



UNIVERSITE SENGHOR

UNIVERSITE INTERNATIONALE DE LANGUE FRANÇAISE
AU SERVICE DU DEVELOPPEMENT AFRICAIN

DEPARTEMENT GESTION DES SYSTEMES DE SANTE
ET POLITIQUES ALIMENTAIRES

MEMOIRE DE FIN DE FORMATION

Présenté comme exigence partielle en vue de l'obtention du :
DIPLOME D'ETUDES PROFESSIONNELLES APPROFONDIES (DEPA)

TITRE :

La lutte contre les IST/VIH/SIDA:
*propositions inspirées de l'expérience des organismes
communautaires montréalais dans ce domaine pour une approche
intégrée en milieu rural [la commune de Glazoué dans le département
des Collines (Bénin)]*

Présenté et soutenu publiquement par :

Dr. AGONNOUDE T. Maurice
amaurte@yahoo.fr

Sous la direction de :

Pr. Michel LEBRAS

Professeur émérite à l'Université Victor SEGALEN, Centre René Labusquière (Bordeaux 2-France)
Professeur associé à l'Université SENGHOR

Jury :

Dr Christian MESENGE, Président

Dr Jean Daniel RAINHORN, Membre

Pr Morsi EL SODA, Membre

Année Universitaire 2003-2005

Université SENGHOR
1, Place Ahmed ORABI, El MANCHEYA
BP:21111 415, Tél./Fax: (203) 48 43 375
Alexandrie, EGYPT
Site Internet: www.usenghor-francophonie.org

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

☞ DIEU, l'Éternel tout Puissant à qui je réitère la prière de Maïmounide :

« Remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures.

N'admet pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influence dans l'exercice de mon art...

Fais que je ne vois que l'homme dans celui qui souffre...

Fais que mes malades aient confiance en moi et en mon art; qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions...

Prêtes-moi l'indulgence et la patience auprès de mes malades entêtés et grossiers...

Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon art, comme une cuirasse, me rende invulnérable pour que je puisse persévérer dans le vrai...

Fais que je sois modéré en tout mais insatiable dans mon amour de la science »

☞ Mon père Feu Victorin AGONNOUDE, In memoriam.

☞ Ma mère, Veuve Geneviève AGONNOUDE et tous mes frères et sœurs,
Pour toutes les souffrances endurées lors de cette formation.

☞ Mon fils Tom Soayi Sonangnon AGONNOUDE,
Encore un exemple, non seulement à suivre, mais surtout à dépasser.
Que Dieu te protège et te fortifie. Amen.

☞ Mon épouse Théodora S. DOVONOU,
Grandes ont été les peines ressenties et les sacrifices consenties avant et lors de cette formation.
Que ce travail soit un motif de satisfaction et de reconnaissance de tes efforts, et que le Seigneur puisse nous bénir et nous unir davantage... Amen.

☞ Mes cousins et frères Ludovic Hervé AGONNOUDE, Urbain Noël AGONNOUDE et
Bienvenu Maxime AGONNOUDE pour le rôle irremplaçable que vous avez joué lors de la mise
en route pour Alexandrie.
Que Dieu vous bénisse et vous comble à jamais.

☞ Mes amis Lucien ABOE, Noël Z. D. AKAKPO et Adolphe GNANCADJA,
Votre contribution a été d'une importance capitale lors du départ pour l'Égypte.
Seul l'Éternel Dieu peut vous remercier à sa juste valeur.
Veuillez trouver dans ce travail un petit motif de satisfaction.
Que Dieu vous bénisse éternellement.

AVANT-PROPOS

Ce travail s'inscrit dans le cadre des exigences pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Professionnelles Approfondies à l'Université SENGHOR au terme des vingt mois de formation. Outre les difficultés qui ont jalonné le sentier de sa réalisation, difficultés inhérentes à tout travail scientifique de qualité, c'est de la petite histoire du sujet de ce travail qu'il me plaît de parler dans son avant-propos. Cette histoire débute lors de nos premières années d'exercice de la profession médicale, à l'hôpital Saint Luc, dans le service de pédiatrie, puis dans le service de Médecine générale du Centre de Santé BETHESDA. Nous avons été frappé, non seulement par le nombre et la gravité des cas de pathologies pré-transitionnelles (malnutritions, infections) principalement l'anémie multifactorielle, que nous recevions, mais aussi et surtout par la fréquence de la répétition de ces cas chez certains enfants. En effet, nous avons beau insisté sur les conseils préventifs à ces parents, ces mêmes enfants devaient revenir quelques mois plus tard dans le même tableau d'anémie décompensée. Une réflexion personnelle sur la question nous a permis de comprendre que cette situation est liée à la pauvreté ambiante dans laquelle végétaient les parents de ces enfants. En effet, préoccupés par les problèmes de survie quotidienne, ces parents ne sont pas enclins à respecter les conseils jusqu'à ce qu'un nouvel épisode de maladie ne survienne pour ramener ces conseils à leur bon souvenir. Une action ne serait vraiment efficace que si elle prenait globalement en compte la situation socioéconomique de ces enfants. Cette réflexion a été à la base de notre décision pour venir à l'Université SENGHOR.

Dès nos premières discussions avec le Chef de département pour le choix du sujet, nous avons mis l'accent sur notre désir d'élaborer un programme multisectoriel et intégré pour la lutte contre la pauvreté dans des communautés défavorisées. Il nous a été répondu qu'il fallait nécessairement partir d'une problématique de santé pour élaborer un tel programme puisque nous étions dans un département de Gestion de systèmes de santé et de politiques alimentaires et que avant tout, nous étions médecin de formation.

Un problème préoccupant de santé dans notre monde actuel, dont les liens avec la pauvreté sont évidents : la pandémie du Sida (évidence).

Durant tout le parcours de notre formation et de nos recherches sur le sujet, d'Alexandrie à Montréal, nous avons compris à quel point les liens entre le Sida et la pauvreté sont vraiment complexes.

C'est le lieu de remercier sincèrement tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont aidé à la réalisation de ce travail.

Mention spéciale aux personnes et institutions ci-après:

☞ L'ex-Directeur du département, le Docteur Ragay MASHALY, dont les conseils et les premières orientations ont été très capitaux pour son aboutissement.

☞ L'actuel Directeur, le Docteur Christian MESENGE, qui a su continué le travail avec la même détermination et le même engagement.

☞ Le Professeur Michel LE BRAS, qui a simplement accepté de suivre ce travail, malgré le retard que nous avons pris pour le contacter. Veuillez trouver ici, l'expression de notre sincère gratitude.

☞ Le Professeur Joseph ZAYED de l'Université de Montréal et toute son équipe du Département Santé environnementale et santé au travail qui nous ont offert de bonnes conditions de travail.

☞ M. Lucien ALBERT, directeur de l'Unité de santé internationale (USI) de l'université de Montréal et Mme Sylvie CHARRON, chargée de programme à l'USI, pour leur encadrement et conseils d'orientation.

☞ MM Richard CLOUTIER et Luc BEAUREGARD du service de lutte contre les infections transmissibles par le sexe et par le sang (SLITSS) du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, pour leur précieuse aide pour la réalisation du travail.

☞ Les responsables et tous les intervenants et intervenantes des organismes communautaires que nous avons rencontrés à savoir :

_M. Jacques MOÏSE du Projet d'intervention auprès des mineurs prostitués (PIaMP) ;

_M. Robert VIELLIET du CLSC Métro ;

_Mme Bellancilla MUKANKUSI du Projet africain du centre de ressources et d'intervention en santé et sexualité (CRISS);

_Mme Anne Marie GUILBAULT de Spectre de rue ;

_Mlle Isabelle MORIN de la fondation d'aide directe Sida Montréal ;

_M. Joseph GILLES de GAP_VIES ;

_Mme Anisa BAKER de Sida Bénévoles Montréal (ACCM) ;

_M. Roland LAFRANCE de la Maison d'Hérelle ;

_M. MORIN de la Coalition des organismes communautaires de lutte contre le Sida (COCQ_SIDA) ;

_M. Yvon COUILLARD du Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et itinérantes (GIEPSI)

_M. Michel ARNOLD de la fondation FARHA ;

_Mlle Kathy TREMBLAY de Action Séro Zéro ;

_Mlle Roxane BEAUCHEMIN de Cactus ;

_Mme Marjorie VILLEFRANCHE de la maison d'Haïti ;

_Le Docteur Raphaël FRANTZ et toute son équipe de la prévention et de la lutte contre le Sida du CLSC Saint Michel.

☞ Tous les Professeurs visiteurs de l'Université SENGHOR pour la qualité des enseignements dispensés durant le cursus ; nous voudrions remercier particulièrement le Professeur Jean-Daniel RAINHORN pour ses conseils très utiles pour l'amélioration de ce travail.

☞ Tous les professeurs permanents de l'Université, en particulier Mme Omnéya SHAKER et toute son équipe du secteur TIC pour la qualité de l'encadrement dont nous avons bénéficié.

☞ La secrétaire exécutive du département et tout le personnel de l'Université SENGHOR pour la qualité du soutien logistique pendant ces 20 mois de formation.

☞ Toutes les personnes ressources au Bénin qui ont bien voulu répondre à nos préoccupations dans le cadre de ce travail.

☞ Tous les collègues béninois de la promotion pour les échanges fructueuses sur nos sujets de mémoire.

☞ Tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce travail, en particulier mes collègues de promotion René KUSONGISILA SUENGUE et Gualbert Kouadio FOKOUO qui ont bien voulu lire la première version de ce travail pour lui apporter leurs critiques constructives.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARV : Antirétroviraux.
BAD : Banque Africaine de Développement.
CAP : Connaissance Attitude Pratique.
CCC : Communication pour un Changement de Comportement.
CEFORP : Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (Bénin).
CLSC : Centre Local de Services Communautaires (Québec).
CNDLP : Comité National pour le Développement et la Lutte contre la Pauvreté (Bénin)
CNLS : Comité National de Lutte contre le Sida (Bénin).
CSA : Centre de Santé d'Arrondissement (Bénin)
CSC : Centre de Santé de Commune (Bénin).
DGCED : Direction Générale de la Coopération Extérieure au Développement (Bénin).
ECVR 2 : Enquête sur les Conditions de Vies des ménages Ruraux, deuxième édition.
FHI : Family Health International
IEC : Information Education Communication.
IST: Infection Sexuellement Transmissible (Bénin).
ITSS : Infections Transmissibles par le Sexe et par le Sang (Québec)
MAEP : Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche (Bénin)
MECAGPPD : Ministère d'Etat chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, du Plan, de la Prospective et du Développement (Bénin).
MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux (Québec).
NEPAD : New Partnership for African Development (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique).
OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
ONG : Organisation Non Gouvernementale.
ONUSIDA : Programme commun des Nations Unis pour la lutte contre le Sida.
PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (Bénin).
PNSP : Programme National de Santé Publique (Québec).
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH.
PMT 1 et 2 : Plan à Moyen Terme première et deuxième génération (Bénin).
PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement.
RGPH 3 : Recensement Général de la Population et de l'Habitation, troisième édition.
Sida : Syndrome de l'immunodéficience Acquise.
SLITSS : Service de Lutte contre les Infections Transmises par le Sexe et le Sang (Québec).
UDI : Utilisateurs de Drogues Injectables.
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Situation du BENIN dans l'Afrique</i>	<i>12</i>
<i>Figure 2 : Carte administrative du Bénin.....</i>	<i>14</i>
<i>Figure 3 : Carte administrative de Glazoué.....</i>	<i>15</i>
<i>Figure 4 : Le Canada dans le monde</i>	<i>33</i>
<i>Figure 5 Carte situant le Québec dans le Canada puis la ville de Montréal dans la province du Québec.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 6: Evolution du nombre de cas déclarés de Chlamydiae génitale par année de 1996 à 2002.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 7: Evolution du nombre de cas déclarés de Syphilis au Québec de 1996 à 2002.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 8: Evolution du nombre de cas de Gonorrhée et d'hépatite B par année de 1996 à 2002.....</i>	<i>35</i>
<i>Figure 9: Répartition des tests VIH positifs en fonction des différentes provinces du CANADA.....</i>	<i>36</i>
<i>Figure 10 : Tests positifs par année et par ethnie</i>	<i>37</i>
<i>Figure 11 : Répartition du nombre de cas de séropositifs en fonction de l'année de diagnostic.....</i>	<i>38</i>
<i>Figure 12 : Les séropositifs en fonction de la catégorie d'exposition</i>	<i>39</i>
<i>Figure 13 : Cas déclarés de Sida par année</i>	<i>39</i>
<i>Figure 14: Cas de Sida déclarés en fonction de la catégorie d'exposition.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 15 : Répartition des cas de Sida déclarés en fonction de l'âge.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 16: Évolution de la mortalité spécifique due au Sida dans trois localités</i>	<i>41</i>

SOMMAIRE

DEDICACES	II
AVANT-PROPOS	II
LISTE DES ABREVIATIONS	IV
LISTE DES FIGURES	V
SOMMAIRE	VI
RESUME	VII
SUMMARY	VIII
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU CONTEXTE DE DEPART DE L'ETUDE, LA COMMUNE DE GLAZOUE	11
DEUXIEME PARTIE : LES IST/VIH/SIDA A MONTREAL AU QUÉBEC	30
TROISIEME PARTIE LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA AU QUEBEC ET AU BENIN : SIMILITUDES ET DIFFERENCES	56
QUATRIÈME PARTIE : PLAN D'ACTION	63
CONCLUSION GENERALE	79
ANNEXES	81
BIBLIOGRAPHIE	107
TABLE DES MATIERES	112

RESUME

L'épidémie de l'infection à VIH/SIDA ou deuxième pandémie du siècle constitue un des grands problèmes de santé publique actuellement dans le monde. Au Bénin, des facteurs sociologiques et socioculturels se combinent à des réalités socioéconomiques pour faire progresser cette pandémie plus vite dans certaines régions rurales que dans les zones urbaines. La commune de Glazoué dans le département des Collines fait partie de ces régions fortement affectées.

Le but de cette étude est de proposer, sur la base des réalités locales et en s'inspirant de l'expérience de la lutte contre la pandémie dans un pays développé, un plan multisectoriel et intégré de lutte contre la pandémie dans cette commune rurale du BENIN.

L'étude de la lutte contre les IST /VIH/SIDA à Montréal a fait ressortir que les mêmes facteurs de vulnérabilité tels la pauvreté, l'insuffisance d'accès aux soins et l'exclusion sociale sont responsables de la progression de l'épidémie. Les organismes communautaires s'efforcent de mettre des moyens palliatifs et les ressources nécessaires à la disposition des personnes à risque afin de leur permettre de se resocialiser, de redonner un sens à leur vie et d'adopter des comportements sécuritaires.

Il apparaît alors qu'une lutte efficace contre ce fléau passe par la lutte contre l'ensemble des facteurs en cause.

A la lumière de ces éléments, un plan multisectoriel et intégré est proposé. Ce plan comporte :

- un volet sanitaire destiné à améliorer la réactivité des services de santé de la localité pour la prise en charge de toutes sortes de pathologies en générale, les IST/VIH/SIDA en particulier et à dynamiser les actions de sensibilisation et de dépistage grâce au soutien des ONG locales ;
- un volet économique qui vise le renforcement de la capacité des populations dans les activités agropastorale et piscicole ainsi que dans les activités génératrices de revenu ; ce volet prévoit une structure de micro-finance pour le soutien financier de ces activités ;
- un volet éducatif visant l'alphabétisation et le renforcement de la capacité des adultes (y compris dans les domaines économique, sanitaire et environnemental) ainsi que l'amélioration de la scolarisation et de la sensibilisation des enfants et des jeunes sur l'épidémie du VIH/SIDA ;
- un volet culturel et sportif destiné à utiliser les activités culturelles et sportives pour faire passer des messages de sensibilisation sur la santé et les IST/VIH/SIDA.

Ce programme prend donc en compte les grands aspects d'un développement local durable et sa mise en œuvre doit permettre une dynamisation de la lutte contre l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA dans la commune.

Mots-clés : IST/VIH/SIDA, pauvreté, lutte intégrée, développement local.

SUMMARY

The epidemic of the infection HIV/AIDS or the second pandemic of the century constitutes one of the biggest problems of health currently in the world. In Benin, some sociological and sociocultural factors combine themselves to socio-economic realities to make progress more quickly this pandemic in some farming regions in the urban zones. The township of Glazoué in the Collines's department is part of these greatly affected regions.

The goal of this survey is to propose, on the basis of the local realities and while being inspired by the experiences of the struggle against the pandemic in a developed country, a multisectorial and integrated plan of struggle against the pandemic in this rural township of BENIN.

The survey of the struggle against the STD/HIV/AIDS in Montreal highlight clearly that the same factors of vulnerability, poverty, the lack of access to the cares and the social exclusion is responsible of the progression of the epidemic. The communal organisms endeavor to put the palliative means and the necessary resources at the disposal of the risked people in order to allow them to resocialize, to give back a sense to their life and to adopt some safety behaviors. It appears meanwhile, that an efficient struggle against the curse goes through the struggle against the set of the concerned factors.

On the basis of these elements, a multisectorial and integrated plan is proposed. This plan includes:

- a sanitary shutter destined to improve the reactivity of the health services in the locality for the handling of all sorts of pathologies in general, the STD/HIV/AIDS in particular and to energize the sensitization actions and tracking thanks to the support of the locals NGOs ;
- an economic shutter that aims the backing of the capacity of the populations in the agricultural, animal husbandry and piscicultural activities as well as in the incomes generating activities ; this shutter plans a structure of micro-finance for the financial support of these activities;
- an educational shutter aiming the literacy and the backing of the capacity of the adults (including in the economic, sanitary and environmental domains) as well as the improvement of schooling and the sensitization of the children and the young on the epidemic of the HIV/AIDS;
- a cultural and sporty shutter intended to use the cultural and sporty activities to help reach aimed people on health and the STD/HIV/AIDS.

This program takes therefore into account the great aspects of a sustainable local development and must permit to improve the struggle against the epidemic of the infection HIV/AIDS in the township.

Key-words: STD/HIV/AIDS, poverty, integrated struggle, local development.

STD = Sexually transmitted diseases

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1-1 INTRODUCTION- PROBLEMATIQUE

L'épidémie de l'infection à VIH/SIDA ou deuxième pandémie du siècle reste l'une des préoccupations majeures de tout le monde car, selon les statistiques de l'ONU SIDA disponible en fin 2004, la situation épidémiologique se présente comme suit (tableau 1):

Indicateur	MONDE		AFRIQUE SUD SAHARA	
	N	%	N	%
Total des Cas	39,4 millions	100	25,4 millions	64,5
Nouveaux cas (en 2004)	4,9 millions	100	3,1 millions	63,3
Décès (en 2004 uniquement)	3,1 millions	100	2,3 millions	74,2

Tableau 1 : Situation épidémiologique du Sida en AFRIQUE et dans le monde

Source : adaptée ONU SIDA/OMS, Le point sur l'épidémie, Décembre 2004

Au BENIN, selon les statistiques du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), estimation de 2001, le taux de prévalence est de 4,1 % soit approximativement et en tenant compte du nombre de décès annuel dû au Sida, une nouvelle infection de 45 personnes par jour. De 1990 à 1997, la prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes en consultation prénatale est passée de :

- 0,52 à 1,9% en milieu urbain (multiplication par 3)
- 0,21 à 5,9% en milieu rural (soit une multiplication par 28), (PNLS, 2001)

Les mesures de lutte basées sur l'information, l'éducation et la communication depuis près d'une décennie n'ont pas démontré leur efficacité surtout en milieu rural car elles se trouvent confrontées à la pauvreté. En effet, selon l'étude sur les conditions de vie des ménages ruraux (ECVR2) publiée en novembre 2001 par le Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche, en collaboration avec le PNUD et la coopération danoise (DANIDA), le profil de la pauvreté en milieu rural au BENIN se présente de la manière suivante :

→ le seuil de pauvreté global (ou la dépense minimale nécessaire à un individu ou un ménage pour se procurer un panier de biens alimentaires, de biens non alimentaires et les services publics essentiels) est de 0,31 € par jour : 31,2 % des pauvres (soit 1 204 660 habitants) sont en dessous de ce seuil.

Ces pauvres ne souffrent pas seulement de pauvreté monétaire mais sont également privés de « capacités essentielles » pour mener une vie correcte et épanouissante.

→ Ainsi, au niveau de l'éducation, le taux d'analphabétisme des adultes est de 71 % en milieu rural ; deux ménages sur trois sont dirigés par un chef analphabète. Le taux de scolarisation des enfants est de 42,0% : le poids des enfants non scolarisés est de 36, 4%, celui des déscolarisés est de 5% environ.

→ Au niveau de la santé, le taux de mortalité infantile est de 118,9‰ et 31 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance en 2001 (DGCED, MCCAG-PD, Novembre 2002).

Ainsi les conséquences de la pauvreté, en particulier l'insuffisance d'apport en calories et éléments nutritifs, fragilisent les individus qui sont susceptibles d'être infectés par le VIH et les conduisent plus rapidement à développer la maladie puis à décéder. Via ses effets sur la production, le revenu et la croissance, l'infection à VIH/SIDA, à son tour, entrave la capacité du pays, des ménages et des individus à endiguer la pauvreté et à assurer la sécurité alimentaire des ménages (BAD, 2003). Selon une étude menée au Burkina Faso, au Rwanda et en Ouganda, l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA ferait passer le pourcentage d'individus vivant dans l'extrême pauvreté de 45% en 2000 à 51% en 2015 (Aide mémoire 2002, ONUSIDA).

La question se pose de savoir quelle stratégie adopter pour cette double lutte contre l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA et la pauvreté à l'échelle d'une communauté.

Face à l'ampleur du problème, la médecine, ne disposant pas de solution radicale, les espoirs restent tournés vers la prévention. Or, depuis près de deux décennies de lutte antisida basée sur l'éducation et la sensibilisation, les plans et programmes de lutte n'ont pas comblé les attentes. Par exemple, une étude faite en 2000, sur le sida et les IST en milieu rural au BENIN, à travers une enquête CAP (connaissance, attitude, pratique) chez les populations Toffins de la sous-préfecture de Sô Ava (localité lacustre à 40 km au nord est de Cotonou) a montré que :

☞ dans la population :

- ▶ 84% des personnes interrogées ont une mauvaise connaissance en matière d'IST/VIH/SIDA ;

- ▶ 60,4% ont une attitude inadaptée vis-à-vis du Sida et des malades sidéens ;

- ▶ 39,58% ont des pratiques à risque en matière d'IST/SIDA ;

☞ chez les agents de santé : plus de 7 agents sur 10 ont une mauvaise connaissance et 57,17% ont une mauvaise pratique de dépistage, de soins et de prise en charge en matière de prévention des IST/VIH/SIDA dans la région (AGONNOUDE, 2000).

HOUNTON et al. (2005) trouvent à Toffo (localité rurale à 40 km au nord de Cotonou) que 63,2 % des hommes et 52,5% des femmes n'ont pas utilisé le préservatif durant leur dernier rapport sexuel occasionnel car ils n'ont pas confiance en l'efficacité en en la qualité des préservatifs ; dans la même étude, le nombre moyen de partenaire sexuel occasionnel durant les douze dernier mois est de 2 pour les hommes et 1 pour les femmes. Or, comme dans toute l'Afrique au Sud du Sahara, l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA au Bénin est essentiellement à transmission hétérosexuelle.

Ces constats révèlent le fait que la plupart des programmes de lutte n'ont pas suffisamment pris en compte l'écologie de la maladie. En effet, elle survient dans un contexte socioculturel et économique marqué par la pauvreté, avec ses corollaires : l'analphabétisme et les pratiques comme le lévirat (pratique culturelle qui consiste à donner une veuve en mariage à un frère ou un membre de la famille du défunt), les scarifications, les mutilations génitales féminines et surtout une forte stigmatisation, toutes choses qui favorisent l'évolution galopante de l'épidémie en Afrique. On ne peut espérer agir de façon efficace et durable sur cette évolution sans résoudre globalement le problème de la pauvreté et de l'analphabétisme de nos sociétés. C'est à juste titre que l'Organisation Mondiale de la Santé (1987) indique que « ...*Des liens s'imposent avec les autres secteurs qui maîtrisent ou influencent les déterminants de la santé comme l'agriculture, l'alimentation et la nutrition, l'éducation et l'instruction, l'environnement et les infrastructures matérielles* » et que « *le secteur de la santé doit tout mettre en œuvre pour que ces facteurs soient mis au service de la promotion de la santé* ».

Des exemples existent en Afrique pour montrer que la résolution à long terme de problèmes de santé passe par une approche plutôt communautaire avec l'appui technique des systèmes de santé. C'est ainsi que dans une revue d'évaluation de projets de lutte contre la malnutrition dans les pays de l'Afrique subsaharienne (MAREK et coll., 1993), des experts de la Banque Mondiale ont constaté que la résolution durable du problème de la carence en vitamine A doit aller au-delà du traitement des malades, de la sensibilisation pour la consommation des aliments riche en vitamine A et de la distribution de capsules du produit. Cette résolution doit aussi s'occuper de l'amélioration de la production et de la consommation d'aliments riches en vitamine A. De même la lutte efficace à long terme contre le goitre hypothyroïdien passe par une stratégie multisectorielle incluant l'enrichissement en iode des aliments largement et régulièrement consommés. La Tanzanie, appliquant cette approche, dispose depuis 1983 d'un programme intégré comprenant un volet communication, un volet formation des agents de santé, un volet curatif avec injection de sel iodé, un volet préventif avec distribution de capsules et enfin un volet nutritionnel d'iodation du sel. Elle a obtenu le meilleur succès : réduction du pourcentage du goitre chez les écoliers de 60,9 % à 6 % en 12 mois. Dans le cadre de la lutte contre les malnutritions protéino-caloriques, les programmes d'IEC ne peuvent prétendre obtenir de bons résultats, puisqu'ils se limitent à la promotion de changements de comportements ou de pratiques au sein de la famille. Leur impact sera plus visible lorsqu'ils intégreront la situation socioéconomique des familles et la mise au point de recettes alimentaires acceptées (comme par exemple la farine de Ouando au BENIN) dans une approche communautaire. Pour WHYTE SR et all. au KENYA (1989), les centres de réhabilitation nutritionnelle ne seront jamais efficaces à

eux seuls au niveau de la communauté s'ils ne sont pas intégrés dans une stratégie locale d'amélioration des conditions de vie. Une approche multisectorielle et intégrée s'impose.

Dans son document de stratégie de réduction de la pauvreté (MECAGPPD, CNDLP, 2003) le BENIN met l'accent entre autre sur :

→ la décentralisation comme stratégie principale de renforcement de la gouvernance et des capacités institutionnelles ;

→ la lutte contre l'analphabétisme, le VIH/SIDA et le paludisme comme stratégie de développement du capital humain ;

→ le développement communautaire et la création de pôle de développement ainsi qu'un meilleur accès aux micro crédits comme stratégie de promotion de l'emploi durable et de renforcement de la capacité des pauvres à participer aux processus de prise de décision et de production les concernant.

C'est donc pour coller à cette double nécessité de lutte contre la pauvreté et l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA d'une part, de responsabilisation des communautés à la base dans le processus de développement les concernant d'autre part, que nous avons initié ce travail intitulé :

LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA: propositions inspirées de l'expérience des organismes communautaires montréalais pour une approche intégrée en milieu rural au BENIN [cas de la commune de Glazoué (Collines)]

Les objectifs :

1. Identifier les secteurs prioritaires utiles pour contrer l'épidémie et les actions nécessaires pour la lutte dans chaque secteur;
2. Etudier les stratégies et approches communautaires utilisées dans un pays industrialisé ;
3. Déterminer dans quelle mesure les stratégies précédentes peuvent être adaptées dans un contexte de sous développement ;
4. Proposer au regard de tout ce qui précède un plan d'intervention locale contre l'épidémie.

Les hypothèses :

1- Il existerait plusieurs épidémies d'infection à VIH/SIDA dans le monde. Mais, la plupart des stratégies et approches de lutte contre le sida sont universelles et pourraient être transposables

d'une région à l'autre sur la terre. Ainsi, nous pensons qu'un certain nombre de stratégies seraient transposables directement de Montréal vers la commune de Glazoué.

2- Il existerait dans le domaine de la lutte contre le Sida et la pauvreté, des approches sociologiquement et socio culturellement spécifiques à chaque communauté, approches dont l'ignorance pourrait conduire inexorablement à l'échec des politiques. Donc nous pensons qu'il existe des stratégies spécifiques à base socioculturelle propre à la commune de Glazoué au Bénin.

3- Il est possible, en utilisant une approche multisectorielle et intégrée, de baisser l'incidence de l'infection à VIH et donc de stabiliser sa prévalence dans la commune durant les cinq années à venir.

1-2- JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME ET DU CADRE D'ETUDE

Le choix de notre thème est justifié par trois raisons principales :

- l'importance de l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA en Afrique au Sud du Sahara (ASS); en effet, avec seulement 10% de la population mondiale, l'ASS abrite 62,5% de tous les cas dans le monde (ONUSIDA, 2004a);
- l'interdépendance entre le Sida et la pauvreté qui fait que les deux s'aggravent mutuellement; l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA est actuellement considérée comme un véritable obstacle au développement des pays africains ;
- dans le contexte de la décentralisation en cours au Bénin, il est important que les localités se dotent d'une politique adaptée de la lutte contre ce fléau.

Nous avons décidé de travailler sur la commune de Glazoué dans le département des collines, pour deux raisons principales:

- le département des Collines est le deuxième département rural le plus atteint après le Mono ;
- il s'agit d'un département que nous connaissons assez bien pour y avoir réalisé notre thèse de Doctorat d'Etat en Médecine Générale en 1997.

Ainsi donc, l'objet de notre travail est d'élaborer une politique ou des stratégies utiles pour une lutte efficace contre ce fléau à l'échelon d'une commune.

1-3- DEFINITIONS

Les Infections sexuellement transmissibles (IST)

Ce sont des infections bactériennes ou virales qui se transmettent par un contact sexuel. Les plus fréquentes sont la gonococcie (due au *Neisseria gonorrhoea*), la chlamydie (due à *Chlamydiae trachomatis*), le chancre mou (du à *Haemophilus ducreyi*), la syphilis (due au *Treponema pallidum*), la vaginose bactérienne (due au *Trichomonas vaginalis*), l'herpès (du au virus *Herpes simplex viridae*).

Symptomatiques ou non, ce sont des infections curables par une antibiothérapie appropriée en dehors de l'herpès qui peut devenir chronique récidivante. Non ou maltraitées, ces infections peuvent avoir des conséquences graves dont une infection généralisée (septicémie), une infertilité, des cancers des voies génitales ainsi que des avortements à répétition, des grossesses ectopiques, des accouchements prématurés voire des infections néonatales.

L'infection à VIH et le Sida

L'infection à VIH est l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Ce virus à ARN attaque et détruit progressivement le système immunitaire de l'individu infecté. Ce dernier est donc rendu progressivement vulnérable à toutes sortes d'agressions par les microorganismes.

Le Sida ou Syndrome de l'Immunodéficience Acquis est la phase terminale de l'évolution de l'infection à VIH.

Il existe entre les IST et l'infection à VIH, une interaction réciproque qui fait que les unes ne peuvent pas être abordées sans les autres et inversement. En effet, outre leur transmission commune par la voie sexuelle, l'existence d'une IST fragilise la muqueuse, constituant ainsi une excellente porte d'entrée pour le VIH. En effet, « le VIH, peu infectant lorsque transmis par voie hétérosexuelle (mode de transmission prédominant en Afrique), ne peut causer une épidémie du type de celle à laquelle on assiste actuellement que lorsqu'il est associé à un cofacteur qui augmente son infectivité, en l'occurrence les IST » (Projet Sida 3, 2004). La prévention et la prise en charge correcte et précoce des IST peuvent donc réduire de façon significative la transmission du VIH.

À l'opposé, chez un individu infecté par le VIH, on assiste à une modification de l'histoire naturelle des IST dont la gravité et la contagiosité se trouvent exacerbées ainsi qu'une résistance particulière aux traitements classiques. Seule une prise en charge correcte des séropositifs permet d'éviter cette évolution. Ainsi, la question des IST va de paire avec celle de l'infection à VIH.

L'approche intégrée de lutte

Deux types d'approches intégrées de lutte peuvent être distingués :

- l'intégration des différents niveaux de prise en charge et de soins dans le cadre de la lutte contre une affection ;
- l'intégration de différents secteurs d'activités de sorte que l'ensemble des actions concourent vers la prévention et la lutte contre l'affection en cause.

Pour l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques et l'Organisation Mondiale de la Santé (OCDE, OMS, 2003), « *Compte tenu des retombées que l'investissement dans la santé peut avoir pour le développement, il apparaît essentiel d'adopter une approche intégrée en faveur de la santé des pauvres* ». Cette approche, selon ces deux organisations internationales, implique non seulement l'offre de services de santé publique et de soins personnels de qualité, mais passe aussi par une action ne se limitant pas au seul secteur de la santé, englobant des mesures dans divers domaines qui exercent une influence déterminante sur la santé des pauvres, notamment l'éducation, la nutrition, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement. C'est donc de l'intégration multisectorielle utilisant des actions dans les domaines économiques, sanitaires, éducatifs et socioculturels pour lutter contre la pauvreté et les IST/VIH/SIDA qu'il sera question dans la suite de ce travail.

Quelle a été la méthodologie suivie pour sa réalisation ?

1-4- METHODOLOGIE

1-4-1 LA DOCUMENTATION

Elle comporte :

- une revue de la littérature sur le développement local communautaire en relation avec la lutte contre la pauvreté et la pandémie du sida ;
- une série d'interviews exploratoires avec des spécialistes des questions de lutte contre les IST/SIDA au Bénin.

1-4-2- LE STAGE

Il a eu lieu du 3 mai au 30 juillet 2004 à l'Université de Montréal.

Les objectifs du stage ont été:

- étudier le modèle de lutte communautaire contre l'exclusion sociale et les IST/VIH/SIDA dans les communautés défavorisées de la ville ;
- étudier les perspectives d'une application de ces modèles dans un contexte de sous développement.

Les premières actions sur le terrain ont consisté à prendre une série de contacts avec les acteurs de la lutte contre l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA à savoir ;

- l'Unité de Santé Internationale de l'université de Montréal qui dirige les projets de lutte contre le Sida en Guinée et au Mali dans le cadre du projet canadien de lutte contre le sida en Afrique de l'ouest;
- le Service de Lutte contre les Infections Transmises par le Sexe et le Sang (SLITSS) ;
- la Coordination des Organismes Communautaires de Lutte contre le Sida au Québec (COCQ_SIDA).

Ces contacts nous ont permis d'avoir les documents de stratégie de la lutte contre le Sida à Montréal, les adresses des organismes intervenants sur le terrain afin de planifier les visites. Plus d'une centaine d'organismes interviennent directement ou indirectement dans la lutte contre le VIH/SIDA dans la ville de Montréal. Le choix des organismes à visiter est déterminé par leur intérêt pour la prévention et/ou la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA et pour la lutte contre l'exclusion sociale. La liste de tous les organismes de Montréal (ainsi que de ceux que nous avons visité) se trouve à l'annexe 2 du document.

La visite proprement dite a lieu dans les locaux de l'organisme et consiste en un entretien de 20 à 30 minutes (le guide d'entretien figure à l'annexe 1 du document) avec un responsable ou un intervenant suivi d'un tour guidé des locaux. Une analyse manuelle des données recueillies est ensuite réalisée.

1-4-3 LES CONTRAINTES ET LIMITES DU TRAVAIL

Les contraintes sont de deux ordres :

-le temps : la durée du stage n'a pas permis de prendre contact avec tous les acteurs de la lutte contre le sida que nous aurions souhaité aussi bien à Montréal que dans quelques zones rurales environnantes; de plus, nous aurions voulu en savoir davantage sur l'organisation de la lutte contre la pauvreté à Montréal mais le temps nous a fait défaut ;

-les moyens financiers: notre travail aurait gagné à se nourrir de quelques éléments de recherche sur le terrain avec une prise de contact avec les populations et les organisations non gouvernementales opérant dans la lutte au niveau de la commune de Glazoué au Bénin.

Pour toutes ces raisons, le travail ciblera les grandes orientations inspirées de l'état de la situation et des expériences vécues à Montréal.

Par ailleurs, notre travail se trouve limiter par le fait qu'il existe peu d'études portant sur les situations socioéconomique et épidémiologique spécifiques de la commune de Glazoué. Nous

avons été obligé d'utiliser les données du département des Collines voire du Bénin tout entier pour approcher ses réalités.

1-5 PLAN DU TRAVAIL

Première partie : PRESENTATION DU CONTEXTE DE DEPART DE L'ETUDE : La commune de GLAZOUE

Deuxième partie : ETUDE DE STRATEGIE DE LUTTE COMMUNAUTAIRE CONTRE LE SIDA : Les IST/VIH/SIDA à MONTRÉAL

Troisième partie: LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA AU QUEBEC ET AU BENIN : similitudes et différences

Quatrième partie : PLAN ET ACTIONS

Conclusion Générale

PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DU CONTEXTE DE DEPART DE L'ETUDE, LA
COMMUNE DE GLAZOUE

Introduction

Le cadre d'application de notre travail est la commune de Glazoué dans le département des Collines. Une fiche signalétique sur la présentation générale du Bénin ainsi que son organisation administrative et sanitaire se trouve à l'annexe 4 du document. La figure 1 donne une idée de cette situation géographique du BÉNIN dans l'Afrique.

Figure 1 : Situation du BENIN en Afrique de l'Ouest



Echelle : 1cm correspond à 200 Km

Source : Microsoft Map Point Europe 2004

Le département des Collines, qui fait l'objet de notre attention, est l'un des départements ruraux les plus touchés au BÉNIN car, selon l'analyse de la situation faite dans le cadre stratégique de lutte contre le Sida 2001-2005 (PNLS, 2001), l'enquête spécifique de 1998 chez les consultantes prénatales âgées de 14 à 24 ans a révélé que certaines zones rurales telles que Savalou (Collines) et Dogbo (Couffo) affichent une prévalence supérieure à 13 % alors que cette prévalence dans les zones urbaines telles Cotonou (Littoral), Porto Novo (Ouémé) et Lokossa (Mono) est respectivement de 3% , 4% et 5%.

Ce chapitre va se consacrer à la description de cette commune qui est au cœur du département des collines, la commune de Glazoué. Toutefois, comme signalé dans les limites de notre travail, compte tenu de la rareté des études portant uniquement sur cette commune, nous utiliserons des données du Bénin ou du département des Collines pour essayer d'approcher le plus possible la réalité locale.

2-1 - CARACTERISTIQUES GENERALES

2-1-1-SITUATION GEOGRAPHIQUE

La commune de Glazoué, une des six communes du département des Collines, est située à son centre comme le montrent les figures 2 et 3. Elle comporte dix arrondissements : Aklamkpa, Assanté, Glazoué Centre, Gomè, Kpakpaza, Magoumi, Ouèdèmè, Sokponta, Thio, Zaffé. Son climat est tropical sec, basculant au fil des années vers un climat sahélien avec une sécheresse allant de 8 à 11 mois par année. La commune est traversée au sud est par le plus long fleuve du Bénin, le fleuve Ouémé (510Km).

2-1-2 - CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

La population de Glazoué est estimée à 90 475 habitants, selon les résultats du RGPH 3 en 2002. Cette population, à 78% rurale, est composée de deux groupes ethniques : les Mahi et les Idaasha. Ce sont donc les deux langues Mahi et Idaasha qui cohabitent dans la commune.

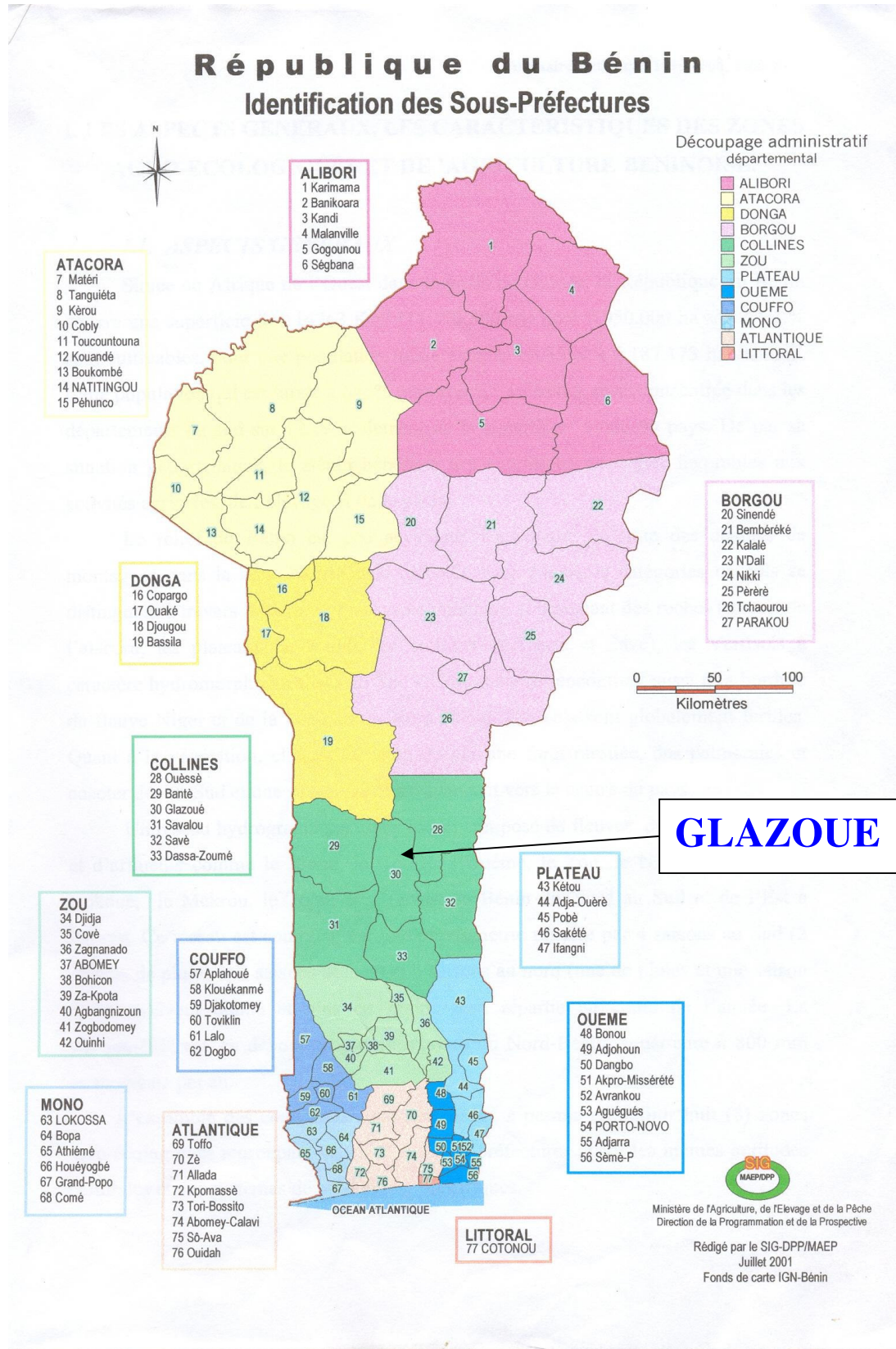


Figure 2 : Carte administrative du Bénin

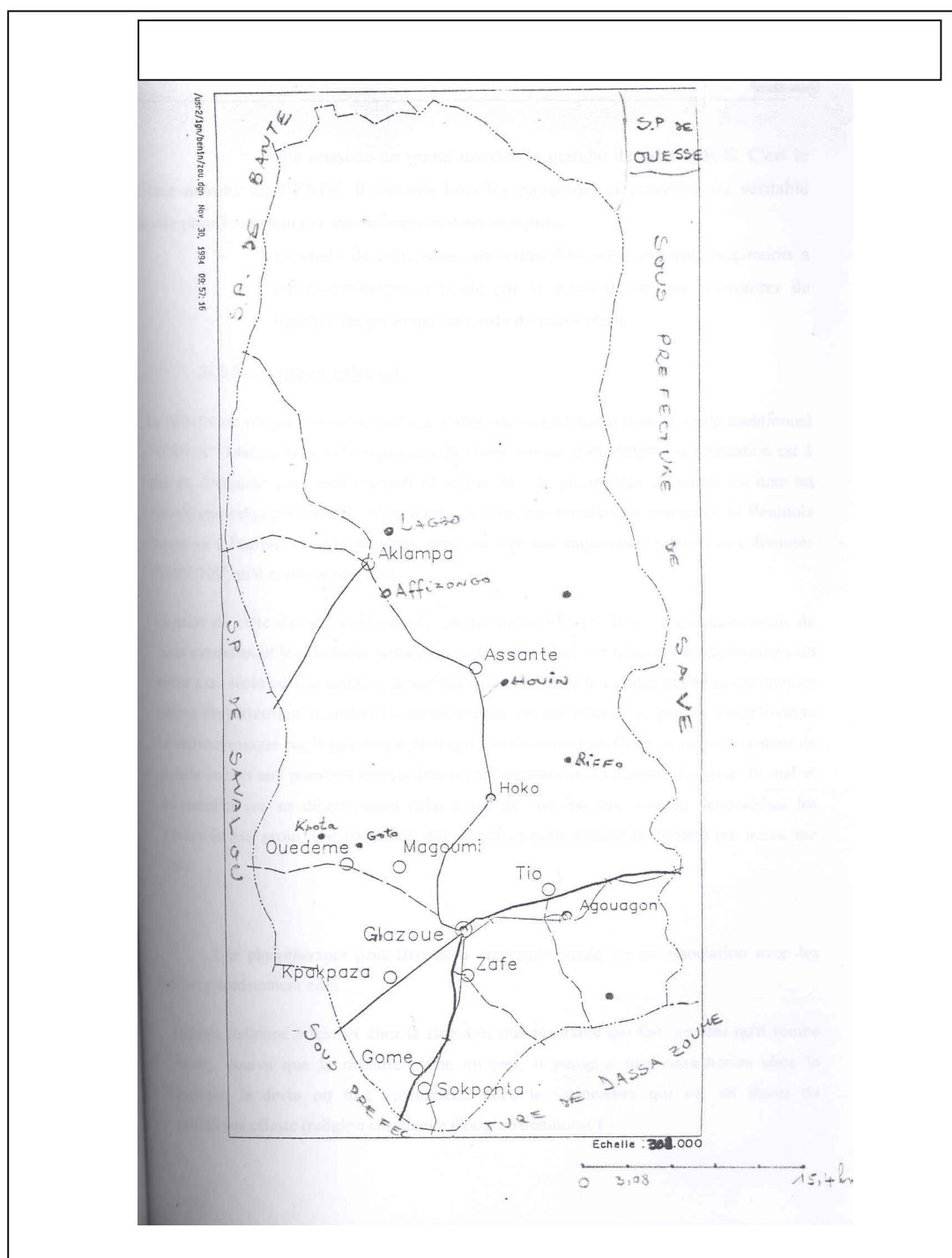


Figure 3 : Carte administrative de Glazoué

NB: Anciennement sous-préfecture, Glazoué est devenue une commune depuis la réforme administrative ayant consacré la décentralisation au Bénin en 1998

2-1-3 - APERÇU CULTUREL ET PRATIQUES A RISQUE DE TRANSMISSION DE VIH

Le Bénin est un pays riche en tradition culturelle, surtout sur le plan du culte traditionnel « vodun ». Ainsi, malgré la grande expansion du christianisme et de l'islam, la population est à 35 % animiste (Projet Sida 3 Bénin, 2002) ; même dans le groupe des convertis, on note un syncrétisme religieux important. C'est ainsi que dans les familles de convertis, le Béninois moyen va à l'église ou à la mosquée mais accorde une importance relative aux divinités « vodun » qu'il craint et respecte. Le poids de cette tradition est tel qu'il n'existe presque jamais de morts naturelles et les maladies naturelles sont rares. On trouve toujours une cause surnaturelle ou un auteur à un décès ou à une maladie surtout dans le cas des maladies chroniques comme le Sida. Un envoûtement ou une offense à une divinité est souvent évoqué par le guérisseur chez qui l'on va consulter. Ce dernier est détenteur d'un pouvoir surnaturel qui lui permet de détecter l'origine du mal et d'y remédier soit en désenvoûtant la victime, soit en dépossédant les sorciers de leur proie ou en faisant des sacrifices pour apaiser la divinité qui aurait été offensée. Une phytothérapie peut aussi être envisagée, seule ou en association avec les sacrifices précédentes. Tout cela contribue à forger chez le Béninois une mentalité qui fait que dès qu'il tombe malade, pourvue que la maladie tarde un peu à guérir, il pense à une consultation chez le guérisseur, le devin ou récemment chez le visionnaire (devin du christianisme céleste, religion chrétienne d'origine béninoise).

Dans toutes ces structures traditionnelles de prise en charge, on note souvent des pratiques à risque d'infection VIH (BÉHANZIN, 2002). Parmi elles, celles retrouvées dans la commune de Glazoué sont :

- les scarifications qui sont de petites incisions, thérapeutiques ou préventives, faites dans la peau pour y mettre des poudres issues de la chimie traditionnelle ; on utilise souvent le même matériel coupant au patient, à ses proches ainsi qu'à tous ceux qui sont présents lors de la cérémonie ; cette pratique favorise largement la transmission du VIH ;
- la césarienne post-mortem qui consiste à extraire de façon traditionnelle le fœtus de l'utérus d'une gestante décédée (car on n'enterre jamais, selon la tradition, une gestante avec le fœtus) ; elle se fait par les fossoyeurs sans aucun contrôle médical ;
- le lévirat qui consiste à donner en mariage à une veuve, un frère du défunt ; indépendamment de la cause du décès (qui peut très bien être liée à une infection VIH) : cette pratique peut être décidée par le conseil de famille spontanément ou suite à la consultation du devin.

Ainsi, ces pratiques culturelles traditionnelles, sont fortement ancrées dans nos communautés et contribuent, en dehors de la transmission hétérosexuelle, à la propagation rapide de l'épidémie surtout dans les régions rurales comme Glazoué. De plus, elles échappent pour la plupart aux messages de prévention car se font à l'abri des regards. Il importe donc, selon BÉHANZIN (2002), de mieux comprendre ces pratiques en vue d'aborder la prévention non pas dans le sens de la prohibition, mais dans le sens de la persuasion et dans une approche de réductions des risques. Ainsi, pour aboutir à des changements de référents culturels et de normes de comportements allant dans le sens de cette réduction des risques, selon l'UNESCO et l'ONU SIDA cités par BÉHANZIN (2002), « deux conditions préliminaires sont nécessaires :

-accorder une attention particulière aux mentalités, traditions, croyances et systèmes de valeurs, afin de prévenir les obstacles pouvant apparaître dans le processus de prévention et de traitement ;

-mobiliser dans les activités de prévention et de traitement, les connaissances, savoir faire et modes d'organisation économique et sociale, leur créativité, leur confiance en elles mêmes et leur désir de résoudre leurs propres problèmes ».

2-1-4 – ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES

2-1-4-1 Considérations économiques et conséquences

L'agriculture est l'activité dominante dans la commune qui est classée comme zone cotonnière du centre du Bénin selon l'Etude sur les Conditions de Vie des ménages Ruraux (ECVR 2). Elle occupe 80 % des ménages mais procure seulement 55 % des revenus. Il s'agit d'une agriculture soit de subsistance, culture extensive de produits vivriers, soit d'une monoculture de rente (coton), peu mécanisée, avec une grande utilisation d'engrais chimiques ; cette agriculture ainsi que l'essentiel des autres sources de revenus non agricoles ont un fort pouvoir dégradant sur l'environnement, ce qui éloigne toute perspective de développement durable. Ainsi, compte tenu de la faiblesse des rendements de cette agriculture, des aléas climatiques et de l'inexistence des moyens pour sa modernisation, on assiste à une baisse de la proportion de la population agricole. On note donc un regain des activités de commerce et de l'artisanat surtout à cause de la proximité du marché de Glazoué, deuxième plus grand marché du Bénin, après le marché international de Dantokpa (à Cotonou). Il s'anime tous les mercredis et constitue un véritable mégapole pour les échanges commerciaux dans la région. Ce marché est à la base d'une urbanisation de plus en plus poussée de la commune à partir de son centre.

2-1-4-2 - L'éducation

Le taux de scolarisation des enfants de 5 à 14 ans des ménages ruraux dans le département est de 56,1 % ((MECAGPPD, DGCED, 2002) pour une moyenne nationale de 76,1 % en 2001. Plus de 30 % des pauvres adultes dans le département n'ont reçu aucune éducation formelle, le taux d'analphabétisme au niveau national est de 37,4 %. La majorité des chefs de ménage dans le département a un niveau primaire (ECVR 2).

2-1-4-3 - La situation sanitaire

La commune de Glazoué est l'une des moins dotées en infrastructures dans le département. Elle compte 13 formations sanitaires dont une seule privée sur les 80 du département. Il a un seul médecin, celui du centre de santé de la commune, pour les 85000 habitants alors que le ratio national en 2002 est de 1 médecin pour 7210 habitants largement au dessus de la norme de l'OMS qui est 1 pour 10 000 habitants (MECAGPPD, DGCED, 2003). L'hôpital le plus proche se trouve à 30 Km du centre de la commune (l'hôpital de Dassa-Zoumè). Les conséquences de cette situation sont entre autres :

→ l'ignorance de la population en matière d'hygiène alimentaire et la malnutrition ; ainsi, le retard de croissance des enfants de moins de 5 ans selon la classification de Waterlow, est passé de 30 % en 1994/1995 à 40,2 % en 1999/2000, plaçant le département des Collines au 4^{ème} rang des départements les plus atteints par la malnutrition infantile (prévalence globale de 50,8 %) selon l'ECVR 2 (MAEP et coll., novembre 2001) ;

→ le faible taux de couverture vaccinale, etc.

En ce qui concerne les IST/VIH/SIDA, le département des Collines est le 2^{ème} le plus touché en terme de prévalence des IST (7,3 ‰) contre 8,8 ‰ pour le Littoral (MECAGPPD, DGCED, 2002). Selon l'enquête spécifique chez les femmes enceintes de 1998 réalisée par le PNLS, la prévalence du VIH dans le département du Zou (qui regroupait les départements actuels du Zou et des Collines) est de 3,8 % le plaçant au 3^{ème} rang des départements les plus atteints au BÉNIN après le Mono (7,36%) et l'Atlantique (4,03%) (PNLS, 2001). Les autres affections les plus rencontrées sont, comme dans l'ensemble du pays, le paludisme, les diarrhées et autres infections gastro-intestinales, et les infections respiratoires aiguës chez les enfants.

Le manque de données spécifiques sur la commune ne nous a pas permis de faire une appréciation de l'évolution de cette situation sanitaire dans le temps.

2-2 - LA PAUVRETE ET LA PROBLEMATIQUE DES IST/VIH/SIDA A GLAZOUE

2-2-1- LA PAUVRETE

Le département des Collines fait parti des 5 départements à forte concentration de pauvres dans le BÉNIN (les autres sont le Borgou, le Couffo, l'Alibori et l'Ouémé) (MAEP et coll., 2001).

À Glazoué, comme dans les départements du centre du Bénin, le seuil de pauvreté global est 76 987 FCFA soit 117,54 € par an. Le seuil de pauvreté alimentaire (dépense minimale nécessaire à un individu ou un ménage pour se procurer un panier de biens alimentaires qui respecte à la fois les normes nutritionnelles d'un régime alimentaire équilibré et les habitudes de consommation locale) étant de 55 583 FCFA soit 84,86 € par an, 21 % des ménages n'arrivent pas à satisfaire à ce besoin de base dans ces départements. Ainsi, parmi les enfants de moins de 5 ans, 53,7 % des garçons et 52,7 % des filles présentent, selon la classification de Waterlow, un état de malnutrition (maigreur et/ou retard de croissance) dans les Collines.

Le niveau primaire ou le secondaire 1^{er} cycle est la caractéristique la plus constante des chefs de ménage dans les Collines du point de vue du niveau d'instruction. Le taux d'analphabétisme est supérieur à 46,51% chez les hommes et 77 % chez les femmes de plus de 15 ans (Projet Sida 3 Bénin, 2002).

Dans le département des Collines, ce sont les activités agricoles qui procurent l'essentiel du revenu (55%). Comme dans l'ensemble du Bénin, 76 % des revenus sont consacrés à l'alimentation.

Dans le groupe des enfants de 5 à 14 ans, le taux brut de scolarisation moyen sur les trois années 2000, 2001 et 2002 est de 91,3 % dans les deux sexes et seulement de 74,3 % chez les filles (MECAGPPD, DGCED, 2003). Les enfants des pauvres et autres vulnérables représentent 55,3 % des enfants scolarisés et 53 % des enfants déscolarisés (ECVR 2) (MAEP et coll., 2001). 73 % seulement des villages de l'échantillon de l'étude ECVR2 dans le centre du Bénin (Collines et Zou) ont un point d'eau potable. Ainsi, selon cette étude, 34 % seulement des ménages dans le département des Collines a accès à une utilisation exclusive de l'eau potable.

2-2-2 - LA SITUATION DES IST/VIH/SIDA DANS LE DEPARTEMENT

Le département des Collines a été considéré comme l'une des zones rurales à forte prévalence du VIH suite à l'enquête nationale de sérosurveillance par réseau sentinelle en 2001 (avec une prévalence de 4,4 % sur le site du département qui était à Savalou) à côté des départements du Couffo (3,6 %) et du Borgou (7,9 %). Il a été reproché à cette étude par réseau

sentinelle de se baser sur un nombre trop limité de site pour évaluer la prévalence nationale. En effet, le réseau sentinelle était basé sur 7 maternités dans le Bénin à raison d'une par ancien département sauf le Mono qui avait deux sites.

Pour corriger cette erreur méthodologique, une enquête de séroprévalence a été faite en 2002 (PNLS). Elle a regroupé 247 maternités et centres de santé publics, privés et confessionnels répartis sur 36 communes choisies de façon aléatoire, à raison de trois par nouveau département. Au terme de cette étude, la prévalence nationale de l'infection à VIH/SIDA est de 1,9 % (I.C:1,7- 2,1). Ces résultats ont confirmé l'ampleur de l'épidémie dans tous les sites de l'enquête de 2001 qui affichaient des taux de prévalence en hausse comme à Parakou dans le Borgou (9,4 % contre 7,9 % en 2001) et à Dogbo dans le Couffo (6,9 % contre 3,6 % en 2001). À Savalou, l'enquête de 2002 n'a pas pu estimer la prévalence étant donné que le nombre de femmes ayant accepté de participer à l'étude était très faible.

Au regard de ces résultats, nous pouvons suggérer que le département des Collines et ses communes dont Savalou, reste l'un des sites de progression rapide de l'épidémie. Trois raisons peuvent expliquer la prévalence de l'infection à VIH dans le département :

- la prostitution ;
- l'absence d'éducation sexuelle chez les jeunes ;
- les migrations.

2-2-2-1- Prostitution et risque de transmission du VIH dans les Collines

Il existe trois formes de prostitution féminine au BÉNIN (BÉHANZIN, 2002) :

- la prostitution professionnelle déclarée ou de haute gamme : elle est pratiquée par des étrangères pour la plupart et est essentiellement concentrée dans les grandes villes ;
- la prostitution clandestine ou l'échange des faveurs sexuelles contre de l'argent, des biens en nature ou des services ; elle est pratiquée par les béninoises (69% des personnes interrogées) qui sont obligées de se réfugier dans la clandestinité pour éviter la sanction sociale de stigmatisation (PNLS, CEFORP, Juillet 2003); elle se pratique aussi bien dans les villes que dans les régions rurales ;
- la prostitution occasionnelle juvénile : elle se pratique par des apprenties ou jeunes filles déscolarisées sans appui familial ou sans emploi et s'exerce dans l'entourage immédiat sous forme d'une stratégie de survie.

Dans une zone rurale comme Glazoué, les deux derniers types de prostitution peuvent être retrouvés surtout chez les jeunes filles déscolarisées du chef lieux de la commune qui sont des

apprenties en quête de fonds pour la dot de libération ou qui s'adonnent à des petits métiers comme le petit commerce, de tenancière de restaurants ou de buvettes aux abords du marché. Selon le PNLIS et le CEFORP (2003), dans les départements du Zou et des Collines, près de 13 % de ces prostituées n'utilisent pas permanemment le préservatif lors de leurs rapports sexuels, et plus de 55% d'entre elles sont incapables de rattacher une brûlure mictionnelle à une IST alors que plus de la moitié d'entre elles déclarent avoir connu une personne atteinte ou morte du VIH. Enfin, moins de la moitié d'entre elles (48 %) ont déjà participé à un test de dépistage volontaire et seulement un cinquième ont bénéficié des services spécifiques offerts à la corporation par des structures agréées au cours des six derniers mois. C'est dire que la prostitution n'est pas absente dans ces régions reculées et que le risque de transmission du VIH est très important au regard du comportement de ses actrices. Il importe donc de trouver des approches novatrices pour pouvoir les rejoindre afin de mener des actions de sensibilisation.

Chez les plus jeunes, la situation n'incite guère à l'optimisme.

2-2-2-2 Jeunesse, sexualité et IST/VIH/SIDA dans les Collines

L'enquête de surveillance des comportements réalisée en 2001 par le Centre de Formation et de Recherche en matière de Population (CEFORP) sur demande du PNLIS (Juillet 2003) a démontré l'existence, chez les adolescents et jeunes non mariés du département, d'un grand nombre de comportements à risque de transmission du VIH. C'est ainsi qu'il a été trouvé que dans les départements du Zou et des Collines, 59,3 % des filles de 15 à 24 ans à l'école et 72,2 % d'entre elles dans le secteur informel (apprenties) sont sexuellement actives pour respectivement 61,2% et 54,6 % des garçons à l'école et en dehors de l'école. De plus, 15,5 % des filles et 5 % des garçons, ont eu déjà des relations sexuelles commerciales au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Pire, plus de 80 % de ces filles déclarent n'avoir pas utilisé le préservatif lors de ces rapports sexuels payants au cours de la dernière année.

Alors que 15 % d'entre ces jeunes dans ces départements déclarent avoir présenté des signes ou symptômes d'IST durant les 12 derniers mois ayant précédés l'enquête, près de 90 % des garçons et plus de 60% des filles sont incapables de reconnaître au moins deux symptômes d'IST chez une femme ; de plus, plus de 20% des filles et 40% des jeunes garçons ignorent le caractère asymptomatique de la séropositivité VIH. Enfin, 52,5 % des jeunes hommes et 37 % seulement des jeunes filles connaissent l'existence du test confidentiel du VIH. Or, ces jeunes filles qui n'ont pas encore la maturité physique et psychologique nécessaire à l'exercice d'activités sexuelles de plus en plus précoces, sont très vulnérables et s'infectent vite car elles n'ont qu'un moindre pouvoir de négociation de rapports sexuels protégés (Projet Sida 3 BÉNIN,

2002). C'est dire que le phénomène de la prostitution n'est pas rare dans ces milieux ruraux et se combine à l'ignorance des jeunes en matière d'IST/VIH/SIDA pour contribuer dangereusement à l'évolution de la pandémie. En effet, ces jeunes ne bénéficient d'aucune éducation sexuelle familiale car, au BÉNIN surtout en milieu rural, le sexe est un sujet tabou et on note une absence totale de conversation liée à la sexualité aussi bien dans la famille qu'entre pairs jeunes. Cela est un véritable obstacle pour les approches de prévention basées sur la communication (BÉHANZIN, 2002).

Les efforts de sensibilisation et de prévention, tout en impliquant les parents, doivent essayer de rentrer dans le quotidien des jeunes dans les écoles, les lieux d'apprentissage et les champs afin de les convaincre de la nécessité de prendre conscience du danger que représente l'infection à VIH. Mais avant tout, ces actions doivent d'abord se préoccuper de trouver des solutions aux problèmes existentiels liés aux besoins fondamentaux du jeune avant d'espérer avoir des résultats.

2-2-2-3 Migration et VIH dans le département des Collines

Un autre phénomène observé dans le département, suite à la pauvreté ambiante et aux déceptions dans l'agriculture chez les jeunes hommes, est le départ massif des jeunes en ville (exode rural) ou dans les pays voisins (Côte d'Ivoire, Nigeria).

Cette situation a, à moyen ou long terme, deux conséquences :

- la paupérisation croissante des populations restées sur place suite aux départs des jeunes bras valides pouvant travailler dans l'agriculture ;
- l'« importation » des maladies de toutes sortes dont les IST/VIH/SIDA.

En effet, le phénomène de l'émigration vers la Côte d'Ivoire est tellement populaire dans la commune que dans certains arrondissements comme Thio, il n'existe presque pas de familles n'ayant au moins un de ses membres dans ce pays. Les candidats au départ sont souvent des jeunes adultes, déscolarisés ou n'ayant pas achevé leur cycle au secondaire et qui sont généralement déçus des rendements de l'agriculture. Mariés ou non, ils décident de partir à l'aventure en laissant leurs femmes s'ils sont mariés. Très peu informés sur la situation épidémiologique et les risques de transmission de l'infection à VIH dans ce pays, ils n'adoptent pas les mesures de protection nécessaire. Quelques années plus tard, soit ils décident de faire voyager leurs femmes ou viennent en prendre lorsqu'ils ne sont pas mariés ou encore viennent se remarier à une deuxième voire une troisième s'ils l'étaient. Dans d'autres cas, c'est avec des maladies au long cours (généralement les premiers signes d'une immunodépression) qu'ils retournent, ce qui les amènent à faire le tour des guérisseurs de la région pour rechercher les

causes et se soigner avec toutes les cérémonies et rites de désenvoûtement comme précisées plus haut. Si entre temps, la mort survient, à la fin des cérémonies, un autre membre de la famille, le plus proche possible prend le relais en épousant sa ou ses femmes même s'ils étaient déjà mariés (lévirat). Il s'agit donc de pratiques relativement répandues et très largement propices à la transmission du VIH et qui méritent d'être beaucoup plus documentées afin d'en apprécier les impacts réels sur l'évolution de l'épidémie du Sida dans la région. Car selon l'ONU SIDA (2004e), on note un lien étroit entre divers types de mobilité et un risque accru d'exposition au VIH compte tenu du fait que de nombreux migrants se déplacent de zones à faible prévalence du VIH vers des régions à plus forte prévalence, accroissant ainsi leur propre risque d'être exposés au virus.

Le moins que l'on puisse dire, pour le moment, est que c'est la pauvreté qui est à la base de cette situation car l'émigration vers la côte d'Ivoire est due à des raisons économiques. Il importe alors de trouver des solutions pouvant redonner espoir aux jeunes afin de leur permettre de faire des choix éclairés.

2-2-3- LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU BÉNIN

Le Bénin a, depuis 1987, déjà élaboré et exécuté trois programmes de lutte contre le Sida à savoir :

- le plan à court terme (1987-1988) ;
- le plan de lutte à moyen terme de première génération (PMT1), (1989-1993) qui a en fait duré jusqu'en 1996 ;
- le plan de lutte à moyen terme de deuxième génération (PMT2), (1997-2001).

Mais l'analyse de la situation en 2001 a montré que la mise en œuvre de ces plans a eu un impact non négligeable mais non suffisant sur le problème du Sida au Bénin (PNLS, 2001). C'est ainsi que l'analyse de la réponse a fait ressortir entre autres que :

- la sensibilisation de la population générale ne met pas suffisamment l'accent sur la prise de conscience ;
- l'éducation des jeunes en milieu scolaire est très insuffisante et les jeunes en situation précaire (apprentis, domestiques, ...) ne sont pas protégés ;
- il existe peu d'actions spécifiques en direction de l'amélioration de la condition de la femme ;
- les actions en direction des prostituées et des migrants existent mais à des échelles très insuffisantes.

Le plan stratégique national de lutte contre les IST/VIH/SIDA 2001-2005, a donc été élaboré dans l'optique d'assurer une riposte plus conséquente à l'avancée de l'épidémie.

Parmi les grands axes prioritaires du plan, on peut noter ;

- la création d'un cadre institutionnel pour s'occuper de la lutte avec un engagement politique au plus haut niveau possible ;
- la promotion de l'appropriation de la lutte par les communautés à la base en vue du développement d'une réponse locale ;
- la mise en œuvre des actions spécifiques en direction des femmes de façon à augmenter la capacité, surtout des femmes rurales, à s'engager dans la lutte ;
- la prise en charge correcte des personnes vivant avec le VIH ;
- le développement des actions d'envergure en direction des professionnelles de sexe, des personnes mobiles et des migrants ;
- la réduction du taux des IST par la généralisation de la prise en charge syndromique et l'augmentation du taux d'utilisation des préservatifs.

Plus de trois ans après le début de l'application de ce plan, l'appréciation qu'en font les acteurs (voir Annexe 2 du document) n'est guère reluisante. Ainsi, ils font remarquer que le cadre institutionnel est créé : le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) ; il est présidé par le chef de l'État et son premier vice-président est le ministre du Plan qui abrite dans son ministère, le projet plurisectoriel de lutte. Mais, le programme national de lutte n'est toujours pas érigé en direction et on note des confusions importantes et des conflits d'attribution préjudiciables entre le secrétariat permanent du CNLS et la coordination du PNL.

Certes, on constate une appropriation progressive de la lutte par les populations avec la prolifération des ONG de lutte contre le Sida et la mise en place de quelques comités communaux de lutte. Mais ces structures sont loin d'avoir pris la réelle mesure de leur rôle car les projets, qui doivent être financés par le projet plurisectoriel de lutte sont mal conçus et les fonds pour la plupart mal gérés. Au niveau décentralisé, on observe peu d'efficacité dans l'action des différents comités (CDLS, CCLS, CALS, CQLS, CVLS) mis en place. En effet, ils sont peu ou pas fonctionnels faute de ressources et d'appui institutionnel. On note aussi une faible appropriation des actions à mener sur le terrain.

Dans le domaine de la communication pour un changement de comportement, le journal « les échos du programme », censé promouvoir la prise de conscience et l'appropriation de la lutte par les communautés, ne relate que les activités du niveau central.

Les programmes d'alphabétisation en faveur des femmes sont rares et timides, les groupements de femmes sont mal répertoriés et les programmes d'aide pour les activités génératrices de revenus sont mal connus d'eux.

Des efforts sont constatés dans le domaine de la prise en charge des PVVIH. En effet, près de 1000 patients sont en traitement aux ARV dans le pays, les sites de trithérapie sont en extension progressive, des centres de dépistage gratuit et anonyme sont en construction. Mais, ces centres de dépistage sont encore largement en deçà des besoins, les centres communaux éprouvent d'énormes difficultés à réaliser un dépistage correct du VIH et le coût des analyses pouvant donner accès à la trithérapie reste prohibitif.

Dans le domaine de la lutte contre les IST par la prise en charge syndromique et des actions envers les professionnelles de sexe, les actions des projets canadiens successifs Sida 1, Sida 2 puis Sida 3 sont méritoires et doivent être soulignées.

Dans sa version une, le projet Sida, qui a duré de 1993 à 1996, a, entre autres, contribué à la validation et à la mise en place d'algorithmes de diagnostic syndromique, à un appui au fonctionnement des six (6) cellules départementales IEC. Il a aussi permis la mise en place d'une étude portant sur les centres de santé ciblés et le recensement des lieux de prostitution dans l'agglomération de Cotonou (Projet Sida 3, 2003).

La version deux du projet Sida qui a duré jusqu'en 1999, avait trois volets :

- le volet formation au dépistage et à la prise en charge syndromique des IST, des agents de santé des centres ou unités;
- le volet appui à la prise en charge effective de ces cas d'IST dans la population générale par la facilitation de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques et des supervisions des activités des centres ou unités d'intervention ;
- l'appui à la mise en place de dispensaires IST spécialisés dans la prise en charge de soins aux professionnelles de sexe ainsi qu'une composante appui communautaire pour l'organisation et la sensibilisation de ces PS.

Dans le but de soutenir la mise en œuvre du cadre stratégique 2001-2005, le projet s'est retiré de la prise en charge des IST passifs dans la population générale pour mieux se consacrer à la prise en charge des IST actifs dans la transmission du VIH chez les PS et leurs clients et autres partenaires sexuels des milieux prostitutionnels à haut risque devenant ainsi Projet Sida 3 (Projet Sida 3 BÉNIN, 2002). Ce projet appuie également plusieurs ONG dans les grandes villes comme Cotonou, Porto Novo, Lokossa (au Sud), Abomey et Bohicon (au centre) et Parakou (dans le nord) dans l'organisation des activités comme la formation pour la sensibilisation des pairs sur le terrain, l'organisation des entretiens individuels, de causeries et de focus groupes à l'endroit des cibles sur les IST, l'utilisation de condoms et la fréquentation de services adaptés, la production de supports adaptés pour appuyer les séances d'éducation (BÉHANZIN, 2002).

Mais ces actions ne couvrent qu'une infirme partie du territoire et ne s'intéressent guère aux régions rurales comme Glazoué.

En dehors de ces actions, on a : certaines organisations confessionnelles qui s'occupent de l'aide ponctuelle aux PVVIH, l'organisation caritative internationale « CARITAS –Sèdékon » à Abomey qui s'occupe des enfants orphelins du Sida, la fondation béninoise pour le VIH constituée par les opérateurs économiques privés pour venir en appui aux ONG s'occupant de la lutte contre le Sida, l'ONG Perspectives qui s'occupe de la sensibilisation des jeunes. Le tableau de l'annexe 6 du document donne une vue d'ensemble de l'ensemble des projets financés par les bailleurs de fonds dans le cadre de la lutte contre le Sida au Bénin. Il faut remarquer que la quasi-totalité de ces actions aussi bien du secteur public que des ONG, se concentre dans les grandes villes.

Les communes rurales comme Glazoué ne se contentent que de quelques actions éparses et sporadiques de sensibilisation organisées par les structures publiques et quelques ONG. Or, dans le même temps l'épidémie, pour les raisons citées plus haut, ne cesse de progresser. Il urge alors de rechercher les voies et moyens d'organiser une riposte locale à l'épidémie en tenant compte de ses facteurs favorisants et du contexte de décentralisation en cours au BÉNIN.

2-3 – LES SECTEURS PRIORITAIRES UTILES POUR LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA DANS LA COMMUNE

2-3-1 LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SANTE

La première stratégie est donc la mise en place d'un système de santé favorable aux pauvres c'est-à-dire un système :

- favorisant un bon ciblage des stratégies de valorisation des ressources humaines ;
- préoccupé par l'amélioration des prestations de service de santé et la réponse aux besoins prioritaires des pauvres ;
- préoccupé par l'accroissement de la demande et de la participation au niveau de la communauté et des ménages ;
- basé sur un mode de financement équitable.

L'analyse de la situation a fait ressortir la pauvreté comme élément essentiel déterminant l'évolution de la pandémie dans la région. Cette pauvreté est non seulement monétaire mais aussi se manifeste sous forme de manque de capacités ou d' « empowerment ». En effet, la pauvreté et la subordination socioéconomique des femmes avaient été trouvées comme les déterminants importants de la propagation du VIH au Bénin dans le cadre stratégique de la lutte contre les

IST/VIH/SIDA (PNLS, 2001). Deux des déterminants secondaires, retrouvés dans ce document, que sont les migrations internes et externes de même que l'analphabétisme et le faible niveau d'instruction, ressortent clairement de notre analyse de la situation à Glazoué ; encore que ces deux déterminants peuvent être considérés comme des effets ou des conséquences de la pauvreté. Pour l'OMS et l'OCDE (2003) : « *le souci d'ouvrir aux pauvres l'accès à des services de santé de qualité à des prix abordables est au cœur d'une approche de santé favorable aux pauvres pouvant lutter contre l'évolution du Sida. Mais ce n'est pas suffisant en soi pour améliorer leur état de santé car de nombreux facteurs qui jouent sur la santé dépendent des mesures prises dans d'autres secteurs...Les politiques qui jouent un rôle important sont celles qui ont trait à l'éducation, à la sécurité alimentaire, à l'approvisionnement en eau salubre et à l'énergie...* ».

2-3-2 LA PROMOTION DE L'AGRICULTURE ET DES ACTIVITES GENERATRICE DE REVENUS

Étant donné que nous nous situons en zone rurale, la meilleure stratégie pour assurer la sécurité alimentaire des ménages est la promotion de l'agriculture. Non seulement elle permettra de résoudre le problème crucial de la faim et de la malnutrition (préoccupation importante des objectifs du millénaire pour le développement), mais elle permettra d'augmenter de façon substantielle leur revenu. Il s'agira non seulement de promouvoir et de renforcer la capacité de gain de petits exploitants pratiquant une agriculture familiale mais aussi de développer l'économie rurale non agricole par la mise à disposition de petits crédits pour des activités génératrices de revenus surtout chez les femmes.

Le premier secteur utile d'intervention, en dehors de la santé, est donc l'économie plus précisément l'agriculture et le développement des activités génératrices de revenus.

2-3-3 LA PROMOTION DE L'EDUCATION ET DU RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DE LA POPULATION

Un autre point crucial de la lutte est l'éducation. En effet, aucune initiative économique ou sanitaire ne peut aboutir dans une population qui n'a pas un minimum d'éducation. C'est à juste titre que les objectifs du millénaire pour le développement ont mis l'accent sur l'objectif de l'éducation primaire pour tous d'ici 2015. Du succès de la réalisation de cet objectif, dépend largement la concrétisation des trois objectifs sur la santé que sont la réduction de la mortalité

infantile, l'amélioration de la santé maternelle et l'inversion de la tendance actuelle d'évolution du paludisme, du VIH/SIDA et d'autres affections.

Le Bénin fait beaucoup d'efforts dans le domaine de l'éducation primaire mais dans les zones rurales comme Glazoué, des efforts restent à déployer afin que les enfants qui commencent l'école puissent achever vraiment le cycle primaire avec le minimum de connaissances pouvant leur permettre de faire face aux défis de la vie dont la protection contre les IST/VIH/SIDA. Les mêmes efforts sont nécessaires également chez les jeunes dans le secondaire, dans le secteur informel voire chez les adultes surtout des femmes car, l'alphabétisation des mères est l'un des moyens le plus efficaces pour faire régresser la mortalité infantile. Aussi, cette alphabétisation des mères est-elle essentielle pour toutes sortes d'interventions de santé, outre son incidence sur le comportement individuel, y compris pour ouvrir plus grand l'accès des membres de la famille et de la collectivité en général au système de santé voire la prévention du VIH/SIDA (OCDE, OMS, 2003).

L'éducation, qu'elle soit formelle (dans les établissements primaires et secondaires) ou informelle (alphabétisation formelle et éducation des adultes), apparaît comme le deuxième secteur prioritaire d'intervention dans l'organisation d'une lutte contre la pauvreté et les IST/VIH/SIDA à Glazoué.

2-3-4 LA PROMOTION D'UNE BONNE GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES ACTIVITES CULTURELLES ET SPORTIVES

Un autre domaine important dans la lutte est la gestion de l'environnement. En effet l'accès à l'eau potable ainsi que des mesures d'assainissement de base constituent un des éléments de soins de santé primaire depuis la déclaration d'Alma Ata en 1976. À Glazoué, l'accent doit être mis dans l'éducation surtout des adultes sur les mesures d'assainissement de base, la gestion des déchets solides ménagers, ainsi que des mesures de protection contre les pollutions intérieure et extérieure de l'air ; l'approvisionnement en eau potable relevant de politiques publiques.

Enfin, en vue d'avoir un impact en terme de changement de mentalité, la promotion des activités culturelles, sportives et des loisirs sains apparaît comme un maillon non négligeable dans le dispositif stratégique de lutte contre la pauvreté et les IST/VIH/SIDA.

Conclusion partielle 1

La commune de Glazoué, dans le département des Collines, est une commune rurale caractérisée par un faible développement humain et économique (analphabétisme, insuffisance d'accès aux soins, pauvreté monétaire). À ce contexte, s'ajoutent des facteurs culturels qui amènent les individus à faire un certain nombre de choix et à adopter des comportements qui font le lit des IST/VIH/SIDA. Cette commune se trouve donc être, à l'instar d'autres dans le département comme Savalou socio culturellement proche, une des zones rurales du Bénin où l'épidémie du Sida progresse le plus rapidement. Face à cette situation, les campagnes de lutte et les activités d'envergure contre cette progression de l'épidémie y sont rares. Dans le but de contribuer au processus d'appropriation de la lutte par la communauté à la base, il serait important de se baser sur ces réalités locales pour proposer une politique locale de lutte contre cette épidémie.

Mais avant d'aborder les grandes lignes de cette politique, il sera aussi important de jeter un regard sur une expérience de lutte contre l'épidémie dans pays développé, afin de tirer des leçons pour nourrir la réflexion locale.

DEUXIEME PARTIE: LES IST/VIH/SIDA A MONTREAL AU QUÉBEC

Introduction

Dans le souci de trouver les réponses les mieux adaptées au problème de la prévention et de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, nous nous sommes intéressés à l'expérience montréalaise dans ce domaine.

Pourquoi Montréal ?

→ Au Québec, Montréal la plus grande ville, est la ville qui concentre le plus grand nombre de séropositifs et de malades du Sida, pour des raisons d'accès aux centres spécialisés, d'accès aux traitements et aux ressources. Face à cela, aller en zone rurale, c'est s'éloigner du foyer de l'épidémie au Québec.

→ Montréal est une ville cosmopolite qui concentre le plus fort taux d'immigrés surtout d'origine haïtienne et africaine, donc culturellement proche des réalités africaines.

→ Dans le souci de ne négliger aucune stratégie contre la pandémie, il serait important de penser qu'une expérience de lutte dans un pays développé où les voies de transmission sont surtout liées à la toxicomanie et à l'homosexualité, peut très bien inspirer, dans une logique de «benchmark», d'autres stratégies utiles et efficaces en pays sous développés où la voie hétérosexuelle de transmission est prédominante. Encore qu'à l'heure de la mondialisation où la terre tend de plus en plus à devenir un village planétaire et où les comportements se globalisent, l'homosexualité et la toxicomanie gagnent de plus en plus de terrain dans les pays d'Afrique. Dans ce contexte, notre attitude peut s'inscrire dans une démarche proactive tendant à se préparer à des réponses à un problème (l'homosexualité) qui s'amplifiera dans un futur plus ou moins proche.

Avant de faire un état des lieux de la situation de l'épidémie du VIH/SIDA et d'examiner les réponses qui lui sont appliquées, nous allons voir de plus près le cadre dans lequel se déroulera l'étude.

3-1-CADRE D'ÉTUDE

3-1-1- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES

Le Québec est l'une des dix provinces de la confédération canadienne. Ses caractéristiques sociodémographiques et économiques comparées à celle de la confédération sont résumées dans le tableau 2 :

Caractéristiques	CANADA	QUÉBEC
Capitale, chef-lieu	Ottawa	Québec
Superficie (km ²)	9 984 670	1 667 441 (16,7% du Canada)
Population	31 630 000 hbts	7 487 000 hbts (23,7% du Canada)
Densité (hab. /Km ²)	3,2	4,5
Croissance annuelle (%)	0,9	0,6
0-14ans (%)	18,3	17,2
15-64ans (%)	68,9	69,4
65ans et plus (%)	12,8	13,4
Urbaine (%)	79,6	80,2
IDH	0,937(8 ^{ème} au monde)	
Population active	17 047 000 hbts	4 017 000 hbts
Taux de chômage (en % de la Pop. Active)	7,6	9,1
Espérance de vie à la naissance (en années)		
Homme	77,1	76,3
Femme	82,2	81,9
PIB (en dollars US)	866 667 000	181 427 000
Inscription au post-secondaire (en% GAO*)	59,2	53,7
Utilisateurs d'Internet (en‰o hab.)	512,8	n.d.**
Dépense en Recherche et développement (%PIB)	1,9	2,7

* en % GAO = en pourcentage du groupe d'âge officiel.

** n.d. = Non disponible

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et économiques de QUÉBEC par rapport à celle de la Confédération canadienne

Source : adapté de Institut de la Statistique du Québec (données disponibles sur le site à partir du 28-04-2004)

La population du Québec est à 74,6% d'origine française et a, à 77,7%, le français comme langue maternelle. Compte tenu de la politique d'encouragement à l'immigration d'origine francophone pratiquée par les gouvernements successifs de la province, on note un fort taux d'immigrés dans la population québécoise surtout dans les grandes métropoles comme Montréal. La figure 4 donne une idée de la situation du Canada dans le monde.



Figure 4 : Le Canada dans le monde

Source : Atlas du Canada <http://www.atlas.gc.ca/site/français/maps/reference>

3-1-2- La ville de Montréal

C'est la plus grande ville du Québec. Sa population est de 3.359.000 habitants (45,8% de la population du Québec) dont 53,6% urbaine. La figure 5 et donne une idée de la localisation du Québec dans le Canada puis de la ville de Montréal dans le Québec.



Figure 5 Carte situant le Québec dans le Canada puis la ville de Montréal dans la province du Québec

Source : Atlas du Canada <http://www.atlas.gc.ca/site/français/maps/reference>

3-2- PORTRAIT DES IST/VIH/SIDA au QUEBEC

La lutte contre les IST et le Sida est assurée au Québec par le service des infections transmissibles sexuellement et par le sang qui regroupent la chlamydia génitale, la gonococcie, la syphilis génitale, les hépatites à virus B et C , et bien sûr l'infection à VIH et le Sida. En effet, étant

donné les liens indissociables entre ces autres infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH, on ne peut pas résoudre efficacement le problème de cette dernière sans l'intégrer dans un programme global de lutte contre toutes ces infections.

3-2-1 LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

Les figures 6,7 et 8 traduisent graphiquement ces évolutions. On peut noter sur ces figures, la progression régulière du nombre de cas de toutes ces infections sauf celui de l'hépatite B qui a tendance à régresser.

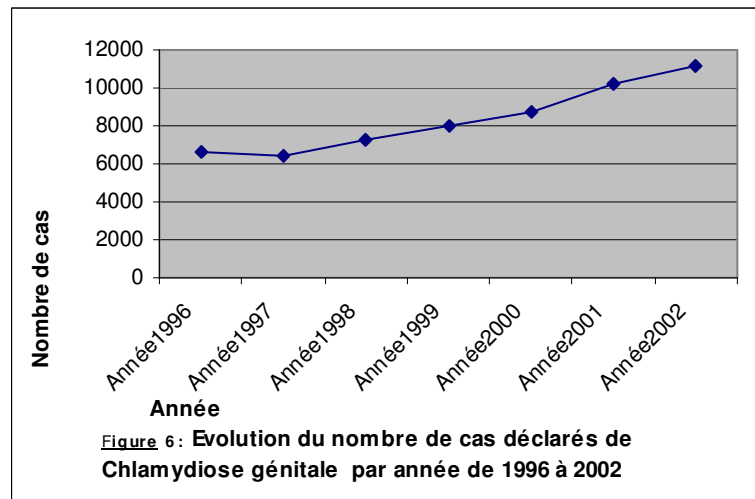


Figure 6:Évolution du nombre de cas déclarés de Chlamydie génitale par année de 1996 à 2002

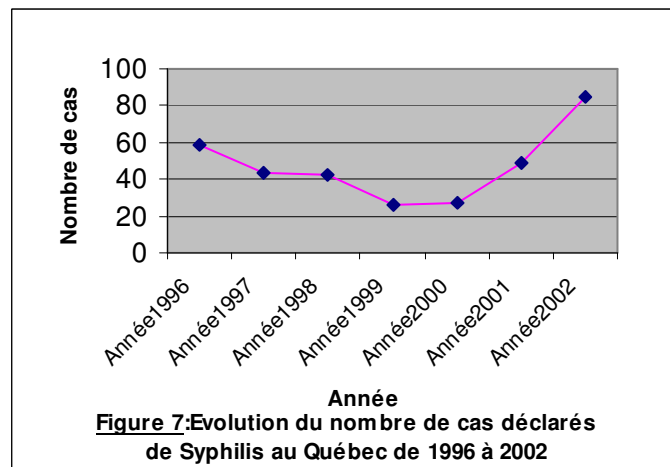
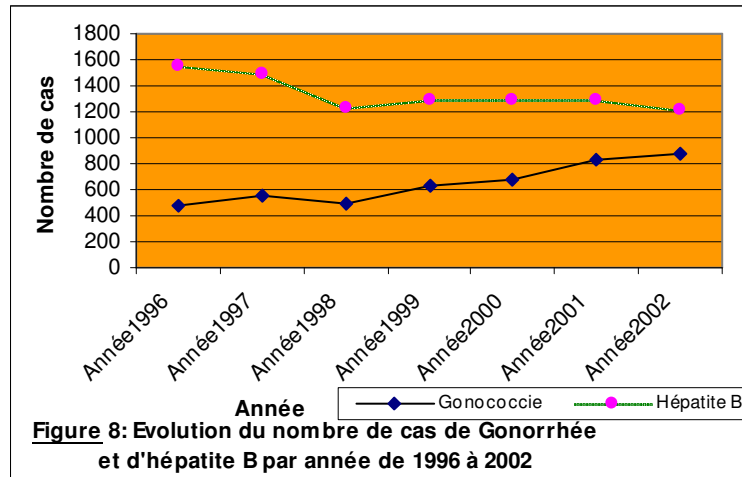


Figure 7: Évolution du nombre de cas déclarés de Syphilis au Québec de 1996 à 2002



Source : adapté de Stratégie québécoise de lutte contre les ITSS, orientation 2003-2009

Figure 8: Évolution du nombre de cas de Gonorrhée et d'hépatite B par année de 1996 à 2002

3- 2-2 La situation de l'infection au virus de l'hépatite C (VHC)

Transmissible surtout par le sang et faiblement par le sexe, l'intérêt de s'occuper de cette infection est triple :

- son évolution souvent insidieuse chronique (85% des cas), donc la majorité des infectés ignore leur état;

- sa gravité à long terme : cirrhose dans 20% des cas d'évolution chronique et le cancer ;

- elle est la principale cause de greffe hépatique au Canada (coût + + +)

L'ampleur du problème est mal connue.

En 1999, on dénombrait environ 45 000 personnes infectées et de 1997 à 2002, 11000 nouveaux cas auraient été enregistrés; la majorité de ces nouveaux cas se retrouve chez les utilisateurs de drogues injectables et les personnes incarcérées.

3-2-3 ANALYSE

Ainsi, la tendance est à l'augmentation du nombre de cas déclarés de chacune de ces infections :

- augmentation de l'incidence de la chlamydie génitale de 53 % entre 1997 et 2001, tendance qui se poursuit jusqu'en 2003;

- hausse de l'incidence de la gonorrhée de 63 % entre 1998 et 2001 surtout chez les hommes précisément les homosexuels;

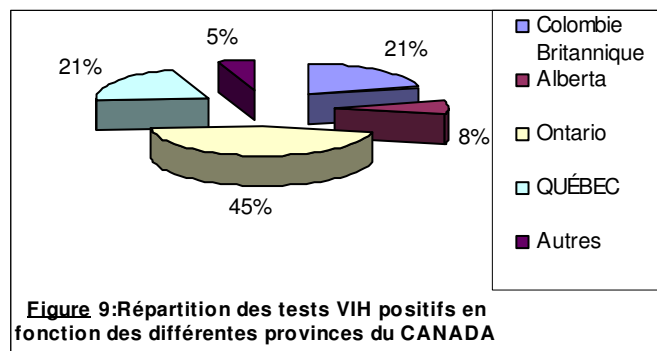
→ éclosion de nouveaux cas de syphilis surtout en dehors de Montréal, sauf pour l'hépatite B où le nombre de cas déclarés continue de diminuer d'année en année. Cela serait lié à l'existence d'un vaccin efficace qui est déjà dans le calendrier vaccinal des enfants de la quatrième année et qui est aussi proposé aux groupes à haut risque. Les conséquences de cette situation sont ▶ des complications infectieuses ; ▶ des complications gynéco obstétricaux (infertilité, grossesse ectopique, avortement, prématurité, infections néonatales) ; ▶ les cancers anaux et les cancers du col de l'utérus liés à des infections virales transmissibles sexuellement et souvent concomitantes des autres infections ; ▶ l'augmentation du risque de transmission du VIH.

3-2-4 L'INFECTION A VIH AU QUÉBEC

3-2-4-1 Distribution suivant les différentes provinces canadiennes

Selon le Laboratoire National de santé publique, le nombre de test de VIH positif enregistré du 1^{er} novembre 1985 au 31 décembre 2002 serait de 52 470.

La figure 9 ci-après traduit graphiquement cette répartition :



Autres : Yukon (40 cas) ; Territoire du Nord Ouest (36 cas) ; Manitoba (1097 cas)

Île Prince Édouard et Nouvelle Écosse (614 cas) ; Nunavut (2 cas) ; Saskatchewan (450 cas) ; Nouveau Brunswick (313 cas) ; Terre Neuve et Labrador (221 cas)

Source : Santé Canada, *Le VIH et le Sida au Canada : Rapport de surveillance au 31 décembre 2003*

Figure 9: Répartition des tests VIH positifs en fonction des différentes provinces du CANADA

Selon le centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de la Division de la surveillance et de l'évaluation des risques du ministère canadien de la santé, en 2002, environ 30% des canadiens qui vivent avec le VIH (environ 17000) ignorent qu'ils sont infectés.

Il s'agirait des personnes qui ont déclaré, lors d'un sondage, présenter des facteurs de risque mais qui n'ont jamais été testées pour le VIH.

Par ailleurs, Québec est la deuxième province du Canada la plus touchée par la pandémie après l'Ontario. Se basant sur ces données, l'estimation de la prévalence de l'infection à VIH dans la province à fin 2002 est de 0,24 % (18 000 cas) soit entre 0,18 et 0,29 % (entre 14 000 et 22 000 cas).

3-2-4-2 Répartition de la prévalence en fonction des ethnies

La figure 10 donne une allure de l'évolution du nombre de tests positifs par année en fonction de l'origine ethnique pour les provinces le signalant entre 1998 et le 31 décembre 2003.

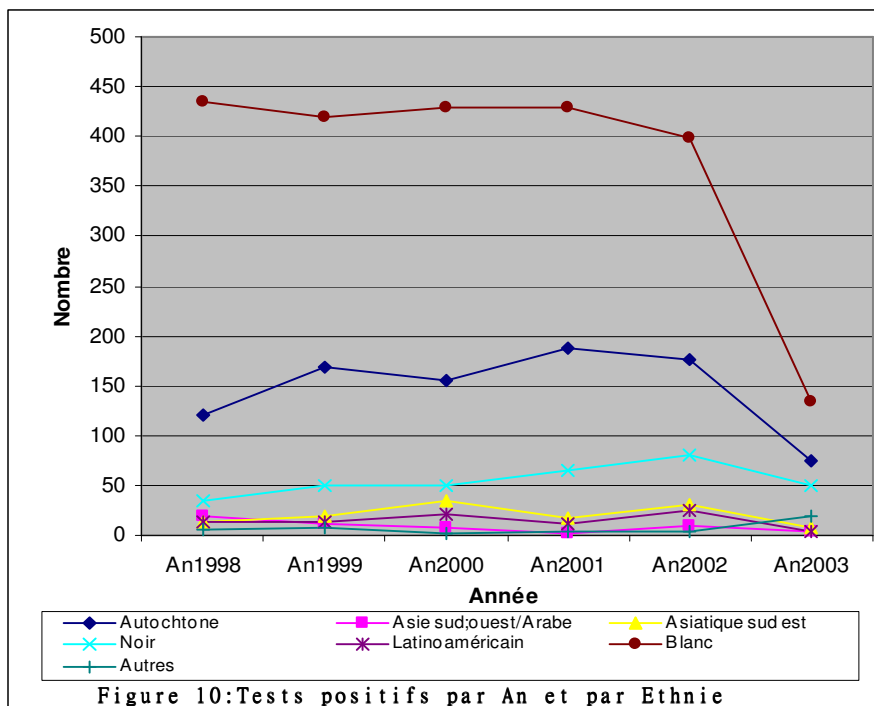


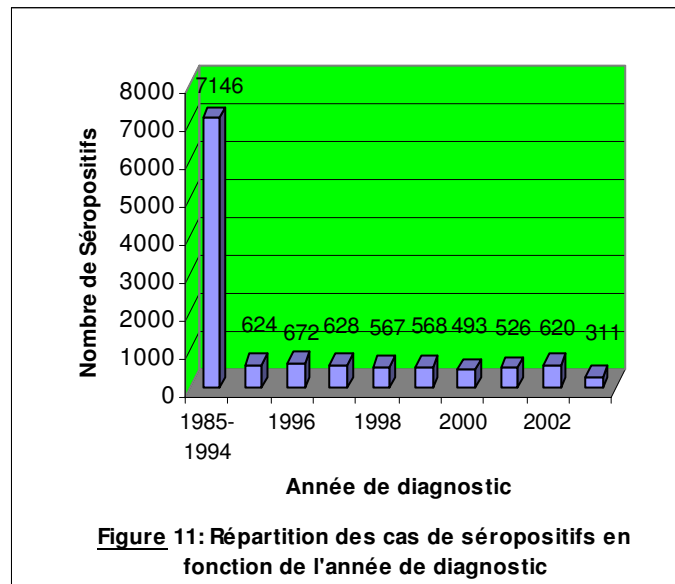
Figure 10 : Tests positifs par année et par ethnie

Source : Santé Canada, Le VIH et le Sida au Canada, Rapport de surveillance au 31 décembre 2003.

Il apparaît donc clairement qu'en dehors des blancs, les communautés les plus atteintes par la pandémie au Québec sont les Autochtones et les Noirs. Toute fois, ces données doivent être considérées avec réserve car il serait plus intéressant de raisonner avec des ratios dans ces différentes populations, mais ces ratios ne sont pas disponibles compte tenu du manque de données (Santé CANADA, Avril 2004).

3-2-4-3 Répartition en fonction de l'année de diagnostic

Selon le laboratoire national de santé publique du Québec, le nombre de personnes séropositives après exclusion de tous les doublons, en fonction de l'année de diagnostic, se répartit comme le montre la figure 11.



Source : Programme de diagnostic de l'infection par le VIH, Laboratoire de Santé publique du Québec, Institut de santé publique du Québec.

N.B : les données de 2003 sont incomplètes. Ce sont celles obtenues au 14 juin 2003 qui se trouvent sur cette figure.

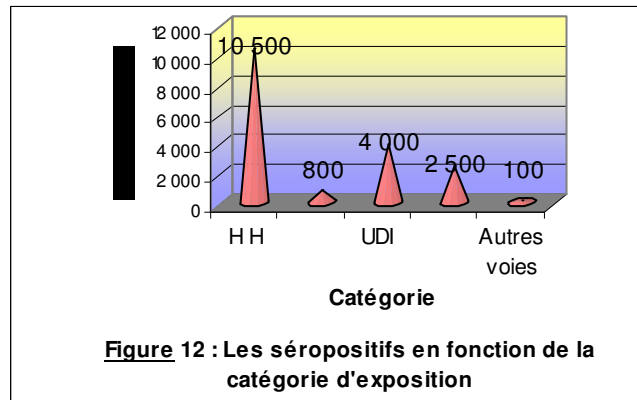
Figure 11 : Répartition du nombre de cas de séropositifs en fonction de l'année de diagnostic.

On peut y constater qu'après une chute régulière depuis le début de l'épidémie, le nombre de cas de séropositifs connaît une hausse depuis l'année 2000.

3-2-4-4 Répartition des cas en fonction de la catégorie d'exposition

Sur la base des estimations de la prévalence, cette répartition se présente comme le montre la figure 12.

On peut y noter que les hommes homosexuels et les utilisateurs de drogues injectables représentent plus 4/5 des sujets infectés au Québec. C'est dire que les politiques de lutte doivent accorder une place de choix à ce groupe cible dans leur intervention.



HH : Homme homosexuel; UDI : Utilisateurs de drogues injectables; CH/PE : Contact hétérosexuel, sujets originaires de pays endémiques

Autres voies : Contamination sanguine accidentelle (transfusion de sang et dérivés), transmission mère-enfant.

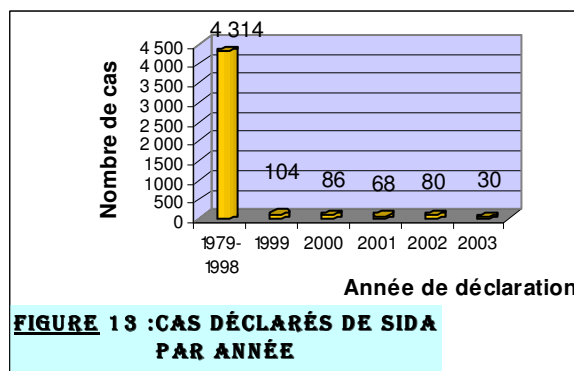
Source : Stratégie québécoise de lutte contre les ITSS

Figure 12 : Les séropositifs en fonction de la catégorie d'exposition

3-2-4 LA SITUATION DU SIDA AU QUEBEC

3-2-4-1 Répartition du nombre de cas de Sida déclaré par année de déclaration

La figure 13 donne une idée de cette répartition. On peut y noter la légère remontée du nombre de cas en 2002 alors qu'elle était en baisse depuis 1999.



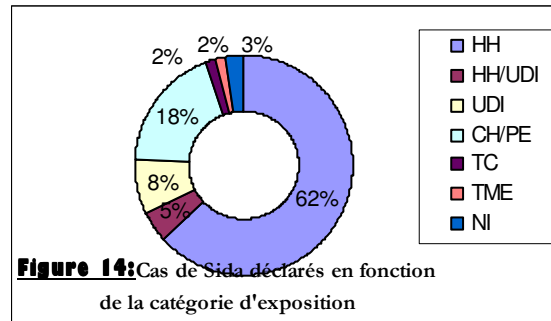
Source : Direction générale de la santé publique, MSSS, QUÉBEC, mise à jour N° 2003-2

Figure 13 : Cas déclarés de Sida par année

3-2-4-2 Répartition des cas de Sida déclaré en fonction de la catégorie d'exposition

La figure 14 donne une idée de cette répartition.

On peut constater que les catégories les plus infectées (homosexuels et/ou UDI) sont logiquement, aussi les plus nombreuses à faire la maladie (75 % des cas).

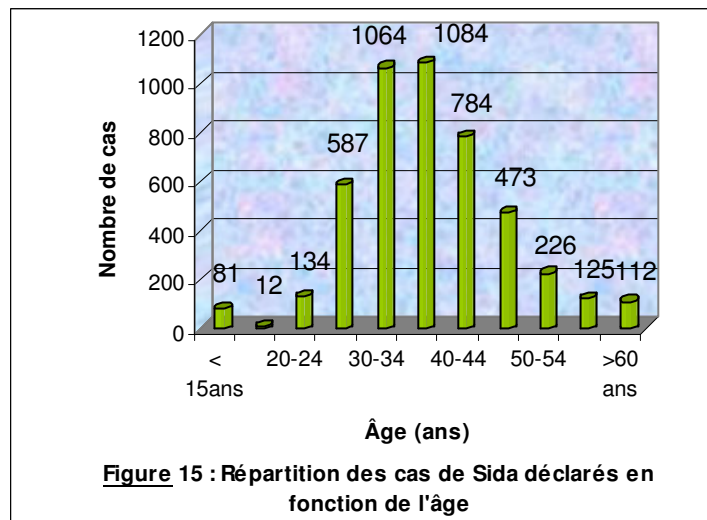


HH : Homme homosexuel; HH/UDI : homme homosexuel et utilisateur de drogue injectable
 UDI : Utilisateur de drogues injectables; CH/PE : Contact hétérosexuel / Originaire de pays endémique
 TC : Transmission accidentelle par transfusion de sang et de dérivés sanguins; TME : Transmission mère enfant
 NI : Mode de transmission non identifié
 Source : Direction générale de la santé publique, MSSS, QUÉBEC, mise à jour N° 2003-2

Figure 14: Cas de Sida déclarés en fonction de la catégorie d'exposition

3-2-4-3 Répartition des cas de Sida déclaré en fonction de l'âge

La figure 15 traduit graphiquement cette répartition et montre que les plus grands nombres de malades se retrouvent parmi les sujets de 25 à 49 ans.



Source : Direction générale de la santé publique, MSSS, QUÉBEC
 Mise à jour N° 2003-2

Figure 15 : Répartition des cas de Sida déclarés en fonction de l'âge

À l'instar donc des pays sous développés, la pandémie du Sida touche beaucoup plus les jeunes sexuellement actifs et qui représentent l'avenir des nations.

Elle représente donc un véritable obstacle au développement surtout dans les nations pauvres.

3-2-4-4 Évolution du taux de mortalité spécifique par Sida par 100 000 habitants et année de 1987 à 2002 au QUÉBEC, à Montréal centre et hors de Montréal

La figure 16 montre cette évolution :

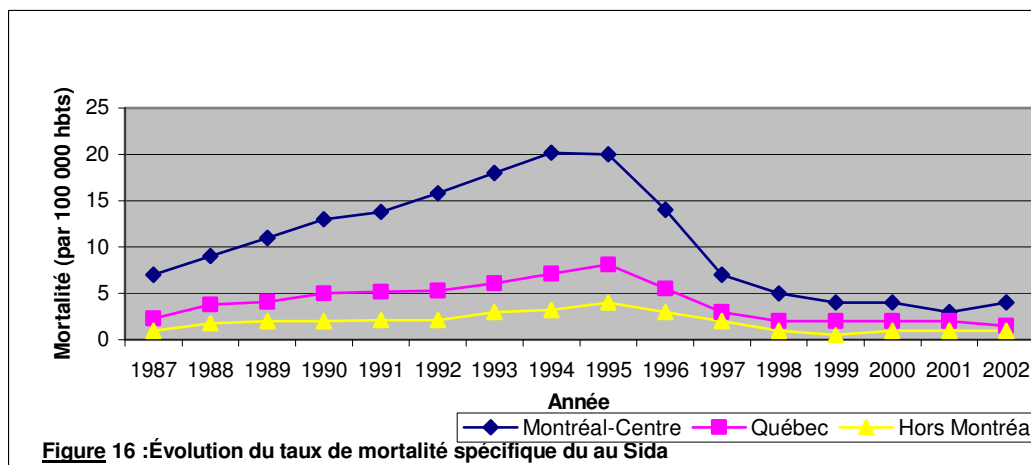


Figure 16 : Évolution du taux de mortalité spécifique du Sida

Source : adapté de : Institut de Statistique du Québec, communication personnelle de Louis DUCHESNE, Octobre 2003.

Figure 16: Évolution de la mortalité spécifique due au Sida dans trois localités

Montréal Centre a été, de tout temps la zone de forte concentration des cas de VIH/Sida et donc des décès liés à cette maladie au Québec. Cela est dû non seulement au caractère cosmopolite de la ville mais aussi à des raisons d'accessibilité aux ressources, aux traitements et aux soins spécialisés disponibles. Mais le drame se situe au niveau de la remontée de ce taux de mortalité après 2000 suite à sa réduction significative entre 1995 et 1999 (période de début de la mise en œuvre des trithérapies antirétrovirales). Les efforts de prévention et de lutte doivent donc, le plus possible, être concentrés dans la ville pour porter leur fruit. Dans quel cadre s'organise cette lutte?

3-3- LE CADRE DE LA LUTTE

Ce cadre est présenté dans un document intitulé : STRATÉGIE QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION À VIH, L'INFECTION PAR LE VHC ET LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT : orientations 2003-2009.

Cette stratégie, élaborée par la direction de la protection de la santé publique du Ministère de la santé et des services sociaux, serait le premier document complémentaire du programme national de santé publique 2003-2012 dont elle reprend :

-les objectifs dans le domaine des ITSS à savoir la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou du bien-être, la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux ou des traumatismes.

-Les stratégies d'actions suivantes : renforcer le potentiel des personnes, soutenir le développement communautaire, participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être, soutenir les personnes vulnérables, encourager le recours aux pratiques cliniques préventives.

3-3-1 LES OBJECTIFS :

Ils s'inscrivent dans la logique des plans précédents (1997, 2000) et visent à :

- réduire l'incidence des infections transmissibles par le sexe et le sang;
- rendre accessibles les soins et les services de qualité;
- créer un environnement social favorable à la prévention des ITSS, dans le respect des droits de la personne humaine.

Un certain nombre de défis ont été identifiés à savoir :

* La combinaison de stratégies en prévention : la vulnérabilité aux Infections Transmissibles par le Sexe et par le Sang (ITSS) présente de multiples facettes psycho individuelles et socioculturelles dont la pauvreté, l'itinérance, la toxicomanie, les maladies mentales, la violence et la discrimination; ces facettes agissent sur la capacité des individus à adopter des comportements sécuritaires, à consulter et à recourir aux traitements, marginalisant un peu plus ceux –ci. Ainsi, selon la stratégie québécoise :

« Les besoins primaires de logement et de nourritures ont tôt fait de supplanter les préoccupations de santé à long terme; donc investir en promotion de la santé devient un défi essentiel qui passe par la combinaison de plusieurs stratégies :

- sensibiliser;*
- rendre accessibles les moyens de prévention (condoms, seringues);*
- dépister et traiter précocement les ITS bactériennes;*
- promotion de la santé surtout de la santé sexuelle. »*

(Direction de la protection de la Santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004)

* L'ADAPTATION DES SERVICES AUX PERSONNES VULNÉRABLES : cela passe par le dépistage et le traitement des ITSS, la prise en charge clinique des personnes vivants avec le VIH, des malades mentaux et des personnes atteintes d'infection à VHC, la cure de désintoxication chez les toxicomanes, la suivie des grossesses chez les prostituées.

* LES ACTIONS DE PARTENARIAT

3-3-2 Mise en œuvre de la stratégie

La loi sur les services de santé et les services sociaux, la loi sur l'institut national de santé publique du Québec et celle sur la santé et le PNSP précisent les différentes responsabilités des acteurs, tant des instances que des établissements, dans l'exercice des fonctions de santé publique ainsi que dans l'offre et dans l'organisation des soins et des services. Ce sont :

*Le Ministère : l'élaboration des orientations, la sensibilisation et la mobilisation des autres acteurs et partenaires régionaux et nationaux sur la portée du PNSP et de la présente stratégie, la mobilisation des acteurs autour d'un même projet ainsi que l'organisation des campagnes nationales de sensibilisation.

*Les instances régionales : ce sont les maîtres d'œuvres de la stratégie sur leur territoire.

*Les CLSC et les cabinets privés

→ Les CLSC jouent un rôle de premier plan en soins de première ligne et en préventions primaire et secondaire auprès des jeunes et des groupes vulnérables. → Les médecins en cabinet privé et les groupes de médecine de famille à venir, constituent les acteurs primordiaux dans le dépistage des ITSS et le traitement des ITS.

*Les Unités Hospitalières de Recherche, d'Enseignement et de Soins Sida (UHRESS), les Centres hospitaliers (CH) et les cliniques privés spécialisées : offre de soins et de services spécialisés par des équipes multidisciplinaires, déploiement de l'expertise par le truchement du programme national de mentorat et du service spécialisé de télé consultation, formation du personnel et participation à la recherche clinique.

* Les organismes communautaires : ils sont dotés d'une autonomie reconnue par l'Etat, définissent leur mission en fonction des besoins qu'ils ont eux même perçus dans leur communauté et de leur propre volonté d'agir , ce qui rend possible une grande diversité d'organismes et d'interventions. Ils favorisent un fonctionnement démocratique et des rapports plus égalitaires entre les intervenants et les participants et s'inscrivent dans une vision et une approche globales de la santé et du bien-être.

* L'Institut National de Santé Publique du Québec : soutien du ministère et des instances régionales dans l'exercice de leur mission (conseil à la formation, à l'information, à la recherche et

à l'évaluation des activités des laboratoires spécialisés et à la coopération internationale); élaboration du cadre d'évaluation de la stratégie.

*Les milieux de la recherche (universités, centres de recherche, secteurs de la santé publique) : soutien aux activités des acteurs par des activités de recherche, d'évaluation et de transfert de connaissances, par exemple.

3-3-3 Les partenaires

Le travail ne se fait pas en vase clos mais exige de multiples collaborations avec non seulement les acteurs du domaine mais aussi les acteurs d'autres domaines : les autres directions du ministère, les autres ministères (Éducation , Sécurité publique), les directions au sein des instances régionales, les municipalités, les organismes parapublics, les commissions scolaires, les écoles, les centres de jeunesse, les centres d'accueil et de réadaptation, les milieux de travail et de commerce, les centres de détention et de transition.

La dynamique des relations passe souvent par une redéfinition du rôle de chacun.

Examinons maintenant les organismes communautaires et le rôle qu'ils sont amenés à jouer dans cette lutte.

3-4- LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DANS LA LUTTE

Ils ont une vision et une approche globale de la santé et du bien être. Ils ont une autonomie reconnue par l'Etat et définissent leur mission selon leur volonté d'agir et en fonction des besoins qu'ils ont eux mêmes perçus dans leur communauté.

Nous partirons d'une typologie de ces organisations avant de décrire un peu les activités de certaines d'entre elles, celles dont la mission et les activités ont un intérêt pour notre travail. Signalons que ces données ont été collectées au cours des entretiens dans ces organismes. Le guide ayant servi aux entretiens se trouve à l'annexe 1 du document.

3-4-1 TYPLOGIE

3-4-1-1- Les organismes au service uniquement des personnes vivant avec le VIH
Ces organismes sans but lucratif s'occupent du soutien, de l'alimentation, du logement et du divertissement et de la défense des droits des PVVIH.

3-4-1-2- Les organisations s'occupant de la prévention et de la sensibilisation sur le VIH/Sida à l'endroit de la population générale

Ce sont des organismes enracinés dans un groupe ou dans un corps de la société. Ils oeuvrent pour la promotion de la santé et du bien être de leur communauté et donc s'occupent de la prévention de l'infection à VIH. Toutefois, on en retrouve parfois des interventions spécifiques aux Personnes Vivant avec le VIH dans leur communauté.

3-4-1-3- Les coalitions ou fédérations d'organisation intervenant dans la lutte contre le Sida

Elles regroupent plusieurs organismes communautaires soit spécialisés dans un domaine (l'hébergement par exemple), soit spécialisés dans les soins à une communauté (les sourds par exemple) ou encore visant le bien être et la défense des droits de toutes les personnes infectées et /ou affectées par le VIH/Sida.

3-4-1-4- Autres organisations du secteur socio-sanitaire contribuant indirectement à la lutte

Elles ne sont pas déclarées comme des organismes agissant dans le domaine de la lutte contre le Sida mais sont considérées comme des ressources au service des personnes infectées ou affectées. Leurs actions tendent à pallier aux effets de la pauvreté et de la difficulté d'accès aux soins et aux services. Étant donné la forte corrélation qu'il y a entre la pauvreté et la vulnérabilité au Sida, nous estimons qu'elles contribuent plus ou moins directement à la lutte contre le Sida.

Une liste un peu détaillée mais non exhaustive de ces organismes figure à l'annexe 3 du document.

3-4-2 DESCRIPTION DES ACTIONS DE CERTAINES ORGANISATIONS

Ce sont tous des organismes sans but lucratif, qui emploient un personnel composé dans des proportions variables de salariés, de personnel mise à disposition, de stagiaires et de bénévoles recrutés, parfois, parmi des anciens clients. Leur financement est assuré par des subventions des deux paliers de gouvernement, des dons et legs d'organismes caritatifs, financement qui est loin d'être à la hauteur du souhait de ces acteurs. Une description plus détaillée de leurs actions et modes de fonctionnement se trouve à l'annexe 5 du document.

3-5- ANALYSE DE LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA AU QUÉBEC

3-5-1 LES PROBLEMES

L'analyse de la lutte contre le Sida au Québec, fait ressortir un certain nombre de problèmes que nous pouvons regrouper en quatre rubriques.

3-5-1-1 La négligence des mesures de protection

La tendance à l'augmentation des IST (le chlamydiae et la gonorrhée) à partir de 1997-1998 ainsi que la tendance à l'augmentation de la prévalence du VIH à partir de 2000 alors que le nombre de cas de Sida déclaré n'a cessé de diminuer.

En effet, depuis l'apparition des antirétroviraux (ARV), on constate une diminution de la mortalité liée au Sida ainsi qu'une prolongation de la vie et de sa qualité chez les séropositifs. Cette chronicisation de la maladie Sida est à la base de la banalisation de la maladie et donc d'un relâchement des comportements sécuritaires d'où une recrudescence des infections sexuellement transmissibles et par la suite de l'infection à VIH à partir de 2000. Cette situation, soulignée comme la principale difficulté par la plupart des organismes intervenant dans la prévention à Montréal, est inquiétante à plus d'un titre :

- d'abord les ARV et la prise en charge coûtent très cher à la communauté dans les pays où ils sont disponibles;
- l'observance du traitement par les antirétroviraux est loin d'être facile même si les progrès de la science ne cessent de l'améliorer;
- il se pose de plus en plus des problèmes de résistance du VIH aux antirétroviraux;
- dans le contexte africain où le même problème se pose, la banalisation du Sida, les ARV ne sont disponibles que pour une infirme partie de la population de séropositifs.

Tout cela prouve que des efforts de persuasion sont encore nécessaires pour arriver à bout de cette banalisation de l'épidémie et que dans le contexte africain, l'accent doit être plus que jamais mis sur la prévention.

3-5-1-2 L'ignorance de l'état de séropositivité

L'analyse fait état du fait que plus du tiers des Canadiens vivant avec le VIH, ignore leur état de séropositivité (Santé Canada, 2004). Aux États Unis, c'est 25 % des séropositifs qui ignorent leur état (ONUSIDA, 2004b).

Cette situation est non moins préoccupante car dans ces sociétés d'Amérique du Nord, l'infection à VIH/SIDA, pour la plus grande masse continue d'être considéré comme la maladie des autres (les noirs, les homosexuels, les pauvres, les toxicomanes). Cela est une réalité; seulement, le drame est que ces gens qui ont des comportements à risque, ont des partenaires dans la population considérée comme n'étant pas à risque qu'ils continuent de contaminer. C'est le principal mécanisme de propagation de l'épidémie. Il serait alors plus judicieux d'élaborer des stratégies intéressant toute la population, laissant un peu de côté le concept de population à risque, évitant que l'épidémie ne progresse à bas bruit à l'instar de ce qui s'est passé dans le contexte africain où l'épidémie est déjà dite généralisée. C'est donc à juste titre que l'ONU SIDA (2004b) préconise un renforcement des programmes de prévention dans les pays à revenu élevé pour éviter l'autosatisfaction en la matière et pour empêcher une recrudescence de l'épidémie.

3-5-1-3 Les communautés les plus atteintes

Les Noirs et les populations autochtones sont les communautés dans lesquelles l'épidémie progresse le plus rapidement au Québec. C'est ainsi que de 1996 à 1999, on a noté une hausse de 91 % du nombre d'autochtones vivant avec le VIH et une augmentation de 19% de l'incidence de la maladie dans cette communauté (Réseau canadien autochtone du Sida, 2003).

Aux États Unis, la prévalence de l'infection à VIH est 11 fois plus élevée chez les Noirs que chez les Blancs alors qu'ils ne représentent que 12 % de la population (ONUSIDA, 2004b). Cette surreprésentation de ces deux communautés dans l'infection à VIH peut être expliquée par des raisons socio-économiques. C'est en effet dans ces communautés que l'on retrouve le plus fort taux de pauvreté, d'insuffisances d'accès aux ressources et aux soins (Réseau canadien autochtone du Sida, 2003), ce qui est parfaitement en phase avec la situation en Afrique au Sud du Sahara. Les efforts de prévention doivent donc d'abord se préoccuper de l'amélioration de la situation socioéconomique, de l'accès aux ressources et aux soins de ces populations par une combinaison de stratégie en prévention comme le souligne la stratégie québécoise de lutte contre les infections transmissibles par sexe et le sang (Direction de la protection de la santé du ministère de la santé, 2004).

Le réseau canadien autochtone du Sida a bien compris cette situation étant donné que l'un des objectifs prioritaires de son action est la lutte contre les facteurs sociaux et économiques qui augmentent le risque individuel et collectif (Réseau canadien autochtone du Sida, 2003).

3-5-1-4 Les catégories les plus exposées

Selon la catégorie d'exposition, les homosexuels et les utilisateurs de drogues injectables sont les plus concernés. Ce sont les personnes les plus à risque dans les pays à revenu élevé; l'équivalent de ce groupe dans les pays à faible revenus d'Afrique, est constitué par les prostitués et leurs clients. En effet, c'est de ces groupes à risque que part l'épidémie pour se généraliser au reste de la population, ce qui pose le problème de la pertinence des actions préventives auprès d'eux. Au Canada en général, et au Québec ou à Montréal en particulier, on peut dire que les pouvoirs publics ont très bien compris cet état de chose comme en témoigne leur soutien aux associations oeuvrant auprès de ces groupes cibles (Stella, Action Séro Zéro, Cactus, le Piamp), etc. En revanche les donateurs privés semblent ne pas avoir la même perception du problème et donc se bousculent peu pour apporter leur soutien aux actions en faveur des prostitués, homosexuels et autres utilisateurs de drogues injectables.

Cela correspond à la situation dans les pays africains où ni les donateurs privés, ni les états ne sont pressés de reconnaître et de promouvoir les actions de sensibilisation auprès des prostitués à cause des obstacles d'ordre moral et socioculturel. Au Bénin, selon une étude du groupe de recherche en épidémiologie de l'université de Laval, 27% des clients des prostituées à Cotonou étaient mariés et 52% d'autres entretenaient une relation régulière avec une petite amie (LOWNDES et coll. ,1999). Ainsi, ces clients servent de « passerelle » à la maladie pour passer des prostituées à la population générale.

En fait, au delà des réticences auxquelles peuvent donner lieu les comportements de ces prostituées, la communauté a tout intérêt à assurer leur santé et leur éducation sanitaire. La reconnaissance de leur droit leur permet d'exercer librement leur activité mais aussi et surtout de se rendre accessible aux messages de prévention et d'éducation ainsi qu'aux soins pour pouvoir toujours rester en bonne santé; leur bonne santé signifie la bonne santé de leur client et autres partenaires sexuels donc de la communauté. En revanche, la répression de la prostitution et de la toxicomanie ont pour effet de confiner leurs pratiquants à la clandestinité où ils sont inaccessibles aux messages de protection et où les comportements à risque sont plus fréquents.

Dans le contexte africain, c'est la pauvreté qui conduit à la prostitution et donc les actions visant la lutte contre la pauvreté doivent non seulement concerner toute la population mais doivent s'étendre

à ces groupes particulièrement vulnérables que sont les femmes en vue de prévenir l'entrée dans la prostitution.

En effet, selon l'ONU SIDA (2004c, 2004e), l'absence de pouvoir social et économique ne permet pas à beaucoup de femmes et de filles de négocier l'abstinence sexuelle, ni d'exiger que leurs partenaires restent fidèles ou aient recours systématiquement au préservatif; c'est pour cela que seules les initiatives qui renforcent le développement économique et social et donnent plus de pouvoir aux femmes et aux filles contribuent aussi à l'efficacité de la riposte.

Des efforts sont aussi nécessaires pour sensibiliser la population de l'intérêt qu'elle a à changer de vision envers le problème de la prostitution afin de faciliter les actions préventives au sein de ce groupe. Pour l'ONU SIDA (2004c), il n'y a aucune preuve que la promotion du préservatif entraîne une promiscuité sexuelle chez les jeunes car beaucoup d'études approfondies ont prouvé que l'éducation en matière de sexualité et la possibilité d'accéder au préservatif n'ont pas amené les jeunes à entamer leur vie sexuelle plus tôt ou à avoir un plus grand nombre de partenaires. Bien au contraire, ces actions accompagnée de matériel éducatif au sein d'un ensemble de prévention combinée, encourageait les jeunes non encore sexuellement actifs à retarder le début de leur activité sexuelle.

Face à ces différents problèmes, quelles sont les réponses que la stratégie québécoise et les actions des organismes communautaires proposent ?

3-5-2 LES REponses

Face à la banalisation du Sida avec un relâchement des mesures de protection, la première stratégie québécoise visant le renforcement du potentiel des personnes, préconise une intensification de la sensibilisation du public en général sur les conséquences des infections à VIH, VHC et autres ITS. Il est même considéré comme un des défis majeurs, le fait de faire en sorte que le risque devienne inacceptable aux yeux des individus au point de les amener à adopter et à conserver des comportements sécuritaires. Or, le moins que l'on puisse dire est qu'il n'y a pas tous les jours, la grande mobilisation autour des questions du Sida :

-les media abordent très rarement la question du Sida;

-les organismes de sensibilisation du public en général sur le Sida sont rares; même si on retrouve beaucoup d'organismes s'occupant de la sensibilisation, ils sont toujours orientés vers un groupe cible particulier. On peut citer le Ruban en route (dans les écoles), le centre d'amitié autochtone (pour les autochtones), le Gap-vies pour les Haïtiens, le Criss (pour la communauté noire

d'origine africaine), Action Séro Zéro (pour la communauté gaie), le Cactus (pour les UDI), Stella (pour les travailleuses du Sexe). C'est dire que si vous n'appartenez pas à l'une ou l'autre de ces communautés, vous n'aurez pas facilement l'information sur le Sida.

Cette situation peut expliquer le fait qu'une partie non négligeable de la population ne se sent pas concernée par le problème et donc par le test de dépistage. Dans cette catégorie se trouve certainement le tiers de la population séropositive du Canada qui ignore son état de séropositivité. Le Sida n'étant une préoccupation que pour certains groupes cibles, lorsque « Monsieur ou Madame tout le monde » se découvre séropositif, il en a honte et se cache à cause de cette stigmatisation. Il serait donc nécessaire de trouver les moyens de vulgariser et de dédramatiser la pratique du test de dépistage en l'instaurant par exemple dans un bilan de routine dans les formations sanitaires.

Concernant la progression rapide de la pandémie chez les noirs et les communautés autochtones, il est clair que la résolution de cela passe par une politique globale de lutte contre la pauvreté ce qui est bien reconnu et souligné par le cadre stratégique montréalais. Or, les mesures qui sont proposées sur le terrain, vont plus dans le sens de pallier aux manques de ressources plutôt que la résolution globale du problème. Cette situation se comprend aisément pour plusieurs raisons :

- la lutte contre la pauvreté nécessite souvent de gros moyens et dépasse le cadre d'une politique de lutte contre une maladie, même s'il s'agit du Sida;
- ces communautés atteintes sont minoritaires, la grande masse de la population a quand même un niveau de vie acceptable voire élevé;
- la lutte contre la pauvreté est un objectif secondaire des responsables politiques.

En cela, le contexte d'ici est en opposition franche avec celui des pays sous développés d'Afrique comme le Bénin. En effet, dans nos pays, la pauvreté est endémique (analphabétisme importante, faiblesse du pouvoir d'achat, agriculture rudimentaire, manque chronique d'infrastructures de production et de soins). L'infection à VIH/Sida est venue pour aggraver la situation et annuler les petits progrès accomplis sur le chemin du développement. En même temps, cette pauvreté contribue à faire progresser la pandémie. Ainsi, on ne pourra pas réussir à se remettre sur le chemin du développement si une lutte concomitante n'est pas engagée contre à la fois la pauvreté et le Sida. Par contre, au Québec comme dans tous les pays à revenu élevé, les groupes les plus exposés sont les homosexuels et les utilisateurs de drogues injectables. Les politiques de lutte s'occupent particulièrement de ces groupes cibles. Le soutien dont bénéficient les organismes

communautaires (Séro Zéro, Cactus, Spectre de rue) s'occupant de ces groupes de la part des responsables sanitaires en dit long et se trouve parfaitement justifié par l'ampleur du problème.

3-5-3 LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU SYSTEME DE LUTTE CONTRE LES ITS/VIH/SIDA A MONTREAL

3-5-3-1 Les points forts de la lutte

- **La prise en charge des personnes vivant avec le VIH**

Un aspect positif et très important de la lutte contre le Sida au Québec, est la prise en charge correcte des personnes vivant avec le VIH. En effet, outre la disponibilité de la tri thérapie pour tous les séropositifs grâce à un système d'assurance sociale efficace, il existe toute une panoplie de ressources à leur disposition : hébergement, soins, dépannage de toutes sortes, informations sensibilisations, divertissement etc. C'est dire que les autorités sanitaires et tous les acteurs de la lutte sont convaincus de l'importance de cette prise en charge. Effectivement, l'importance de l'impact de cette prise en charge n'est plus à démontrer. Beaucoup d'organismes de lutte sont dirigés par des personnes vivant avec le VIH. Nombre d'autres organismes ont recours au volontariat de personnes vivant avec le VIH pour faire passer les messages de prévention et de sensibilisation. Dans nos pays africains où l'ignorance continue de faire des ravages, une telle implication des personnes atteintes ne peut être que salutaire et peut aider à faire reculer sérieusement les frontières de la discrimination et de la stigmatisation.

- **La prise en compte des groupes cibles dans les actions de prévention**

Un autre atout du système de lutte contre les IST/VIH/SIDA est l'encadrement presque parfait des groupes cibles par les organismes communautaires. Ainsi, chaque groupe touché par le problème du VIH dispose au moins d'un organisme qui s'occupe de l'information et de la sensibilisation, si plusieurs groupes n'interviennent pas avec des objectifs similaires pour jouer ce rôle sur des groupes proches. Nous pouvons citer l'Action Séro Zéro pour les homosexuels, le Cactus et le Spectre de rue pour les utilisateurs de drogues injectables, Stella pour les professionnelles du sexe. Dans les communautés culturelles, on a le Centre d'amitié autochtone pour les autochtones, le GAP_VIES pour les Noirs Haïtiens et le Criss pour les Noirs d'origine africaine.

- **La décentralisation de la lutte**

Elle est marquée par la consécration des différents acteurs de la lutte contre le Sida, dont les organismes communautaires, au rang de partenaires avec leur implication dans l'élaboration des politiques. Ainsi, tout en gardant leur autonomie organisationnelle, ces partenaires bénéficient d'un soutien financier et matériel de la part des autorités sanitaires fédérales, provinciales et même municipales. Ces organismes, bien qu'ayant chacun leurs cibles particulières, entretiennent beaucoup de relations de coopération et d'échange d'expériences entre eux. C'est ainsi que chaque organisme programme dans ses actions un volet formation, qui est en fait, un échange d'expérience des intervenants de l'organisme avec des intervenants d'un autre organisme visant à peu près les mêmes objectifs.

Un autre aspect fort intéressant de cette décentralisation de la lutte est le recours systématique de tous les organismes à des bénévoles pour réaliser leurs activités. Cet aspect de bénévolat existe dans nos sociétés marquées par une forte tradition de solidarité mais reste à bien réorganiser pour en tirer le meilleur profit.

Une autre leçon fort intéressante de ce système est la spécialisation d'un organisme, la fondation FARHA, dans la collecte de fonds au niveau de la communauté pour le remettre à la disposition des autres organismes qui travaillent sur le terrain.

Malgré tout, il existe quelques lacunes qui font que la lutte contre les IST/VIH/SIDA ne donne pas la pleine mesure de sa potentialité.

3-5-3-2 Les points faibles de la lutte

Le point faible le plus important du processus de la lutte contre les IST/VIH/Sida est sa «ghettoïsation». En effet, en dehors des organismes ou milieux communautaires directement concernés par le problème du Sida, l'information et la sensibilisation sur le Sida circule peu. Robert BASTIEN soulignait cette invisibilité de la maladie dans les pays à revenu élevé en ces termes :

« Cet état de fait, surtout en occident, pose plusieurs problèmes: (1) l'épuisement des ressources, (2) le faible pouvoir politique que le sida occupe face à d'autres enjeux de santé publique, (3) la cohabitation complexe avec d'autres réalités sociales et politiques telles la lutte au terrorisme, (4) un délaissement de l'intérêt en occident, (5) un déplacement des pôles d'intérêts vers les pays du Sud, (6) l'émergence d'un sentiment de culpabilité comme moteur à l'action, (7) une occupation plus grande vers les traitements et finalement (8) un désintérêt des médias pour le sida. »

Les campagnes de sensibilisation organisées contre les accidents de la voie publique, pour la prévention et la lutte contre le cancer du sein chez les femmes, ainsi que pour le soutien aux enfants

atteints de fibrose kystique du pancréas, prouvent que cette population a les ressources et les stratégies pour en faire autant sinon plus pour le Sida.

Cette situation est la cause et/ou la conséquence du fait que la plupart de la population ne se sent pas concernée par le problème. C'est vrai que l'étape d'épidémie généralisée du Sida que connaissent les pays d'Afrique subsaharienne n'est pas encore atteinte dans les pays à revenu élevé comme le Canada.

Mais ne dit-on pas souvent qu' : *«il vaut mieux prévenir que guérir »* ?

Les autorités sanitaires et tous les acteurs de la lutte ont donc intérêt à redoubler d'efforts afin de mieux faire connaître et faire prendre conscience de la réalité du VIH/Sida à la population générale de Montréal et du Québec voire du Canada. Cela permettra entre autres de faire reculer les frontières de la stigmatisation et donc d'améliorer le taux de dépistage volontaire.

Au nombre des actions utiles, on peut citer la multiplication de centre de dépistage et de conseil volontaire et anonyme, la pratique systématique du dépistage comme examen de routine dans les structures sanitaires, l'intensification de la sensibilisation par les mass media etc.

3-6 PERSPECTIVES POUR UNE APPLICATION DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Au terme de cette analyse du processus de la lutte contre les IST/VIH/SIDA au Québec, il apparaît un certain nombre d'expériences positives qui peuvent inspirer des actions concrètes en milieu rural.

La première expérience dont on peut s'inspirer est celle de la fondation Farha en tant qu'organisme spécialisé dans la collecte de l'épargne communautaire pour le mettre à la disposition des organismes s'occupant de la lutte contre le Sida, sans aucun lien de financement ou de tutelle avec les autorités publiques qu'elles soient locales, provinciales ou fédérales. Toutefois, une contextualisation de cette expérience dans la réalité du milieu rural béninois est nécessaire. En effet, l'expérience montréalaise marche très bien car il s'agit d'une grande métropole d'un pays développé; donc les ressources mobilisables et mobilisées suffisent tant bien que mal, à faire face aux nécessités de la lutte. Dans le contexte du milieu rural d'un pays pauvre comme le Bénin, il va falloir que les capacités de cette structure lui permettent de mobiliser aussi bien l'épargne communautaire que nationale voire internationale.

Une autre expérience fort instructive est celle de la sensibilisation des jeunes comme celle du Ruban en route à Montréal (voir annexe 5). Ainsi, il serait important d'avoir un organisme passant

d'écoles primaires en établissements secondaires pour discuter du problème du VIH/Sida avec les jeunes au moyen de jeu de questions réponses et de démonstration d'utilisation de préservatifs. Dans le milieu rural béninois, vu l'importance de la déscolarisation, cet organisme doit trouver un moyen pour s'étendre aux jeunes apprentis ainsi qu'aux jeunes entrepreneurs agricoles qui sont dans des structures informelles de l'activité économique.

L'expérience de la sensibilisation des groupes cibles à la manière de Gap-vies, du Criss ou du centre d'amitié autochtone est aussi importante. Toutefois, le groupe cible le plus en vue dans cette zone rurale du département des collines et qui contribue singulièrement à la propagation de l'épidémie est représenté par les jeunes au départ ou au retour d'émigration. En effet, à l'aller, ils sont obnubilés par la perspective de leur réalisation économique dans les pays d'accueil. Ils n'ont aucune information concernant les risques potentiels de maladies et donc ne prennent aucune mesure de protection. Au retour, nantis de leur réalisation mais presque aussi ignorant qu'à l'aller, ils n'hésitent pas à adopter les mêmes attitudes sexuelles non sécuritaires, contribuant ainsi à la propagation de l'épidémie. Mettre l'information nécessaire, crédible et suffisante à la disposition de ces jeunes, serait presque aussi salutaire que les actions de sensibilisation chez les homosexuels et utilisateurs de drogues injectables à Montréal.

Les expériences de Action Séro Zéro et de Stella, qui visent à faire des homosexuels et professionnelles du sexe, des hommes et des femmes à part entière ayant des droits reconnus par la communauté sans discrimination aucune sont, peut-être intéressantes. Mais leurs applications intégrales, dans nos sociétés, ne seraient pas possibles pour des raisons d'ordre socioculturelles. Les efforts doivent tendre vers la sensibilisation de la communauté à comprendre la nécessité de favoriser et de tolérer les actions de reconnaissance et de sensibilisation des prostituées pour le bien de tous.

À un moindre degré, l'expérience de spectre de rue avec le projet TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée) est aussi importable. Toute fois, cette initiative ne peut être vraiment utile qu'en milieu urbain où le phénomène des enfants de la rue est plus important. Dans certaines villes où le phénomène commence par prendre de l'importance, cette activité peut être rattachée à celle de l'organisme s'occupant de la sensibilisation des jeunes. Un contact pourra être établi avec ces jeunes de la rue, afin de les aider à se resocialiser et à trouver les moyens de gagner plus légalement leur vie.

Enfin, la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH est la leçon la plus formidable que nous avons apprise de notre séjour à Montréal. Mais cette expérience, bien que très utile dans la

lutte sera très difficile à entreprendre en milieu rural africain. En effet, uniquement en raison de la trithérapie anti-rétrovirale à mettre à la disposition des patients, ce volet de la lutte risque de consommer la quasi-totalité du budget disponible pour les activités de prévention. La mise en œuvre de ce volet ne sera possible que si l'engagement de la communauté locale, nationale et internationale est tel que des moyens indispensables à sa réalisation sont mobilisés. Toutefois, l'évolution récente des prix de ces ARV sur le marché international, en les rendant de plus en plus accessible à l'ensemble de la communauté, nous place dans une perspective encourageante pour cette stratégie.

Pour cette mise en œuvre, l'hébergement communautaire à la manière de la maison d'Hérelle, les aides et les dépannages de toutes sortes comme pratiqués par la fondation d'aide directe Sida Montréal, les activités de divertissement comme ceux du GIEPSI et la prise en charge ethnoculturelle de la maladie comme celle du comité Sida du CLSC Saint Michel, sont autant de ressources qui seront mises à la disposition des Personnes Vivant avec le VIH afin qu'ils puissent se resocialiser, réaliser leur potentialité pour prendre la part qui leur revient dans la lutte contre le Sida.

Conclusion partielle 2

L'étude de la lutte contre les IST/VIH/SIDA au sein des organismes communautaires à Montréal nous a permis de nous rendre compte du fait que ces affections sont liées à des comportements à risque qui riment avec pauvreté, désocialisation et vulnérabilité, même dans les pays à revenu élevé. Face à cela, tous les efforts des organismes et de tous les acteurs impliqués dans ce combat, visent à lutter contre cette vulnérabilité en fournissant informations et ressources aux groupes cibles victimes afin de leur permettre de mieux se protéger. Toutefois, cette lutte reste trop confinée dans les groupes cibles, et des efforts doivent être faits dans le sens d'une plus grande lisibilité du discours sur le Sida, car, la limite entre les groupes cibles et le reste de la population est très floue. Cette étude nous a, enfin, permis d'apprendre des savoirs-faire dont on peut s'inspirer pour une dynamisation de la lutte dans le contexte rural en Afrique.

TROISIEME PARTIE LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA AU QUEBEC ET AU
BENIN : SIMILITUDES ET DIFFERENCES

Nous nous proposons de faire, dans cette partie, une discussion centrée sur les deux grandes hypothèses de base de notre travail. Cette discussion se propose de faire ressortir les similitudes et les différences fondamentales entre les systèmes de lutte au Bénin et au Québec.

4-1 Première hypothèse : uniformité de l'épidémie à VIH/SIDA dans le monde

Il existe une seule et même épidémie de l'infection à VIH/SIDA dans les deux pays ; donc les stratégies et approches générales de lutte sont universelles et peuvent être efficace d'une région à l'autre. En effet, le VIH/SIDA est une pandémie liée à la transmission du virus de l'immunodéficience humaine. Ses modes de transmission sont les mêmes dans tous le monde à savoir la voie sanguine, la voie sexuelle et la transmission verticale de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou au cours de l'allaitement. Pour l'OMS (2004), dans l'ensemble du monde, ce sont les rapports sexuels sans protection entre partenaires masculin et féminin qui constituent le mode prédominant de transmission du virus. De même, les mêmes facteurs de vulnérabilité socioéconomique (pauvreté, exclusion sociale) sont retrouvés dans les deux pays. L'ONUSIDA (2004e) estime que les mesures efficaces de prévention et de lutte contre la pandémie doivent intégrer plusieurs volets dont :

- l'éducation en matière d'IST/VIH/SIDA ;
- la promotion des préservatifs masculin et féminin ainsi que de l'abstinence, de la fidélité et de la diminution du nombre de partenaire sexuel ;
- les programmes visant à modifier le comportement des jeunes ;
- les activités de conseil et de test volontaire ;
- la prévention et la prise en charge des IST ;
- la sécurité transfusionnelle et la prévention de la transmission dans le cadre des soins de santé ;
- la prévention de la transmission verticale de la mère à l'enfant ;
- l'éducation de la communauté et les modifications des politiques et de la législation visant à s'opposer aux discriminations envers les personnes vivant avec le VIH.

On peut facilement remarquer que ce sont ces mesures qui sont mises en œuvre dans tous les pays, y compris au Bénin et au Québec, dans le cadre de la réponse à l'épidémie.

Cependant, cette vision des choses serait très réductrice, si l'on ne tient pas compte de quelques différences significatives de l'épidémie au niveau des deux pays. En effet, alors qu'au Bénin,

comme dans la majorité des pays fortement touchés par la pandémie, c'est la voie hétérosexuelle de transmission qui prédomine, au Québec par contre, ce sont la transmission homosexuelle et la transmission par voie sanguine (chez les utilisateurs de drogues injectables) qui dominent. Cette différence est très importante pour les actions de prévention car, la prédominance hétérosexuelle de la transmission en Afrique est fortement liée aux différences sexospécifiques, c'est-à-dire au statut juridique et socioéconomique inférieur de la femme dans la société (ONUSIDA, 2004c ; Projet SIDA 3/Bénin, 2002). La conséquence directe de cet état de chose est que les mesures de lutte doivent, en Afrique en général et au Bénin en particulier, surtout en milieu rural, s'employer à réduire spécifiquement cette vulnérabilité socioéconomique des femmes. A contrario, au Québec, les mesures de réduction de la vulnérabilité socioéconomique doivent privilégier les hommes ayant les relations sexuelles avec d'autres hommes afin d'avoir la pleine mesure de leur efficacité.

4-2 Deuxième hypothèse : universalité des mesures de lutte contre l'épidémie

Indépendamment du contexte socioculturel, les mêmes mesures de lutte peuvent être appliquées partout où l'épidémie du Sida sévit. Effectivement, avec le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication, le développement du tourisme et la mondialisation de l'économie, on assiste à une mondialisation des comportements qui favorise la pandémie du Sida. C'est ainsi par exemple que la prostitution a pratiquement le même visage dans les villes du Bénin (comme Cotonou) que dans n'importe quelle capitale du monde, y compris Montréal. Elle engendre les mêmes discriminations et les mêmes stigmatisations dans les deux pays. Les approches similaires voire identiques peuvent donc être mises en œuvre pour la lutte contre l'épidémie dans ce contexte. L'Ouganda, en adoptant une riposte nationale multisectorielle consistant à adopter de nouvelles politiques, à étendre les partenariats, à renforcer la capacité des institutions de soins et de recherche, à encourager l'éducation du grand public en vue de modifier les comportements, à promouvoir l'utilisation des préservatifs chez les prostituées, à renforcer la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles MST, à améliorer les services de transfusion sanguine, à offrir des services de soins et d'appui aux personnes atteintes de VIH/SIDA et à créer un système de surveillance pour suivre l'évolution de l'épidémie, a prouvé que l'on pouvait faire reculer la prévalence et l'incidence de l'infection à VIH/SIDA (OKWARE et coll., 2001). De même, la généralisation de l'utilisation des préservatifs chez les prostituées à travers le programme 100 % préservatifs en Thaïlande a montré que l'on pouvait réduire substantiellement l'incidence de

l'infection dans le pays (UN AIDS, 2000). Toutefois, au-delà de cette similitude apparente, il existe des réalités très différentes au Québec et au Bénin.

La première réalité est celle des minorités visibles au Québec que sont les autochtones d'une part, les noirs de l'autre. Selon le rapport sur le développement humain dans le monde 2004 (PNUD, 2004), les populations autochtones du monde entier partagent de nombreux défis comme ceux de la pauvreté, de la mauvaise santé et de la mauvaise instruction. Souvent, les terres qu'ils utilisent à des fins productives et pour perpétuer des liens historiques et spirituels ne sont pas protégées et leur sont retirées pour l'exploitation minière et forestière, le tourisme et les infrastructures. Quant aux noirs, souvent immigrés d'origine haïtienne ou africaine, leur statut juridique incertain abouti au fait qu'ils sont privés de voix politique et sont vulnérables aux violations des droits de l'homme. Ces deux groupes minoritaires sont donc désavantagés ou victimes de discrimination dans la vie politique ou économique ce qui les expose au risque du VIH/SIDA (PNUD, 2004). Ce n'est donc pas par hasard si les plus fortes incidences du VIH sont notées dans ces deux communautés au Canada (Santé Canada, avril 2004 ; Réseau canadien autochtone du Sida, 2003).

Les politiques de lutte doivent tenir compte de cette situation particulière de ces deux communautés. Dans ce sens, l'initiative de l'équipe de prévention et de lutte anti-sida du CLSC Saint Michel est à souligner. Il s'agit d'une approche ethno psychiatrique novatrice de prise en charge du sida qui tient compte de l'interprétation culturelle de la maladie commune aux cultures noires. Bien implantée dans la communauté noire de Montréal, cette approche n'est d'ailleurs pas encore considérée dans la prise en charge de la maladie en Afrique où la prise en charge se focalise uniquement sur l'approche de la médecine conventionnelle occidentale.

La deuxième réalité est l'influence de la religion dans la lutte antisida. La position de la religion dans cette lutte au Bénin peut, en effet, être résumée sous forme de deux tendances. La tendance animiste ou polythéiste, celle qui prédomine au Bénin et surtout en milieu rural, selon laquelle, le sida, comme toutes les autres maladies, serait lié à la transgression d'un interdit ou à l'offense à un dieu. La lutte contre cette maladie passerait donc par des sacrifices pour réparer le tort et apaiser les divinités lésées.

La tendance monothéiste, favorable à l'origine virale de la maladie, et pour laquelle, cette maladie ferait parti des grands fléaux qui doivent frapper l'humanité pour annoncer la fin du monde. Pour se mettre à l'abri de cela, les Eglises recommandent à la société et surtout aux chrétiens de revenir aux valeurs morales et à la loi de Dieu (SANVEE KOKOE ET COLL., 2001).

Deux courants peuvent être notés dans cette tendance. D'un côté, il y a ceux qui rejettent le préservatif, estimant que la promotion du condom est une propagande pour l'immoralité, une invitation à la débauche, à la fornication et à la promiscuité sexuelle des jeunes. On retrouve dans ce groupe les baptistes, les assemblées de Dieu et les catholiques. Pour eux, seul le respect strict des préceptes religieux peut permettre d'arriver à bout de l'épidémie. Ainsi, en dehors de la chasteté avant le mariage et de la bonne fidélité, aucune autre méthode n'est acceptable pour cette tendance. C'est ainsi que parmi les facteurs non favorables au contrôle de l'épidémie à VIH/SIDA, HOUNTON (2005) cite la religion car 9 % des chrétiens déclarés de son échantillon s'opposent à toute utilisation de préservatifs. De l'autre côté, on trouve les anglicans, les méthodistes, et les presbytériens qui se positionnent comme des progressistes et qui acceptent le préservatif comme mesure ultime pour ceux qui ne peuvent s'abstenir, ni rester fidèles. Cette position, proche de celle de la religion musulmane, admet, outre les thèses de la première, que tous les moyens disponibles pour la protection des individus doivent être exploités puisqu'ils sont tous l'émanation de Dieu. A défaut d'encourager l'utilisation des préservatifs, cette tendance tolère cette utilisation chez des fidèles qui ne peuvent pas respecter l'abstinence ou la bonne fidélité. Au-delà des considérations éthiques et dogmatiques que peut susciter ce débat, il est simple de constater que l'exemple des couples sérodifférents est éloquent pour conforter la position de la deuxième tendance. En effet, le sida, ne saurait être une raison pour prononcer le divorce entre deux individus régulièrement unis par les liens du mariage devant Dieu et devant les hommes. Il serait inacceptable de ne pas préconiser ce moyen de protection, le préservatif, pour protéger celui des deux conjoints non encore atteint. La position de la première tendance est d'autant plus contestable et plus discriminante qu'elle va jusqu'au refus de célébrer le mariage entre deux individus sérodifférents contrairement à leur vœux.

Ainsi, les stratégies de communication, dans le domaine de la lutte contre le sida au Bénin, doivent tenir compte de l'ensemble de ces opinions pour mener à bien des actions de sensibilisation. Tout en élaborant des messages d'informations clairs et cohérents soulignant les avantages et les inconvénients de chaque méthode de prévention de la maladie, ces messages doivent être flexibles au point de s'adapter à la sensibilité de chaque courant.

Au Québec par contre, on peut dire que l'unanimité est presque réalisée autour du rôle et de l'utilité des préservatifs dans la lutte contre le sida. Les positions contraires d'inspiration religieuse, si elles existent, sont très marginales et n'ont pas une réelle influence sur les politiques de lutte antisida.

On peut donc conclure, que, dans le domaine de la lutte contre le sida, il existe des approches spécifiques sociologiquement et culturellement propres à chaque communauté. L'ignorance de ces réalités peut conduire inexorablement à l'échec des politiques.

4-3 Troisième Hypothèse : pari de l'efficacité de la lutte multisectorielle et intégrée

Il est possible, par une lutte multisectorielle et intégrée, de faire réduire l'incidence de l'infection à VIH/SIDA dans la commune de Glazoué.

En effet, pour l'ONUSIDA (2004) une lutte efficace contre l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA suppose l'intégration de plusieurs stratégies dont entre autres l'éducation en matière de VIH/SIDA visant à modifier le comportement des jeunes et des populations particulièrement exposées au risque d'infection, la promotion des préservatifs masculin et féminin ainsi que de l'abstinence, de la bonne fidélité et de la diminution du nombre de partenaires ; les activités de conseil et de test volontaire ; la prévention de la transmission mère-enfant ; la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles ; la sécurité transfusionnelle ; la prévention de la transmission dans le cadre des soins de santé ; la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; l'éducation de la communauté et les modifications de politique et de la législation qui visent à s'opposer à la stigmatisation ; les changements sociaux et économiques destinés à réduire la vulnérabilité.

Dans le contexte spécifique de la commune de Glazoué, le facteur principal contribuant à la propagation de l'épidémie est la pauvreté avec deux corollaires :

- la prostitution clandestine des femmes et celle occasionnelle des jeunes filles à l'école et dans le secteur informel (confère 1^{ère} partie, paragraphe 2-2) ;
- la migration économique des jeunes vers des pays à plus forte prévalence d'infection à VIH/SIDA que le Bénin (Nigeria, Cote d'Ivoire).

Ainsi, une lutte efficace passe, avant tout, par l'introduction de changements sociaux et économiques permettant de donner aux jeunes et aux femmes les moyens d'améliorer leur revenu. Cela peut se faire par une amélioration des activités présentes dans la région à savoir l'agriculture, l'artisanat, le soutien aux activités génératrices de revenu et la promotion des micro-entreprises de transformation de produits agricoles.

Ensuite, l'accent devrait être mis sur l'amélioration de la réactivité des services de soin de la commune afin qu'ils puissent contribuer à assurer les programmes de conseil et de test volontaire, la prise en charge et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la sécurité

transfusionnelle, la prévention de la transmission dans le cadre des soins, la prévention de la transmission mère-enfant et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Un autre volet important de la stratégie serait l'éducation et la sensibilisation de la population à travers des circuits aussi bien formels (école, collège) qu'informels (programme d'alphabétisation des adultes, programme d'éducation des jeunes dans le secteur informel) sur l'éducation en matière de VIH/SIDA et la promotion d'une sexualité sûre et responsable.

Parallèlement à ce volet et pour joindre l'utile à l'agréable, un programme d'activités culturelle et sportive devrait être efficace pour contribuer par des moyens plus ou moins ludiques à cette sensibilisation du public en général et des jeunes en particulier sur la problématique de l'infection à VIH/SIDA, la promotion de l'abstinence, de la bonne fidélité et des préservatifs. Cette double sensibilisation de l'opinion pouvait l'amener à faire reculer les frontières de la stigmatisation et à faire pression sur les pouvoirs politiques afin d'avoir les changements de législation appropriés.

Ainsi donc, cette combinaison de stratégie peut contribuer à la réduction de la pauvreté mais aussi à l'amélioration des connaissances, attitudes, et pratiques de la population et des jeunes en matière d'IST/VIH/SIDA, ce qui ne peut qu'entraîner une diminution du nombre de nouvelles infections et donc une stabilisation de la prévalence.

Signalons que même au Canada, cette combinaison de stratégies en prévention est à la base d'une diminution des cas d'infection à VIH/SIDA (en nombre absolu) dans les deux communautés les plus atteintes, les blancs et les autochtones, entre 2001 et 2003 (confère 2^{ème} partie, paragraphe 3-2-4-2).

Toutefois, la prudence serait de règle car plusieurs facteurs peuvent influencer la réussite de ce programme. Le plus important est la mobilisation des ressources en sa faveur. L'autre défi est la capacité de mobilisation de la population autour du programme. En effet, tellement de programmes aussi bien publics que privés de sensibilisation en faveur du VIH/SIDA mais sans lendemain sont passés chez eux qu'elles sont de plus en plus réticentes à des nouvelles initiatives considérées automatiquement comme « une de plus ».

Enfin, la réussite d'un tel programme dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA nécessite un changement profond de mentalité, d'habitude et de comportement. Une telle entreprise dans ce domaine psycho sociologique et culturel ne peut être que de longue haleine et alors les résultats pourraient être lents voire difficiles à obtenir sur le terrain.

QUATRIÈME PARTIE : PLAN D'ACTION

Introduction

Kofi Anan, le secrétaire général des Nations Unies, disait en avant-propos au rapport mondial 2004 (ONU SIDA, 2004e), que: « *L'épidémie mondiale de SIDA est l'un des plus graves problèmes auxquels notre génération soit confrontée. Le SIDA est une urgence mondiale d'un type nouveau – une menace sans précédent pour le développement humain, qui exige une action et un engagement soutenus et à long terme.*», et l'introduction à la première partie du rapport d'ajouter:

« L'épidémie de SIDA constitue une crise tout à fait exceptionnelle. Si nous voulons avoir la moindre chance de pouvoir y répondre de façon efficace, il nous faudra à la fois la traiter comme une urgence et comme un problème de longue haleine pour le développement. Il nous faudra donc refuser la tentation de considérer le SIDA comme inévitable et comme l'un des innombrables problèmes qui assaillent le monde. L'épidémie de SIDA est exceptionnelle ; elle demande une riposte exceptionnelle qui devra rester souple, créative, énergique et vigilante. »

Pour HOUNTON et coll. (2005), au regard de tous les facteurs de vulnérabilités des femmes vis-à-vis de l'infection à VIH/SIDA, il est important de considérer l' « empowerment » des femmes, les problèmes d'inégalités de genre et la pauvreté comme la base des stratégies dans les programmes de prévention de l'infection à VIH/SIDA.

En particulier, toutes les réflexions en matière de développement doivent être menées autour de la question du Sida. La trente neuvième assemblée mondiale de la santé demandait entre autre aux États (OMS, 1987) : « *-d'encourager et de soutenir la recherche-action pluridisciplinaire se concentrant sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé afin de définir les actions intersectorielles d'un bon rapport efficacité coût susceptibles d'améliorer l'état de santé des défavorisés ; -de renforcer les moyens dont dispose le secteur de la santé au niveau national et local pour identifier les groupes vulnérables, évaluer les risques pour la santé auxquels sont exposés différents groupes, surveiller la situation sanitaire des populations et aider les autres secteurs en relation avec la santé à formuler et à évaluer les actions intersectorielles en faveur de la santé* ».

Malgré toutes ces recommandations, « la planification sanitaire est restée un exercice plus ou moins cantonné au seul secteur de la santé, mené principalement par des professionnels de la santé relativement isolés des autres processus de développement. Cet isolement est renforcé par la tendance qu'ont la plupart des autres secteurs à considérer la santé comme avant tout du ressort des services de la santé et le produit de leur action », ce qui réduit la santé à une approche uniquement

curative. Or, on trouve des facteurs qui peuvent interagir pour influencer l'état de santé dans tous les secteurs concourant au développement socioéconomique et ces facteurs contribuent beaucoup plus à une bonne ou une mauvaise santé que ceux relevant directement du secteur de la santé. En effet, l'ampleur du problème du Sida, nécessite une mobilisation de toutes les énergies de tous les secteurs utiles dans le sens de la lutte.

C'est donc dans cette vision que se placent les grandes lignes du programme de lutte contre l'épidémie de l'infection à VIH/SIDA, qui sera exposé dans la suite du travail.

5-1 CONTEXTE

Il est marqué par :

-la détermination de la communauté internationale en général, du Bénin en particulier, à lutter contre la pauvreté et la pandémie du Sida comme en témoignent les nombreuses initiatives tels les objectifs du millénaire pour le développement, la création du Fond Mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le Sida ;

-l'idée du NEPAD qui vise à combler le retard du développement de l'Afrique par rapport aux autres continents par des investissements privés massifs ;

-l'engagement des Etats membres de l'Union Africaine à désormais consacrer 10% de leur budget à la mise en oeuvre de "programmes détaillés de développement agricole" et à "favoriser le commerce intra-africain" des produits agricoles, lors du sommet extraordinaire de l'Union sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté, tenu à Ouagadougou du 3 au 9 Septembre 2004 (Fraternité Matin, 10/9/2004) ;

-la politique sanitaire du Bénin qui donne la primauté à la prévention par rapport au curatif.

5-2 JUSTIFICATION

Notre idée se justifie par :

-les échecs nombreux des programmes de lutte contre les IST/SIDA basés uniquement sur l'IEC.

-la progression rapide de l'épidémie dans les régions rurales comme la commune de Glazoué suite à des facteurs culturels mais surtout socioéconomiques ;

-l'appauvrissement de plus en plus rapide du continent africain contrairement à tous les autres, avec une tendance à l'aggravation de la situation suite à l'épidémie du Sida. C'est ainsi que le

rapport sur les objectifs du millénaire pour le développement note un accroissement de l'incidence de la pauvreté en milieu rural au Bénin, de 25,2 % en 1994-1995 à 32,9 % en 1999-2000. En conclusion dudit rapport, il est noté : «A l'horizon 2015, il n'est pas certain que la réduction de moitié du nombre de béninois vivant en dessous du seuil de pauvreté soit facilement atteinte sans la prise de mesures vigoureuses...» (Ministère d'État Chargé du Plan, Coordination des activités opérationnelles des Nations Unies au Bénin, 2003).

Le présent programme peut être considéré comme l'une de ces actions d'envergure à l'échelon local.

5-3 OBJECTIFS

5-3-1 OBJECTIF GENERAL

Stabiliser la prévalence du VIH/SIDA dans la commune de Glazoué d'ici 2010.

5-3-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Réduire de 50 % la prévalence des IST dans la commune ;
- augmenter de 50 % le niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des populations en matière d'IST/VIH/SIDA ;
- augmenter de 25 % le revenu des ménages vulnérables ou pauvres;
- réduire de 50 % le taux d'analphabétisme chez les adultes et renforcer leur capacité entrepreneuriale ;
- amener à 100 % et le maintenir, le taux de scolarisation des enfants en âge de scolarisation dans la commune.

5-4 STRATEGIES

5-4-1 DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Les stratégies utiles sont au nombre de trois:

- ☞ la communication pour un changement de comportement en vue de développer au sein de la population des réflexes de protection en matière de IST/VIH/SIDA;
- ☞ augmentation du niveau de connaissance, d'attitudes et de pratiques des agents de santé de la commune en matière d'IST/VIH/SIDA ; en particulier l'expérience de la phase deux du projet canadien de lutte contre le Sida en Afrique de l'ouest sera très utile notamment pour ce qui concerne la prise en charge syndromique des IST dans chacune des formations sanitaires de la commune ;
- ☞ création d'une mutuelle de santé.

Les activités à développer dans ce cadre sont multiples et variées.

Pour la première stratégie :

✓ La mise en place des actions de sensibilisation de masse : les centres de dépistage et de conseil doivent être opérationnels dans tous les arrondissements de la commune. En effet, les expériences de counselling et de test volontaire sur le Sida en milieu rural en Ouganda, prouvent que les populations rurales peuvent très bien accueillir favorablement et demander ces services pourvus qu'ils soient bien organisés de façon continue avec la confidentialité requise (KIPP W. et coll., 2002). Ces programmes intégrés dans les soins de santé de base, constituent la meilleure façon d'accroître le nombre de dépistage et la demande volontaire du service dans la population comme l'a démontré l'étude pilote de PRONYK et coll. (2002) en Afrique du Sud rural. Or, au Bénin, ces programmes sont inexistantes dans les milieux ruraux comme Glazoué. La proportion d'adultes qui devraient pouvoir avoir recours aux services de conseil et de dépistage volontaire se situe entre virtuellement zéro en Asie du Sud-est, 1,5% en Europe orientale et 7% en Afrique subsaharienne (ONU SIDA, 2004e).

Parallèlement, les organisations non gouvernementales locales doivent être organisées de façon à prendre la part qui leur revient dans les actions de sensibilisation de masse en direction des groupes cibles comme les jeunes au départ et à l'arrivée d'émigration et les professionnelles du sexe à la manière des organismes communautaires comme Gap vies, Le Criss et Sida Bénévoles Montréal (ACCM) au Québec. Ces organismes sont, en réalité comme l'a démontré l'étude de CHILLAG et coll., (2002), les mieux à même de maîtriser les réalités sociologiques et socioculturelles de la communauté. Les radios rurales locales aussi seront mises à contribution pour des émissions animées par et pour les gens de la communauté.

Le coût de ces activités va être estimé par une étude de faisabilité sur le terrain.

Le résultat attendu est une amélioration du niveau de connaissance, d'attitude et de pratique de la population générale en matière d'IST/VIH/SIDA.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

- **indicateurs de performance** : nombre d'actions de sensibilisation organisés par rapport au nombre moyen organisé les trois dernières années, nombre d'ONG impliqués dans les actions de sensibilisation par rapport au nombre moyen les trois dernières années, nombre d'émissions de sensibilisation sur les radios locales organisées par rapport au nombre moyen les trois dernières années ;

-indicateurs de résultats : niveau de connaissance, d'attitude et de pratique de la population, nombre de test de dépistage effectué.

Pour la deuxième stratégie, les activités sont :

✓La formation des agents en place sur la communication persuasive en matière d'IST/VIH/SIDA est la première de ces activités.

✓Le renforcement de ce personnel pour lui permettre d'accorder plus de temps aux activités préventives : la dynamisation du Programme Elargi de Vaccination (PEV), les stratégies avancées fixes ou mobiles, les causeries de sensibilisation, etc. ; ajouter donc un infirmier et une sage-femme par arrondissement et faire superviser ces actions par un médecin épidémiologiste.

✓L'équipement des centres de chaque arrondissement en vue de leur permettre de faire face efficacement aux activités curatives courantes est aussi important ;

✓Le renforcement de l'équipement du laboratoire de la commune pour lui permettre de faire :

- le bilan de transfusion : taux d'hémoglobine, hématocrite, groupage sanguin facteur rhésus
- le bilan prénatal minimum : TE, GS-Rh, TPHA, NFS

✓La formation continue du personnel ; dans ce sens, il sera mis en place, en collaboration avec le médecin chef du centre de santé de la commune un programme mensuel de formation des agents de santé de la commune.

✓La prise en charge des personnes vivant avec le VIH est aussi très importante, vu l'appui très décisif que ces personnes peuvent apporter aux actions de prévention. Le «primum movens» est l'installation d'un programme de trithérapie avec l'équipement et le personnel adéquat. Ce programme sera ensuite accompagné d'un volet hébergement et suivi qui devra être détaché des structures de soins et s'occupera des activités de resocialisation des personnes infectées à la manière de la maison d'Hérelle et du GEIPSI à Montréal. Toutefois, compte tenu du coût de la mise en œuvre de ce volet, son opérationnalisation n'interviendra qu'après la mise en œuvre de tous les autres volets préventifs compte tenu des raisons évoquées plus haut (confère 2^{ème} partie, paragraphe 3-6). Le soutien de l'organisme devra être totale pour toute initiative de ce genre intervenant entre temps dans la région.

Le coût des activités est à déterminer par une étude précise de faisabilité sur le terrain.

Les résultats attendus sont une amélioration du niveau de connaissance, d'attitude et de pratique des agents de santé de la commune en matière d'IST/VIH/SIDA

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

-indicateurs de performance : effectif des agents de santé en activité dans la commune par rapport à l'effectif moyen les trois dernières années, nombre de formations d'agents de santé organisées par rapport au nombre moyen les trois dernières années ;

-indicateurs de résultat : niveau de connaissance, d'attitude et de pratique des agents de santé de la commune en matière d'IST/VIH/SIDA, taux de couverture vaccinale dans la commune.

Pour la troisième stratégie, la création d'une mutuelle de santé pourra permettre la prise en charge des malades de la population active participant aux activités ainsi que leurs enfants avec un système de prépaiement.

Toutes ces actions devront être accompagnées d'une réforme du système local de santé visant à améliorer sa réactivité. En effet, selon l'OMS (2000), la réactivité du système se mesurera aux performances du systèmes dans des domaines autres que sanitaires et à sa réponse aux attentes de la population quant à la façon dont elle souhaite être traitée par les prestataires de soins préventifs, curatifs ou collectifs . Cette réactivité comporte deux grandes composantes à savoir :

-le respect de la personne humaine à travers sa dignité, son droit à la confidentialité des informations concernant sa santé et son autonomie ;

-l'attention accordée au client qui porte sur la promptitude de la prise en charge, la qualité de l'environnement, l'accès à des réseaux d'aide sociale et le libre choix du prestataire.

C'est donc en améliorant ces deux composantes de la réactivité des services locaux de santé qu'ils pourront mieux répondre aux désirs et attentes de la population, contribuant ainsi à l'amélioration de l'état de santé en général, de la lutte contre les IST/VIH/SIDA en particulier.

Une étude précise de faisabilité sur le terrain permettra de connaître le coût de cette stratégie.

Les résultats attendus sont l'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux services de santé et une amélioration de sa capacité à payer ces soins de santé.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

- **indicateurs de performance** : nombre d'adhérents à la mutuelle par rapport au nombre les trois dernières années ;
- **indicateurs de résultats** : taux de fréquentation des services de santé.

5-4-2 DANS LE DOMAINE ECONOMIQUE

Deux volets sont à distinguer :

- Le volet agropastoral et piscicole

Il s'agira de créer une ferme école pour développer un système de production viable et peu coûteux basé sur l'agrobiologie et intégrant l'agriculture, élevage et la pisciculture selon un système triangulaire où tout se transforme :

☞ La pisciculture

- elle bénéficie de la production agricole (les racines de manioc et les farines de maïs sont données aux poissons) et de l'élevage (les intestins d'animaux abattus pour la vente sont transformés en granulés et entrent dans la composition de la provende pour les poissons) ;
- en retour, elle fournit une eau riche en azote pour l'arrosage des cultures maraîchères.

☞ L'agriculture

- elle produit des légumes (choux, carottes, salades, autres légumes) et les cultures vivrières (igname, soja, riz, maïs, manioc)
- elle bénéficie :

- d'une mécanisation légère peu coûteuse : culture attelée, petits outils de transformation
- des déchets et déjections des animaux et des végétaux qui sont transformés en fumures organiques pour la restructuration des sols pauvres évitant les engrais chimiques coûteux et dégradateurs de l'environnement.

☞ L'élevage

- elle concerne la volaille, les bovins, les ovins, les caprins, les lapins les porcs et les aulacodes. Ces animaux sont nourris à base de fourrage et de provende composée par une provenderie et une asticoterie locale pour réduire les coûts de production de la provende des animaux et des poissons. Un système d'épuration des eaux usées par décantation et par des plantes aquatiques permet de purifier l'eau pour le réutiliser à nouveau pour la pisciculture. Un système de biogaz sera mis en place pour produire du méthane à partir des déjections animales, des déchets végétaux et des eaux usées. Ce méthane peut être utilisé comme source d'énergie.

Toute cette technologie existe au Bénin, dans la capitale Porto Novo, à 30 Km de COTONOU : le projet Songhaï (www.songhaïafrica.com). Pour transplanter cette technologie ailleurs, il faudra constituer une équipe d'ingénieurs agronomes et de techniciens du développement rural pour aller suivre un stage d'un an au plus à Ouando, avec l'assistance des experts du centre Songhaï. Cette équipe, tout en animant la ferme école pourra former les locaux à l'appropriation de la technologie.

Le coût de l'activité sera évalué par une étude de faisabilité sur le terrain.

Les résultats attendus sont une amélioration de la production agricole surtout vivrière et une amélioration du pouvoir d'achat de la population.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

- **indicateurs de performance** : nombre d'entrepreneurs agricoles formés par rapport au nombre formé les trois dernières années, nombre de coopératives agricoles en activité dans la commune par rapport au nombre des trois dernières années, quantité de maïs produits par rapport à la quantité moyenne des trois dernières années;
- **indicateurs de résultats** : prévalence de la maigreur (indice PT < -2 Z score) et l'incidence du retard de croissance (indice TA < -2 Z score) chez les enfants de 0 à 5 ans dans la commune.

➤ Le volet micro crédit et activité génératrice de revenus

Il sera question de mettre en place une petite banque rurale communautaire pour l'octroi de crédits aux entrepreneurs agricoles ainsi qu'à tous ceux qui souhaiteraient développer des activités de transformation ou de commercialisation des produits issus des fermes agropastorales et piscicoles.

Toutefois, la participation à l'un ou l'autre de ces volets sera soumise à deux conditions :

- la participation au cours d'éducation des adultes ;
- la souscription à une assurance santé ou une mutuelle de santé communautaire.

Le coût de l'activité, comme pour les stratégies précédentes, sera évalué par une étude de faisabilité économique sur le terrain.

Les résultats attendus sont une augmentation de la capacité entrepreneuriale de la population et surtout une amélioration du pouvoir d'achat et de l'autonomie des femmes.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

- **indicateurs de performance** : nombre de centres d'épargne et de crédits créés, nombre de micro-entreprises de transformation de produits agricoles et de services créés dans la commune par rapport au nombre moyen créé les trois dernières années
- **indicateurs de résultats** : taux de remboursement des crédits, taux d'impayés.

5-4-3 Dans le domaine de l'éducation

Deux volets sont à distinguer :

➤ L'éducation des jeunes

Ici les actions doivent aller dans le sens de ce que fait déjà l'Etat en la matière. Tous les arrondissements ont des écoles primaires et certains disposent d'établissements secondaires. Depuis

1996, l'enseignement primaire est gratuit en zone rurale. Seulement, les moyens octroyés par l'Etat aux établissements ne sont pas suffisants pour faire face correctement à la tâche. Ainsi, il s'agira :

- de doter les écoles primaires et secondaires en matériel de travail adéquat (salles, mobiliers, matériels didactiques) ;

- de renforcer le personnel là où l'Etat n'a pas pu en pourvoir en nombre suffisant ;

- de former périodiquement les enseignants en éducation sanitaire en général, en éducation sexuelle axée sur la prévention des IST/SIDA en particulier avec des messages adaptés au niveau de chaque type d'enseignement. Une collaboration étroite doit être établie entre les agents de santé et les enseignants pour la conception des programmes scolaires appropriés, la formation des enseignants et la mobilisation des parents, ce, dans le but de faire de l'école, un lieu de promotion de la santé. Ces programmes peuvent avoir un impact non négligeable en terme de niveau de connaissance et de pratique en matière d'IST/VIH/SIDA chez les enseignants et les jeunes scolarisés comme en témoignent PÉREZ et DABIS (2003) en Colombie.

- d'organiser dans les écoles primaires de la commune, des systèmes de cantine scolaire offrant aux enfants des repas basés sur les ressources locales et à coût modique. En effet, l'expérience ivoirienne en matière de cantine scolaire prouve que cette stratégie a un impact très important non seulement sur le taux de scolarisation dans le primaire, mais peut servir de prétexte pour le développement d'un certain nombre d'activités génératrices de revenu et aboutir à des mécanismes devant favoriser, entre autres, les réponses locales pour la lutte contre le VIH/SIDA, la promotion de l'éducation civique participative, la participation à la gouvernance locale (Quotidien Le Soleil-Sénégal, 23 août 2004).

- d'organiser périodiquement des fora de discussion pour les élèves en matière d'IST/SIDA. Ici, l'expérience du Ruban en route peut être utile pour l'organisation d'activités ludiques dont les thèmes seront axés sur l'éducation sexuelle et la prévention contre les IST/VIH/SIDA dans les établissements primaires et secondaires ; mais ces activités devront s'étendre aux jeunes apprentis et autres déscolarisés du secteur informel.

Le coût de ces activités sera évalué par une étude de faisabilité sur le terrain.

Les résultats attendus sont une augmentation durable du taux de scolarisation dans le primaire et une amélioration du niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques des jeunes en matières d'IST/VIH/SIDA.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

- **indicateurs de performance** : nombre d'enseignants formé sur les IST/VIH/SIDA et l'éducation sexuelle par rapport au nombre moyen formé les trois dernières années, nombre de cantines scolaires en activité dans la commune par rapport au nombre moyen les trois dernières années, nombre d'ateliers de formation organisé à l'intention des jeunes déscolarisés et des jeunes du système informel par rapport au nombre moyen organisé les trois dernières années ;
- **indicateurs de résultats** : niveau de connaissance, d'attitude et de pratique des jeunes en matière d'IST/VIH/SIDA, taux de scolarisation et taux de déperdition scolaire dans le primaire et le secondaire dans la commune.

➤ L'éducation des adultes

Les actions :

Créer un centre pilote d'alphabétisation et d'éducation des adultes avec des annexes dans chaque arrondissement.

Doter ces centres d'équipements et de personnel nécessaire pour assurer :

-l'initiation à la lecture et à l'écriture en langue Mahi, Idaasha et Français (au choix)

-la formation dans de petits modules obligatoires en éducation sanitaire et environnementale, en comptabilité, en planification et gestion de microprojets de développement.

Pour rendre pratique cette formation, une initiative en direction des autorités municipales et éducatives dans le sens de la production dans les langues locales des documents officiels comme les actes de naissance, de mariage et de décès ainsi que des bulletins de notes des écoliers et des élèves sera entreprise.

La durée de la formation ne doit pas dépasser 6 mois et les femmes analphabètes seront priorisées lors de la sélection. Ceux qui le veulent peuvent approfondir d'autres aspects.

Le coût de l'activité sera évalué par une étude de faisabilité sur le terrain.

Les résultats attendus sont une diminution du taux d'analphabétisme des adultes et une augmentation de leur niveau de connaissances, d'attitudes et de pratiques en matière d'IST/VIH/SIDA.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

- **indicateurs de performance** : nombre de centres d'alphabétisation des adultes créés, nombre d'adultes formés par rapport au nombre moyen des trois dernières années, nombre de journaux en langue locale créés par rapport au nombre des trois dernières années ;

- **indicateurs de résultats** : taux d'analphabétisme des adultes, niveau de connaissance d'attitude et de pratique des adultes en matières d'IST/VIH/SIDA.

5-4-4 L'ENVIRONNEMENT

Les actions dans le domaine de l'environnement doivent être incorporées aux actions éducatives. Ainsi, les programmes de l'éducation, aussi bien formelle que non formelle, doivent comporter un module relatif à la gestion de l'environnement qui doit aborder les thèmes comme l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, l'hygiène du milieu, la lutte contre la déforestation et la désertification, la lutte contre la pollution intérieure par l'utilisation de combustibles moins polluants, etc., qui sont à la fois de véritables causes et de véritables conséquences de la pauvreté dans une région rurale comme Glazoué.

5-4-5 LES ACTIONS CULTURELLES ET SPORTIVES

La stratégie importante est le renforcement de la production artistique et culturelle locales ainsi que la promotion du sport, toutes choses pouvant servir de supports pour les actions de sensibilisation. Les actions :

- Doter la commune d'un centre de promotion des jeunes, de la culture et des loisirs.
- Organiser les jeunes autour de la production artistique, de la musique et de la danse locale axée sur les thèmes de l'éducation sanitaire, de la prévention du VIH/SIDA.
- Organiser les activités sportives en dotant les arrondissements de quelques infrastructures.

L'organisation des jeunes dans des groupes sociaux autour des activités culturelles et sportives peut avoir un impact non négligeable sur l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires (CAMBELL et coll., 2002).

La participation à ces activités doit être tributaire de la formation en alphabétisation pour les analphabètes.

Le coût de ces activités sera évalué par une étude de faisabilité économique sur le terrain.

Les résultats attendus sont une augmentation de la production artistique, culturelle autour des thèmes de la sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA et des performances sportives.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation sont :

- **indicateurs de performance** : nombre de manifestations artistiques, culturelles et sportives organisées par rapport au nombre des trois dernières années, nombre de groupes à vocation artistique, culturelle ou sportive créés dans la commune par rapport au nombre des trois dernières années ;
- **indicateurs de résultats** : niveau de production artistique et culturelle dans la commune, performance des équipes sportives de la commune dans les compétitions nationales ou régionales.

Le tableau suivant résume les stratégies et les actions nécessaires en fonction de chaque objectif spécifique.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	STRATÉGIES	ACTIONS
1-Réduire de 50 % la prévalence des IST dans la commune d'ici 2010	1-1- Amélioration de la réactivité des services de santé	- Renforcement du personnel ; - Équipements en médicaments, équipements de soins et de laboratoire pour les centres ; - Formation et recyclage périodique du personnel sur la prise en charge syndromique des IST ;
	1-2- Améliorer l'accès aux soins de la population	- Prise en charge des Personnes vivant avec le VIH ; - Création d'une mutuelle de santé
2- Augmenter de 50 % les Connaissances, Attitudes et Pratiques de la population de la commune d'ici 2010	2-1- Communication pour un changement de comportement	- Fora de sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA par des ONG en direction : Jeunes, Migrants, déscolarisés, Professionnelles de sexe etc. - Formation périodique des enseignants en éducation sanitaire, santé reproductive et IST/VIH/SIDA ; - Éducation sanitaire des adultes et des jeunes ; - Campagne médiatique (radio locale communautaire) ; - Création de centre de dépistage volontaire et de conseil ; - Activités culturelles et sportives de sensibilisation sur les IST/VIH/SIDA
3- Augmenter de 25 % le revenu des ménages vulnérables ou pauvres de la commune	3-1- Développement d'un système intégré de production agro-sylvo-pastorale et piscicole	- Création d'une ferme école (inspiration du centre Songhaï)
	3-2- Faciliter l'accès aux crédits pour les activités génératrices de revenu	- Création d'une banque rurale communautaire ;
4- Réduire de 50 % le taux d'analphabétisme des adultes dans la commune	4-1- Faciliter l'instruction et la formation professionnelle des adultes	- Création de centres d'alphabétisation et d'éducation des adultes (en langue locales et en français)
5- Amener à 100 % et le maintenir le taux de scolarisation des enfants dans la commune	5-1- Améliorer les conditions de travail des enseignants	- Équipements des établissements primaires et secondaires en matériels didactiques ; - Formation et recyclage périodique des enseignants en santé reproductive, éducation sexuelle et IST/VIH/SIDA ; - Création de cantines scolaires

5-5 MISE EN ŒUVRE ET GESTION DU PROGRAMME

La mise en œuvre de la politique se fera dans le cadre d'une organisation non gouvernementale qui sera mise en place après une large concertation dans toutes les couches de la population. Cette concertation devra aboutir à la mise en place des organes dirigeants à savoir :

- le conseil d'administration composé des représentants des organes municipaux et locaux, des agents de santé en poste dans la zone, des représentants des tradithérapeutes, des représentants des cultes religieux, des représentants des associations de développement ainsi que des représentants des autres groupes organisés de la commune ;
- l'organe exécutif de la politique qui sera une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'épidémiologiste, d'ingénieurs agronomes, de techniciens du développement rural, d'enseignants, de linguiste, de spécialistes des questions du genre, de sociologue, d'animateurs des activités des jeunes, de comptables, et de spécialistes de la micro finance.

Ce comité devra recevoir un mandat du conseil d'administration pour décliner le programme en 8 microprogrammes de développement à savoir :

- le programme de renforcement des capacités des services de santé à la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- le programme de communication pour un changement de comportement dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA dans la population générale ;
- le programme spécial de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (qui sera mise en veilleuse au démarrage du programme) ;
- le programme de développement intégré de l'agriculture ;
- le programme de soutien aux activités génératrices de revenus ;
- le programme de soutien à l'éducation formelle dans le cadre de la lutte contre le Sida ;
- le programme de sensibilisation des jeunes pour la lutte contre le Sida ;
- le programme d'éducation des adultes dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- le programme Culture et Sports pour la lutte contre les IST/VIH/SIDA.

Des études de terrain seront ensuite effectuées pour avoir des indicateurs de base du programme (prévalence des IST et du VIH, le taux de scolarisation, le taux d'analphabétisme dans la commune, le niveau de connaissances d'attitudes et pratiques de la population en matière d'IST/VIH/SIDA, etc.) et pour faire une évaluation du coût des différents programmes. Une large

concertation de la population (consultation publique) sera ensuite organisée en vue de recueillir les avis sur les différents programmes de façon à les adapter à leur besoin.

La dernière étape sera la table de concertation des bailleurs de fond locaux, nationaux et internationaux sur les programmes en vue de son financement.

Une fois le financement disponible, le comité exécutif devra procéder au lancement d'un avis d'appel d'offre international en vue de recruter des ONG locales, nationales, ou internationales disposant d'une expertise certaine dans les différents domaines de ces microprogrammes en vue de leur confier le mandat de cette mise en œuvre. Son rôle sera d'assurer la coordination et le financement à la manière des organismes communautaires québécois comme la fondation FARHA et la coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le Sida (COCQ_SIDA).

Le chronogramme devrait être de sorte que le projet puisse effectivement démarrer au 1^{er} janvier 2006.

Le tableau suivant donne une idée générale des principaux paramètres du programme avec une estimation grossière des coûts nécessaires qui seront réévalués par une étude approfondie sur le terrain.

Cadre logique, Lutte contre les IST/VIH/SIDA à GLAZOUÉ (départ. Collines, BÉNIN), Avril 2005

Paramètres du Projet	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Suppositions critiques (Contraintes/Risques)
Buts du Projet : Stabiliser la prévalence du VIH/SIDA dans la commune d'ici 2010	-Incidence et prévalence du VIH/SIDA dans la commune	Enquête sanitaire	Il faut que la politique de lutte contre les autres maladies soit menée.
Objectif du Projet: - Réduire la prévalence des IST - Augmenter le niveau de CAP de la population en matière d'IST/VIH/SIDA ; - Augmenter le revenu moyen des ménages vulnérables ; - Réduire de 50% le taux d'analphabétisme des adultes ; - Augmenter le taux de scolarisation des enfants	-Taux d'incidence des IST - CAP de la population en IST/VIH/SIDA - Prévalence de la maigreur (PT<-2 Z score) -Incidence du retard de croissance (TA<-2 Z score) - Taux d'analphabétisme des adultes - Taux de scolarisation dans le primaire	-Statistique des centres de santé -Enquête CAP dans la population -Enquête nutritionnelle dans la population -Registre des centres d'alphabétisation et des écoles	-Volonté de changement de comportements dans la communauté - Conscience de la population sur les dangers du Sida et sur le lien Sida-pauvreté
Principaux Extrants : - Centres de santé équipés avec personnel formé et motivé; -Enseignants informés et motivés sur l'éducation sexuelle et la prévention des IST/VIH/SIDA -Caisse de micro-crédits fonctionnelle avec personnel motivé ; -Ferme-école agropastorale et piscicole fonctionnel avec personnel motivé ; - Centre d'alphabétisation équipé avec personnel motivé ; -Cantines scolaires fonctionnelles	- CAP des agents de santé et des enseignants en matière d'IST/VIH/SIDA - Nombre de séances de formations organisé à l'intention des différents corps de métiers - Nombre de séances de sensibilisation organisé/le nombre les années passées - Nombre de tests de dépistage fait par rapport aux années passées - Nombres de groupements et d'associations sensibilisés et fonctionnels/le nombre recensé - Nombre d'adhérents à la caisse de crédits - Taux de remboursement des crédits - Nombre d'entrepreneurs formé (agropastoral, gestion de microprojets, etc. - Nombre de cantine scolaire créé	- Enquête CAP au niveau du personnel de santé et des enseignants - Rapports d'activité des centres de santé, des ONG impliquées dans la sensibilisation, de la caisse et de la Ferme-école - Rapports des équipes de sensibilisation, rapports des visites de terrain - Rapport du chef de projet	- Motivation du personnel et de la communauté - Stabilité politique et progrès économique nationaux
Intrants -Agents de santé, enseignants et éducateurs d'adultes, ingénieurs agronomes et techniciens du développement rural (formation et/ou recrutement) ; - ONG de sensibilisation -Médicaments (surtout ARV), équipements de soins et laboratoires -Vivres PAM	Budget : (en €) - Bâtiments à louer : 88 500 - Terrain (10 ha) : 7 600 - Equipements de bureau, CS, Écoles, Centres éducatifs, banque comm: 427 500 -Fonds de roulement banque : 76 300 - Formations, recrutements: 882 500 Moyens déplacements : 94 600 - Frais de gestion : 423 000 Coût total : 2 000 000	- Comptabilité du projet	- Forte participation populaire - Soutien des autorités locales et nationales - Financement disponible et à temps

CONCLUSION GENERALE

« Dans les pays les plus touchés, le SIDA sape les conditions même de la lutte contre le SIDA, puisqu'en décimant les populations mais aussi les élites, il détruit les forces vives politiques, économiques, éducatives et sociales qui pourraient prendre la tête de la lutte contre le fléau », déclarait KOÏCHIRO MATSUURA, directeur général de l'Unesco lors des Entretiens du XXI^e siècle organisées à l'UNESCO sur le thème : Peut-on maîtriser la pandémie du SIDA ? (Quotidien Le soleil-Sénégal, 9/9/2004), et Alpha Oumar KONARE, le Secrétaire Général de l'Union Africaine d'ajouter, lors de l'ouverture du 3^e sommet extraordinaire des chefs d'Etat de l'Union à Ouagadougou sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté [LE PATRIOTE (Abidjan), 9 septembre 2004] : *« D'ici l'an 2143, la moitié de l'Afrique baignera dans la pauvreté si rien n'est fait ».*

Au terme de cette étude, il apparaît effectivement, que le défi de la lutte contre les IST /VIH/SIDA et la pauvreté constitue un des plus grands de notre temps. En effet, la commune de Glazoué qui fait l'objet de l'étude, est caractérisée, à l'instar d'autres communes rurales du Bénin et de pays en développement en Afrique, par un faible développement humain et économique (analphabétisme et déscolarisation, insuffisance d'accès aux soins de qualité, pauvreté monétaire, mauvaise gestion de l'environnement,...). A ces facteurs s'ajoutent des déterminants socioculturelles et sociologiques (lévirat, scarifications en séries, etc.) qui font le lit de l'épidémie du Sida dans la région. Face à cela, il n'existe aucun plan local de lutte et les plans et programmes nationaux ont un impact négligeable sur le problème.

L'étude de stratégies de lutte contre les IST/VIH/SIDA à Montréal, a montré que les mêmes facteurs de vulnérabilité telle la pauvreté, l'insuffisance d'accès aux ressources et l'exclusion sociale sont à la base de la propagation de l'épidémie, qui reste toute fois fortement localisée dans les groupes présentant ces facteurs de vulnérabilité (les hommes homosexuels, les UDI, les Noirs, les communautés autochtones). Aussi, les stratégies de lutte ciblent-elles ces communautés pour leur fournir les moyens palliatifs et les ressources nécessaires pour la réduction de cette vulnérabilité.

Au vu de cette expérience, un programme multisectoriel orienté, à la fois vers la lutte contre la pauvreté et vers la lutte contre la pandémie, s'avère nécessaire dans le contexte de la commune rurale de Glazoué. K. MATSUURA disait (Quotidien Le soleil-Sénégal, 9/9/2004) : *« Le SIDA est, de toute évidence, une tragédie. Est-il une fatalité ? Rien n'est moins sûr ».* La mise en œuvre nécessite une détermination de toute la communauté aussi bien locale, nationale qu'internationale.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA À MONTRÉAL

Fiche N°

Nom de l'organisme :

Adresse :

Vocation :

Date et historique de la création :

Objectifs :

Cibles de l'action :

Activités

Personnel :

Financement :

Difficultés/Échec :

Éléments de succès :

Perspectives :

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES CONSULTÉES AU BENIN DANS LE CADRE DE CE TRAVAIL

1 – Dr. Edgar LAFIA, Coordonnateur–adjoint du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), Responsable de la section Microbiologie du Laboratoire National et du Centre départementale de transfusion sanguine du Littoral.

Courriel : edlafia@yahoo.fr

2- Dr. W. SOMASSE, Coordonnateur de l'antenne départemental Mono-Couffo du PNLS.

Courriel : essomasse@yahoo.fr

3- Mlle Amamatou DAOUDA, Responsable à l'action sociale de l'antenne départementale Atacora-Donga du PNLS.

Courriel : amamatou@hotmail.com

4-Mme Eugénie DOSSOU-DEGLA, Directrice des soins infirmiers et obstétricaux du Ministère de la Santé.

Courriel : nie.degla@ifrance.com

ANNEXE 3 : TYPOLOGIE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

1-Les organismes au service des personnes vivant avec le VIH

Ces organismes sans but lucratif s'occupent du soutien, de l'alimentation, du logement et du divertissement des PVVIH. On peut citer :

- le comité des personnes atteintes du VIH du Québec (CPAVIH)
- Sida bénévoles Montréal (Aids Community Care Montréal : ACCM)
- Camp plus les services communautaires catholiques
- Le Centre d'Action Sida Montréal Femmes (CASM)
- Le Centre Sida Mc Gill
- La Coalition Sida des sourds
- La Fondation d'Aide Directe Sida Montréal (FADSM)
- La fondation FARHA
- Le Groupe d'Entraide à l'Intention des Personnes Séropositives et Itinérantes (GEIPSI)
- La maison plein cœur
- Le réseau canadien pour les essais cliniques, bureau régional du service d'immunodéficience du Royal Victoria Institut Thoracique
- Le centre des services Sida secours du Québec
- Les habitations Jean-Pierre VALIQUETTE
- Les hébergements de l'envol
- La maison AMARYLLIS
- La maison DEHON
- la maison d'Hérelle
- La maison du parc
- Les enfants de Béthanie
- Le réseau juridique canadien VIH/Sida

2-Les organisations s'occupant de la prévention et de la sensibilisation sur le VIH/Sida à l'endroit de la population générale

- Action SéroZéro
- À deux mains
- Le C.A.C.T.U.S
- Le Centre de Ressources et de Formation sur la Promotion de la Santé (CREFOPS)
- Le Centre de Ressources et d'Intervention en Santé et Sexualité (CRISS)
- Le Centre Communautaire des Gais et Lesbiennes de Montréal (CCGLM)
- Le centre Saint-Pierre
- Les services pour la famille chinoise du Grand Montréal
- Le Comité Prévention, Action, Femmes, Sida (PAFS)
- Le Groupe d'Action pour la Prévention de la Transmission du VIH et l'Eradication du SIDA (GAP-VIES)
- Le Ruban en route
- La Sensibilisation au Sida pour autochtones en milieu urbain
- La Société Canadienne d'Hémophilie (Québec)
- La Solidarité Femmes Africaines
- Le Spectre de rue
- STELLA

3-Les coalitions ou fédérations d'organisation intervenant dans la lutte contre le Sida

- La Coalition des Organisations Communautaires de lutte contre le Sida au Québec (COCQ-Sida)
- La Coalition Sida des Sourds du Québec
- La C Q C S
- La communication –Québec
- Le tableau provincial des maisons d'hébergement communautaires du Sida

4- Autres organisations du secteur socio sanitaire contribuant indirectement à la lutte

- Les banques alimentaires
- Les cliniques médicales
- Les CLSC et hôpitaux
- Les dentistes
- Les organisations de défense des droits de l'homme

-Les organisations de femmes dont : le centre femmes d'ici et d'ailleurs ; Logifem ; La maison d'accueil la Dauphinelle ; Le réseau québécois d'action pour la santé des femmes ; S.O.S violence conjugale ; L'association des jeunes femmes chrétiennes ; **Le passage fille de 16-22 ans** ; **Le projet d'intervention auprès des mineurs prostitués.**

-Les organisations d'aide aux personnes itinérantes dont **Le Bunker de l'organisme Le Bon Dieu dans la rue** ; La maison du Père ; L'équipe itinérante Outreach du CLSC des Faubourg ; La Fédération des OSBL d'Habitation de Montréal (FOHM) ; La mission Old Brewery Hommes, la mission Old Brewery Femmes ; Le chañon, En marge, **le refuge des hommes de 18-24 ans** ; La mission Saint-Michel.

-Les organismes s'occupant de l'emploi et de la réinsertion dont **Le mouvement action chômage de Montréal** ; **Les Centres Locaux d'Emploi (CLE)** qui sont plutôt des services étatiques.

-Les organisations d'aide aux immigrants dont **Le Centre Social d'Aide aux Immigrants (CSAI)** ; La maisonnée ; **La Table de Concertation des organismes au service des personnes Réfugiées et Immigrantes (TCRI).**

-Les ordres des professions juridiques et socio-sanitaires

-Les centres d'aides en cas de suicide, deuil et crise

-Les centres d'aide aux toxicomanes

NB : Dans cette liste, figurent en :

-bleu, les organismes que nous avons prévus visiter et que nous avons effectivement visité

-orange, les organismes que nous avons prévus visiter et que nous n'avons pas pu visiter pour des raisons diverses.

ANNEXE 4 : FICHE SIGNALÉTIQUE SUR LE BÉNIN

Présentation générale

C'est un État de l'Afrique occidentale, situé sur le golfe du Bénin. Il couvre une superficie de 114,763 km² avec une population de 6 769 914 habitants dont 61,15 % de ruraux, selon les résultats provisoires du dernier recensement général de la population et de l'habitation (RGPH 3) de 2002.

Organisation administrative

Territorialement, il est divisé en 12 départements (Alibori, Atakora, Atlantique, Borgou, Collines, Couffo, Donga, Littoral, Mono, Ouémé, Plateau, Zou) depuis la promulgation, en 1998, de la loi sur la décentralisation qui a consacré la subdivision de chacune des six anciens départements en deux. Chaque nouveau département est subdivisé en communes et les communes en arrondissements. Les arrondissements regroupent les villages ou quartiers de villes.

Organisation sanitaire

Le système de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Au niveau central, on a le ministère de la santé avec ses directions centrales et comme structure de soin le centre Hospitalier Hubert MAGA, seul hôpital universitaire national de référence dans le pays.

Au niveau intermédiaire, nous avons les Directions Départementales de la Santé (D.D.S.) et comme structure de soin, les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD). Au niveau périphérique, on a les bureaux de zone et comme structure de soin, les hôpitaux de zone, puis les Centres de Santé de Communes (CSC), les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA) et enfin les unités villageoises de santé qui constituent les unités sanitaires publiques du système de santé.

Au BÉNIN, l'espérance de vie à la naissance est de 50,9 ans contre 64,4 ans pour la moyenne dans les pays en développement et le taux de mortalité des moins de 5 ans de 160 ‰ contre 90 ‰ pour la moyenne dans les pays sous développés.

Situé dans la zone d'épidémie généralisée de l'ONU SIDA (prévalence dans la population générale supérieure à 1 %), le BÉNIN n'échappe pas au drame que vit l'Afrique subsaharienne avec l'infection à VIH. En effet, de 1990 à 2000, le nombre d'adultes infectés a été multiplié par 12 avec une prévalence passant de 0,36 % à 4,1 % (PNLS/IST, CEFORP, FHI, Juillet 2003).

ANNEXE 5 : DESCRIPTION DES ACTIONS DE CERTAINES ORGANISATIONS

3-4-2-1 ORGANISMES EXISTANT UNIQUEMENT POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

a- La Fondation d'Aide Directe Sida Montréal (FADSM)

Fondée en 1991, la fondation d'aide directe Sida Montréal est un comptoir alimentaire permanent destiné aux personnes et aux familles démunies vivant avec le VIH/SIDA à Montréal.

Son objectif est d'assurer à l'utilisateur une bonne alimentation en vue d'une bonne observance du traitement et donc une amélioration de l'état clinique.

Sa clientèle est constituée de sujets vivant avec le VIH à faible revenu (preuve de revenu, de séropositivité et domicile exigée avant l'ouverture du dossier) ainsi que de leur famille.

Les activités offertes sont la distribution de produits de dépannage en épicerie et de repas préparés, des visites à domicile, le paiement de factures ou de billets d'autobus, des produits de soins et parfois des habits.

Le financement est assuré par les dons et autres subventions en espèces et/ou en nature.

Le succès le plus important de l'organisme est la reconnaissance de ses actions comme de beaucoup d'autres organismes au cours d'une cérémonie « Hommages aux héros » en 2002.

Une des difficultés majeures est financière et a conduit, au cours de l'année 2003, à l'instauration d'une participation symbolique de 5\$ aux usagers à chaque rendez-vous (mensuel ou bimestriel à vie) ce qui a permis au centre de s'équilibrer jusqu'à présent.

Il s'agit là d'une intervention palliative à la situation de pauvreté dans laquelle se trouvent certaines personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans ce contexte de pays à revenu élevé où la majorité de la population a un revenu moyen, cette intervention est bien justifiée.

En revanche, même si elle est très utile en pays sous développés, elle restera largement insuffisante comme tenu de l'importance de la pauvreté.

b- Le Groupe d'Entraide à l'Intention des Personnes Séropositives et Itinérantes ayant un vécu lié à la toxicomanie (GEIPSI)

C'est un organisme destiné à la fois aux hommes et aux femmes de 18 ans et plus, vivant avec le VIH et ayant des problématiques liés à la toxicomanie, l'itinérance ou la santé mentale.

Existant depuis 11 ans, le Groupe a pour objectifs de:

- Favoriser la prise en charge par les participants de leur santé physique et psychologique ;
- favoriser des habitudes de consommation saine et sécuritaires ;
- offrir un contexte social, associatif et créatif ;
- favoriser une démarche globale et progressive qui respecte le cheminement individuel de chacun ;
- favoriser l'« empowerment » et l'implication des participants lors des activités ainsi que le processus décisionnel de l'organisme.

La philosophie de l'organisme est de provoquer par ses activités, l'éveil de la conscience, l'augmentation de l'estime de soi et du pouvoir que les participants ont sur leur vie et leur destin; cela favorise à terme la prise de conscience chez

ceux-ci de la nécessité de s'occuper de leur santé physique et psychologique et de l'adoption de comportements sains et sécuritaires.

Les activités de son centre de jour sont : le soutien individuel et ponctuel, la cafétéria gratuite, l'accès Internet gratuit, l'échange de seringues et la distribution de condoms, le dîner communautaire tous les derniers mardi du mois, les sorties de groupe, les camps d'été et d'hiver, la publication du journal « le Sans mots », l'orientation vers d'autres ressources si nécessaire.

La principale difficulté de l'organisme est d'ordre financière, surtout durant la période de Janvier à juillet 2003; cela a entraîné une réduction des activités de 32 heures par semaine à 20 heures.

Les perspectives sont entre autres, le développement d'un projet de logements supervisés, le développement des actions chez les personnes vivant avec le VIH en milieu carcéral, après leur période d'incarcération.

Cette intervention de resocialisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA est très utile pour aider ces patients à reprendre le goût à la vie, et donc une bonne santé psychologique dont l'impact positif sur l'état clinique est certain.

c-La corporation Félix Hubert- d'Hérelle

C'est une résidence communautaire créée en 1990 sur l'initiative du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, de la ville de Montréal et de Centraide, pour répondre au besoin de plus en plus urgent en ce moment dans la région de Montréal : l'hébergement des personnes vivant avec le VIH.

Les objectifs du centre sont :

- offrir un lieu d'hébergement adapté à la personne vivant avec le VIH ou ayant le Sida;
- procurer des soins et des services qui répondent aux besoins du résident;
- stimuler l'autonomie de la personne et sa participation active à sa qualité de vie;
- apporter un soutien à la famille et aux proches.

Les critères d'admission.

Peut être admise, toute personne atteinte du Sida ou d'affections liées au VIH, en perte d'autonomie, ayant des besoins d'hébergement et de soutien. Concrètement, il faut :

- ne plus être en mesure, seul ou avec l'aide de son entourage, de satisfaire à ses besoins et de vivre en harmonie avec son milieu naturel;
- ne pas avoir accès à suffisamment de services pour pouvoir demeurer à domicile,
- nécessiter un lieu d'hébergement adapté;
- s'engager à respecter les règles de participation et de vie collective.

Les facteurs d'exclusion ou de réorientation sont:

- la requérance de traitements médicaux actifs, de type hospitalier, d'un niveau de surveillance particulier ou de soins et d'assistance qui dépassent les ressources de la résidence;
- l'atteinte d'une maladie infectieuse et/ou d'une affection requérant des soins en salle d'isolement;
- la présentation d'un ou des troubles de comportement qui ont pour effet de perturber de façon sérieuse, le vécu communautaire et l'organisation de la maison.

Une contribution financière de 520 \$ CA par mois est demandée et donne accès à l'hébergement, aux repas et aux services.

Le paiement de cette contribution n'est pas difficile car tous les résidents bénéficient de la sécurité sociale, et pour ceux qui ne l'ont pas, la maison les aide dans leur démarche pour bénéficier de cette assurance.

Le programme et les services

Disposant d'une capacité de 17 lits, le centre offre les programmes suivants :

- l'hébergement moyen et long séjour;
- la transition (moyen et court séjour pour favoriser la convalescence, la réhabilitation et le soutien à la réinsertion sociale;
- le répit/dépannage (court séjour) : hébergement temporaire lors de situation de crise ou lorsque le réseau naturel de soutien est épuisé, pour favoriser la réduction du stress et de l'anxiété, pour soutenir les efforts de clarification et de réorganisation personnelle afin de permettre l'insertion dans des groupes de socialisation et d'entraide;
- le soutien aux proches : service d'écoute et de consultation aux proches qui accompagnent un résident ou suite à un décès.

Les services offerts sont :

- les soins physiques dans une perspective de santé globale et en respectant un plan d'intervention individualisé;
- les interventions psychologiques sous forme d'aide à l'expression des difficultés, la recherche de solutions et la résolution de problèmes, le soutien aux proches;
- les services socio-économiques par l'accès aux services publics, l'information sur les lois et mesures sociales, la réinsertion sociale, la réorientation en situation de crise, la recherche d'emploi et de logement adaptés, les conseils juridiques (la mise en ordre de documents et l'expression des dernières volontés en cas d'aggravation de la maladie (mandat, procuration, testament etc.) ;
- l'intervention psycho spirituelle dans une approche non confessionnelle;
- les services alimentaires;
- les services sanitaires d'entretien ménager.

Les difficultés sont liées à:

- des problèmes de santé mentale de plus en plus présents chez les résidents et qui rendent difficile le travail des intervenants;
- des problèmes d'itinérance et de toxicomanie qui amènent à exclusion avec préavis les résidents.

Malgré tout des éléments de succès existent et ont pour nom :

- la reconnaissance de plus en plus effective de l'expertise de la maison dans le domaine des soins palliatifs à moindre coût aux sidéens;
- le caractère démonstratif de la maison qui consiste à offrir un lieu d'enseignement et de recherche afin de développer un modèle d'intervention interdisciplinaire auprès des personnes vivant avec le VIH en contexte d'hébergement;
- les fonctions de formation, d'information, de concertation et d'appui auprès d'autres organismes d'hébergement.

Ce rôle d'hébergement que joue la maison d'Hérelle, est fort louable car, outre le confort et les soins offerts aux résidents, il constitue un appoint très important qui aide les proches parents des patients à se remettre psychologiquement.

Toutefois, l'importation de cette expérience en pays sous développés en particulier au Bénin, se heurtera à deux types de difficultés :

- la non disponibilité de la trithérapie antirétrovirale pour la plupart des patients rendra très difficile la prise en charge obligée de se limiter à la prise en charge des maladies opportunistes;
- la contribution financière des résidents sera très difficile à récupérer étant donné que ces patients sont pauvres sans source de revenus ni d'assurance sociale.

Pour que cette initiative puisse réussir, il faut que la structure soit fortement subventionnée de façon à offrir la trithérapie à tous les résidents sans pour autant espérer grand chose comme participation de ces derniers.

d-La fondation FARHA

C'est un organisme fondé en 1992 et qui a pour mission, l'amélioration de la qualité de vie des hommes, femmes et enfants vivant avec le VIH/SIDA et la sensibilisation de la population générale à l'épidémie à travers les événements qu'elle organise.

Historique :

La fondation a été créée par Ronald FARHA, un homme d'affaire montréalais, qui avait été infecté par le virus quelques années auparavant. À partir de ses propres difficultés à se soigner malgré tous les moyens dont il disposait, il a pu constater à quel point les soutiens financier, médical et moral étaient insuffisants pour les personnes atteintes, à cette époque où la trithérapie n'existait même pas.

Il a donc entrepris de mettre sur pied une organisation pour aider les individus atteints et les organisations au service de l'amélioration de leur condition de vie.

Devant la complexité de l'action en faveur des individus atteints, il a dû se résoudre à se limiter à l'aide aux organismes communautaires venant en aide aux personnes vivant avec le VIH/SIDA de façon à ce que ceux-ci ne soient plus préoccupés de la collecte de fonds pour mener leurs actions.

Ron FARHA est décédé en Juillet 1993, trois mois avant l'organisation de la première marche pour la collecte de fonds au profit des organismes du Sida au Québec.

Activités :

Il existe trois activités principales

- La marche annuelle dénommée « Ca marche »

C'est l'événement principal de l'organisme.

Des volontaires s'inscrivent pour aller faire le porte à porte pour collecter des fonds au profit des organismes de leur choix se trouvant dans la liste des organismes collaborant avec la fondation. Le jour de la marche, ces volontaires-marcheurs apportent le fruit de leur action à la fondation. L'organisation matérielle de la manifestation est assurée par la fondation qui a recours à des commandites ou sponsors de façon à ce que la totalité des fonds récoltés aillent effectivement au profit des organismes.

- Au cœur de la mode

C'est la deuxième manifestation de la fondation.

Il s'agit d'un grand salon de vente de vêtements avec solde de 50 % et plus.

Les magasins participants à ce salon, s'engagent à reverser 25 % de leur chiffre d'affaire du jour à la fondation qui le distribuera aux organismes luttant contre le Sida.

Le salon est organisé deux fois par an.

- Des galas bénéfiques

Ce sont des soirées mondaines où ont lieu des ventes de charité pour récolter des fonds au profit des organismes du Sida.

Organismes collaborant avec la fondation :

Pour collaborer avec la fondation, il faut un organisme légalement établi, donnant des soins directs aux personnes vivant avec le VIH ou le Sida et avoir des états financiers vérifiables.

La sélection des organismes à subventionner par la fondation est effectuée sur la base des projets présentés, par un comité consultatif qui veille aussi à ce que les fonds octroyés soient utilisés à bon escient.

Toutefois, avec l'évolution de la situation du Sida où les décès liés à la maladie ne sont plus si fréquents qu'au début mais où le taux d'infection est toujours en hausse, l'organisme s'est fixé comme défi d'investir de plus en plus dans des programmes d'éducation et de prévention visant à réduire le taux d'infection.

Depuis sa création en 1993, la fondation FARHA a distribué au quatre coins du Québec, plus de 5,8 millions de \$ Canadien à quelques 65 organismes qui offrent des différents soins et services de même que des problèmes de prévention et d'éducation.

Le personnel

La fondation fonctionne avec une équipe de 7 employés permanents et dispose d'une base de données de 600 bénévoles ou comités organisateurs bénévoles.

Le financement

Pour son fonctionnement, l'organisme a recours à des donateurs privés comme les compagnies pharmaceutiques pour assurer les frais d'administration, les charges salariales, l'entretien des locaux etc., et fait de façon à ce que les frais de fonctionnement soit le minimum possible (inférieur ou égal à 15 % du budget).

L'organisme n'entretient aucun lien financier avec l'État , étant donné son statut de fondation privée qui fait que la moitié des membres du conseil d'administration plus un doivent avoir un lien filial avec le fondateur.

Les difficultés

Les difficultés de la fondation sont liées à l'insuffisance de moyens et à la banalisation du Sida considéré comme la maladie des pays pauvres.

Les éléments de succès :

Malgré cela il est absolument réconfortant pour l'organisme de savoir qu'il dispose d'une réputation certaine auprès du public et surtout des personnes vivant avec le VIH.

Cette expérience de la fondation FARHA est très enrichissante et prouve à quel point la société civile peut s'organiser pour collecter des fonds devant servir pour le financement des activités des organisations non gouvernementales intervenant dans la lutte contre une affection. Le gros problème pour la réussite d'une telle initiative au BENIN, est la capacité des responsables à pouvoir faire une gestion rigoureuse et efficace de ces fonds.

3-4-2-2 LES ORGANISMES À CHEVAL SUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE

a/Dans le secteur étatique

a-1/ Le comité Prévention, Action, femmes, Sida (PAFS)

Situé au CLSC Métro, ce comité est une structure étatique intervenant dans la lutte contre le Sida. Il s'occupe de deux volets d'activités :

- le volet dépistage anonyme et gratuit du VIH
- le volet soutien aux personnes séropositives.

C'est le premier volet des activités qui fera l'objet de notre développement.

Cette activité a pour but d'amener le plus grand nombre possible de personnes à faire le test de dépistage du VIH et à le répéter le plus souvent au besoin.

Elle se déroule en trois étapes :

La première étape est l'information sur les ITS/VIH SIDA, les voies de transmission, les comportements à risque et les moyens de prévention. Cette information est donnée soit individuellement au visiteur du centre, soit à des groupes lors des déplacements de l'équipe vers des structures spécifiques comme les minorités anglophones, les communautés autochtones etc....

Le dépistage proprement dit : une fois la décision de le faire est définitivement prise par l'individu visitant le centre, un counselling pré-test est délivré et traite de :

- les raisons qui l'amènent à faire le test,
- l'ensemble des comportements à risque que l'individu a eu dans le passé;
- les avantages et les inconvénients qui peuvent découler du résultat du test;
- la manière ou la façon pour l'individu de gérer son stress;
- son réseau social.

Une fois le prélèvement fait, un rendez dans trois jours est donné à l'individu pour prendre le résultat à mains propres.

• Si le résultat est négatif, un counselling post-test est délivré et a pour but de sensibiliser la personne sur les comportements à risque à éviter pour conserver sa séronégativité et sur la nécessité de venir dans trois mois et même plus souvent après pour confirmer.

• Si le résultat est positif, la personne est référée directement vers la structure chargée du soutien aux séropositifs où il pourrait rencontrer un médecin psychologue, des cliniques spécialisées dans les soins aux séropositifs, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des groupes de soutien ainsi que d'autres ressources nécessaires en fonction des spécificités du patient.

Pour se faire connaître afin de faire le plus grand nombre de dépistage possible, le centre a recours à de l'information dans l'annuaire téléphonique, info santé, les agendas des écoles, des Cégep et des universités, les pages web sur Internet.

Ainsi selon le rapport 2002 (du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003) des activités de dépistage, 1376 rencontres avec pré-test ont été fait. Parmi eux 1306 ont accepté de faire le test (94,9 %), et 1296 sont venues chercher le résultat avec post-test (88,4 %). Dix résultats étaient positifs soit un taux de séropositivité de 0,7 % dans cette échantillon. Le nombre de personnes venues pour la première fois faire un dépistage n'est pas disponible sur le rapport.

Tous les agents de la structure sont des fonctionnaires et le financement est public.

La principale difficulté est de pouvoir mesurer sur le terrain le respect des mesures préconisées; la plupart des visiteurs de centre n'étant plus jamais revue.

Il se pose également le problème de savoir comment faire pour amener le plus grand nombre de sujets considérés comme n'étant pas à risque (hétérosexuel non toxicomane et n'appartenant pas aux minorités visibles) à faire le dépistage, puisque le Sida continue d'être considérée comme la maladie des autres.

Cette expérience de dépistage gratuit et anonyme du VIH existe au Bénin. Toutefois, sa limitation à quelques zones des centres urbains le rend inaccessible à la grande masse des populations qui ont besoin aussi bien de l'information que du dépistage, surtout dans les régions rurales.

a-2/L'équipe de prévention et de lutte contre les IST/VIH/SIDA du CLSC Saint Michel

Cette équipe intégrée dans le CLSC, a été constituée à demande des autorités de la DSP-Montréal Centre pour répondre à la progression inquiétante du VIH/SIDA dans la communauté haïtienne, une partie de la clientèle de prédilection du Centre depuis sa création en 1992.

Deux objectifs sont visés par les actions de cette équipe :

- le soutien des personnes vivant avec le VIH et leurs proches;
- la prévention des ITS/VIH/SIDA dans la communauté.

Trois approches sous-tendent les actions contribuant à atteindre les objectifs :

- ❶ L'action sociale de soutien dont les dépannages alimentaires, les soins, l'information sur le VIH/SIDA etc.;
- ❷ La prise en charge psychologique individuelle : il s'agit d'une prise en charge psychologique ou ethno psychiatrique des personnes infectées et/ou affectées par le VIH à l'aide de ressources tirées de leur vécu culturel.

Cette intervention se fait sous forme de discussions sur des thèmes ayant trait à la vie, la mort, la peur, les interprétations de la maladie etc....La discussion peut parfois s'élargir aux proches parents ou au réseau social du patient en vue de revoir et d'étudier la dynamique de la famille ou du groupe social.

Cette activité permet la prise en charge psychologique non seulement du patient, mais aussi et surtout de son entourage voire même des intervenants.

- ❸ Des actions de sensibilisation et d'éducation pour la prévention de la maladie dans la communauté. Ce sont :

*des séances mensuelles de vaccination contre les hépatites A et B couplées avec d'autres activités d'éducation sanitaire et en collaboration avec d'autres partenaires comme expliqué plus haut;

*des séances de sensibilisation dans les églises;

*des séances d'information couplées des activités comme l'alphabétisation, l'éducation des adultes en collaboration aussi avec d'autres structures communautaires (GAP-Vies, maison d'Haïti);

*des activités d'éducation de groupe : ateliers, séances vidéo, représentations artistiques et surtout théâtrales basées sur des thèmes comme la sexualité, l'amour, le VIH etc.; ces séances sont suivies de débats. Ici aussi, une approche ethnoculturelle est adoptée dans le but de provoquer des changements de mentalités et donc de comportements favorables à la prévention des ITS/VIH/SIDA.

Une médiatisation de toutes ces activités est également assurée par la distribution de prospectus ou d'affiches, des publications d'articles dans les journaux communautaires, l'animation d'émissions de sensibilisation sur des radios communautaires etc....

Il s'agit d'une institution publique. Le succès de ces activités démontre de leur sérieux.

Des partenariats sont tissés avec des pays d'Afrique comme la Guinée où cette approche ethnoculturelle de la prise en charge du VIH est très appréciée.

Cette expérience de prise en charge ethnopsychiatrique des problèmes liés à l'infection VIH/Sida serait très utile dans la société béninoise où règne un syncrétisme religieux important et où toutes les affections sont toujours reliées au vécu culturel des malades.

b/ Dans les Organismes non gouvernementales

b-1/ LA COALITION DES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES QUÉBÉCOISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA (COCQ SIDA)

Son mandat est de regrouper les organisations communautaires s'impliquant dans la lutte et former une coalition en vue de susciter, de soutenir et consolider l'action humanitaire face à cette lutte.

Ses objectifs sont :

- favoriser des mécanismes de concertation et d'articulation sur les domaines d'intérêts communs;
- servir de porte-parole aux organismes membres et de faire reconnaître leur expertise et leur apport dans cette lutte;
- assurer un lien de collaboration et de concertation auprès des différentes instances gouvernementales;
- faciliter l'acquisition et la mise en commun de ressources et de matériels nécessaires à la lutte;
- favoriser l'implication de la communauté dans la lutte;
- faciliter et soutenir la participation autonome des personnes vivant avec le VIH à la vie sociale et lutter contre toute forme de discrimination vécu par ces personnes;
- encourager et faciliter la participation des personnes vivant avec le VIH à l'action communautaire.

Ces activités visent les professionnelles de sexe, les hommes homosexuels, les problèmes de santé sexuelle et l'adhérence aux traitements antirétroviraux.

Selon les responsables de la structure, l'échec le plus important de la coalition est la montée plus subtile de la discrimination et de la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH (assurance pour travailleurs, le problème de confidentialité, la bureaucratie).

Un des éléments réconfortants de cette association serait la part active prise dans l'adoption d'une assurance médicament pour tous les démunis (paiement de 10 à 15% du coût du médicaments; au delà d'une certaine somme payée par mois, les médicaments deviennent gratuits.)

b-2/ Le Centre de Ressources et d'Intervention en Santé et Sexualité (CRISS)

Le CRISS est un organisme communautaire dont la mission prioritaire est d'offrir du soutien aux femmes vivant avec le VIH et à leurs proches.

Créé depuis 1994, le centre a pour objectifs :

- de faire connaître l'expertise des femmes vivant avec le VIH/Sida qui de part leur vécu, s'avère d'excellents endosseurs pouvant soutenir leurs pairs et pouvant mener des activités de prévention auprès de la communauté;
- de concevoir et mettre en application des programmes de prévention des ITS/VIH;
- de promouvoir le droit à la sexualité et à la santé pour les femmes.

Les activités offertes par le centre sont :

- .une ligne d'écoute permanente et sans frais pour les femmes vivant avec le VIH;
- .un lieu d'échange, d'entraide, d'accompagnement ainsi que d'activités sociales (dîners communautaires);
- .du soutien individuel ou de groupe aussi bien psychologique que spirituel;
- .des séances de massage à domicile;
- .de l'information et de la documentation sur les ITS/VIH/SIDA;
- .de l'aide financière et de l'aide à la réinsertion professionnelle;

.de la référence vers d'autres ressources en cas de besoin.

Deux programmes éducatifs sont sous la coupole du centre :

-l'expertise des femmes vivant avec le VIH sous forme d'ateliers, de conférences ou de colloques pour l'éducation du public en général;

-la publication d'un journal provincial d'information, «*De tête et de cœur*», périodique trimestriel distribué par courrier et par internet.

Le centre dirige également trois projets de sensibilisation à savoir :

-le projet groupe de mères séropositives;

-le projet groupe pour hommes séropositifs et hétérosexuels;

-le projet de prévention du VIH/Sida pour la communauté africaine de Montréal qui fera l'objet de notre attention.

Le projet africain pour la prévention des ITS/VIH/SIDA est né, il y a environ deux ans, du constat fait par les autorités sanitaires du Québec et principalement de Montréal, selon laquelle, la communauté africaine fait partie des communautés les plus atteintes par le VIH. C'est ainsi par exemple que sur 70 femmes séropositives suivies au centre maternel et infantile sur le Sida de l'hôpital Sainte Justine, 32 étaient africaines.

Voulant donc profiter de l'expertise du CRISS en tant qu'organisme luttant contre le VIH dans la communauté africaine, les autorités lui ont alors confié le soin de faire un état des lieux de la situation et de mettre en place le projet.

L'état des lieux fait, un comité consultatif regroupant des leaders des sous communautés composant la communauté africaine, a alors été mis en place pour aider les intervenants à bien pénétrer ces communautés.

Prévu au départ pour s'étendre sur deux ans, ce projet a pour objectif entre autres:

-La mobilisation des organismes et établissements intervenant auprès des communautés africaines de Montréal en un réseau consultatif;

-La sensibilisation du réseau d'intervenants médicaux et sociaux aux réalités culturelles des communautés africaines en lien avec le VIH/Sida;

-La sensibilisation des femmes des communautés africaines de Montréal à la nécessité d'un dépistage précoce du VIH au début de la grossesse;

-La prévention de la propagation du VIH/Sida parmi les membres des communautés africaines en adaptant des outils de prévention à leur culture respective.

Ces intervenants (au nombre de deux et faisant appel en cas de besoin à des bénévoles), profitent des festivals et autres manifestations de grands regroupements de la communauté africaine pour distribuer des dépliants, des préservatifs et faire passer des messages de sensibilisation sur le VIH/SIDA.

La stratégie du porte à porte dans les magasins, les salons de coiffures et autres boutiques fréquentées par la communauté africaine est aussi utilisée par les intervenants qui organisent aussi des formations formelles à l'intention des intervenants d'autres organismes (agents de santé, travailleurs sociaux) en contact avec la communauté africaine.

Le CRISS est soutenu, dans ses projets, financièrement par la direction de la santé publique (à travers la régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre), le Centre Québécois de Coordination sur le Sida (CQCS), des laboratoires pharmaceutiques ainsi que d'autres donateurs publics et privés.

b-3/SIDA BÉNÉVOLS MONTRÉAL ou Aids Community Care Montréal (ACCM)

L'ACCM est un organisme sans but lucratif créé depuis 16 ans qui a pour mission :

- l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH;
- la prévention de la transmission du VIH ;
- la conscientisation et l'action communautaire dans ce domaine.

Son public cible est la communauté anglophone de Montréal par :

- le soutien aux personnes infectées et /ou affectées par le VIH/SIDA en vue de fournir de l'aide pratique, d'accroître la débrouillardise, de briser l'isolement, auto habiliter par l'information et le soutien psychologique et faciliter le support par les pairs; ce volet a été au début et pendant longtemps, le seul de l'organisme;
- un programme d'information d'éducation et de prévention en direction de la population générale.

La participation des membres à toutes ces activités selon leur capacité et intérêt est fortement encouragée.

La satisfaction est surtout morale pour les intervenants.

Les difficultés rencontrées ont trait à :

- l'insuffisance et l'instabilité du personnel permanent ;
- le problème linguistique car, à Montréal, tout se fait en français, ce qui complique un peu la tâche aux intervenants anglophones;
- le sexe continue d'être un sujet tabou dans certains milieux d'où la difficulté à faire passer certains messages.

b-4/-Le Groupe d'Action pour la Prévention de la transmission du VIH et l'Éradication du Sida (GAP-VIES)

Créé en 1987, Gap-vies est un organisme communautaire qui réunit des membres individuels et corporatifs issus de milieux communautaires haïtiens. Il vise deux objectifs :

- l'éducation de la population en général sur la prévention des ITSS/VIH/SIDA
- le soutien et l'accompagnement aux personnes vivant avec le VIH et leurs proches.

Historique et contexte de la fondation :

Le Sida, au départ, a été fortement lié à la communauté haïtienne. On parlait, en effet, de la maladie des 4H (haïtiens, homosexuels, héroïnomanes et hémophiles). Cette situation est donc à la base d'une forte discrimination à l'égard de la communauté haïtienne de la province (refus du don de sang par les Haïtiens dans les hôpitaux). Il s'en est suivi une mobilisation de la communauté qui, soutenue par le gouvernement, a décidé de faire le point de la situation en vue de prendre les mesures qui s'imposaient. Ce point a permis de constater effectivement que le Sida était présent dans la communauté haïtienne et dans des proportions relativement plus importantes que celle de la population générale.

La communauté a donc décidé de prendre ses responsabilités en mettant sur pied le Groupe Haïtien pour la Prévention du Sida (GHP-Sida) qui est devenu plus tard Groupe d'Action pour la Prévention du Sida (GAP-Sida) avant d'avoir l'appellation actuelle.

Cibles :

Ces cibles sont au départ, la communauté haïtienne exclusivement puis la communauté noire d'origine africaine qui est intéressée, à ce jour, par 33 % des actions de l'organisme et enfin, la population québécoise en générale.

Les Activités :

Il s'agit d'interventions de proximité dont :

- des séances d'informations et de sensibilisation dans les centres ou organismes communautaires, les classes d'alphabétisation, les églises ou les groupes particuliers qui en expriment le besoin;
- des séances d'informations et d'éducation via les média communautaires (Radio, journaux);

- un service d'écoute et d'information téléphonique;
- des activités promotionnelles visant à éduquer les participants sur les comportements sexuels responsables et sécuritaires;
- le counselling avant et après le test de dépistage;
- l'accompagnement et le support psychosocial auprès des personnes affectées et /ou infectées dans les différents contextes de soins à domicile ou en institution;
- la médiation culturelle entre les patients ou les clients d'origine haïtienne et les milieux de soins;
- l'orientation au besoin vers les ressources communautaires, institutionnelles ou gouvernementales appropriées.

En direction des personnes infectées, les activités concernent :

- les dépannages de toutes sortes et les dîners communautaires;
- la réinsertion sociale des membres par des activités sociales (jeux, soirées culturelles ou dansantes)
- la réinsertion professionnelle d'une dizaine de membres ayant repris suffisamment le goût à la vie ;
- la publication du journal « la voie de GAP-Vies » ;
- les séances de ressourcements spirituels etc....

Les difficultés sont liées :

- à la banalisation de plus en plus du Sida suite à l'efficacité relative des antirétroviraux et qui a pour conséquence le relâchement des mesures de protection;
- au financement qui n'est pas toujours à la hauteur des besoins.

Malgré tout, des éléments de satisfaction existent et ont pour nom :

- l'implication d'un grand nombre de séropositifs rétablis dans les activités et dans la lutte;
- l'amélioration des comportements du public surtout dans la communauté visée.

Ce succès a été attesté par un cabinet privé indépendant d'évaluation qui au terme de l'audit annuel de l'organisme, a conclu entre autres que :

- GAP-Vies est solidement implanté dans sa communauté et opère selon les normes régissant le fonctionnement des organismes communautaires;
- des progrès ont été réalisés dans tous les secteurs d'activités ou d'interventions;
- dans l'avenir, les dirigeants doivent s'efforcer de relever le défi de toujours faire plus avec moins.

Il est à remarquer ici, l'importance que cet organisme accorde à la réinsertion professionnelle des Sidéens ayant repris le goût à la vie, ce qui est indispensable, surtout dans le cas des adultes pour parachever l'œuvre de réinsertion sociale.

3-4-2-3- LES ORGANISMES SPÉCIALISÉS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION

a- SPECTRE DE RUE

C'est un organisme communautaire fondé en 1990 et incorporé en 1994.

Ses objectifs et mandat :

- prévenir et réduire la transmission des ITS/VIH/SIDA auprès des personnes marginalisées;
- soutenir les démarches de la clientèle vers l'appropriation d'un mode de vie saine et l'adaptation sociale dans une approche de réduction des méfaits;

-sensibiliser et éduquer la population et le milieu aux réalités des personnes marginalisées pour favoriser leur collaboration dans une approche de concertation.

Sa clientèle cible est constituée de personnes marginalisées de 15 à 40 ans vivant dans une situation problématique liée à la toxicomanie, la prostitution, l'itinérance et la santé mentale.

On y distingue cinq programmes :

-Le site fixe : c'est un comptoir ouvert du lundi au vendredi de 10H à 20H et le samedi, dimanche ou jours fériés de 10H à 16H où les personnes peuvent se procurer sans frais du matériel de stérilisation, des tampons, des condoms, des lubrifiants et échanger leurs seringues usagées. Il s'occupe aussi de l'information pour l'usage sécuritaire de ce matériel.

-Le centre de jour : c'est un lieu d'accueil, d'écoute, de référence et de dépannage alimentaire ouvert du lundi au vendredi de 12H à 16H 30. Il comporte un sous projet « Spectrozoïde », atelier d'art populaire dont le but est d'aider à la réinsertion sociale des clients. Il leur fournit les outils nécessaires à leur créativité, leur permettant ainsi de s'exprimer et de se valoriser. Une exposition a été organisée afin que les œuvres soient dévoilées et vendues au public. Ainsi au cours de l'année écoulée, ce centre a reçu 8036 personnes.

-Le réseau de récupération des seringues : il vise à réduire les méfaits attribuables à la présence de seringues usagées dans les milieux urbains et s'adresse à la population en général. Il s'est déployé à travers la conscientisation des partenaires, de la communauté et principalement des utilisateurs de drogues injectables.

Le réseau installe des contenants extérieurs dans des zones d'interventions prioritaires où les utilisateurs de drogues injectables peuvent jeter des seringues usagées. Les intervenants passent ensuite pour les collecter.

Parallèlement, des sensibilisations et responsabilisations se font via des activités éducatives incitant à l'implication de la communauté vis-à-vis de la problématique.

-Le travail de la rue : les intervenants vont rencontrer les toxicomanes dans leur milieu pour les écouter, les soutenir et les diriger au besoin vers des ressources appropriées. Cette activité se fait du lundi au vendredi de 21H à 5H.

Pour la réduction des méfaits, ils agissent à titre préventif en informant les toxicomanes des conséquences de leur comportement à risque. Il existe aussi des interventions ponctuelles comme la palliation à des besoins d'urgence d'alimentation, de soins ou de logement.

Il est à noter que toutes ces interventions préservent le pouvoir de décision de ces personnes sur leur vie.

Les difficultés ne manquent pas dans ce type d'activité et ont nom :

-les réprimandes policières pour présence dans les parcs, les entrées de métro et autres artères principales à des heures indues ;

-la difficulté de référence à ces heures de la nuit où les ressources sont déjà fermées ;

-les opérations policières en réponse à la réaction des habitants de certains quartiers contre la narco-prostitution dans leur zone.

Partenariats et collaborations avec d'autres institutions ont permis de venir à bout de quelques-unes de ces difficultés.

-Le travail de milieu : cette intervention fait le lien entre le milieu sociocommunautaire, les résidents, les commerçants, les policiers et les marginalisés. Il aide ainsi les personnes de la rue à apporter leur contribution à la dynamique du quartier en tant qu'acteur connu et reconnu.

L'organisation dirige également deux projets qui ne manquent pas d'intérêts.

Ce sont :

-Le Projet TAPAJ (Travail Alternatif Payé à la Journée)

Il offre des contrats ponctuels aux jeunes fréquentant la rue et vivant dans la précarité. Cela leur permet d'acquérir de nouvelles habitudes de travail tout en étant dépannés économiquement.

Ces jeunes âgés entre 16 et 30 ans, vivant dans la précarité et aux dépens des activités de la rue (quête, vol, prostitution trafic de stupéfiants), doivent appeler par téléphone le matin entre 10H et 20H pour réserver une place dans l'après – midi. Un agent du projet les accompagne pour les aider et s'assurer du bon fonctionnement général.

Les travaux sont la peinture murale, le nettoyage de rue, le désherbage, l'entretien de jardin et de parc, le nettoyage de panneaux publicitaires, la distribution de dépliants, l'organisation de salon ou de festival, etc.

La rémunération payée, à la fin de chaque journée, est de 10\$ CA par heure de travail; aucun jeune ne devant dépasser un total de 20h de travail par mois soit 200\$CA de salaire mensuel, ceci pour deux raisons :

-prendre le plus grand nombre possible de jeunes ;

-permettre aux bénéficiaires de l'aide social de ne pas se faire amputer d'une partie de leur chèque.

Il s'agit d'une activité bien acceptée à en croire les sondages réalisés sur cette question aussi bien chez les jeunes que dans la communauté mais qui ne manque pas de difficultés. Ces difficultés sont liées à la non disponibilité de contrats autofinancés et/ou stables : ainsi, environ 12 jeunes sont refusés chaque jour pour cette raison

-Le projet hépatite C : il vise à informer et à sensibiliser la population sur la problématique de cette maladie tout en développant un réseau de professionnels de la santé et des services sociaux pour la prise en charge facile des toxicomanes chez les omnipraticiens et autres spécialistes du VHC. Pour cela, plusieurs activités et outils d'interventions et de préventions ont été réalisés : des affiches, des bandes dessinées, des cartes postales et un jeu de société (Sang C) pour la prévention de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables.

b- Le RUBAN EN ROUTE

Créée en 1994, c'est une organisation sans but lucratif qui vise l'information et la sensibilisation des jeunes écoliers et collégiens sur le VIH/Sida à travers les activités ludiques. Son but est de favoriser la prise de conscience au niveau des jeunes en vue de l'adoption de comportements sécuritaires.

Ses cibles sont donc les jeunes étudiants des Cégep et des écoles.

Les interventions doivent être sollicitées par les responsables des écoles qui donnent une participation financière pour son organisation.

L'activité a lieu dans l'établissement aux heures creuses des étudiants entre 9H et 17H et est faite de jeu de questionnaires, de démonstration d'utilisation de condoms et de témoignages de personnes vivant avec le VIH, le tout dans une ambiance très conviviale.

Son financement se fait sur la base des dons et autres subventions des institutions publiques et privées.

Cette activité a enregistré la 420 000ième participation de jeunes le 25/05/2004 dans une école de Montréal.

c- ACTION SÉRO ZÉRO

Créée en 1994, ASZ a pour mission de développer et de coordonner des activités d'éducation et de prévention de la transmission des IST/VIH/SIDA auprès des hommes homosexuels et bisexuels de la région de Montréal.

Sa cible essentielle est donc les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

Sa démarche s'inscrit dans une approche de prise en charge globale de l'homme à travers divers projets à savoir :

-le projet ethnoculturel : il cherche à joindre les HARSAH appartenant aux différentes communautés culturelles minoritaires afin de promouvoir en leur sein le sécurisexe, de leur faire connaître les différentes ressources qui leur sont offertes, et de les sensibiliser aux différentes réalités de la vie gaie ;

-Le projet prostitution : il offre des services d'accompagnement, d'écoute, de référence et distribue du matériel éducatif et des préventions auprès des hommes qui font de la prostitution (travail de rue);

-Le projet atelier : il organise des réflexions sur les réalités d'hommes homosexuels vivant dans une société hétérosexuelle afin de promouvoir :

.l'estime de soi et l'affirmation de soi ;

.la prise en charge de la santé par l'adoption et le maintien de comportements sexuels sécuritaires ;

.le développement des habiletés de communication et le soutien dans les réseaux sociaux.

-Le projet Parc/bars/Saunas: il assure une présence effective et active de l'organisme dans les grands évènements gais avec la distribution de condoms dans les bars, les saunas et les parcs, surtout durant la saison estivale.

-Le projet Repairs : à travers la promotion de la performance artistique des jeunes gais, ce projet leur permet de réaliser des objets d'arts (toiles, peintures, dessins) dont le thème est axé sur la prévention du VIH/SIDA

-Le projet Internet : c'est un site pour diffuser une foule d'informations et de services entourant la santé gaie, l'amour, les pratiques sécuritaires pour la prévention des ITSS/VIH/SIDA, le dépistage, les ressources disponibles, les activités de l'organisme ainsi que des questions d'intérêt général comme la culture, la littérature, la mort etc.;

-Le projet Contact : il a pour but de projeter une image positive de l'homosexualité dans les Cégep afin de permettre aux jeunes gais, bisexuels et lesbiennes de s'épanouir de manière positive ;

-Le projet tourisme : il vise à promouvoir et à renforcer une norme sexuelle sécuritaire chez les touristes visitant Montréal et chez les Montréalais se rendant à l'extérieur;

Les perspectives s'articulent autour de six axes :

-la promotion de la santé gaie en général, de la santé sexuelle gaie en particulier;

-la communication autour de ses actions et la défense des droits des homosexuels aussi bien au niveau national qu'international;

-les partenariats;

-les ressources humaines à valoriser beaucoup plus par la formation et la reconnaissance de la qualification en rapport avec la complexité des tâches à exécuter;

-la recherche surtout dans les domaines sociologique et psychosocial;

-l'évaluation des activités pour identifier celles qui génèrent des résultats probants afin de mieux planifier les actions futures.

Les difficultés rencontrées sont :

-le constat d'une certaine banalisation du Sida dans la communauté suite à sa chronicisation par les antirétroviraux;

-le constat d'une certaine lassitude de la communauté gaie d'être toujours ciblée comme la principale « responsable » de la propagation du Sida.

Au delà de tous, la satisfaction est grande car Action Séro Zéro dispose d'une expertise certaine reconnue et éprouvée, et constitue une référence incontournable dans la lutte contre les ITS/VIH/SIDA dans la communauté gaie au Québec.

d- STELLA

C'est un organisme communautaire créé et géré depuis 1995 par des travailleuses de sexe et des ex-travailleuses de sexe. Elle s'adresse à toutes les personnes qui s'identifient comme femme dans l'industrie du sexe et s'attelle à favoriser la solidarité et l'appropriation du pouvoir par les travailleuses du sexe qui ont aussi le droit à leur place comme citoyenne dans la société.

Ses objectifs sont :

- offrir du soutien et de l'information aux travailleuses de sexe afin qu'elles puissent vivre et travailler en toute sécurité et dans la dignité;
- sensibiliser et informer le public sur les réalités du travail du sexe;
- combattre la discrimination faite aux travailleuses de sexe et œuvrer pour la décriminalisation du travail du sexe.

Pour atteindre ces objectifs, il offre une gamme de services et d'activités dont :

- accueil, écoute, soutien, accompagnement et références (communautaires, médicales, légales et autres);
- le travail de rue : rencontre des danseuses, des prostituées de rue, des escortes et masseuses sur les lieux de travail (rues, bars, agences, salon de massage, plateau de tournage etc.);
- mise à disposition de matériels et de conseils de prévention des ITS/VIH/SIDA;
- organisation de souper-rencontres et de rencontres thématiques de discussion ayant trait aux réalités de la profession; publication d'un journal, la Constellation, animé par et pour les travailleuses de sexe et dans lequel figurent notamment des conseils de prévention et de protection ainsi que la liste des mauvais clients et agresseurs;
- le soutien et la participation aux activités de la coalition pour les droits des travailleurs et travailleuses de sexe.

Au titre de ces activités, l'organisme rencontre annuellement plus de 500 travailleuses de sexe pour une moyenne de 4500 contacts.

Avec le soutien de Santé Canada, Stella a publié le guide XXX et mis en ligne un site Internet pour former et informer les professionnelles de sexe afin qu'elle puissent vivre et travailler en santé. Les thèmes abordés sont la négociation de contrat ou de service, le sécurisexe, le rapport aux clients, la loi, les droits, le stress, les rapports avec les institutions. On en trouve également divers renseignements sur l'organisme ainsi que des ressources ou des références utiles.

Le personnel et le financement: une dizaine de femmes travaillent à temps plein actuellement pour l'organisme qui est principalement financé par le gouvernement fédéral par le biais de Santé Canada.

L'expertise de Stella serait de plus en plus reconnue comme en témoigne les prix et distinction ci-après :

- Finaliste du prix de l'Association des médias écrits communautaires du Québec en 2001(le journal ConStellation);
- Prix sécurité des femmes décerné par le comité d'action femmes et sécurités urbaines de la ville de Montréal en 1996 (la rubrique « liste des mauvais clients et agresseurs du journal »);
- Prix « Audace et détermination » décerné par la Fédération des femmes du Québec.

e-Le Centre d'action communautaire après des toxicomanes utilisateurs de seringues (C.A.C.T.U.S)

Premier programme d'échanges de seringues en Amérique du Nord, Cactus Montréal est un organisme communautaire incorporé depuis 1989 et qui vise comme objectifs à :

- réduire la transmission du VIH, des hépatites et autres formes d'infections;
- diminuer les méfaits associés aux à la consommation de drogues injectables et aux pratiques sexuelles non sécuritaires;
- faire disparaître le sentiment d'exclusion et de marginalité que ressentent les consommateurs et consommatrices de drogues illégales.

Les personnes cibles de son action sont :

- les consommateurs et consommatrices de drogues illégales;
- les jeunes de la rue;
- les personnes transsexuelles et les travesties;
- les travailleurs et travailleuses du sexe.

Ces personnes ont à leur disposition, un centre fixe où ils peuvent être écoutées, accompagnées et épaulées dans leur démarche de façon anonyme et gratuit sans être jugées.

Les activités offertes par le centre tournent autour de :

- la distribution de matériel d'injection et de prévention;
- la récupération de seringues usagées et l'installation des bacs de récupération;
- l'accompagnement et la référence vers d'autres ressources disponible (organismes communautaires, hôpitaux, CLSC, cliniques de désintoxication, maisons de thérapie, etc.);
- la promotion et la défense des droits des UDI qui sont des citoyens à part entière;
- la facilitation des liens et des échanges entre ces personnes marginalisées et leur environnement social;
- l'information et la documentation à tous ceux qui le demande sous la forme de congrès, de colloques et d'autres événements du genre.

Deux projets sont initiés par Cactus en faveur de ces personnes à savoir:

-Action Santé Travesti(e) s et Transsexuel (le) s du Québec (ASTTeQ) qui vise à promouvoir la santé des personnes travesties et transsexuelles du Québec par l'éducation, l'intégration sociale, la prévention des ITSS et le renforcement du réseau social;

-Les pairs aidant: ce projet vise à mettre à la disposition des organismes intervenants auprès des jeunes marginalisés, des pairs afin de mieux atteindre les concernés pour mieux faire passer les messages de prévention.

Par ailleurs, Cactus participe à diverses activités de défense des droits des personnes marginalisées dont cette année, l'opération Droits Devant dont le but était de démontrer le profilage envers ces personnes et la « judiciarisation » qui s'ensuit.

Cactus fonctionne avec une équipe d'une vingtaine d'intervenants permanents.

Des événements ponctuels comme le ratissage de seringues, les soupers et la conception du Site web, amènent l'organisme à faire recours à des bénévoles.

Le financement de Cactus est assuré par les deux paliers de gouvernement ainsi que par la ville de Montréal.

Peu d'organismes privés sont intéressés par les actions de prévention de Cactus, cela explique le fait qu'ils ne participent pas à son financement.

En dehors de l'insuffisance et de la précarité du budget face à l'ampleur de la tâche, les autres difficultés de l'organisme ont trait à :

-la difficulté de mobilisation des toxicomanes qui se comportent comme des individus immatures; cela se traduit par le fait que près de 90 % des anciens toxicomanes fréquentant Cactus sont séropositifs.

-les difficultés de collaboration avec les forces de sécurité dont les actions en viennent à enrayer ou à supprimer les efforts de réduction des méfaits;

Au delà de tout cela des signes de réconfort existent et ont trait à la faible prévalence du VIH chez les toxicomanes jeunes de 25-30 ans.

Les efforts de l'organisme doivent tendre à l'avenir vers l'offre de plus de service pour tenter de les mobiliser davantage autour de la problématique de la prévention des ITSS.

3-4-2-4 - ORGANISMES S'OCCUPANT DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

Ce sont les organismes communautaires les plus nombreux. Bien qu'ils ne se déclarent pas en tant qu'organisme oeuvrant dans le domaine des IST/VIH/SIDA, nous estimons que l'impact de leur action sur la pauvreté est tel qu'ils sont efficaces dans la prévention de ces affections. Nous n'allons pas rentrer dans le détail mais nous avons choisi deux de ces organismes dont le rôle nous a particulièrement intéressé.

a/- Le Projet d'intervention auprès des mineurs prostitués (PIaMP)

Le Piamp est un organisme créé en 1980 pour s'occuper de la prostitution des mineurs.

Ses objectifs sont :

-donner aux jeunes le pouvoir sur leur propre existence;

-promouvoir la personnalité de ces jeunes afin qu'ils peuvent se sentir responsable des choix de leur vie;

-améliorer leur qualité de vie en contrant l'exclusion sociale dont ils sont victimes.

Une approche non jugeant et non culpabilisant est adoptée pour atteindre ces objectifs.

La cible :

Ce sont des jeunes de 12 à 23 ans, des deux sexes qui pour une raison ou autre se sont retrouvés dans la rue pour y exercer des activités.

Les activités principales de l'organisme sont :

-la sensibilisation formation des jeunes dans les milieux scolaires, des cégeps et les universités;

-l'écoute et les médiations de toutes sortes que cela soit avec la famille, l'école, les institutions juridiques, sociales et sanitaires;

-le travail de rue : aller au contact des jeunes, essayer de vivre comme eux pour comprendre leur réalité et leur problème pour pouvoir y apporter des réponses;

-les dépannages de toutes sortes : aliments, hébergement, déplacement, habillement, travail ou réinsertion professionnelle;

-la référence vers d'autres organismes ou ressources en cas de besoin.

L'organisme accompagne également deux projets dont

-le projet Silo : il s'agit d'un projet de distribution hebdomadaire de nourriture en collaboration avec Moisson Montréal, un autre organisme communautaire de la ville;

-le projet Droits au but : Il vise à donner de l'information sur les droits aux jeunes par d'autres jeunes.

L'intervention du Piamp est unique en son genre car ses résultats ne sont que difficilement quantifiable étant donné qu'il vise le bien être social et psychologique des jeunes. Cela fait son utilité mais en même temps, ses difficultés quand à la lisibilité des ses actions.

b/ La maison d'Haïti

C'est un organisme sans but lucratif incorporé en 1972, qui a pour mission, l'amélioration des conditions de vie et la promotion des droits des québécois d'origine haïtienne et des populations immigrantes en général.

Ses objectifs sont :

-développer la participation et promouvoir l'apport des québécois d'origine haïtienne et des immigrants en général à la société d'accueil.

-développer pour ces populations, des programmes d'éducation, d'alphabétisation, d'intégration professionnelle, de soutien scolaire, de soutien parental et d'intégration des jeunes.

Les services offerts par le centre sont : accueil, écoute et les références, accueil et aide à l'établissement des nouveaux arrivants, orientation, information et support social, interprétation culturelle, soutien à la défense des droits, service d'insertion en emploi.

En dehors de ces services, des formations diverses sont offertes aux usagers du centre. Ce sont des ateliers d'alphabétisation ou de francisation, des ateliers de recherche d'emploi, des ateliers de compétence parentale, des ateliers de soutien et d'intégration scolaire, des ateliers de formation pour adultes et jeunes adultes.

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et le VIH/SIDA, **les ateliers d'alphabétisation et de francisation** jouent un grand rôle car la langue française est la langue véhiculaire de presque tous les messages de sensibilisation ici au Québec. Ces ateliers s'adressent soit à des sujets analphabètes souvent d'origine haïtienne ou africaine (alphabétisation), soit à des lettrés dans une autre langue désirant apprendre le français souvent des asiatiques (francisation).

Sur le plan pratique, ces ateliers visent la socialisation des participants en vue de leur permettre de prendre une part active dans la vie citoyenne. Pour participer au cours, il suffit d'être membre de la Maison avec une cotisation de 5\$ Ca par an.

L'inscription au cours est volontaire, et est suivi d'un test de classement des participants par niveau et en fonction des objectifs de chaque apprenant.

Ils ont lieu du lundi au jeudi de 16h à 21h pendant un an.

L'attestation délivrée au participant, même s'il ne tient pas lieu de diplôme, peut lui permettre de s'inscrire au présecondaire.

Les difficultés dans ce genre d'activité ont pour nom :

-la concurrence que constituent les activités de certaines églises protestantes;

-les difficultés qu'éprouvent les participants à concilier cette formation avec leur obligation professionnelle, ce qui ralentit considérablement le rythme des apprentissages;

-le problème des déscolarisés ou « demi lettrés » qui ne se sentent pas concernés par l'activité.

Malgré cela, l'impact que ces activités ont sur la vie des participants n'est plus à démontrer vu leur capacité à se prendre en charge et leur participation à la vie de la communauté.

Le financement de cette activité de la maison d'Haïti est assuré par des subventions accordées par les Ministères de l'éducation des deux paliers du gouvernement.

Dans la lutte contre la pauvreté, les actions de ces deux organismes apparaissent les plus probants car susceptibles d'avoir les meilleurs résultats car visent un investissement dans le capital humain et l'«empowerment» individuel indispensable pour tout développement.

Connaissant les liens d'interactions réciproques entre l'infection à VIH et la pauvreté surtout dans les pays africains au sud du Sahara, nous estimons que la lutte efficace contre le VIH/SIDA et pour le développement doit passer par les actions du genre.

Toute fois la tâche sera ardue car l'impact de telles actions n'étant pas toujours visible à court terme, elles bénéficient de peu de soutien de la part de la communauté. C'est le cas de nos deux précédentes organismes (le Piamp et la Maison d'Haïti) qui ne sont soutenus que pas les pouvoirs publics.

Dans le contexte d'une décentralisation de la lutte, l'accent doit être mis sur la sensibilisation de la communauté à soutenir ces actions qui s'attaquent à la racine de ces maux que constituent la pauvreté et l'infection à VIH/Sida.

ANNEXE 6 : INTERVENTION DES PARTENAIRES DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Domaines d'intervention	Partenaires	Financement en \$US	Durée
Projet d'intensification de la lutte contre le VIH-SIDA (Prévention, dépistage et prise en charge des PPVIH)	Fonds Mondial / PNUD	17.726.161,00	2004 à 2007
Projet Plurisectoriel de Lutte contre le VIH-SIDA (PPLS). Appui institutionnel (SP-CNLS, PNLS, Ministères, Communes, OBC et ONG), prévention, information, conseil, dépistage et surveillance épidémiologique	Banque Mondiale	23.000.000,00	2002 à 2006
Projet corridor de migration / MAP (Côte d'Ivoire, Togo, Ghana, Bénin et Nigeria) Prévention, traitement, prise en charge médicale des IST, des OIS et SSP, coordination renforcement des capacités des politiques et des stratégies	Banque Mondiale	(Financement p/ 4 pays) 17.900.000,00	2004 à 2007
Projet de développement communautaire (prévention, IEC, Renforcement des capacités des structures décentralisées et associatives, cadre légal)	PNUD	2.000.000,00	2004 à 2008
Projet d'appui au PNLS Appui institutionnel, prévention, sensibilisation et communication	OMS	150.000,00	2004 à 2005
Programme UNICEF (Survie, éducation, protection, suivi et évaluation) y compris volet PRETRAME, lutte contre le VIH/SIDA et prise en charge PPVIH	UNICEF	(Financement total) 25.420.000,00	2004 à 2008
Santé reproductive, appui institutionnel au Ministère de la Santé, Forces Armées et ONG (prévention, IEC, préservatifs p/ femmes et Hommes)	FNUAP	2.500.000,00	2003 à 2008
Projet d'assistance technique à la prévention du VIH-SIDA Prévention, IEC et appui institutionnel au SP-CNLS et PNLS (Surveillance)	BHAPP / Africare /USAID	4.500.000,00	2002 à 2006
Projet de lutte contre le VIH-SIDA-IST Prévention, IEC et acquisition de préservatifs	PSI / USAID	4.000.000,00	2004 à 2005
Projet d'appui à 4 zones sanitaires (prévention, sensibilisation, IEC, Formation et soutien d'activités sur le terrain, acquisition de Préservatifs / via PSI)	GTZ / USAID	371.519,46	2004
Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest Prévention, IEC, dépistage et prise en charge médicale des IST pour les TS	SIDA 3 / Canada	2.091.138,17	2001 à 2006
Projet d'appui au développement d'une stratégie de communication culturellement adaptée et mise en oeuvre de la stratégie	Coopération Suisse	108.277,83	2004 à 2006
Projet de renforcement des services de transfusion sanguine dans les départements	Coopération Belge	1.887.925,79	2004 à 2006
Projet d'appui à la lutte contre le VIH-SIDA (y compris la PRETRAME) Prévention, information, conseil, dépistage et surveillance épidémiologique	Coopération Française	943.973,98	2001 à 2005
Projet de lutte contre le VIH-SIDA Prévention, IEC, conseil, dépistage et prise en charge médicale des PPVIH	Médecins Sans Frontières France	4.953.592,78	2002 à 2007
Projet de sensibilisation dans les diocèses et paroisses sur la prévention, IEC et la prise en charge à base communautaire	CRS / CAFOD / SCF – France	310.000,00	2004 à 2006
Projet EQUIPE (volet SIDA) prévention de la transmission du VIH-SIDA par voie sanguine dans les cliniques gérées par les ONGs membres de ROBS	CARE International / USA	705.657,41	2004 à 2006

Sensibilisation, IEC, animation de kiosques d'information dans les quartiers défavorisés de Cotonou	HCR / Racines	129.360,68	2004 à 2006
Projet d'appui au développement communal et aux initiatives Locales	Fonds Belge de Survie /FENU (Financement total)	2.400.000,00	2004 à 2006
		TOTAL 111 097 607,1	

Source : FAD, DDS, Février 2004

BIBLIOGRAPHIE

- 1- AGONNOUDE T. MAURICE. *Le Sida en milieu rural au Bénin : à travers une enquête CAP chez les populations Toffins de la sous-préfecture de Sô AVA*, Mini-mémoire de Licence de Sociologie Anthropologie, FLASH/UNB, Abomey-Calavi, 2000.
- 2- BANQUE AFRICAINE DE DEVELOPPEMENT. *Pourquoi s'intéresser à la pauvreté rurale ?* Pp 119-152 ; In : *Rapport sur le développement en Afrique 2002 : Développement rural et réduction de la pauvreté en Afrique*. Abidjan, 2003.
- 3- BASTIEN ROBERT, FRIGAULT LOUIS ROBERT. *Qu'est-ce que le sida en 2003 ?* Présentation 483P dans la rubrique Education et évaluation de programmes de section D (Sciences sociales), 13^{ème} Conférence annuelle canadienne sur la recherche contre le VIH et le Sida, Montréal, 13 au 16 Mai 2004.
- 4- BÉHANZIN LUC. *Le travail de proximité comme stratégie de prévention des risques liés aux IST/VIH/SIDA auprès des personnes marginalisées et exclues en République du BÉNIN : une inspiration issue d'expériences montréalaises (Québec)*. Rapport de Stage, exigence partielle de la maîtrise en Santé Communautaire, Faculté de Médecine, Département de Médecine sociale et Préventive, Université de Montréal, Montréal, (Québec, CANADA) , 2002,126 pages.
- 5- CAMPBELL C., WILLIAMS B., GILGEN D. *Is social capital a useful conceptual tool for exploring community level influences on HIV infection? An exploratory case study from South Africa*. AIDS CARE (2002), VOL. 14, NO. 1, pp. 41–54.
- 6-CENTRE DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MALADIES INFECTIEUSES, SANTE CANADA, DIVISION DE LA SURVEILLANCE ET DE L' EVALUATION DES RISQUES. *Estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH/Sida en 2002*. VIH/Sida, Notes épidémiologiques, Ottawa, Avril 2004, 6 pages.
- 7-CENTRE DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MALADIES INFECTIEUSES, SANTE CANADA, DIVISION DE LA SURVEILLANCE ET DE L' EVALUATION DES RISQUES. *Estimations nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH/Sida en 2002*. VIH/Sida, Notes épidémiologiques –Ottawa, Mai 2004, 6 pages.
- 8-CENTRE DE PREVENTION ET DE CONTROLE DES MALADIES INFECTIEUSES, SANTE CANADA, DIVISION DE LA SURVEILLANCE ET DE L' EVALUATION DES RISQUES. *Le VIH et le Sida au Canada : Rapport de surveillance au 31 décembre 2003*, Ottawa, 2004, 77 pages.
- 9- CHILLAG K., BARTHOLOW K., CORDEIRO J., SWANSON S., PATTERSON J., STEBBINS S., WOODSIDE C., SY F. *Factors Affecting the Delivery of HIV/AIDS Prevention Programs by Community-Based Organisations*. AIDS Education and Prevention, 14, Supplement A, 27-37, 2002© 2002 The Guilford Press.
- 10-DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA SANTE PUBLIQUE, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement; Orientations 2003-2009*. Bibliothèque nationale du Québec (Canada), 2004, 56 pages.
- 11-DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE, REGIE REGIONALE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTREAL CENTRE. *La prévention en actions, Plan d'action montréalais en Santé publique : 2003-2006*. Bibliothèque Nationale du Québec ,4^{ème} trimestre 2003, Québec (Canada), 82 pages.

12- EUROPE ECOLOGIE. *Réduction de la pauvreté et lutte contre les principales maladies transmissibles*. Intervention en séance plénière au parlement européen. Mise en ligne le 4 Octobre 2001 par Fabienne BEDECHIAN et Didier Claude ROD sur le site : www.europe-ecologie.com

13-FONDS AFRICAÏN DE DEVELOPPEMENT, DEPARTEMENT DU DEVELOPPEMENT SOCIAL REGION CENTRE-OUEST. *PROJET D'APPUI A LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA AU BENIN ; RAPPORT D'EVALUATION*. Abidjan, février 2004,60 pages.

14-FRATERNITE-MATIN. 10/09/2004. *Le sommet contre la pauvreté Ouagadougou préconise la promotion du secteur privé*. Accessible sur le site: www.africatime.com/guineeequatoriale

15- HOUNTON H. S., CARABIN H., HENDERSON N. J. *Towards an understanding of barriers to condom use in rural Benin using the Health Belief Model: A cross sectional survey*. BMC Public Health 2005, 5:8. Article accessible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/8>

16-INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Profil socioéconomique du Canada*. Québec, 2004. Accessible sur le site : www.stat.gouv.qc.ca

17-INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC. *Profil socioéconomique du Québec*. Québec, 2004. Accessible sur le site : www.stat.gouv.qc.ca

18-KIPP W., KABAGAMBE G., KONDE-LULE J. *HIV counselling and testing in rural Uganda: communities' attitudes and perceptions towards an HIV counselling and testing programme*. AIDS CARE (2002), VOL. 14, NO. 5, pp. 699–706.

19-MINISTERE DE L'AGRICULTURE, DE L' ELEVAGE ET DE LA PECHE ; COOPERATION DANOISE DANIDA, PROGRAMME DES NATIONS UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT PNUD. *Étude sur les conditions de vie des ménages ruraux (ECVR 2), Édition 1999-2000 ; Profil de pauvreté rurale et caractéristiques socio-économique des ménages ruraux ; Synthèse des départements*. COTONOU NOVEMBRE 2001, 84 pages.

20-MINISTERE D'ÉTAT CHARGE DE LA COORDINATION DE L' ACTION GOUVERNEMENTALE, DU PLAN, DE LA PROSPECTIVE ET DU DEVELOPPEMENT, COMMISSION NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE (CNDLP). *DOCUMENT DE STRATEGIE DE REDUCTION DE LA PAUVRETE AU BÉNIN 2003-2005*. Cotonou, DECEMBRE 2002 132 pages ; Accessible sur : www.gouv.bj/administrations/ministère_top.php

21-MINISTERE D'ÉTAT CHARGE DE LA COORDINATION DE L' ACTION GOUVERNEMENTALE, DU PLAN, DE LA PROSPECTIVE ET DU DEVELOPPEMENT, DIRECTION GENERALE DE LA CONTRIBUTION EXTERIEURE AU DEVELOPPEMENT. *Coopération pour le Développement, Rapport 2001*. COTONOU, NOVEMBRE 2002, 61pages.

22-MINISTERE D'ÉTAT CHARGE DE LA COORDINATION DE L' ACTION GOUVERNEMENTALE, DU PLAN, DE LA PROSPECTIVE ET DU DEVELOPPEMENT, DIRECTION GENERALE DE LA CONTRIBUTION EXTERIEURE AU DEVELOPPEMENT. *Coopération pour le Développement, Rapport 2002*. COTONOU, DECEMBRE 2003, 65 pages.

23- MINISTERE D'ÉTAT CHARGE DU PLAN, DE LA PROSPECTIVE ET DU DEVELOPPEMENT, CONSEIL NATIONAL DE LA STATISTIQUE DU BENIN, COORDINATION DES ACTIVITES OPERATIONNELLES DU SYSTEME DES NATIONS UNIS AU BENIN. *Rapport 2003 sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement*. COTONOU, 2003, 33 pages.

24-LOWNDES M. C., ALARY M., GNITOUNGBÉ C. *La prise en charge des MST et la prévention du VIH chez les personnes à haut risque : une approche novatrice pour rejoindre les partenaires sexuels masculins des prostituées au BÉNIN*. Rapport du groupe de recherche en épidémiologie de l'Université de Laval en collaboration avec le projet Sida 2 (ACDI/CCISD). QUEBEC, Novembre 1999.

25-OKWARE S., OPIO A., MUSINGUZI J., WAIBALE P. *Lutte contre le SIDA : la réussite est-elle possible ?* Article publié en anglais dans Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (12): 1113-1120.

26-ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE), ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). *Les lignes directrices et ouvrages de références du Comité d'Aide au développement (CAD) : Pauvreté et Santé*. Paris, 2003.

27-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Action intersectorielle en faveur de la santé : le rôle de la coopération intersectorielle dans les stratégies nationales de la santé pour tous*. Genève, 1987.

28- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *La performance des services de santé est-elle bonne ?* Chapitre deux du Rapport sur la santé dans le Monde 2000, Genève, 2000, pp 23-51.

29-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Face à une urgence mondiale, une action d'ensemble*. CHAPITRE 1 Rapport sur la santé dans le monde 2004, Genève 2004 ; pp 1-15.

30-ONUSIDA, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Le point sur l'épidémie de SIDA, Décembre 2004*. Genève, 2004. 91 pages.

31-ONUSIDA. *Commerce de sexe et VIH SIDA*. ONUSIDA Actualisation, Collection Meilleurs Pratiques, Genève, Mars 2003, 20 pages.

32-ONUSIDA. *L'épidémie de SIDA en Afrique subsaharienne*. Genève, 2004a. Aide-mémoire, accessible sur le site : www.unaids.org

33-ONUSIDA. *L'épidémie de Sida dans les pays à revenu élevé*. Genève, 2004b. Aide-mémoire, accessible sur le site : www.unaids.org

34-ONUSIDA. *Les femmes et le Sida - Un problème grandissant*. Genève, 2004c ; Aide-mémoire, accessible sur le site : www.unaids.org

35-ONUSIDA. *Prévention et VIH*. Genève, 2004d. Aide-mémoire, accessible sur le site : www.unaids.org

36- ONUSIDA. *Rapport mondial sur l'épidémie du Sida 2004: 4^{ème} Rapport mondial*. Genève, 2004e, 236 pages. Accessible sur le site : www.unaids.org

37-LE PATRIOTE (ABIDJAN) ACTUALITÉS DU 9 SEPTEMBRE 2004. *Ouverture hier à Ouagadougou du 3e Sommet extraordinaire sur l'emploi et la lutte contre la pauvreté : Konaré fait le procès des dirigeants africains*. Article de Assoumane Bamba, Envoyé spécial à Ouagadougou, publié sur le site www.allAfrica.com

38- PEREZ F., DABIS F. *HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia*. AIDS CARE (2003), VOL. 15, NO. 1, pp. 77- 87.

39- PROGRAMME DES NATIONS UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD). *La liberté culturelle* ; Rapport sur le développement humain dans le Monde 2004, 2004, 299 pages.

40-PROGRAMME POUR DES MOYENS D'EXISTENCE DURABLE DANS LA PECHE. *Prévention du SIDA au BENIN et au CONGO : priorité aux communautés de pêche artisanale*. Publications bulletins 12,2^{ème} trimestre 2003 ; Accessible sur le site : www.sflp.org/fr/007/pub1/124htm:

41-PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA AU QUEBEC -DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE, M.S.S.S. *Surveillance des cas de Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), Cas cumulatifs de 1979-2003*. Mise à jour N° 2003-2 au 31 décembre 2003, MONTRÉAL - CENTRE (RÉGION 06), 12pages.

42-PROGRAMME DE SURVEILLANCE DE L'INFECTION PAR LE VIH ET DU SIDA AU QUEBEC, M.S.S.S. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de l'hépatite C et de l'infection par le VIH et du Sida au QUÉBEC*. Collection Analyses et surveillance, Bibliothèque national du Québec, 2003, 36 pages.

43-PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA/IST. *Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST au BENIN : 2001-2005*. Cotonou, 2001. Accessible sur le site : www.unaids.org/NSP.Africa/NSP-benin

44- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA/IST. *Rapport de surveillance épidémiologique de l'infection à VIH et de la Syphilis au BÉNIN*. Cotonou, 2002, 45 pages.

45-PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA/IST, CENTRE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MATIERE DE POPULATION (CEFOP), FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI), AGENCE DES ÉTATS-UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL (US AID). *Enquête de surveillance des comportements à Risque d'infection à VIH/SIDA/IST au BÉNIN 2001 : les professionnelles de sexe, les routiers /camionneurs, les adolescents et jeunes non mariés de 15-24 ans (ouvriers/artisans, élèves/étudiants, filles de « restauration »)*. COTONOU, JUILLET 2003, 217 pages.

46-PROJET D'APPUI A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST – (PROJET SIDA 3 BENIN). *ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION DES FEMMES ET DES RAPPORTS FEMMES/HOMMES AU BENIN : Rapport définitif*. Cotonou, NOVEMBRE 2002, 126 pages.

47-PROJET D'APPUI A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST (PROJET SIDA 3/BENIN). *Contexte d'intervention du projet dans sa phase 3 : sommaire des interventions au cours des phases 1 et 2 du projet*. In : *Expériences et initiatives au Bénin et Résultats des An 1 et 2 du Projet*. Rétro information Sida 3, Bulletin, Numéro 1, Cotonou, SEPTEMBRE 2003, 16 pages.

48-PROJET D'APPUI A LA LUTTE CONTRE LE SIDA EN AFRIQUE DE L'OUEST (PROJET SIDA 3). *Vers un meilleur contrôle de l'épidémie*. Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD), Québec, Québec (Canada), 2004.

49- PRONYK P. M., KIM, J. C, MAKHUBELE M. B., HARGREAVES J. R., MOHLALA R., HAUSLER H. P. *Introduction of voluntary counselling and rapid testing for HIV in rural South Africa: from theory to practice*. AIDS CARE (2002), VOL. 14, NO. 6, pp. 859–865

50-QUOTIDIEN- LE SOLEIL. *Cantine scolaire : le modèle ivoirien s'exporte*. Édition Internet accessible sur le site : www.lesoleil.sn , DAKAR, 23 AOUT 2004.

51-QUOTIDIEN- LE SOLEIL. *Une alliance mondiale contre le SIDA*. Version révisée de l'intervention de KOÏCHIRO MATSUURA, Directeur général de l'UNESCO, Président du Comité des organisations co-sponsors d'ONU SIDA aux Entretiens du XXI^e siècle organisées récemment à l'UNESCO par Jérôme Bindé sur le thème : Peut-on maîtriser la pandémie du SIDA ?", avec la participation de Luc Montagnier, Jim Yong Kim et Cristina Owen-Jones, Edition Internet accessible sur le site : www.lesoleil.sn , DAKAR, 9 SEPTEMBRE 2004

52-RESEAU CANADIEN AUTOCHTONE DU SIDA. *Une stratégie autochtone canadienne sur le VIH/SIDA : à l'intention des Premières nations, des Inuits et des Métis*. Ottawa, JUILLET 2003, 56 pages.

53-SANVEE KOKOE JOSEPHINE, AKOLATSE YAO AGAPIT, DR TATAGAN-AGBI KOMLA. *LES ÉGLISES FACE À LA PANDEMIE DU SIDA, ANALYSE DE LA SITUATION DANS 10 PAYS EN AFRIQUE DE L'OUEST (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Liberia, Mali, Nigeria, Sénégal, Togo)*. Publication du Conseil œcuménique des Eglises (COE) et de l'Alliance universelle des unions chrétiennes de jeunes gens (AUUCJG). Lomé, mars 2001, 29 pages.

54-TONIA MAREK. DIVISION RESSOURCES HUMAINES, DEPARTEMENT TECHNIQUE, REGION AFRIQUE DE LA BANQUE MONDIALE. *Comment améliorer la contribution du secteur de la santé à la lutte contre la malnutrition*. Revue d'évaluations de projets en Afrique; Nairobi, NOVEMBRE 1993, 180 pages.

55- UN AIDS. *Evaluation of 100% condom program in Thailand*. Case study of UN AIDS, Genève, 2000, 55 pages.

56-WANN OUMAR. *La stratégie d'un développement local durable en AFRIQUE : cas de la GUINEE*, Mémoire de DEPA, Université SENGHOR, No 257, AG ,1999 ,110pages.

57- WHYTE SR, YAMBO M, VESTGARRDJ ET AL. *Evaluation of the family life training program*. Ministry of culture and social service; Kenya, DANIDA, file No 104, E1, KEN 79/Eval., 1989.

58- CENTRE SONGHAÏ. Présentation du Centre SONGHAÏ. Disponible sur le site www.songhaiafrica.com

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	II
AVANT-PROPOS	II
LISTE DES ABREVIATIONS	IV
LISTE DES FIGURES	V
SOMMAIRE	VI
RÉSUMÉ	VII
SUMMARY	VIII
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1-1 INTRODUCTION- PROBLEMATIQUE	2
LES OBJECTIFS :	5
LES HYPOTHESES :	5
1-2- JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME ET DU CADRE D’ETUDE	6
1-3- DEFINITIONS	7
1-4- METHODOLOGIE	8
1-4-1 LA DOCUMENTATION	8
1-4-2- LE STAGE	8
1-4-3 LES CONTRAINTES ET LIMITES DU TRAVAIL	9
1-5 PLAN DU TRAVAIL	10
PREMIERE PARTIE: PRESENTATION DU CONTEXTE DE DEPART DE L’ETUDE, LA COMMUNE DE GLAZOUE	11
INTRODUCTION	12
2-1 - CARACTERISTIQUES GENERALES	13
2-1-1-SITUATION GEOGRAPHIQUE	13
2-1-2 - CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES	13
2-1-3 - APERÇU CULTUREL ET PRATIQUES A RISQUE DE TRANSMISSION DE VIH	16
2-1-4 – ASPECTS SOCIO-ECONOMIQUES	17
2-1-4-1 Considérations économiques et conséquences	17
2-1-4-2 - L’éducation	18
2-1-4-3 - La situation sanitaire	18
2-2 - LA PAUVRETE ET LA PROBLEMATIQUE DES IST/VIH/SIDA A GLAZOUE	19
2-2-1- LA PAUVRETE	19
2-2-2 - LA SITUATION DES IST/VIH/SIDA DANS LE DEPARTEMENT	19
2-2-2-1- Prostitution et risque de transmission du VIH dans les Collines	20
2-2-2-2 Jeunesse, sexualité et IST/VIH/SIDA dans les Collines	21
2-2-2-3 Migration et VIH dans le département des Collines	22
2-2-3- LA LUTTE CONTRE LE SIDA AU BÉNIN	23
2-3 – LES SECTEURS PRIORITAIRES UTILES POUR LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA DANS LA COMMUNE	26
2-3-1 LA MISE EN PLACE D’UN SYSTEME DE SANTE	26
2-3-2 LA PROMOTION DE L’AGRICULTURE ET DES ACTIVITES GENERATRICE DE REVENUS	27

2-3-3 LA PROMOTION DE L'EDUCATION ET DU RENFORCEMENT DE LA CAPACITE DE LA POPULATION	27
2-3-4 LA PROMOTION D'UNE BONNE GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES ACTIVITES CULTURELLES ET SPORTIVES	28
CONCLUSION PARTIELLE 1	29

DEUXIEME PARTIE: LES IST/VIH/SIDA A MONTREAL AU QUÉBEC**30**

INTRODUCTION	31
3-1-CADRE D'ETUDE	32
3-1-1- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES	32
3-1-2- LA VILLE DE MONTREAL	33
3-2- PORTRAIT DES IST/VIH/SIDA AU QUEBEC	33
3-2-1 LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)	34
3-2-2 LA SITUATION DE L'INFECTION AU VIRUS DE L'HEPATITE C (VHC)	35
3-2-3 ANALYSE	35
3-2-4 L'INFECTION A VIH AU QUÉBEC	36
3-2-4-1 Distribution suivant les différentes provinces canadiennes	36
3-2-4-2 Répartition de la prévalence en fonction des ethnies	37
3-2-4-3 Répartition en fonction de l'année de diagnostic	38
3-2-4-4 Répartition des cas en fonction de la catégorie d'exposition	38
3-2-4 LA SITUATION DU SIDA AU QUEBEC	39
3-2-4-1 Répartition du nombre de cas de Sida déclaré par année de déclaration	39
3-2-4-2 Répartition des cas de Sida déclaré en fonction de la catégorie d'exposition	39
3-2-4-3 Répartition des cas de Sida déclaré en fonction de l'âge	40
3-2-4-4 Évolution du taux de mortalité spécifique par Sida par 100 000 habitants et année de 1987 à 2002 au QUÉBEC, à Montréal centre et hors de Montréal	41
3-3- LE CADRE DE LA LUTTE	41
3-3-1 LES OBJECTIFS :	42
3-3-2 MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE	43
3-3-3 LES PARTENAIRES	44
3-4- LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DANS LA LUTTE	44
3-4-1 TYPOLOGIE	44
3-4-1-1- Les organismes au service uniquement des personnes vivant avec le VIH	44
3-4-1-2- Les organisations s'occupant de la prévention et de la sensibilisation sur le VIH/Sida à l'endroit de la population générale	45
3-4-1-3- Les coalitions ou fédérations d'organisation intervenant dans la lutte contre le Sida	45
3-4-1-4- Autres organisations du secteur socio-sanitaire contribuant indirectement à la lutte	45
3-4-2 DESCRIPTION DES ACTIONS DE CERTAINES ORGANISATIONS	45
3-5- ANALYSE DE LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA AU QUEBEC	46
3-5-1 LES PROBLEMES	46
3-5-1-1 La négligence des mesures de protection	46
3-5-1-2 L'ignorance de l'état de séropositivité	46
3-5-1-3 Les communautés les plus atteintes	47
3-5-1-4 Les catégories les plus exposées	48
3-5-2 LES REPONSES	49
3-5-3 LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU SYSTEME DE LUTTE CONTRE LES ITS/VIH/SIDA A MONTREAL	51
3-5-3-1 Les points forts de la lutte	51
3-5-3-2 Les points faibles de la lutte	52
3-6 PERSPECTIVES POUR UNE APPLICATION DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT	53
CONCLUSION PARTIELLE 2	55

TROISIÈME PARTIE : LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA AU QUÉBEC ET AU BÉNIN : SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES	56
4-1 PREMIÈRE HYPOTHESE : UNIFORMITE DE L'ÉPIDÉMIE A VIH/SIDA DANS LE MONDE	57
4-2 DEUXIÈME HYPOTHESE : UNIVERSALITE DES MESURES DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE	58
4-3 TROISIÈME HYPOTHESE : PARI DE L'EFFICACITE DE LA LUTTE MULTISECTORIELLE ET INTEGREE	61
QUATRIÈME PARTIE : PLAN D'ACTION	63
INTRODUCTION	64
5-1 CONTEXTE	65
5-2 JUSTIFICATION	65
5-3 OBJECTIFS	66
5-3-1 OBJECTIF GENERAL	66
5-3-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES	66
5-4 STRATEGIES	66
5-4-1 DANS LE DOMAINE DE LA SANTE	66
5-4-2 DANS LE DOMAINE ECONOMIQUE	69
5-4-3 DANS LE DOMAINE DE L'ÉDUCATION	71
5-4-4 L'ENVIRONNEMENT	74
5-4-5 LES ACTIONS CULTURELLES ET SPORTIVES	74
5-5 MISE EN ŒUVRE ET GESTION DU PROGRAMME	76
CADRE LOGIQUE, LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA A GLAZOUÉ (DEPART. COLLINES, BÉNIN), AVRIL 2005	78
CONCLUSION GÉNÉRALE	79
ANNEXES	81
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA A MONTREAL	82
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES CONSULTÉES AU BÉNIN DANS LE CADRE DE CE TRAVAIL	82
ANNEXE 3 : TYPOLOGIE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	83
ANNEXE 4 : FICHE SIGNALÉTIQUE SUR LE BÉNIN	85
ANNEXE 5 : DESCRIPTION DES ACTIONS DE CERTAINES ORGANISATIONS	86
ANNEXE 6 : INTERVENTION DES PARTENAIRES DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA	105
BIBLIOGRAPHIE	107
TABLE DES MATIÈRES	112