dans plusieurs de ces catégories à la fois. L'ONUSIDA rappelle que ces cinq principaux groupes de populations clés sont particulièrement vulnérables aux risques de transmission du VIH et n'ont souvent pas accès à des services à cause de la discrimination et de la stigmatisation qu'ils et elles subissent. D'une manière générale, les populations clés ont moins recours au dépistage et aux soins, ou retardent leur entrée dans le soin par peur de la stigmatisation et de la discrimination.

« On estime que la prévalence du VIH est 28 fois plus élevée parmi les personnes qui s'injectent des drogues, 12 fois plus élevée parmi les professionnel.les du sexe, 19 fois plus élevée parmi les homosexuels et les autres HSH, et jusqu'à 49 fois plus élevée parmi les femmes transsexuelles que dans le reste de la population adulte », ONUSIDA, 2014.

Les professionnel.les de santé peuvent aussi avoir des comportements discriminants (remarque désobligeante sur une tenue vestimentaire ou sur le choix de l'orientation sexuelle, blagues sexistes, jusqu'à la rupture de la confidentialité et au refus de soin).

Pour ces populations dites vulnérables, la discrimination est parfois triple. Lourdemment touchées par le VIH, elles sont stigmatisées par la population et poursuivies par la police dans certains pays. Lutter contre la discrimination est la responsabilité de tous et toutes et les associations de lutte contre le VIH sont en première ligne.

3 - Guide: lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, Populations clés, juin 2016, OMS, bureau régional de l'Afrique.

Cadre légal

Le respect de la personne humaine, clé de voûte de l'éthique moderne passe par le rejet de la discrimination et de la stigmatisation et par la promotion des attitudes de non-jugement et de non-discrimination. Cette disposition est reprise par presque toutes les constitutions en Afrique, qui ont adapté à leur contexte le premier article de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et des Peuples stipulant que « tous les êtres humains naissent libres et égaux ».

- Codes harmonisés de déontologie et d'exercice des médecins dans l'espace CEDEAO de 2013

Article 5: la non-discrimination. Le/la praticien.ne doit recevoir, écouter, examiner et traiter avec le même niveau de conscience tous les patients indépendamment de leur origine, des mœurs, de la situation familiale, de l'origine ethnique, la croyance, l'orientation religieuse ou sexuelle, la profession, l'âge, du sexe, de la culture, l'appartenance politique, la nationalité, la race, du statut socio-économique, de la nature de la maladie, du handicap, de la réputation et des sentiments qu'il ou elle peut avoir à leur égard.

- Loi n°019/PR/2007 du 15 novembre 2007 portant lutte contre VIH/sida/IST et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida du Tchad

Article 22 : sont considérés comme actes discriminatoires :

- l'exploitation hors des besoins de la surveillance épidémiologique nationale des données des personnes séropositives ;
- l'avortement ou la stérilisation forcée d'une mère séropositive ;
- le refus de soigner ou de prendre en charge les personnes séropositives ;
- le test de dépistage obligatoire quelles que soient les conditions ;
- le refus d'éduquer un enfant du fait de son statut sérologique ;
- le refus d'accès au logement ou aux services sociaux et à l'emploi à des personnes séropositives.

Bons réflexes

- Interrogez vos propres croyances et préjugés vis à vis de certaines populations stigmatisées.
- Renforcez les capacités des équipes et vos capacités pour bien reconnaître les comportements discriminatoires.
- Si vous êtes témoins de comportements discriminatoires, il est important de les signaler.

BONNE PRATIQUE N°3 : Lutte contre la discrimination (AMC, Togo)

Titre : Lutte contre les comportements de discrimination et de jugement adoptés par les professionnel.les de santé des structures publiques dans les hôpitaux de référence.

Pourquoi avoir développé cette pratique ?

Le problème initial était le mauvais accueil et la discrimination que subissaient les usager.ères qui étaient référ.és vers les structures hospitalières publiques pour bénéficier des services complémentaires que l'association AMC n'offrait pas, comme la réalisation d'examens ou les consultations spécialisées en radiographie ou en dermatologie.

Comme AMC est bien identifiée en tant structure de prise en charge des PVVIH, les usager.ères référ.és avec une fiche de référence portant l'en-tête de l'association, les identifiaient donc comme PVVIH par les professionnel.les de santé des structures publiques. Ils/elles faisaient alors l'objet de discrimination et de stigmatisation, en étant par exemple reçus tardivement alors qu'ils/elles arrivaient très tôt, en étant insulté.es et en recevant des paroles humiliantes. Un jour, une des médiatrices de l'association a pu même être témoin de l'impact et la souffrance des usager.ères de subir une telle discrimination : « Je ne peux plus retourner là-bas après tout ce que j'ai entendu et subi dans cette salle », déplora une des usagères référées.

C'est pour cela qu'il était urgent que l'association AMC améliore le système de références et garantisse un accueil sans jugement et discrimination dans les hôpitaux de référence.

En quoi consiste-t-elle exactement ?

Dans un premier temps, un système d'information en interne d'AMC a été mis en place permettant aux médiatrices d'être informées des cas de référence. Elles pouvaient ainsi se rendre d'abord sur les lieux pour rencontrer les équipes hospitalières. Puis, le jour du rendez-vous elles conduisaient les usager.ères dans les services où ils/elles devaient se rendre afin de s'assurer de la bonne attitude et de la bonne qualité des prestations des professionnel.les de santé. Grâce à la présence récurrente des médiatrices dans les services des hôpitaux et grâce aux nombreux échanges avec les responsables de services, les professionnel.les de santé ont changé leur attitude et l'accueil des personnes référées par AMC est rentré dans la routine d'une manière positive.

Quels changements observe-t-on grâce à cette pratique ?

Les retours des usager.ères sur la qualité des services et de l'accueil étaient plus satisfaisants qu'avant. Après un certain temps, certain.es usager.ères qui maîtrisaient le circuit ont osé s'y rendre seul.es sans crainte et ont pu obtenir l'ensemble des services nécessaires sans difficulté. Cette bonne pratique développée initialement à Lomé a été mise en œuvre dans les antennes de AMC à Tsévié et Kpalimé.

BONNE PRATIQUE N°3 : Lutte contre la discrimination (AMC, Togo)

→ Quels sont les facteurs de réussites et les acteurs impliqués ?

C'est grâce à l'écoute attentive du ressenti des usager.ères référ.és par les médiatrices que la situation a pu être détectée au sein de l'association. Puis de nombreuses personnes ont été impliquées pour améliorer le système de référence, à savoir les prescripteur.rices, les médiateur.rices, les usager.ères eux/elles-mêmes et les agents des services hospitaliers. C'est une pratique qui a nécessité un travail de longue haleine avec les responsables des services hospitaliers qui ont ensuite compris l'intérêt d'une bonne collaboration.

Les responsables de services ont joué un rôle déterminant, les sensibilisations de bouche à oreille des agents rencontrés lors des services d'assistance ont aussi été bénéfiques. C'est à la fois grâce à la détermination de l'association de ne pas laisser ces cas de discrimination perdurer, et la volonté des responsables des services des hôpitaux que la pratique a pu être positive. De plus, les agents de santé de l'hôpital ont accepté de remettre en question leurs propres attitudes.

Animation pédagogique

Pour chacune de ces affirmations, les participant.es indiquent s'ils/elles sont d'accord ou pas avec celles-ci. Lors de la restitution en groupe, chacun.e doit expliquer les raisons de son choix. L'intérêt de cet exercice est de débattre avec les autres participant.es pour faire évoluer ses perceptions. Le rôle de l'animateur.rice sera d'encadrer les débats entre participant.e.s par les arguments d'ordre éthique.

	Affirmations	D'accord	Pas d'accord
1	Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont tous efféminés		
2	Les personnes vivant avec le VIH ont l'air malade		
3	Les travailleuses et travailleurs du sexe s'habillent tout.e.s de façon vulgaire et provocatrice		
4	Les personnes qui utilisent des préservatifs sont forcément des travailleuses/travailleurs du sexe ou des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes		
5	Les personnes qui pratiquent une religion ne peuvent pas contracter le VIH		
6	Toutes les femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels sont des travailleuses du sexe		
7	Les personnes qui consomment de la drogue ont fait ce choix et ne sont pas capables d'être adhérentes au traitement ARV		
8	Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes n'ont pas besoin de consultations médicales et gynécologiques		
9	Un.e professionnel.le de santé peut dire à toute l'équipe de l'association que tel patient a des rapports sexuels avec d'autres hommes ou telle patiente pratique le travail de sexe		
10	Les rapports sexuels entre hommes sont la cause de la chute du taux de natalité de certains pays		

Les pistes pour animer la réflexion du groupe :

Affirmations	Pistes d'argumentation
Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont tous efféminés	Les préjugés que nous pouvons avoir sur l'aspect physique ou les caractéristiques de certaines personnes compte tenu de leur orientation sexuelle, de leur mode de vie, de leur travail, de leur sexe... sont souvent infondés et portent préjudice aux droits des personnes concernées et au respect de leur dignité.
Les personnes vivant avec le VIH ont l'air malade	
Les travailleuses et travailleurs du sexe s'habillent tous de façon vulgaire et provocatrice	
Les personnes qui utilisent des préservatifs sont forcément des travailleuses/ travailleurs du sexe ou des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<p>Dans de nombreux pays, la possession de préservatifs attire un jugement sur le mode de vie.</p> <p>L'usage du préservatif n'est pas lié à une activité ou à une orientation sexuelle mais à la volonté de se protéger du VIH, des IST et des grossesses non désirées. Le personnel de santé est tenu à une attitude de non-jugement et non-discrimination qui favorise l'accès aux services et aux moyens de prévention pour tous et donc limite les risques de transmission du VIH et des IST.</p> <p>En effet, le préservatif est un moyen efficace de prévenir la transmission du VIH lors de pénétrations vaginales, anales et buccales, quels que soit l'orientation sexuelle, le statut marital ou encore la profession des partenaires.</p>
Les personnes qui pratiquent une religion ne peuvent pas contracter le VIH	Les moyens de transmission du VIH sont clairement identifiés. Ils ne dépendent pas de la personnalité, de la croyance ou des choix de vie mais plutôt des conditions qui favorisent les vulnérabilités et privent les personnes d'accès aux informations justes sur le VIH/sida, d'accès aux services et moyens de prévention et de soins.

Toutes les femmes qui ont plusieurs partenaires sexuels sont des travailleuses du sexe	<p>Définir une personne par rapport au nombre de partenaires sexuels revient à porter un jugement. Le nombre de partenaire sexuel ne définit pas le travail de sexe.</p> <p>La définition du travail de sexe selon le guide de terminologie de l'ONUSIDA : « <i>Les travailleur(se)s du sexe englobent les femmes, les hommes et les personnes transgenres adultes et consentants, ainsi que les jeunes de plus de 18 ans, qui reçoivent de l'argent ou des marchandises en échange de services sexuels, de manière régulière ou occasionnelle</i> ».</p>
Les personnes qui consomment de la drogue ont fait ce choix et ne sont pas capables d'être adhérentes au traitement ARV	Le niveau d'adhésion de chaque personne varie selon de nombreux facteurs qui ne sont pas liés à l'usage de drogues. Les professionnelles se doivent d'accorder le même niveau de prise en charge à tous/ toutes et de proposer des services adaptés aux besoins de chacun.e, dans le respect de leurs droits et des principes éthiques, indépendamment de leur mode de vie et de leurs actions.
Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes n'ont pas besoin de consultations médicales et gynécologiques	Le jugement et les discriminations peuvent décourager les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes de consulter les services de santé. Pourtant, elles doivent avoir accès à un suivi médical et gynécologique autant que les autres femmes et avec le même niveau de qualité.
Un.e professionnel.le de santé peut dire à toute l'équipe de l'association que tel patient a des rapports sexuels avec d'autres hommes ou telle patiente pratique le travail de sexe	Le personnel de prise en charge a la possibilité de partager certaines informations confidentielles sur les patient.es avec le consentement de la personne concernée, seulement quand ce partage peut améliorer la qualité de la prise en charge du/de la patient.e et seulement avec les membres pertinents de la prise en charge. Si ces conditions ne sont pas réunies, on peut parler de rupture de confidentialité.
Les rapports sexuels entre hommes sont la cause de la chute du taux de natalité de certains pays	Cette information n'est fondée sur aucune étude ou sur aucun fait prouvé par des méthodes scientifiques et relève plutôt d'un jugement de valeur discriminant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

QUIZZ

1. Le non-jugement est un principe éthique fondamental dans la relation de soin (ou avec un usager des services de l'association). Vrai ou faux ?
2. Le non-jugement, c'est l'obligation que l'on se donne à soi-même de ne pas faire des appréciations sur un individu ou un groupe d'individus en utilisant comme critères nos propres valeurs ou croyances. Vrai ou faux ?
3. Citez au moins un ou deux exemples de comportements discriminatoires.

RÉPONSES

1. Vrai. Il est primordial pour gagner la confiance de la personne, et pour lui permettre d'exposer ses problèmes et de chercher ensemble les solutions possibles. La personne qui se sent jugée risque de ne pas revenir.
2. Vrai. Le non-jugement, c'est l'obligation que l'on se donne de ne pas faire des appréciations sur un individu (un groupe d'individus ou une communauté), en utilisant comme critères nos propres valeurs, croyances et convictions.
3. Les exemples peuvent être : « ne pas recruter une personne car on la suspecte d'être homosexuelle (ou à cause de toute autre caractéristique liée à son sexe, son statut, son origine, etc.) », ou « ne pas signer une personne car on la suspecte d'être séropositive (ou à cause de toute autre caractéristique liée à son origine, son sexe, son orientation sexuelle, son origine) ».



CHAPITRE V

ÉQUITÉ ET DISCRIMINATION POSITIVE

ÉQUITÉ ET DISCRIMINATION POSITIVE

Définition

Équité

La notion d'équité en santé publique soulève la question des inégalités en matière de santé, notamment des différences injustifiées qui sont observées alors qu'elles sont évitables.

Discrimination positive

C'est un concept qui repose sur le principe de justice et d'équité.

Définition : « *La discrimination positive est une action visant à favoriser certains groupes sous-représentés afin de corriger les inégalités* », Petit Robert, 2008.

Définition des Nations Unies : « *Toute politique, tout principe ou toute stratégie qui consiste à identifier une catégorie sociale qui a souffert de discrimination, en vue de corriger ou de remédier aux préjudices subis par cette catégorie sociale, à l'aval des Nations Unies à condition d'être temporaire, provisoire, transitoire* ».

Une discrimination positive, c'est une différenciation de traitement, temporaire, en faveur d'une catégorie déterminée de personnes physiques ou morales au détriment d'une autre dans l'objectif de compenser les inégalités.

En pratique, cela peut se traduire par :

- une politique affectant un avantage social à une catégorie sociale ;
- un programme accordant des avantages aux groupes minoritaires qui souffrent de la discrimination/marginalisation, dans l'optique de créer une société plus égalitaire ;
- des mesures concrètes, telles que des dispositifs d'accueil spécifiques et de circuits « parallèles » pour la prise en charge des patient.es issus des populations stigmatisées ou des services dédiés aux populations stigmatisées.

En effet, dans le but de favoriser l'accès à des services de santé pour des populations vulnérables, stigmatisées ou discriminées, les associations peuvent parfois mettre en œuvre une initiative visant à proposer une série de services relevant de la discrimination positive. C'est un principe éthique que les associations peuvent se fixer même lorsque le cadre juridique n'existe pas encore.

C'est un **principe** instituant des inégalités pour promouvoir l'égalité, en accordant à certain.es un traitement préférentiel et différencié.

La discrimination positive de manière concrète permet de :

- *remédier aux préjudices subis par une catégorie sociale* dont les droits ont été bafoués depuis longtemps ;
- *compenser des discriminations réelles subies par des minorités ou des groupes marginalisés* ;
- *assurer aux personnes les plus vulnérables un accès à l'éducation, à l'emploi, à la santé, à la protection* ;
- *accroître la cohésion sociale, en réduisant le sentiment d'injustice subi par certains* ;
- *réduire l'inégalité des positions*.

Le dispositif juridique de la discrimination positive vise l'élimination des pratiques discriminatoires concrètes, ponctuelles, intentionnelles, et a pour seul objectif de restaurer l'égalité : les droits dérogatoires au droit commun ne sont accordés que pour compenser des inégalités de départ trop importantes pour être comblées autrement.

En conclusion :

- dans un monde idéal, ces mesures n'auraient pas lieu d'exister ;
- il ne s'agit pas d'un ensemble de faveurs faites exclusivement à un groupe.

→

C'est un principe qui s'applique à tout groupe social victime de discrimination ou d'inégalités.

Cadre légal

- Directives internationales de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits de l'homme, version consolidée de 2006

Directive 5 : Lois antidiscriminatoires et protectrices.

Les Etats devraient promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes vivant avec le VIH et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé, qui garantissent le respect de la vie privée, ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains, qui mettent l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui permettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil.

- Loi N°2005 – 31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/sida, en République du Bénin

Article 2 : (...) Les personnes porteuses du VIH ou malades du sida, qui le déclarent, bénéficient d'une assistance particulière en matière de conseils, d'appui psychosocial, nutritionnel, médical, matériel ; elles reçoivent des soins médicaux, conformément aux normes et procédures en vigueur. L'assistance particulière en matière de conseils, d'appui psychosocial, nutritionnel, médical, matériel doit être fournie par la famille, l'Etat et ses structures déconcentrées et décentralisées, la société civile, les communautés et toute personne en position d'apporter ladite assistance.

Bons réflexes

- Veillez à vous poser les questions suivantes avant d'adopter toute mesure de discrimination positive : Est-ce que la mesure est opportune, justifiée, réalisable, dans le temps et l'espace ? Est-ce qu'elle s'adresse à des individus défavorisés, stigmatisés ?
- Veillez à bien consulter les personnes concernées pour vérifier l'adéquation entre les mesures et les besoins.
- Prévoyez une communication claire sur les mesures prises et veillez à en informer les personnes concernées, mais aussi les autres.
- Veillez à évaluer l'impact de la mesure prise à moyen et long termes.

BONNE PRATIQUE N°4 : Dépistage/ Discrimination positive (MVS, Niger)

Titre : Discrimination positive pour un dépistage différencié des populations clés (HSH, TS) au Centre de Dépistage Anonyme et Volontaire (CEDAV) de MVS, à Niamey.

→ Pourquoi avoir développé cette pratique ?

Le dépistage au CEDAV se fait tous les jours ouvrables de la semaine, de 8 heures à 16 heures, pour toutes les couches socioprofessionnelles de la population qui viennent volontairement au centre de dépistage. Les HSH et TS issus des populations clés venaient très timidement au centre et il était alors question de démarrer le dépistage différencié en stratégie avancée, afin qu'ils n'aient pas forcément besoin de se rendre au centre de MVS pour leur dépistage.

Mais, après concertation des leaders des populations clés avec leurs pairs, il s'est avéré qu'elles ne souhaitent pas cette option et préféreraient plutôt que le dépistage se fasse au centre de dépistage de MVS (CEDAV) pour des raisons de confidentialité par rapport à leurs clients, ou aux autres personnes qu'ils/elles fréquentaient.

→ En quoi consiste-t-elle exactement ?

MVS a approuvé cette proposition et a aménagé des horaires particuliers pour la conduite des séances de dépistage de groupe aux deux cibles. Il s'agit des après-midis et des week-ends pendant lesquels les usagers habituels de MVS sont absents.

Parmi les personnes impliquées dans cette bonne pratique, figure un point focal pour chacun des deux groupes de populations clés. Chaque point focal est chargé de la sensibilisation de ses pairs sur l'importance du dépistage et de leur mobilisation au centre de dépistage. Des frais de communication sont donnés aux points focaux pour assurer ce service. Quant aux bénéficiaires du test de dépistage, ils reçoivent des frais forfaitaires de transport pour couvrir les déplacements liés à l'activité.

→ Quels changements observe-t-on grâce à cette pratique ?

Les principaux changements à souligner sont la mobilisation des HSH et TS clandestins qui ignoraient leur statut sérologique et qui viennent maintenant à MVS se faire dépister. De plus, petit à petit, les populations clés ont osé venir au centre et se rendre ainsi plus visibles auprès de la population générale.

Quels sont les facteurs de réussites et les acteurs impliqués ?

Le succès de cette pratique est principalement lié à :

- la confiance placée en MVS par les populations clés et leurs points focaux ;
- la flexibilité du projet FEVE ayant permis de ramener la conduite du dépistage mobile au niveau du CEDAV à la demande des bénéficiaires ;
- la disponibilité des techniciens de MVS pour dépister les populations clés en dehors des heures habituelles de service ;
- la prise en charge des frais de déplacement des bénéficiaires pour faciliter l'accès aux services de dépistage dans un lieu confidentiel tel que le CEDAV.

Témoignage

LI. « Je suis un HSH âgé de 19 ans. Mes parents ignorent encore mon orientation sexuelle. Il m'arrive d'avoir des relations sexuelles sans utiliser de préservatifs. J'évolue dans un groupe de cinq amis de même orientation sexuelle. C'est un élément du groupe qui a reçu l'information du dépistage à MVS. Nous avons effectué ensemble le déplacement à MVS pour le dépistage. C'était un dimanche matin. Nous avons trouvé sur place d'autres jeunes. Nous avons vite effectué nos tests séparément et en toute confidentialité. Je suis bien placé pour témoigner de la confidentialité qui entoure le test. En effet, j'ai été informé par l'agent de MVS que mon résultat est positif, mais jusqu'à ce jour, mes amis ne l'ont pas su. Après l'annonce du résultat, il m'a conseillé de garder mon sang froid devant mes amis pour éviter tout soupçon. Je leur ai fait savoir que mon résultat est négatif. Comme l'annonce du résultat a été faite oralement, ils ne peuvent pas prouver le contraire. Nous gardons aujourd'hui les mêmes relations que par le passé, ce qui montre que le secret est gardé. Je suis actuellement suivi par le médecin de MVS et je prends régulièrement mes ARV ».

Animation pédagogique

ÉTUDE DE CAS N°1 : **Populations clés à « Bel Horizon »**

Le centre accueil ouvert de la ville de « Bel Horizon », accueille des personnes venant se faire dépister ou vivant avec le VIH. Depuis deux ans, le centre est également fréquenté par des HSH travestis et des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF), ceux-ci et celles-ci se plaignent généralement d'être mal à l'aise à cause du regard des autres personnes fréquentant le centre. Les équipes se réunissent et décident d'allonger l'ouverture du centre en soirée (de 18h à 19h) et communiquent largement cette information aux HSH et FSF qui viennent déjà en consultation.

QUESTIONS/DÉBAT

- 1- Soutenez-vous cette décision, pourquoi ?**
- 2- Quels seraient les avantages ?**
- 3- Quels seraient les inconvénients ?**
- 4 - Pouvez-vous identifier le type de discrimination présenté par ce cas : discrimination, non-discrimination, discrimination positive ?**

ÉTUDE DE CAS N°2 : **Discrimination**

Un HSH nommé Elmer vient à la clinique pour rencontrer un conseiller psychosocial qui est assez récent dans l'association. D'habitude, ce conseiller ne rencontre que les patientes sous ARV stables et généralement, ce sont des mères.

Le conseiller psychosocial tente à plusieurs reprises de comprendre pourquoi ce HSH ne se marie pas et ne fonde pas une famille, en lui expliquant que, quand-même, une vie rangée est plus saine.

Il évite toujours de regarder Elmer. A la seconde visite, il fait finalement passer en priorité toutes les autres personnes qui attendent dans la salle, et, une fois qu'il est temps de recevoir Elmer, il lui dit qu'il a une urgence et part.

QUESTIONS/DÉBAT

- 1-Pouvez-vous expliquer quelle est l'attitude du conseiller ?**
- 2 - Soutenez-vous cette attitude ? Pourquoi ?**
- 3 - Quels seraient les inconvénients ?**
- 4 - Pouvez-vous identifier le type de discrimination présenté dans ce cas : discrimination, non-discrimination, discrimination positive ?**

APPUI POUR L'ANIMATION DE L'ÉTUDE DE CAS N°1

En groupe, vous posez les questions et apportez des éléments de réponse pour chacune d'entre elles.

1 - Pour résumer les débats, cette décision doit être soutenue dans la mesure où, à l'heure actuelle, les populations clés subissent de la stigmatisation et risquent donc de ne plus venir au centre.

2 - Les avantages de cette décision seraient que la fréquentation des populations clés augmente, créant ainsi un lien et une habitude et leur permettant d'avoir accès à la prévention et aux soins.

3 - Les inconvénients sont de complexifier les horaires pour les équipes, de ne pas réussir à intégrer les populations clés parmi le reste de la file active, créant ainsi un accès parallèle.

4 - Ce cas rentre dans la discrimination positive envers les HSH/FSF.

APPUI POUR L'ANIMATION DE L'ÉTUDE DE CAS N°2

1 - Le conseiller adopte une attitude de jugement et de discrimination.

2 - Il trouve des excuses pour ne pas recevoir l'utilisateur, bien qu'il soit possible et compréhensible qu'il puisse être mal à l'aise, s'il ne connaît pas la population HSH, pour aborder sereinement un entretien. Il n'est pas acceptable qu'un conseiller ou tout autre membre d'une association ou d'un service public adopte une attitude discriminatoire et refuse de recevoir une personne, indifféremment de son orientation sexuelle, de son sexe ou d'autres caractéristiques.

3 - Une telle attitude peut avoir un impact dommageable sur la personne qui souhaitait consulter au centre (elle risque de ne plus revenir, ne pas avoir accès aux soins ailleurs). Cette attitude négative peut aussi contribuer à donner une mauvaise réputation à la structure.

4 - Il s'agit d'un cas de discrimination.

QUIZZ

1. Quelles sont les trois caractéristiques principales de la discrimination positive ?

2 - Quel est l'objectif final de la discrimination positive ?

Plusieurs réponses sont possibles.

- A) Accroître les inégalités des positions des groupes de personnes**
- B) Encourager des pratiques discriminatoires**
- C) Restaurer l'égalité des droits à travers une différence de traitement pour un groupe précis**
- D) Assurer aux personnes les plus vulnérables un accès à la santé**

3 - Donner un ou deux exemples d'application concrète de discrimination positive.

RÉPONSES

- 1 - Temporaire, provisoire et transitoire.
 2 - Les réponses correctes sont C et D
 3 - Mise en place de dispositifs d'accueil spécifiques et de circuits « parallèles »
 Lieux dédiés/espaces et horaires adaptés/circuit raccourci, etc.

Histoire insolite !

Les histoires insolites présentées dans ce guide permettent d'illustrer des cas pratiques que peuvent rencontrer les professionnel.les au quotidien. Ces histoires nous incitent à réfléchir à nos actions et aux attitudes à adopter pour respecter l'éthique et les droits des usager.ères.

Il présente son patient comme son marabout pour empêcher son neveu de savoir qu'il est porteur du VIH.

Claude est une personne avancée en âge et vivant avec le VIH depuis quelques temps. Personne dans sa famille ne pouvait imaginer qu'à son âge, il soit porteur du VIH. Il avait pris des précautions pour éviter que les membres de sa famille soit informé.es. Pour cela, il avait identifié une personne de confiance dans une association de prise en charge (PEC), qui lui apportait les ARV à domicile dans la stricte confidentialité.

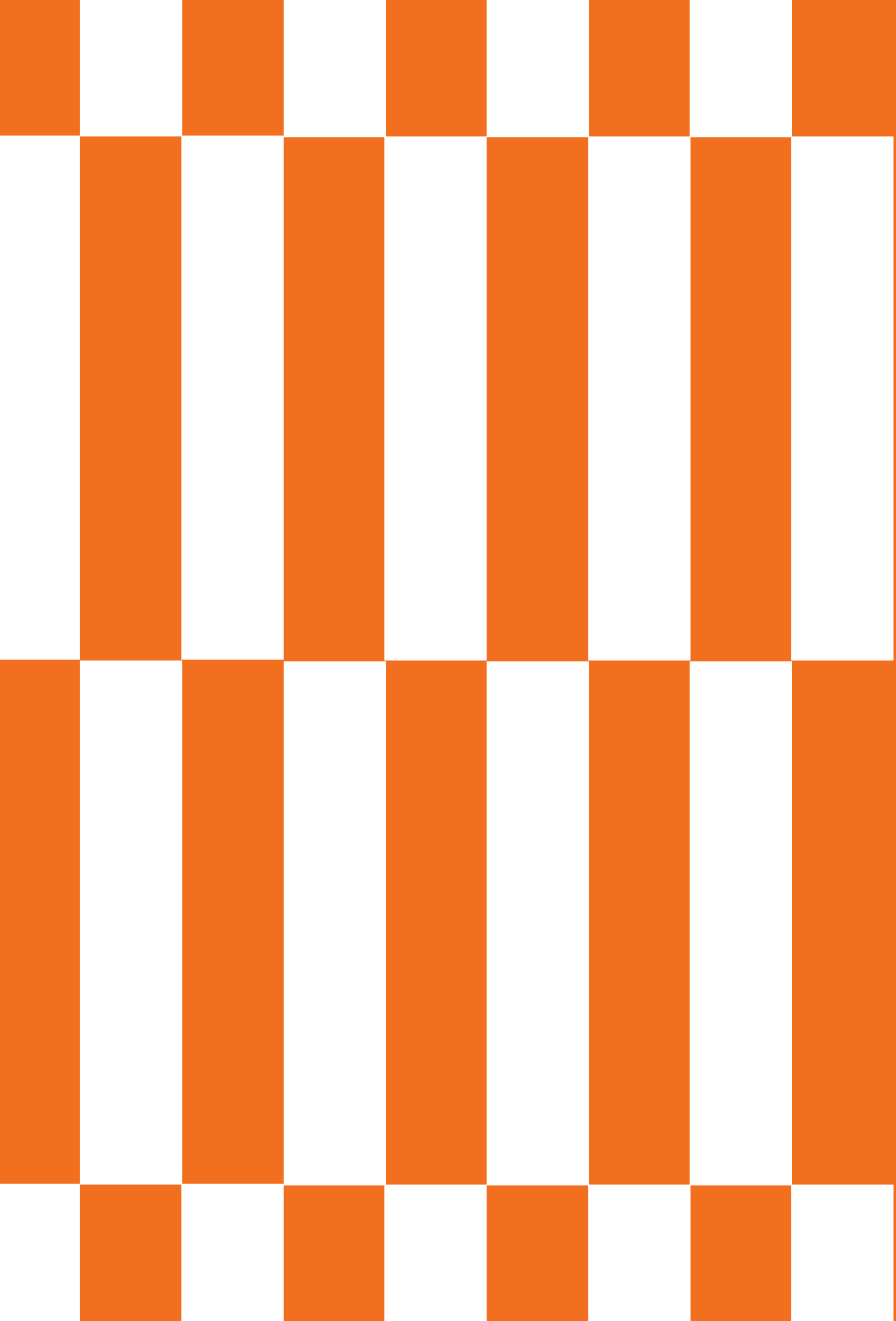
Mais un jour, malgré la vigilance et l'expérience de celui qui livrait les médicaments, l'information manqua de fuiter. Après avoir remis les ARV, le conseiller croise le neveu de Claude, qui savait qu'il travaillait dans une association de PEC du VIH. Qu'est-ce qu'un conseiller psychosocial pourrait avoir à faire avec son grand-père, se demanda le jeune homme ? Il chercha donc à comprendre le type de relations qui pouvaient bien exister entre les deux complices.

C'est ainsi que le conseiller psychosocial lui déclara que son grand-père était son marabout, auprès de qui il venait faire des consultations occultes. Il fut étonné de cette réponse, puisqu'il n'avait jamais entendu dire que son grand père possédait des pouvoirs de marabout. Il lui reprocha même de leur avoir caché ses dits-pouvoirs. La réponse du vieux fut : « Tu ne m'as jamais rien demandé de mystique ». La complicité a donc pu se poursuivre entre le nouveau marabout et son conseiller psychosocial.

Épilogue

Tout.e professionnel.le qui détient des informations confidentielles sur une personne porte la responsabilité de ce secret, dans toutes les situations. Même si le/la professionnel.le vit une situation qui laisse présager que la confidentialité pourrait être rompue, il/elle doit s'assurer de ne rien partager sans le consentement de la personne concernée. Pour ce faire, le/la professionnel.le peut faire preuve de créativité pour préserver la confidentialité, comme le montre cette histoire, dans le respect de la légalité et des principes éthiques.

Avant d'effectuer une visite à domicile, le/la professionnel.le doit s'assurer du consentement libre et éclairé de la personne concernée par cette visite et que les conditions de cette visite lui permettent de respecter tous les principes éthiques.



CHAPITRE VI

LEÇONS TIRÉES

LEÇONS TIRÉES

Les formations sur l'éthique et la confidentialité dans les différentes associations du programme Perspectives sont riches en leçons au niveau des usager.ères, au niveau individuel pour les personnes formées, ainsi qu'au niveau de l'association.

Au niveau des usager.ères

- Améliore la qualité des services (à travers notamment la qualité de l'accueil et des autres services proposés dans le centre et en visite à domicile).
- Améliore la relation soignant-soigné.
- Apporte une prise de conscience de l'importance du respect des principes éthiques.

Au niveau individuel pour les personnes formées

- Permet de s'interroger sur sa pratique, de casser la routine, et de remettre en cause ses habitudes.
- Permet de prendre conscience des insuffisances au niveau individuel et dans la structure et d'adopter de nouveaux comportements.
- Renforce le lien de confiance avec l'usager.ère (grâce à des affiches, aux explications relatives aux principes éthiques, à l'affichage du code éthique), et améliore à terme les relations avec les usager.ères.
- Permet d'acquérir le réflexe de se poser des questions avant d'agir.
- L'impact de la formation va au-delà de la sphère professionnelle, elle a un impact sur la vie privée, en plus de l'impact sur les pratiques professionnelles (touche aux croyances, etc.).
- Amorçe un changement de regard vis à vis des populations vulnérables (HSH, par exemple).

Au niveau de l'association

- Renforce la dynamique collective et améliore la réputation de l'association en général (auprès des usager.ères, auprès des autres structures et partenaires, auprès des autorités telles que les Programmes Nationaux de Lutte contre le sida par exemple).
- Permet d'instaurer un cadre de travail plus serein.
- Permet d'amorcer une réorganisation en interne pour mettre en place des mesures concrètes (sur la confidentialité à l'accueil, sur le parcours des patients, etc.).
- A long terme, peut permettre de favoriser l'intégration des populations clés dans les files actives de structures généralistes.



CHAPITRE VII

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Connaître les principes énoncés dans ce guide constitue une première étape pour renforcer le respect de l'éthique et des droits des usagers.ères au sein d'une structure. Leur application peut se faire à travers la mise en œuvre d'actions concrètes adaptées aux besoins et aux pratiques existantes de chaque structure. Afin d'assurer la réalisation de ces actions, ce guide propose un plan type de suivi de recommandations que chaque lecteur/lectrice peut s'approprier et compléter en collaboration avec ses collègues.

		Personnel impliqué/Personnel en charge	Mois 1	Mois 2	Mois 3
1- Améliorer la confidentialité dans l'ensemble des services de l'association					
Modifier le mot de passe des ordinateurs détenant des informations confidentielles (secrétariat, etc.)		Équipe de direction/Chargé.e d'accueil et responsable administratif			
Réparer les armoires cassées/défectueuses des salles de consultations où sont archivés les dossiers des patients		Logisticien			
Harmoniser et systématiser le système de codification pour tous les dossiers		Équipe de direction/Equipe médicale			
Garantir la confidentialité pour toutes les consultations et prestations (box ou salles de consultations qui ferment, etc.)		Équipe de prise en charge			
2 - Améliorer la non-discrimination envers les populations clés/ les mineurs de la part des autres usagers.ères et à tous les niveaux de l'association					
Former l'ensemble des équipes aux principes éthiques et en particulier à la non-discrimination et aux besoins spécifiques des populations clés et/ou des mineur.es		Équipe de direction/Equipe médicale			
Mieux sensibiliser et informer tous les usagers.ères des services des conséquences de la discrimination		Points focaux/Coordinatrice			
Mettre en place des points focaux issus des communautés pour prendre part aux réunions et décisions concernant les services offerts					
Réaliser un suivi régulier des principes éthiques dans la structure à travers une commission qualité/éthique ou à travers d'autres temps dédiés à analyser les cas de discrimination.		Commission éthique/Équipe de direction			
3- Renforcer le respect du consentement libre et éclairé					
Encourager le personnel médical et les équipes de counselling à prendre le temps nécessaire pour échanger avec les usagers afin d'obtenir un consentement libre et éclairé de qualité		Coordinateur.rice/CA			
S'assurer que le consentement libre et éclairé est systématiquement obtenu pour tous les actes/services le nécessitant		Equipe médicale/Equipe de prévention			
Vérifier/ s'assurer que lorsqu'il est nécessaire d'obtenir le consentement écrit les formulaires adéquats existent					
Informers usagers.ères sur la notion du consentement libre et éclairé et afficher sa définition dans les salles de counselling et médicales		Equipe de prise en charge			
4 - Maintenir une dynamique et une conscience aux niveaux collectif et structurel du respect des principes éthiques					
Créer un comité d'éthique et en définir son rôle, son fonctionnement et ses membres		Directeur.rice exécutive/Responsable médical et/ou psychosocial			
Mettre en place des outils et méthodes de collecte de la satisfaction des usagers.ères en ce qui concerne les principes éthiques (enquêtes, boîtes à suggestions, groupes de parole dédiés, etc.)		Responsable prévention/Point focal			
Elaborer une charte éthique et/ou un guide de l'utilisateur des services de l'association et les diffuser/partager à l'ensemble du personnel et usagers.ères.		Comité de pilotage/Equipe de direction...			
Mettre en place des réunions thématiques ou intégrer la dimension éthique dans les réunions d'équipe					



ANNEXES

Bibliographie et références aux cadres légaux

La pénalisation du VIH en Afrique francophone : état des lieux. Stéphanie Claivaz-Loranger et Cécile Kazatchkine pour le réseau juridique canadien VIH/sida et HIV JUSTICE WORLDWIDE, novembre 2017
<http://www.aidslaw.ca/site/la-penalisation-du-vih-en-afrique-francophone-etat-des-lieux/?lang=fr>

Guide de terminologie, ONUSIDA, version révisée, 2019
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf

Centre de ressources de la Plateforme ELSA
<https://plateforme-elsa.org/>

CADRES INTERNATIONAUX

Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1981
https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_human_people_rights_1981f.pdf

Codes harmonisés de déontologie et d'exercices des médecins dans l'espace CEDEAO de mars 2013
http://cnom.sante.gov.ml/docs/code_de_deontologie_mali.pdf

Code international d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale, adopté par la 3^{ème} assemblée générale de l'AMM Londres, Grande-Bretagne, octobre 1949, et amendé par la 57^{ème} assemblée générale de l'AMM, Pilanesberg, Afrique du Sud, octobre 2006
<https://www.wma.net/fr/policies-post/code-international-dethique-medicale-de-lamm/>

Convention relative aux droits de l'enfant de novembre 1989
<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle (2001)
http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, UNESCO, 2006
<https://fr.unesco.org/themes/%C3%A9thique-sciences-technologies/bioethique-droits-humains>

Directives internationales de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits de l'homme, version consolidée de 2006
https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2006/20061023_jc1252-internguidelines_fr.pdf

CADRES LÉGAUX NATIONAUX

République du Bénin

Loi N° 2005 – 31 du 10 avril portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin

République du Burundi

Loi n° 1/018 du 12 mai 2005 portant protection juridique des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine et des personnes atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise de la République du Burundi

République du Congo

Loi n° 30 – 2011 du 3 juin 2011 portant lutte contre le VIH et le SIDA et protection des droits des personnes vivant avec le VIH de la République du Congo

République du Niger

Loi sur la santé de la reproduction au Niger, adoptée par l'Assemblée Nationale le 24 mai 2006

Loi n° 2015-30 du 26 mai 2015 relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH de la République du Niger

République du Tchad

Loi n°019/PR/2007 du 15 novembre 2007 portant lutte contre le VIH/SIDA/IST et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA de la République du Tchad

Loi n°001/PR/2017 du 8 mai 2017 portant Code Pénal de la République du Tchad

République du Togo

Loi n° 2009-007 du 15 mai 2009 portant Code de la santé publique de la République Togolaise

Loi N° 2010-018 modifiant la loi N°2005-012 du 14 décembre 2005 portant protection des personnes en matière de VIH en République du Togo

Depuis 25 ans, Sidaction fonde son existence sur un principe essentiel : réunir la recherche et le milieu associatif. Notre vocation est d'agir dans tous les domaines de la lutte contre le sida grâce à une expertise globale et transversale de l'épidémie.

L'ensemble des fonds nets collectés permettent à Sidaction de financer aussi bien des programmes de recherche que des associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH, en France comme à l'international.



Ce document a été produit dans le cadre d'un projet cofinancé par l'AFD

Sidaction

228, rue du Faubourg Saint-Martin

75010 Paris

Tél. : 01 53 26 45 55

www.sidaction.org



Association reconnue d'utilité publique,
habilitée à recevoir legs et donations.