



**HAL**  
open science

# Développement d'un volet d'éducation pour la santé sur l'accès aux soins et la lutte contre la discrimination à l'égard des patients séropositifs dans la région de Ségou (Mali)

Stéphanie Tchiombiano

## ► To cite this version:

Stéphanie Tchiombiano. Développement d'un volet d'éducation pour la santé sur l'accès aux soins et la lutte contre la discrimination à l'égard des patients séropositifs dans la région de Ségou (Mali). Santé publique et épidémiologie. 2012. hal-01870906

**HAL Id: hal-01870906**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01870906>**

Submitted on 10 Sep 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

**Développement d'un volet d'éducation pour la  
santé sur l'accès aux soins  
et la lutte contre la discrimination  
à l'égard des patients séropositifs  
dans la région de Ségou (Mali)**

Soutenu en septembre 2012

Madame Stéphanie Tchiombiano

Maître de stage :

Mademoiselle Sophie Calmettes

Guidant universitaire :

Madame Andréa BREZOVSEK

## REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier toute l'équipe de Solthis au Mali et à Paris, et notamment mes collègues Alain Akondé, Caroline Gallais, Etienne Guillard et surtout Dramane Keita, qui continueront la mise en place de ce projet sans moi.

Un grand merci également à Sophie Calmettes, Directrice des opérations et maitre de stage, pour avoir cru comme moi à l'importance de l'éducation pour la santé et de la lutte contre la discrimination pour améliorer l'accès aux antirétroviraux, ainsi qu'à Andréa Brezovsek pour ses remarques précieuses.

Introduction	5
1 - Contexte	6
1.1 - Enjeux de la prise en charge du VIH en Afrique subsaharienne et au Mali	6
1.1.1 - Accès au traitement	6
1.1.2 - La discrimination, un déterminant important de l'accès aux soins	8
1.2 - Description de la prise en charge des patients séropositifs dans la région de Ségou	9
1.3 -Présentation de Solthis	10
1.3.1 - Mission et principes d'intervention	10
1.3.2 - Solthis au Mali	11
1.4 - Définition de quelques concepts	12
1.5 - Objectifs du stage	13
2 -Méthodes	13
2.1 -Organisation générale	13
2.2 - Choix de la région concernée	14
2.3 - Méthodes utilisées pour l'analyse situationnelle	14
2.3.1 - Recueil et traitement des données pour le bilan des activités d'éducation pour la santé dans la région de Ségou	15
2.3.2 - Organisation d'une prestation de service pour l'étude de socio-anthropologie sur les freins au dépistage et à la prise en charge dans la région de Ségou	15
2.3.3 - Identification et Recherches sur les populations-clés	16
2.3.4 - Recherche bibliographique	17
2.4 - Méthodes d'élaboration du projet	17
2.5 - Méthodes de recherche d'un partenaire financier	18
3 - Résultats	19
3.1 - analyse situationnelle	19
3.1.1 - Bilan des activités d'éducation pour la santé menées au mali, et dans la région de Ségou en particulier	19
3.1.2 - Etude de socio-anthropologie sur les freins à la prise en charge dans la région de Ségou	21
3.1.3 - Identification et Recherches sur les populations-clés	22
3.1.4 - Recherche bibliographique sur les discriminations / sur l'éducation pour la santé	23
3.2 - Élaboration d'un projet budgétisé	24
3.2.1 - Objectifs et résultats attendus	24
3.2.2 - Identification d'un partenaire local pour la mise en œuvre des activités	25
3.2.3 - Définition d'un cadre logique	25
3.2.4 - Identification et budgétisation des activités	25
3.3 - Implication des autorités sanitaires	27
3.3.1 - Implication des autorités au niveau national	27
3.3.2 - Implication des autorités régionales	28
3.4 - Recherche d'un bailleur de fonds	29

3.4.1 - Démarches	29
3.4.2 - Identification d'un partenaire : la fondation Intervida	29
3.4.3 - Soumission d'un projet	30
3.5 - Mise en place éventuelle des activités	30
4 - Discussion	31
4.1 - Impact des problèmes sécuritaires sur la mission	31
4.2 - Difficultés liées à l'évaluation de l'impact des programmes d'éducation pour la santé	32
4.3 - Réflexions sur la lutte contre la discrimination au sein des services de santé	33
4.4 - Le partenariat avec la Fondation Intervida : négociations et concessions	34
Annexe I	39
1. Arbre à problème	39
2. Cadre logique	41
3. Projet déposé à Intervida	43
4. Leçons tirées de l'étude de socio-anthropologie	VI

## INTRODUCTION

Les efforts réalisés ces dernières années pour atteindre l'accès universel au traitement et au soin de l'infection à VIH ont permis de dépister et traiter plus de 6,6 millions de personnes dans les pays à revenus faibles et intermédiaires(01). Pourtant, selon l'OMS, plus de 80% des personnes vivant avec le VIH dans ces pays ne savent pas qu'elles sont infectées(02).

En Afrique Subsaharienne, où les traitements sont disponibles depuis le début des années 2000, la couverture antirétrovirale a par exemple augmenté de 20% entre 2009 et 2010, selon le dernier rapport ONUSIDA(01). Le Mali illustre bien cette augmentation progressive du nombre de patient sous antirétroviraux, avec environ 27 000 patients sous traitement fin 2011, mais les patients dépistés le sont quasi-toujours à un stade très avancé de la maladie(03). Le dépistage volontaire des personnes bien portantes est extrêmement rare, à l'exception des femmes enceintes qui bénéficient des programmes de Prévention de la Transmission Mère-enfant.

Solthis intervient depuis environ 10 ans en Afrique subsaharienne pour améliorer l'accès aux antirétroviraux. Fondée à la Pitié Salpêtrière par les professeurs Christine Katlama et Gilles Brûcker, Solthis a pour objectif le renforcement des capacités des systèmes de santé des pays en développement pour leur permettre d'offrir une prise en charge médicale du VIH/Sida de qualité, accessible et pérenne. Travaillant moi-même pour Solthis depuis huit ans, en tant que chef de mission (Niger, Guinée, Mali), j'ai convenu avec Solthis de réaliser ce stage dans le cadre d'un volet d'activités jusqu'alors très peu développé par Solthis : l'éducation pour la santé. En effet, Solthis est une structure spécialisée dans la prise en charge médicale des patients, et ce type d'activités, liées à la promotion de la santé, ne fait pas partie du cœur de mandat de l'association.

Notre expérience de terrain, et particulièrement à Ségou, au Mali, montre clairement l'intérêt de compléter nos activités d'appui-technique jusqu'alors centrées sur la formation des équipes soignantes, sur le renforcement des plateaux techniques ou sur l'approvisionnement pharmaceutiques, par des activités dépassant le cadre strictement biomédical, si l'on veut véritablement renforcer le dépistage et l'accès aux ARV dans nos zones d'intervention.

Il s'agissait avec ce stage de poser les bases d'une réflexion solide en matière d'éducation pour la santé et de lutte contre la discrimination, dans une logique d'augmentation de la couverture des besoins en matière de traitement ARV dans la région de Ségou, au Mali.

Cette mission avait non seulement pour objectif de définir un projet d'éducation pour la santé en matière de VIH dans la région de Ségou (analyse situationnelle précise et documentée sur les représentations liées au VIH dans la zone, élaboration d'un projet en partenariat avec les autorités sanitaires et acteurs locaux), mais aussi de trouver un partenaire financier pour sa mise en œuvre.

## 1 -Contexte

### 1.1 -Enjeux de la prise en charge du VIH en Afrique subsaharienne et au Mali

#### 1.1.1 -Accès au traitement

L'Afrique subsaharienne supporte une part énorme du poids de l'épidémie mondiale de VIH. L'ONUSIDA(04) estime que l'Afrique subsaharienne comptait 22,5 millions [20,9 millions–24,2 millions] de personnes vivant avec le VIH en 2009, soit 68% de la charge mondiale du VIH.

Les épidémies de VIH sont stables ou reculent en Afrique subsaharienne. Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a chuté, passant de 2,2 millions [1,9 million -2,4 millions] en 2001 à 1,8 million [1,6 million – 2 millions] en 2009 (04).

En 2009, en Afrique subsaharienne, près de 37% [34%–40%] des adultes et des enfants pour qui le traitement antirétroviral était indiqué en ont bénéficié, contre seulement 2% sept ans plus tôt(04).

L'élargissement de l'accès au traitement sauve des vies : entre 2004 et 2009, le nombre de décès liés au sida a diminué de 20% en Afrique subsaharienne(04)

En 2009, 54% des femmes enceintes séropositives vivant en Afrique subsaharienne ont pris des médicaments antirétroviraux pour empêcher la transmission du VIH à leur enfant—soit une augmentation de 15% par rapport à 2005(04). Ces résultats restent malgré tout bien en deçà des besoins réels.

#### L'épidémie au Mali

Taux de prévalence VIH (**)	1%
Estimation du nombre de PVVIH en 2009(**)	76 000
Estimation du nombre de PVVIH nécessitant la mise sous traitement (*) fin 2009	42 000
Nombre de personnes sous ARV (***) fin septembre 2011	27 000
Couverture des besoins en traitement ARV (**) fin 2011	64,2 %
Estimation du nombre de femmes enceintes infectées par le VIH ayant besoin d'un traitement ARV pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant en 2009 (*)	Entre 2 100 et 6 700
Nombre de femmes enceintes infectées par le VIH qui ont reçu des ARV pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant (janvier – déc 2009) (*)	1 710
Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives qui ont reçu des ARV en PTME en 2009(*)	Entre 26 et 82 %

#### Sources:

(\*)Towards Universal Access – Progress report 2010 (WHO, UNAIDS, UNICEF)

(\*\*) Estimation UNAIDS 2010

(\*\*\*) Rapport de progrès trimestriel au Fonds mondial à fin septembre 2011.

Le Mali fait partie des 12 pays les moins infectés du continent, avec une séroprévalence de l'infection à VIH autour d'1 % de la population adulte.



Illustration I – carte du Mali

Le processus de décentralisation a permis d'augmenter progressivement le nombre des sites de prise en charge au fil des ans. Ainsi au 31 décembre 2011, il existait, selon le rapport 2011 de la CSLS/MS(05).

- 100 sites de prise en charge, avec des médecins formés à la prescription des ARV, répartis sur l'ensemble du territoire, et couvrant l'ensemble des cercles du pays. 27 000 patients étaient suivis sous traitement antirétroviral (sur 42 000 personnes nécessitant une mise sous traitement rapide).
- 338 sites de consultation prénatale offrant des services de PTME (Prévention de la transmission mère-enfant) : le dépistage de l'infection à VIH est proposé aux femmes enceintes, et une prophylaxie ARV leur est systématiquement proposée lorsqu'elles sont séropositives. Ce service est disponible dans le tiers des services de consultations prénatales.
- 370 services de dépistage de l'infection à VIH existent sur l'ensemble du territoire (59 services de dépistage implantés dans des formations sanitaires publiques, 253 dans des Centres de Santé Communautaires (Cscm) et 39 centres de dépistage autonomes).

On notera ici, que, malgré cette offre relativement importante en matière d'accès au dépistage, seuls 30 646 dépistages ont été effectués en 2011, par exemple.

12,9 %3 de la population générale adulte malienne connaissait son statut sérologique lors de l'Enquête de démographie et de Santé 2006(06), Indépendamment de ce taux relativement faible, la grande majorité des patients sous traitement ARV sont dépistés à un stade sida déclaré, et, en dehors de la Prévention de la Transmission mère-enfant, rares sont les occasions de dépister des personnes séropositives bien-portantes.

## 1.1.2 -La discrimination, un déterminant important de l'accès aux soins

Aujourd'hui de plus en plus d'africains connaissent une personne séropositive dans leur entourage. Pourtant, la maladie est encore loin d'être banalisée, les personnes atteintes sont encore trop souvent discriminées, rejetées, stigmatisées.

Malgré l'absence de données fiables sur l'ampleur et la nature de ce problème (très peu de documentation disponible sur ce plan), les conséquences directes de la stigmatisation liées au VIH et aux comportements discriminants sont aujourd'hui reconnues par tous comme pouvant être aussi destructrices que la maladie elle-même : rejet social, abandon familial, perte d'emploi, refus d'accès aux soins, etc. La crainte de la stigmatisation est par ailleurs un frein évident au dépistage volontaire et à l'accès aux soins.

La lutte contre la discrimination est aujourd'hui considérée comme une priorité de la riposte à l'épidémie et des pays comme le Mali sont directement touchés par ce phénomène.

L'ONUSIDA(07) a défini sept programmes clés en matière de protection des droits des patients séropositifs :

- Programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination portant sur les causes, c'est-à-dire, l'ignorance, la crainte, les mythes, etc.
- Services juridiques destinés aux personnes vivant avec le VIH et aux membres des groupes affectés et/ou marginalisés
- Programmes visant à réformer et à surveiller la législation liée au VIH
- Programmes de vulgarisation juridique donnant les moyens aux personnes affectées par le VIH de connaître leurs droits et les lois
- Formation en matière de droits de l'homme pour les professionnels de soins de santé
- Formation et sensibilisation des agents d'application de la loi, des juges et des avocats
- Programmes visant à promouvoir les droits des femmes dans le contexte du VIH

Si l'on associe généralement la discrimination à l'insulte, au rejet familial, à la discrimination professionnelle, il est important de ne pas oublier que les agents de santé peuvent aussi être à la base de comportements discriminants (en traitant différemment les patients séropositifs, en les blâmant, en prenant des gestes de précaution inutiles, en outrepassant la confidentialité ou encore en refusant l'accès à certains soins aux PVVIH). Du fait de la présence continue de Solthis dans les services de santé, auprès du personnel soignant, et des connaissances qui sont les nôtres sur les conditions réelles de prises en charge, il nous a semblé important d'impliquer l'organisation sur cette thématique et de participer à la sensibilisation du personnel soignant sur la discrimination et l'accès aux soins.

## 1.2 -Description de la prise en charge des patients séropositifs dans la région de Ségou

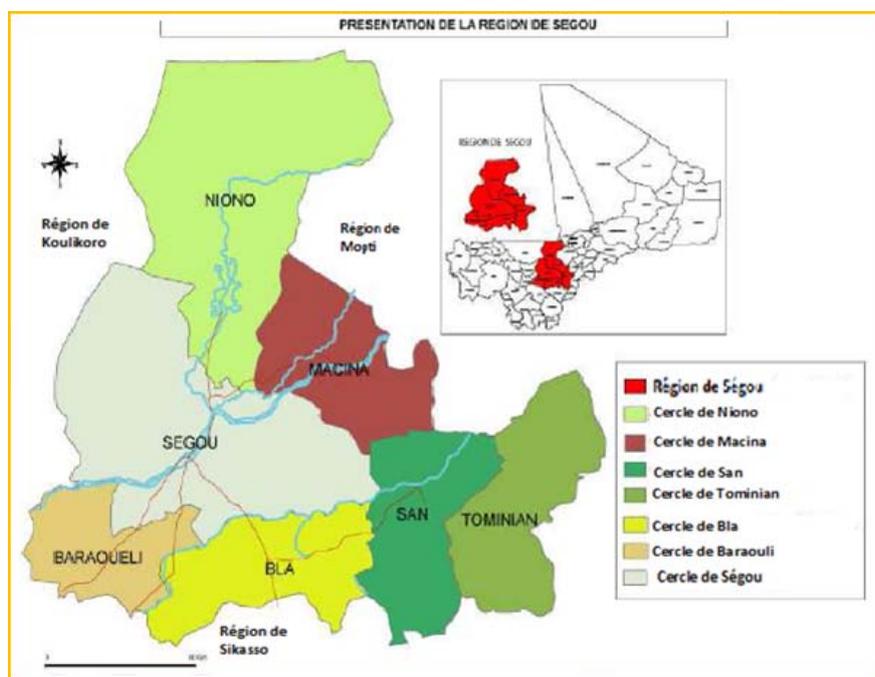


Illustration II – carte de la Région de Ségou

La région de Ségou a été la première région du Mali, à avoir accès aux ARV, en 2004, avec l'appui de Solthis.

Dans cette région, où Solthis intervient donc pour améliorer l'accès aux antirétroviraux pour les PVVIH depuis plus de huit ans, une soixantaine de médecins sont formés et opérationnels, 12 sites de prise en charge prescrivent des ARV, et sont répartis dans l'ensemble des cercles de la région. On peut estimer que l'offre de soin est relativement bonne, tant sur le plan de la décentralisation de l'accès aux soins qu'en terme de qualité de la prise en charge (plateau technique relativement développé par rapport aux autres régions, éducation thérapeutique, accès à la charge virale au niveau de l'hôpital régional de Ségou). Pourtant, un certain nombre de constats doivent être posés :

- En premier lieu, le taux de couverture des besoins en traitement antirétroviraux reste relativement faible (environ 1/3 des besoins), alors que les centres de prise en charge sont aujourd'hui suffisamment solides pour accueillir un nombre plus important de patients. Le taux de couverture régional des besoins en traitement plafonne à 30%.
- L'accès au dépistage reste très fragile dans la région, comme dans l'ensemble du pays, d'ailleurs et les patients dépistés le sont à un stade très avancé de la maladie.
- Les communautés, et notamment les jeunes, continuent de véhiculer des idées fausses sur le VIH/Sida (ex : la maladie est une « sanction divine »), ce qui donne lieu à de nombreuses discriminations au niveau de la communauté (répudiation, mise à l'écart, refus de logement, etc.) et du système de soins (non-respect de la confidentialité, tests sans consentement, restrictions dans l'accès aux soins).
- Un phénomène d'auto-stigmatisation (engendrée par la peur) important chez les PVVIH, constaté par l'ONG Walé à travers des cas signalés » dans sa stratégie de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH.
- Enfin, le taux de fidélisation des patients ayant commencé un traitement antirétroviral est particulièrement faible dans la région de Ségou (1 737 patients tou-

jours suivis sous traitement pour 3 057 patients ayant initié le patient, soit un taux de fidélisation cumulé de 56%, le plus faible de l'ensemble des régions du Mali). Comment expliquer ce fort taux de patients quittant le système de soins ? L'un des déterminants avancés dans la littérature comme hypothèse à la perte de vue des patients séropositifs est l'importance de la discrimination et de la stigmatisation des PVVIH. C'est ce constat qui nous a amenés à décider de renforcer nos activités sur ce volet jusqu'alors relativement peu développé dans les programmes Solthis, que ce soit au Mali ou dans les autres pays d'intervention.

Conscient de ces enjeux spécifiques (augmenter le nombre de personnes dépistées, fidéliser les patients sous traitement, renforcer leur observance au traitement), il nous a semblé nécessaire à ce stade de faire un état des lieux sur le dépistage (comportements, niveau des connaissances, représentations sociales et croyances motivant les comportements, facteurs environnementaux influençant ces comportements, etc.) pour pouvoir ensuite établir des objectifs de changements de comportements réalistes. Comment convaincre les « bien portants » d'aller se faire dépister ? Comment interpréter le nombre important de patients décidant de quitter le système de soins ? Quels sont les éléments de réflexion que nous avons, pour mettre en place des activités d'information, d'éducation pour la santé ? Ces questions sont celles qui sous-tendent l'ensemble de la mission qui a été la nôtre dans le cadre de ce stage.

## ***1.3 -Présentation de Solthis***

### **1.3.1 -Mission et principes d'intervention**

Solthis est une association médicale internationale entièrement dédiée aux patients vivant avec le VIH/Sida qui a pour objectif le renforcement des capacités des systèmes de santé des pays en développement pour leur permettre d'offrir une prise en charge médicale du VIH/Sida de qualité, accessible et pérenne. L'association ([www.solthis.org](http://www.solthis.org)) a été fondée en juillet 2003, à l'initiative de quatre spécialistes du VIH/Sida, les Professeurs Christine Katlama, Gilles Brückner, Brigitte Autran et Patrice Debré de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Cette création s'est faite avec le soutien déterminant de la Fondation Bettencourt Schueller, qui reste à l'heure actuelle l'un des principaux bailleurs de fonds de l'ONG.

#### Principes d'intervention

- Intervention in situ : Grâce à des équipes présentes sur le terrain quotidiennement, Solthis apporte un appui direct aux professionnels de santé et aux acteurs nationaux publics ou privés engagés dans la lutte contre le Sida, en renforçant leurs capacités pour garantir un large accès à une prise en charge thérapeutique.
- Non substitution : Les équipes Solthis n'interviennent pas pour faire à la place des acteurs nationaux. Au contraire, elles doivent répondre à leurs demandes d'appui et accompagnement technique.
- Collaborations académiques et opérationnelles. L'expertise scientifique développée par Solthis repose sur des collaborations avec divers partenaires (experts hospitalo-universitaires, Institut Pasteur, Sciences-Po Paris, Agence nationale de recherche sur le Sida et les hépatites virales ANRS, MSF, Esther, OMS, Fonds mondial, etc.).

#### Axes thématiques, zones d'interventions

Afin de renforcer les capacités des acteurs nationaux de la prise en charge du VIH/Sida, Solthis intervient auprès du personnel de soins (médicaux et paramédicaux), du personnel travaillant au sein des laboratoires, des acteurs responsables des questions pharmaceutiques, des personnes responsables du recueil et du suivi des données

médicales des patients, des acteurs de la recherche opérationnelle et enfin des responsables des organes de coordination.

Solthis a dégagé cinq thématiques d'interventions prioritaires : le dépistage / l'initiation et le suivi médical au long cours / la Prévention de la Transmission du Virus de la Mère à l'Enfant (PTME) / Les maladies intercurrentes (Tuberculose) en plus des activités transversales (appui à l'élaboration des politiques en matière de lutte contre le sida).

Les pays d'intervention de Solthis sont les suivants : Niger, Mali, Guinée et Sierra Léone.

### **1.3.2 -Solthis au Mali**

Solthis est présent au Mali depuis 2004.

Solthis intervient dans la région de Ségou à la demande des autorités maliennes depuis 2003, en renforcement des compétences de l'ensemble des 12 sites de prise en charge globale, 10 sites de prise en charge pédiatrique et de 28 des 35 sites offrant de services de prévention de la mère à l'enfant (PTME) que compte la région. Son travail s'effectue en synergie avec l'ensemble des acteurs de la région impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida, sous l'égide de la Direction Régionale de la Santé (DRS).

De 2003 jusqu'à nos jours, les activités menées sont les suivantes :

- renforcement des compétences des équipes médicales : formations, organisation de stages, et appui continu au sein des sites (clinical mentoring) pour le personnel des sites de PTME et des sites de prise en charge du VIH, et mise en réseau des médecins.
- renforcement des plateaux techniques (laboratoires) : dotations d'équipement, formations, stages.
- renforcement des approvisionnements en produits de santé liés au VIH : assistance technique auprès des responsables du niveau central (Pharmacie Populaire du Mali, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida HCNLS) et formations des pharmaciens et gestionnaires de pharmacie.
- renforcement du système d'information sanitaire : appui au système de collectes des données VIH, formations à l'utilisation d'un logiciel de suivi médicalisé (ESOPE).
- appui à la recherche opérationnelle : appui à la rédaction d'abstracts, à l'élaboration de protocoles de recherche, etc.
- appui aux organes de coordination (Direction Régionale de la Santé DRS, Secrétariat Exécutif Régional du HCNLS) : recommandations, appui à l'élaboration des documents normatifs, grilles de supervision, etc.

Parallèlement à cet appui aux acteurs de la prise en charge de la région de Ségou, Solthis intervient au niveau national, avec une équipe basée en capitale, en appui au Ministère de la Santé sur l'élaboration des stratégies et documents normatifs de lutte contre le sida, ainsi que dans la région de Mopti, pour appuyer la décentralisation de l'accès au traitement dans l'ensemble des cercles de la région.

## ***1.4 -Définition de quelques concepts***

Pour une meilleure compréhension de ce mémoire, quelques concepts méritent d'être clairement définis. Nous avons principalement repris ici les définitions du guide de terminologie de l'Onusida(08).

**L'éducation pour la santé** est un processus créant avec les personnes et les groupes les conditions du développement de leurs capacités vis-à-vis de la santé, valorisant leur autonomie et leur responsabilité. Il s'agit de l'éducation « pour » la santé de la personne ou de la population elle-même, telle que celle-ci la conçoit et telle qu'elle choisit de la

construire, et non pas seulement telle que la projettent les professionnels ou les autorités extérieures. -L'éducation pour la santé considère la personne ou la population comme acteur de son projet de santé.

**L'Information Education Communication (IEC) en santé** est un ensemble de moyens et de méthodes utilisés pour informer et sensibiliser le ou les groupes de populations, appelés groupe cibles, sur certains phénomènes et événements de santé, en vue d'obtenir un changement positif durable des attitudes ou comportements.

**La communication pour un changement de comportement** délivre des messages personnalisés, elle encourage une évaluation des risques personnels, favorise le dialogue et accroît le sentiment d'appropriation. Elle est le fruit d'un processus itératif : ses messages et ses approches utilisent différents moyens de communication afin d'encourager et de préserver les comportements sains et positifs

L'expression « **Populations clés** » désigne les populations les plus susceptibles d'être exposées à l'infection à VIH ou de le transmettre. Outre les personnes vivant avec le VIH, ces populations comprennent généralement les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe et leurs clients, etc. Il existe également un lien étroit entre divers modes de mobilité et un risque accru d'exposition au VIH. Chaque pays doit définir ses propres populations clés pour l'épidémie et pour la riposte, en fonction du contexte épidémiologique et social.

L'expression « **hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes** » décrit des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes indépendamment de leurs rapports sexuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay, sur le plan personnel et social. C'est un concept utile car il permet d'inclure les hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Une **personne vivant avec le VIH** (PVVIH) est une personne infectée par le VIH, en opposition l'expression « personne touchée par le VIH » (qui concerne également les proches de la personne infectée).

**La discrimination** est définie par L'ONUSIDA comme un « processus de dévaluation » des personnes vivant avec le VIH ou associées au VIH. La discrimination, qui fait suite à la stigmatisation, désigne le traitement injuste fait à une personne au motif de son statut sérologique réel ou supposé.

## ***1.5 - Objectifs du stage***

L'objectif général du stage est de développer pour l'ONG Solthis un volet d'éducation pour la santé sur l'accès aux soins et/ou de lutte contre la discrimination à l'égard des patients séropositifs dans la région de Ségou (Mali).

La mission comporte cinq objectifs spécifiques :

- Réaliser une analyse situationnelle sur la région de Ségou
- Elaborer un projet d'éducation pour la santé budgétisé
- Négocier le contenu et le suivi de ce projet avec les autorités nationales, régionales et acteurs locaux
- Rechercher un bailleur de fond soutenant le projet, et mettre en place éventuellement quelques activités, le cas échéant.

## **2 -Méthodes**

### ***2.1 -Organisation générale***

Le stage a commencé le 1<sup>er</sup> janvier 2012, sous la Direction de Sophie Calmettes, Directrice des Opérations de Solthis, pour une durée de 5 mois.

Il a été mené en collaboration avec Dramane Keita, membre de l'équipe Solthis à Ségou, dont l'appui a été très précieux, du fait de sa très bonne connaissance de la lutte contre le sida dans la région de Ségou, de sa mobilité géographique (il n'était pas possible pour moi de me déplacer dans l'ensemble des zones géographiques, du fait des restrictions de sécurité) et de son excellente maîtrise du Bambara, sa langue maternelle. Responsable du volet communautaire, Dramane Keita était en lien constant avec le milieu associatif ségovien et les principaux acteurs de la lutte contre le sida à Ségou. L'ensemble de l'équipe Solthis a participé à la réflexion menée, et notamment notre coordinateur médical, Alain Akondé.

L'ensemble des activités menées lors de ce stage ont été validées avec la directrice de stage, et Solthis a pris en charge sur son budget annuel les frais afférents (financement d'une étude de socio-anthropologie en prestation de services externes, organisations de réunions de restitutions / échanges avec les partenaires, etc.).

### ***2.2 -Choix de la région concernée***

Le choix de la région de Ségou nous a semblé pertinent par rapport à la dynamique du projet Solthis en général au Mali : Ségou était la première région appuyée par l'organisation et il nous a semblé que notre travail de renforcement des capacités des structures de santé avait relativement bien fonctionné (personnels compétents, plateaux techniques opérationnels, etc.) Fin 2011, Solthis a décidé de réduire ses activités d'appui à la prise en charge médicale au profit d'activités pour l'éducation à la santé, objet de la présente mission.

Nous avons évoqué plus haut les principaux enjeux de Solthis en matière d'amélioration de l'accès aux soins dans la région

- plafonnement de la file active des patients suivis, particulièrement faible par rapport à l'offre de soins
- Faiblesse du dépistage volontaire
- Importance de la discrimination, et de l'auto-stigmatisation
- Importance de la présence d'idées fausses sur le VIH, véhiculées par la population, et méconnaissance des conditions concrètes de l'accès aux soins dans la région
- Faible fidélisation des patients sous traitement

L'ensemble de ces éléments a permis une prise de conscience collective de l'importance de lancer un nouveau volet, en complément de nos activités « classiques » de renforcement des compétences. Précisons que cette évolution est conforme aux recommandations de l'évaluation externe du programme de Solthis Mali en 2008 par Olivier Veil qui relevait ainsi que : « *le déni et la stigmatisation liée à la maladie, de même que le statut de la femme sont autant d'obstacles à la prise en charge et à la PTME que le programme Solthis a insuffisamment pris en compte* ». Cette évaluation recommandait d' « *associer les interventions médicales aux interventions plus globales (prise en charge psychosociale, communautaire, nutritionnelle, lutte contre la stigmatisation)* ».

### ***2.3 -Méthodes utilisées pour l'analyse situationnelle***

Cette analyse situationnelle comporte quatre volets, et nous allons dans ce chapitre développer la méthodologie utilisées pour chacun de ces quatre volets :

- Un inventaire sur les outils et approches de l'éducation pour la santé et contre le VIH, au Mali en général, et dans la région de Ségou en particulier. Cet inventaire nous permettra de faire le point sur les messages véhiculés jusqu'alors, les outils utilisés, l'historique et les leçons tirées des expériences d'éducation pour la santé menées par d'autres intervenants dans la région, les ressources locales mobilisables.
- Une étude d'anthropologie, confiée à une association de recherche basée au Mali, sur les freins à la prise en charge dans la région de Ségou : freins au dépistage et à l'accès aux soins, mais également freins au maintien dans le système de soins.
- Un travail d'identification de populations-clés, particulièrement touchées par l'épidémie, et de recherche sur ces populations-clés.
- Une recherche bibliographique sur plusieurs sujets : éducation pour la santé, lutte contre la discrimination, populations clés

### **2.3.1 -Recueil et traitement des données pour le bilan des activités d'éducation pour la santé dans la région de Ségou**

Trois méthodes ont été utilisées pour synthétiser les informations portant sur l'éducation pour la santé au Mali, et plus particulièrement dans la région de Ségou :

- analyse de la littérature grise, articles, documents stratégiques nationaux, rapports divers, etc.
- Entretiens semi-directifs avec les partenaires institutionnels et associatifs, sur la base de questionnaires préétablis et de « fiche-projet ».

Le principe était de rencontrer à la fois les décideurs nationaux (Cellule sectorielle sida du Ministère de la santé, Ministère de la santé, Secrétariat Exécutif du Haut conseil de lutte contre le sida) et régionaux (Directeur régional de la santé, secrétariat exécutif régional du Haut Conseil de Lutte contre le sida) mais également les représentants des organisations internationales (ONUSIDA, autres agences des Nations unies, Esther), les associations maliennes et notamment les associations de PVVIH. Une attention toute particulière devait être accordée aux personnes impliquées (ou qui ont été impliquées) dans les programmes de communication pour un changement de comportement au Mali.

Les « fiches projets » étaient structurées de la manière suivante :

- Organisation : Description rapide (date de création, domaines d'intervention, zone géographique, partenaires financiers) / Nom et fonction de la personne rencontrée / Contact
  - Activités réalisées en matière de Communication pour un Changement de Comportement : Description (affiches, pairs-éducation, etc.) / Cible / Stratégie (quels canaux utilisés, etc.) / Principaux messages / Langues / Outils / Période et zones d'intervention / Organisation / modalités pratiques et coûts
  - Système d'évaluation pré et post intervention / Difficultés rencontrées/ Leçons apprises
- Immersion / observation : notre présence sur le terrain à Ségou, au sein des centres de santé, nous a permis d'avoir accès à des informations moins formelles, plus officieuses (notamment sur la pertinence des méthodes utilisées par les autres partenaires, etc.)

### **2.3.2 -Organisation d'une prestation de service pour l'étude de socio-anthropologie sur les freins au dépistage et à la prise en charge dans la région de Ségou**

L'organisation n'ayant pas en interne les compétences nécessaires, le principe d'une prestation de service externe a été retenu, pour compléter l'analyse situationnelle par une étude de socio-anthropologie sur les freins au dépistage et à la prise en charge dans la région de Ségou.

Il était prévu qu'un comité de pilotage soit mis en place avec la Direction régionale de la Santé et la Cellule Sida du Ministère de la santé, afin de valider les termes de référence de l'étude. Ces termes de référence devaient préciser les objectifs de l'étude, les principales questions posées et les délais de réalisation.

Il était prévu que cette étude soit restituée au niveau national, et que Solthis réalise ensuite, un travail de synthèse et d'analyse de ses résultats, afin d'alimenter concrètement notre réflexion stratégique.

### **2.3.3 -Identification et Recherches sur les populations-clés**

Il nous a semblé important de cibler en priorité certaines populations-clés, particulièrement touchées par l'épidémie, et vecteurs de sa transmission.

Les critères de priorisation que nous avons utilisés pour sélectionner ces populations, sont à la fois

- le poids de la maladie en leur sein (séroprévalence connue ou estimée, car malheureusement les quelques données de séroprévalence que nous avons à notre disposition(06) ne portent pas sur l'ensemble des groupes),
- l'importance de cette population dans la transmission de l'épidémie au Mali,
- la présence ou non d'acteurs compétents agissant en direction de ces populations spécifiques
- les conditions réelles de faisabilité de telles activités dans le contexte ségovien.

Ces populations devant faire l'objet d'actions ciblées dans le cadre de notre projet : Une fiche a été remplie sur chacune des populations-clés, reprenant un canevas précis:

- Description de la population cible (définition, volume au Mali, facteurs de vulnérabilité, lieu de regroupement)
- Epidémiologie VIH
- Pratiques et représentations
- Liste des intervenants (ONG / acteurs actifs auprès de cette population, types d'activités et résultats, au Mali ou dans d'autres pays), avec coordonnées des éventuelles personnes ressources
- Outils / documents de référence sur le sujet

Ces informations devaient être issues de la littérature grise sur le sujet (rapports d'activités, documents normatifs nationaux, études de sciences sociales, enquête de seconde génération sur les comportements), mais aussi de différents entretiens, menés à Ségou et à Bamako.

Nous avons également rencontré plusieurs acteurs impliqués dans des programmes d'Education pour la Santé (FHI, CRIPS, etc.) ou de lutte contre la discrimination (IDLO, etc.) lors de la conférence africaine de lutte contre le sida, à Addis Abbéba. L'Objectif de ces rencontres était de nous inspirer d'expériences menées dans des pays relativement similaires au Mali sur les plans culturel ou épidémiologique.

Sur le plan méthodologique, il est important d'évoquer également ici les critères qui nous permis également de sélectionner des groupes considérés comme étant des leaders d'opinions. Nous avons sélectionné ces groupes lors de nos discussions avec nos partenaires, en prenant en compte

- l'aura et la crédibilité de ces groupes,
- leurs capacités à reprendre un certain nombre d'arguments sur l'accès aux soins (acceptabilité),
- leurs capacités (intellectuelles et organisationnelles) à sensibiliser les populations que nous voulions cibler.

### 2.3.4 -Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été menée sur plusieurs thèmes : éducation pour la santé, lutte contre la discrimination et sur chacune des populations clés.

Il ne s'agit pas ici d'une véritable revue de la littérature, en tant que telle, mais d'une sélection de documents grâce à l'utilisation de plusieurs moteurs de recherche.

Sur chacun des thèmes, nous avons sélectionnées les documents selon les critères suivants :

- Pertinence par rapport à notre zone géographique de recherche (expérience similaire éventuellement extrapolable car menée dans des contextes culturels relativement proches, par exemple)
- Crédibilité scientifique (évaluée par la réputation de la revue de publication ou de l'auteur)
- Qualité du contenu (clarté, faisabilité, évaluation des résultats, etc.)
- recommandations internationales, sur les sujets qui nous intéressent
- Utilité pratique (guides, manuels, exemple de stratégie média bien construite, etc.

### 2.4 -Méthodes d'élaboration du projet

Pour élaborer le projet, nous avons principalement utilisé deux méthodes « classiques » utilisées par les acteurs du développement :

- L'arbre à problème : il s'agit d'une représentation graphique (sous forme de diagramme) de l'ensemble des problèmes mentionnés par les parties prenantes pour résoudre un problème considéré comme le problème focal (ici la faiblesse de la couverture en antirétroviraux dans la région de Ségou).
- Le cadre logique : il regroupe un ensemble d'éléments interdépendants qui décrivent d'une façon opérationnelle, les aspects les plus importants d'une intervention de projet.

	Logique d'intervention	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses
Objectif(s) globaux				
Objectif(s) spécifiques				
Résultats				
Activités				

Illustration III – canevas du cadre logique

## ***2.5 -Méthodes de recherche d'un partenaire financier***

Nous avons recherché parmi les partenaires techniques et financiers présents au Mali, ceux qui pourraient financer le projet.

Plusieurs critères de sélection ont été utilisés pour organiser des rencontres avec eux

- Financement possibles à des ONG internationales, et françaises
- Intérêt pour les programmes liés au VIH, et aux programmes de promotion de la santé
- Souplesse dans le système de financement (proposition faite en cours d'année)
- Accord de principes sur des activités dans la région de Ségou

Une fois le partenaire financier identifié, la demande de financement doit être totalement reprise dans le canevas spécifique de ce bailleur et le budget revu selon ses procédures financières particulières.

## 3 -Résultats

### 3.1 -analyse situationnelle

#### 3.1.1 -Bilan des activités d'éducation pour la santé menées au mali, et dans la région de Ségou en particulier

Dans le cadre de ce bilan, 92 personnes ont été rencontrées (56 à Bamako et 36 à Ségou), représentant 50 structures et organisations différentes, dont 25 de Ségou.

31 « fiches projets » (dont le contenu a été développé dans la partie « méthodes ») ont été remplies dont 16 à Bamako et 15 de la région de Ségou.

Ce bilan (dont le document est trop long pour pouvoir être présenté en annexe) nous a permis :

- De dresser un inventaire des messages véhiculés sur le VIH / sida, au Mali, en répertoriant l'ensemble des supports / outils et méthodes utilisées par les autres partenaires.

On peut remarquer trois vagues successives de message sur le VIH/SIDA au Mali:

Dans la première vague de messages (1985 à 1995), on s'est servi de la peur de la mort, puisqu'au début du fléau, en l'absence de vaccin ou de médicaments permettant de gérer la maladie, la seule réponse au SIDA était la prévention. A l'époque, l'annonce de la séropositivité était vécue comme un verdict de décès rapide.

La seconde vague de messages (1995 à 2010) a ensuite eu pour objectif de mobiliser toutes les composantes de la société avec des slogans du type : «Prends soins de toi chaque jour qui passe est une vie : tenons nos promesse, accélérons la prévention Face au VIH et au sida »

La troisième vague de message (depuis 2010) vise à remédier aux insuffisances des deux précédentes, développe des messages strictement ciblés et organisés autour d'argumentaires faisant ressortir les bénéfices du changement de comportement et incorporant les données récentes sur les déterminants de ce changement. De même, il est important de grouper les messages qui ciblent les groupes les plus directement menacés et les messages qui ciblent des publics secondaires qui conditionnent les facteurs environnementaux du changement de comportement. Cette troisième vague de messages se veut plus positive et optimiste, moins dramatisante.

- de retracer l'historique de l'ensemble des actions d'éducation pour la santé dans la région de Ségou. 56 affiches ont par exemple été recensées, dont voici quelques exemples, spécifiquement liés à l'infection à VIH :

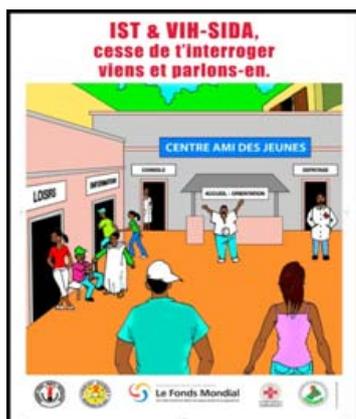




Illustration IV – exemple d'affiches de lutte contre le sida au Mali

- de faire une synthèse des leçons tirées des différents projets de sensibilisation / mobilisation communautaire mis en place par d'autres organisations (et notamment d'autres ONG par exemple) et de recenser les approches les plus efficaces en matière d'IEC sur les thématiques qui nous intéressent (dépistage VIH, rétention des patients, lutte contre la discrimination, l'accès aux soins de santé de façon générale). Cela nous a par exemple permis d'identifier des difficultés relatives à la paire éducation dans la région, ou encore l'absence de la Prévention de la Transmission mère-enfant dans les messages diffusés sur l'infection à VIH.
- D'alimenter notre réflexion par quelques données du contexte, importantes pour nos choix stratégiques :
  - Jeunesse de la population (50 % de la population a moins de 15 ans) et Niveau d'éducation faible (57% des hommes sont allés à l'école, et 23% des femmes) Importance des valeurs culturelles traditionnelles, de la religion et de la famille
  - 6 ethnies présentes dans la région de Ségou, avec une langue largement majoritaire, le bambara, que nous avons décidé d'utiliser principalement
  - La Radio ressort clairement, dans l'ensemble des entretiens que nous avons menés comme le media d'accès à l'information le plus important/efficace dans la région. Elle est très écoutée au Mali, et permet de toucher également un public non instruit.
- D'identifier des ressources locales sur lesquelles nous pouvons appuyer nos activités dans la région (réseau de radios communautaires, techniciens de santé communautaires, relais communautaires, leaders sur lesquels s'appuyer, etc.). Nous avons par exemple pris contact avec l'URTEL, un réseau régional regroupant les 29 radios de la région de Ségou.

### 3.1.2 -Etude de socio-anthropologie sur les freins à la prise en charge dans la région de Ségou

Nous avons demandé à l'Association de recherche Miseli de mener une étude de socio-anthropologie sur les freins au dépistage et à la prise en charge dans la région de Ségou. Pour des raisons de temps et d'efficacité, nous n'avons pas fait d'appels d'offre pour la sélection de ce prestataire : les chercheurs en anthropologie sont peu nombreux au Mali, et nous connaissions la qualité de cette association.

Cette étude(09), qui ne se trouve pas en annexe du fait de son nombre élevé de pages (elle est bien évidemment, et comme tous les autres documents, disponible à la demande) a été menée par l'association Miseli, pendant deux mois, dans trois cercles de la région de Ségou. Elle a fait l'objet d'une restitution nationale, le 20 mars 2012, à la maison d'Angers, en présence d'une cinquantaine de personnes, dont de nombreux représentants des autorités sanitaires.

De manière extrêmement schématique, plusieurs idées fortes se dégagent de cette étude. L'une d'entre elles est l'absence totale de distinction entre le VIH et le SIDA, qui sont totalement associés dans les représentations populaires.

Les connaissances demeurent très faibles et les représentations évoluent peu. Le sida est toujours à la fois maladie et objet social, ancré dans le champ du discours et de la rumeur.

Par ailleurs, si l'infection n'est pas perçue comme le plus grand risque de santé (en comparaison avec le paludisme, par exemple), elle est de loin la pathologie la plus anxiogène. Cette vision angoissante induit deux attitudes : la minimisation du risque et la maximisation du danger, inacceptable, impossible à affronter.

Le dépistage est dans les faits rarement totalement volontaire (motivé par la volonté d'affronter la réalité) mais plus souvent engagé sous influence (lors de campagnes de dépistage mobile, à l'occasion d'une consultation prénatale dans le cadre de la PTME ou à l'occasion d'une prescription du personnel soignant suite à une suspicion médicale par exemple).

Les principaux freins au dépistage sont la peur de la mort sociale, qui prime largement sur la peur de la mort physique, la méfiance envers les conditions de dépistage et enfin le sentiment de contrôle, mais ce dernier fait souvent l'impasse sur les risques occasionnels. Si les populations connaissent généralement l'existence de la maladie (le déni recule) et du traitement ARV, ils les connaissent de manière théorique, désincarnée, sans lien avec les aspects concrets de la prise en charge (ou se faire soigner, comment, par qui, à quel coût). Par ailleurs, il existe une méfiance diffuse à l'égard des formations sanitaires et du personnel médical, notamment sur les aspects de confidentialité, ce qui constitue un frein supplémentaire à une démarche individuelle de dépistage.

Une fois l'étude terminée et remise par Miseli, l'équipe Solthis a repris ce document pour essayer d'en tirer les points saillants, les aspects les plus utiles pour alimenter le contenu de notre projet d'éducation pour la santé. Ce document de « leçons tirées de l'étude Miseli » se trouve en annexe.

En conclusion, quatre leviers de mobilisation pourraient être utilisés pour entraîner une démarche réellement volontaire de dépistage du VIH :

- Objectiver le VIH et parvenir à en diffuser un contenu d'image dissocié de celui du sida déclaré,
- Réaffirmer le risque de contamination sexuelle face à la voie sanguine et sensibiliser sur les pratiques occasionnelles,
- Valoriser le test de dépistage et notamment gérer les lacunes perçues du système de santé public (en travaillant sur l'amélioration du lien patient / personnel de soins).
- Soutenir la 'préservation du secret' comme bénéfice motivant du traitement.

### **3.1.3 - Identification et Recherches sur les populations-clés**

Cinq populations clés ont été identifiées, du fait de leur rôle particulier dans la dynamique de l'épidémie au Mali, et selon les critères que nous avons explicité plus haut : Porteurs d'uniforme, Guides touristiques, Hommes Ayant des Relations sexuelles avec des Hommes (HSH), Professionnelles du sexe et travailleurs saisonniers.

Sur chacune de ces populations, une fiche spécifique a été faite, telle que présentée dans la partie méthode. Nous avons repris quelques-uns des éléments les plus saillants de ces différents groupes ci-dessous ;

- Personnel militaire : séroprévalence généralement plus élevée qu'en population générale selon l'ONUSIDA(10), données non existantes pour le Mali, 2 000 présents dans la région de Ségou, grande mobilité due aux opérations militaires. Bonne opportunité pour nous du fait de nos contacts avec l'infirmerie de la garnison militaire (plusieurs militaires sont sous traitement ARV).
- Guides touristiques : ampleur du tourisme au Mali ces dernières années (environ 300 000 personnes par an selon wikipédia) jusqu'à ce que les événements et la crise au nord viennent fragiliser ce pan de l'économie. La région de Ségou est l'une des principales régions touristiques du Mali, avec la région de Mopti (pays dogon) et il y aurait environ 150 guides sur Ségou ville. Nos interlocuteurs (association, office du tourisme notamment) citent souvent ce groupe comme étant sexuellement très actif, en mobilité permanente dans la zone, et n'ayant jamais été ciblé par des activités de sensibilisation.
- Hommes Ayant des Relations sexuelles avec des Hommes (HSH) : Des études récentes révèlent des niveaux élevés d'infection à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Au Cap (Afrique du Sud) et à Mombasa (Kenya), plus de 40% des hommes adultes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont séropositifs au VIH(11). Selon une enquête réalisée par ARCAD/SIDA à Bamako en 2006(12) en partenariat avec l'ONUSIDA, les MSM ont un taux de prévalence de l'infection à VIH de 17% (contre 1% dans la population générale adulte).

Des études(11) menées au Botswana, au Malawi et en Namibie ont révélé que 34% des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient mariés à des femmes, et que 54% avaient eu des rapports sexuels avec des hommes et des femmes au cours des six derniers mois. La stigmatisation et le déni dont ils font l'objet au Mali, comme dans la majorité des pays africains, les contraint souvent à cacher leur orientation sexuelle et à avoir des petites amies. Ils sont de ce fait identifiés en Afrique de l'ouest comme une « population passerelle », entre la communauté homosexuelle et la population générale, et l'ONUSIDA recommande fortement de renforcer les actions sur cette population spécifique.

- Professionnelles du sexe. Les rapports sexuels tarifés demeurent un facteur de transmission important dans de nombreuses épidémies de VIH en Afrique occidentale, centrale et orientale. L'ONUSIDA(13) estime que près de 32% des nou-

velles infections au Ghana, 14% au Kenya et 10% en Ouganda sont par exemple liées au commerce du sexe). Entre 150 à 276 travailleurs du sexe « officiels » sont connus de la police à Ségou et vivent dans les bars, les chambres de passe, les maisons closes etc. (sources policières Ségou) mais il existe, en marge de cette population, une prostitution informelle, occasionnelle, très importante.

- travailleurs saisonniers. La migration est aussi un facteur important de la santé de la population surtout des jeunes, en particulier pour leur exposition à certaines maladies comme le VIH/SIDA. La population malienne a des habitudes migratoires séculaires. On estime à environ 4 millions le nombre de maliens résidant à l'étranger(14). Les pays de l'Afrique Centrale, la Côte d'Ivoire et la France sont les destinations privilégiées des ressortissants maliens. Ils viennent pour la plupart du monde rural et la gente masculine est la plus concernée. A cette migration internationale s'ajoute l'exode rural. Ce mouvement, jadis saisonnier, est en passe de devenir définitif pour beaucoup de jeunes ruraux. Bamako est de loin le principal pôle d'attraction des migrations internes. La réalisation de grands travaux à haute intensité de main d'œuvre dans les régions de Gao, Mopti, Ségou et Sikasso accroîtra le flux interne vers ces régions dans les années à venir.

### **3.1.4 -Recherche bibliographique sur les discriminations / sur l'éducation pour la santé**

Une recherche bibliographique nous a permis d'identifier des documents de références. 33 articles ou documents ont été sélectionnés et analysés :

- 02 documents sélectionnés regroupent des données socio-démographiques de la population malienne et de l'épidémie au Mali
- 06 documents sélectionnés sont des guides pratiques, manuels méthodologiques d'élaboration de projet ou d'outils d'éducation pour la santé.
- 11 documents sélectionnés sont des documents normatifs, qu'ils s'agissent de documents cadres nationaux ou de recommandations internationales (souvent sous l'égide de l'ONUSIDA).
- 6 documents sélectionnés reprennent des expériences documentées d'éducation pour la santé dans d'autres pays
- 8 documents sélectionnés sont des articles de sociologie ou anthropologie sur les pratiques et représentations en matière de lutte contre le sida

On peut aussi regrouper ces documents par thématiques :

- 6 documents portent sur la promotion de la santé (15-21)
- 3 documents portent sur le contexte épidémiologique et la situation au Mali (22, 23, 14)
- 3 documents portent sur la thématique « Travailleurs du sexe et VIH » (24, 13, 25)
- 3 documents portent sur la thématique « Hommes en uniforme et VIH » (26, 10, 27)
- 2 documents portent sur la thématique « Guides touristiques et VIH » (28, 29)
- 2 documents portent sur la thématique « Travailleurs saisonniers et VIH » (30, 31)
- 3 documents portent sur la thématique « Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et VIH » (32-34)

- 11 documents portent sur la discrimination liée au VIH (35-45)

## ***3.2 -Élaboration d'un projet budgétisé***

### **3.2.1 -Objectifs et résultats attendus**

Nous avons utilisé la méthode de l'arbre à problème (le problème central étant celui de la faiblesse de la couverture des besoins en ARV dans la région de Ségou), afin de définir les principaux objectifs de notre projet. On trouvera l'arbre à problème en annexe du présent mémoire.

Globalement, le projet s'organise autour des objectifs et résultats attendus suivants :

Objectif général : Contribuer à améliorer la qualité de vie et réduire la mortalité et la morbidité des personnes vivant avec le VIH dans la région de Ségou

Objectif spécifique : Améliorer l'accès à la prise en charge et le maintien dans le circuit de soin pour les personnes vivant avec le VIH dans les cercles de Ségou et Macina

Résultats attendus :

- Améliorer l'accès au dépistage et au traitement dans la région de Ségou
- Réduire la discrimination et la stigmatisation à l'égard des patients séropositifs au sein des centres de soins
- Créer une dynamique de changement de comportement à l'égard des personnes infectées par le VIH/Sida dans la communauté

### **3.2.2 - Identification d'un partenaire local pour la mise en œuvre des activités**

Nous avons proposé d'associer une ONG malienne de Ségou à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet.

La réalisation de certaines activités sera déléguée à Walé, notamment pour les actions de sensibilisation auprès des enseignants.

L'ONG Walé, qui signifie en bamanakan (langue locale) « action concrète », a été créée à Ségou en 1997 par des personnes ayant pris conscience des souffrances causées par l'infection à VIH, et s'étant engagées à freiner sa propagation. De 1997 à 2000, les activités ont porté sur la prévention auprès des jeunes, des femmes et de certaines cibles spécifiques : routiers, clients de bars et cabarets, professionnelles du sexe. Face au nombre croissant des cas d'IST et de VIH parmi les cibles, et l'absence dans la région de toute action en faveur des PVVIH, l'ONG a mis en place en fin 2000 les jalons de ce qui est aujourd'hui le Centre de Traitement Ambulatoire à travers une équipe composée d'un médecin, un infirmier et un conseiller. La file active des patients sous traitement suivis par Walé est de 509 patients à fin décembre 2011.

Walé comporte en son sein une association de PvVIH, « Keneyaton », qui concentre 25% des patients suivis de la région, et qui sera également associée à la mise en place du projet. Cette collaboration permettra entre autre de répliquer l'expérience des clubs d'observance déjà expérimentés par Walé au sein de son centre de traitement dans les centres de traitement publics.

D'autres associations ou entités pourront être sollicitées pour la réalisation d'activités relevant d'un champ de compétences très spécifiques, d'un lien particulier avec certaines populations clés ou pour l'élaboration des messages de communication.

Enfin, les autorités sanitaires régionales seront pleinement impliquées dans la mise en place du projet : les cadres de concertations des acteurs de l'éducation pour la santé de la région de Ségou seront organisées sous leur autorité et toutes les missions de supervision régionales seront organisées avec eux.

### **3.2.3 - Définition d'un cadre logique**

Nous avons utilisé la matrice du cadre logique pour organiser le projet. On trouvera en annexe le cadre logique du projet.

### **3.2.4 - Identification et budgétisation des activités**

Les trois résultats attendus ont été déclinés en activités, qui ont ensuite été discutées / négociées avec les autorités régionales, les partenaires et le bailleur de fonds potentiels, puis budgétisées :

Pour le résultat attendu 1 : Améliorer l'accès au dépistage et au traitement dans la région de Ségou

- Réaliser et diffuser une série de reportages et d'émissions radio couvrant notamment les cercles de Ségou ville et de Macina : productions de programmes sur la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), le dépistage, le traitement et la discrimination. Un contrat sera passé avec l'URTEL pour l'élaboration et la diffusion de reportages, émissions et jeux radiophoniques. Des articles seront écrits dans les 4 principaux journaux de Ségou. La mise en œuvre sera assurée par Solthis.
- Diffuser d'affiches et de dépliants sur les lieux d'accès au dépistage et au traitement (450 affiches, 1000 dépliants). La mise en œuvre sera assurée par Solthis.

- Réaliser des interventions ciblées sur des groupes spécifiques / populations clés (Professionnelles du Sexe, saisonniers, militaires, guides touristiques, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes), avec l'aide des films de « Dire la Science », en bambara. Les interventions auprès des saisonniers, militaires et guides touristiques seront confiées à Walé. Celles qui concernent les professionnelles du sexe seront menées avec l'appui de l'ONG malienne spécialisée Soutoura. De même, Alphalog sera impliqué sur l'intervention auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Solthis coordonnera l'ensemble des interventions.
- Former des médecins des CScoms appuyés par Intervida, responsabilisés pour les visites médicales des élèves des 74 écoles, sur le VIH-Sida et sur ses signes d'appels, ainsi que sur le dépistage. La mise en œuvre sera assurée par Walé.
- Réaliser une série de dépistage en stratégie mobile pour les populations éloignées des centres de dépistage. La mise en œuvre sera assurée par Walé.

Pour le résultat attendu 2 : Réduire la discrimination et la stigmatisation à l'égard des patients séropositifs au sein des centres de soins

- Mandater une association de recherche pour réaliser une étude de socio-anthropologie sur le niveau de discrimination au sein des sites de prise en charge de Ségou et de Bamako (consentement éclairé pour le dépistage, confidentialité, non-discrimination, accès aux soins)
- Organiser une mission d'appui technique de l'ONG SongeS (ONG belge basée à Niamey) : formation et accompagnement de Solthis pour la réalisation des diagnostics participatifs sur la discrimination dans les centres de santé.
- Elaborer un référentiel d'auto-évaluation de la discrimination au sein des sites de prise en charge
- Organiser un atelier de validation de ce référentiel avec des personnes ressources à Bamako (avec des représentants de Ségou).
- Réaliser un diagnostic participatif dans chacun des 12 principaux sites de prise en charge, avec l'implication des PVVIH - avec élaboration d'un plan d'action dans chaque site. La mise en œuvre sera assurée par Solthis.
- Instaurer et soutenir les clubs d'observance (groupes de paroles pour les patients séropositifs) au niveau des trois principaux sites de prise en charge de Ségou : Walé, Hôpital Régional et Csref. La mise en œuvre sera assurée par Solthis

Pour le résultat attendu 3 : Créer une dynamique de changement de comportement à l'égard des personnes infectées par le VIH/Sida dans la communauté

- Former des leaders sur l'accès au traitement (religieux, politiques, PVVIH, chefs traditionnels, associations de femmes et journalistes) – avec élaboration d'un petit plan d'action pour chaque groupe– avec une personne ressource de Bamako à chaque fois. La mise en œuvre sera assurée par Solthis.
- Créer un cadre de concertation des acteurs impliqués dans les activités de Communication pour un Changement de Comportement en Santé dans la région ; organisation d'une réunion tous les semestres, présidé par le Secrétariat Exécutif régional du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida (SER/HCNLS) et la Direction Régionale de la Santé (DRS). La mise en œuvre sera assurée par Solthis.
- Former des enseignants de l'ensemble des écoles appuyées par Intervida à Ségou ville (39 écoles) et Macina ville (4 écoles) et organiser une journée de sensibilisation dans chaque école pour les élèves de 5eme et de 6eme année. La mise en œuvre sera assurée par Walé.
- Organiser des missions semestrielles de supervision avec les autorités régionales (DRS et SE-HCNLS).

- Organiser des comités thérapeutiques régionaux semestriels, regroupant l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge du VIH-Sida. La mise en œuvre sera assurée par Solthis.

### **3.3 - Implication des autorités sanitaires**

La phase de réflexion et d'élaboration de ce projet a pleinement associé les autorités sanitaires, qu'il s'agisse des autorités du niveau central (Bamako), ou de celles du niveau régional (Ségou).

#### **3.3.1 - Implication des autorités au niveau national**

Précisons au préalable que ce projet s'intègre dans le Cadre Stratégique National de lutte contre le sida 2006-2010(14). Le cadre stratégique 2011-2015 étant en cours d'élaboration, le CSN 2006-2010 reste d'actualité.

Ainsi, le premier axe stratégique du CSN, qui tend à « promouvoir un environnement favorable à la lutte contre le sida », évoque l'Information, l'éducation et la communication comme stratégie porteuse « pour favoriser la compréhension et l'appropriation du vrai visage de la maladie, de ses effets et impacts, au niveau international, national et local ». Le document indique notamment de mettre en place des « *projets et actions d'IEC pour des groupes spécifiques et ce, à tous les niveaux (national, local et communautaire), notamment les politiques, les hommes, les femmes, les jeunes, la famille, les décideurs politiques, les personnes, structures et organisations influentes, les élus et chefs traditionnels, les religieux, les associations de PVVIH, les personnes particulièrement à risque* »

Par ailleurs, le deuxième axe stratégique qui tend à réduire les risques et vulnérabilités liées à l'épidémie, considère comme une action politique essentielle de « *faire en sorte que les droits humains des populations vulnérables soient soutenus, protégés et respectés, et que des mesures soient prises pour éliminer la discrimination et la stigmatisation liées au VIH/Sida* ».

La lutte contre le Sida au Mali est coordonnée par un Secrétariat Exécutif du Haut Conseil de Lutte contre le sida, organe multisectoriel et directement rattaché à la Présidence de la république. Nous avons beaucoup échangé avec les membres de cette équipe lors de l'élaboration de ce projet. Le bilan des activités d'éducation pour la santé les intéressait tout particulièrement et ils se sont montrés très coopératifs, nous mettant en relation avec certains acteurs clés, ou nous transmettant des exemples d'affiches, d'outils utilisés à l'échelon national.

Notre deuxième interlocuteur a été la cellule Sida du Ministère de la santé, qui a notamment participé à l'élaboration des termes de référence de l'étude d'anthropologie et avec qui nous avons co-organisé la restitution de cette étude. Leur centre de documentation a été une véritable mine d'information pour nous.

D'autres directions du Ministère de la santé ont été impliquées également, notamment Le Centre National d'Information, d'Education et de Communication en Santé (CNIECS). Sa mission est de mettre en œuvre des programmes d'information, d'éducation et de communication en vue d'une mobilisation sociale effective des populations autour des questions prioritaires de santé publique. Il coordonne et appuie la production ainsi que le service du matériel IEC dans le domaine sanitaire.

Il est important de préciser ici que trois documents normatifs(46-48). ont été produits par les autorités nationales, afin d'encadrer les messages de santé au Mali

- Guide des messages de santé, Ministère de la santé, 2006
- Guide des messages VIH, Cellule sectorielle sida de lutte contre le Sida (CSLS) du Ministère de la santé, 2010
- Stratégie nationale de communication en matière de VIH, SE/HCNLS, 2008.

Il nous a semblé lors de la phase diagnostique que ces documents étaient très peu diffusés / connus. Il est vrai que son fonds documentaire est assez pauvre, et qu'il ne nous a pas toujours semblé être un interlocuteur motivé et dynamique.

Rares sont les structures intervenant en CCC qui élaborent elles-mêmes leurs messages et outils : la majorité utilisent (parfois sans autorisation explicite de la part de ceux qui les ont créés) des modules de formation déjà existants, ou des outils (boîtes à images, etc.) qu'ils ont trouvé bien conçus. Il a été convenu avec les autorités, et plus particulièrement le CNIECS, qu'ils seraient associés à l'élaboration de l'ensemble des outils créés dans le cadre de ce projet.

### **3.3.2 - Implication des autorités régionales**

Au niveau de la région de Ségou, nos interlocuteurs au niveau institutionnel ont été le Secrétariat Exécutif Régional du Haut conseil de Lutte contre le Sida (SER-HCNLS) et la Direction Régionale de la Santé.

Nos relations avec ces deux institutions sont très bonnes, et la présence de Solthis à Ségou depuis huit ans nous a permis de très bien connaître ces deux partenaires. Le bureau de Solthis à Ségou est d'ailleurs situé au sein même de l'enceinte de la Direction Régionale de la santé. Ils ont été tous deux intégrés à la réflexion au cours de l'élaboration du projet et il est prévu qu'ils soient impliqués de plusieurs façons dans la mise en œuvre du projet :

- Les réunions du cadre de concertation des acteurs de l'éducation pour la santé œuvrant au niveau régional auront lieu à la DRS et sous l'égide du Directeur Régional de la santé. L'absence de cadre de concertation pour harmoniser les outils / approches jusqu'alors était vraiment ressorti comme un besoin par le Directeur régional de la santé et le projet permettra de pallier ce problème.
- Des missions conjointes seront organisées tous les trimestres sur le terrain, avec ces deux entités.
- Ils introduiront le processus de diagnostics participatifs dans les centres de santé, ce qui donnera au processus une légitimité et une assise plus importante
- Ils participeront aux ateliers de validation de l'ensemble des outils élaborés dans le cadre de programme
- Un agent de la DRS devrait être nommé « point focal » de notre programme afin d'être associé régulièrement aux activités / réunions, etc.

Ces deux entités régionales ont soutenu le projet par des lettres officielles de soutien, qui ont été jointes à la demande de financement.

## **3.4 - Recherche d'un bailleur de fonds**

### **3.4.1 - Démarches**

Conformément à la méthode explicitée plus haut, nous avons rencontré quelques bailleurs de fond potentiels, notamment la coopération canadienne et l'UNICEF, parallèlement à la finalisation du projet.

Nous pensions que cette recherche serait difficile dans la mesure où, avec l'avènement du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, les guichets de financements des coopérations bilatérales ou des fondations sont de moins en moins nombreuses pour les porteurs de projet liés au VIH, en dehors de ces gros financements, ciblés sur 5 ans et inaccessibles en dehors des phases de montage de projet.

Nous avons rencontré assez rapidement la Fondation Intervida, qui s'est montrée très enthousiaste, et la recherche d'un bailleur de fonds a finalement été très rapide.

### **3.4.2 - Identification d'un partenaire : la fondation Intervida**

La Fondation Intervida est une Organisation Non Gouvernementale pour le Développement, indépendante, apolitique et laïque, initiée en Espagne où elle s'est constituée en Association le 23 Juin 1993.

La Fondation Intervida Mali est un élément d'une organisation qui dispose d'antennes dans les pays du Nord pour la captation de fonds (France, Italie, Espagne, Etats Unis et Japon) et d'antennes dans les pays du Sud pour la mise en œuvre de projets de développement durable (Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Pérou, Equateur, Bolivie, Inde, Bangladesh, Philippines et Mali).

Actuellement, les fonds de la Fondation INTERVIDA Mali proviennent principalement du parrainage d'enfants.

La Fondation Intervida Mali intervient spécifiquement au Mali dans la région de Ségou et intervient dans les domaines suivants : éducation, santé, culture, production (développement économique et sécurité alimentaire), organisation communautaire. Elle appuie 55 écoles et 9 CSCOMS des cercles de Ségou et de Macina.

Lorsque nous les avons rencontrés, ils nous ont expliqué, ils nous ont expliqué qu'ils cherchaient justement à travailler sur le VIH/Sida et que, sans expérience ni compétence dans ce domaine, ils étaient très intéressés par un partenariat avec une association comme la nôtre.

Il leur était par ailleurs possible de financer le projet, grâce à des budgets annuels (mais renouvelables plusieurs fois), et à la condition que Solthis cofinance une partie du budget (et Solthis a accepté ce principe).

### **3.4.3 -Soumission d'un projet**

Le projet a été entièrement écrit en respectant le canevas d'Intervida. On le trouvera ci-joint. Son budget pour une année s'élève à 96 216 euros (dont 32,6% sont assurés par Solthis).

### ***3.5 -Mise en place éventuelle des activités***

Le projet a été soumis mais la situation sécuritaire au Mali (coup d'Etat du 22 mars, occupation des trois régions du nord du pays) a mis en « stand by » la réponse de la fondation Intervida, qui a demandé à Solthis (après la fin du présent stage), de le reprendre sur une période de 6 mois. En effet, et du fait de l'instabilité du pays, le conseil d'administration d'Intervida n'avait pas de visibilité suffisante sur la poursuite de leur implication au Mali pour accepter de s'engager au-delà de 6 mois. Le principe d'un projet sur plusieurs années restent acquis, mais pour le moment, la Fondation Intervida ne pas officialisé son appui pour plus de 6 mois. A moment de l'élaboration de ce mémoire, Solthis n'a toujours pas de réponse officielle (y compris pour cette première phase de 6 mois).

Aucune activité n'a été mise en place pour le moment.

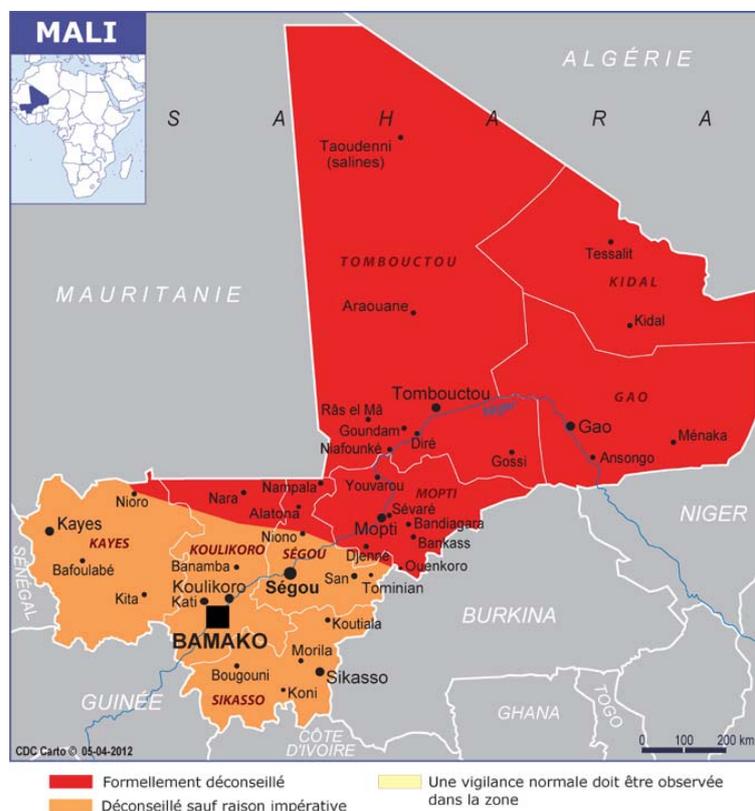
## 4 -Discussion

### 4.1 -Impact des problèmes sécuritaires sur la mission

Suite à un certain nombre d'évènements survenus au Mali, les mesures de sécurité de Solthis ont dû être progressivement renforcées, jusqu'au rapatriement d'une partie de l'équipe expatriée (dont moi-même), en Avril 2012.

- Enlèvement de ressortissants européens au Mali (deux ressortissants français enlevés dans un hôtel à Hombori, dans le nord du pays, le 24 novembre 2011, trois européens enlevés et un tué, à Tombouctou, le 25 novembre.
- Coup d'Etat le 22 mars 2012, renversant le Président Amadou Toumani Touré et mettant à la tête de l'Etat une junte militaire, menée par le commandant Sanogo. Malgré la nomination d'un Président par Intérim, Diacounda Traoré, la situation institutionnelle reste depuis ce moment très instable
- Occupation des trois régions nord (Tombouctou, Gao, Kidal) par des groupes revendiquant l'autonomie de la zone de l'Azawagh (MNLA, Mouvement National de Libération de l'Azawagh) et par différents groupes islamistes radicaux réclamant l'instauration de la charia dans l'ensemble du pays : Ansar Dine, MUJAO, AQMI.

Le Ministère des Affaires Etrangères Français a revu la carte sécurité du Mali : aucun endroit du Mali n'est plus considéré comme sûr, y compris Bamako (il n'y a plus aucune zone verte sur la carte).



Carte sécurité du Ministère français des affaires étrangères / avril 2012

Ces évènements ont eu un impact sur nos activités, du fait notamment des déplacements restreints de notre équipe de coordination en région. Si mon collègue malien a pu se rendre

dans les différents cercles de la région de Ségou, cela n'a pas pu être mon cas.

Plusieurs alertes sécurité ont été lancées par les ambassades américaines et françaises dans l'année, qui ont donné lieu à des mesures spécifiques ad hoc de sécurité pour l'équipe Solthis.

La France a demandé au mois d'Avril le départ des « français non essentiels » et Solthis a décidé que le Mali n'était plus considéré comme un pays « famille ». Je suis donc rentrée en France, et j'ai terminé ce stage en France (en travaillant à distance avec mon collègue Dramane Keita). Dans la mesure où cette phase du stage consistait en un travail d'écriture, cela n'a pas posé de problème particulier.

Enfin, le contexte sécuritaire a un impact sur l'obtention du financement du projet, qui a été décalé jusqu'alors.

## ***4.2 - Difficultés liées à l'évaluation de l'impact des programmes d'éducation pour la santé***

La deuxième (et non des moindres) difficultés que nous avons rencontrées est celle de la mise en place d'un système d'évaluation de nos activités de promotion de la santé : comment mesurer cet impact ? Au bout de combien de temps peut-on mesurer cet impact ? Avec quels indicateurs suffisamment sensibles et spécifiques ?

Nous avons été étonnées, pendant la phase diagnostique, de la faible évaluation des résultats obtenus par les autres partenaires, en matière de promotion de la santé. La majorité des projets avaient mis en place des indicateurs d'activités (« nombre de personnes touchées lors des causeries » par exemple), mais il était très difficile d'évaluer l'efficacité réelle de toutes ces actions.

Indépendamment du choix des indicateurs, se posaient la question de la fiabilité des données communiquées par le gouvernement, en matière de dépistage et de prise en charge. La pression exercée par les bailleurs de fonds est telle que le Ministère de la Santé a tendance à multiplier le nombre et la fréquence des indicateurs.

Dans les sites, le personnel de santé ne comprend pas toujours le sens exact et l'intérêt de ces indicateurs, souvent remplis hâtivement, comme une formalité obligatoire et les données manquent souvent de fiabilité. Cette difficulté est particulièrement importante pour nous, qui ne travaillons qu'en appui au système de santé existant et qui n'avons pas de marge de manœuvre sur l'ensemble de la chaîne du suivi-évaluation.

Pour contourner cette difficulté, nous avons notamment pensé à la réalisation d'une évaluation externe et d'une nouvelle enquête de socio-anthropologie, au bout de 3 années de projet, en comparaison avec celle qui a été réalisée dans la phase d'analyse situationnelle, sur les freins au dépistage et à la prise en charge dans la région de Ségou.

### ***4.3 -Réflexions sur la lutte contre la discrimination au sein des services de santé***

L'un des plus importants sujets de réflexion de cette mission a porté sur le volet de la lutte contre la discrimination en milieu de soin.

Notre présence dans les sites de prise en charge de la région de Ségou nous a permis d'évaluer les conditions réelles de prise en charge des patients séropositifs et le non-respect des trois principes clés de la prise en charge

- Le consentement éclairé
- la Confidentialité
- la Non-discrimination et devoir de soigner

Combien des fois n'avons-nous assisté à des dépistages effectués à l'insu du patient, à des consultations qui relevaient plus du blâme que de l'éducation thérapeutique aux patients non observants, à des gestes de précautions inutiles et discriminants pour les patients, ou encore à un non-respect de l'anonymat des patients séropositifs suivis ?

Notre positionnement en renforcement des compétences du personnel soignant ne nous permettait pas toujours d'intervenir sur ces aspects sans endosser un rôle de « donneur de leçon ». Conscient de l'importance de faire prendre conscience au personnel soignant de l'importance de respecter ces principes, nous avons beaucoup réfléchi à la manière grâce à laquelle nous allions aborder cette question.

Nous avons finalement opté pour une technique participative d'auto-évaluation de la discrimination par les équipes de soins de chaque site, dont je voudrais présenter rapidement des différentes phases ici :

- Phase 1 : Etude socio-anthropologique sur la discrimination dans les sites de prise en charge

Cette étude permettra d'évaluer la présence de la discrimination dans les sites de prise en charge du VIH/Sida (par exemple tests sans consentement, non-respect de la confidentialité, refus d'accès à certains soins) et ses causes (méconnaissance, peur de la transmission, jugement de valeur, méconnaissance d'une loi spécifique sur le VIH au Mali, qui prévoit des sanctions en cas de non-respect des droits des patients). Cette étude se basera sur des entretiens et phases d'observation au sein des centres de prise en charge du VIH.

- Phase II : Elaboration d'un référentiel sur la discrimination dans les sites de prise en charge

Un référentiel répertoriant l'ensemble des éléments discriminants dans les sites de prise en charge sera élaboré. Il servira de grille d'évaluation pour mesurer le niveau de discrimination dans les sites et attirer l'attention des personnels soignants sur la bonne conduite à tenir face à une personne vivant avec le VIH.

- Phase III : Atelier de validation référentiel discrimination dans les sites de prise en charge

Cet atelier réunira les parties prenantes et les autorités nationales et régionales de Ségou afin d'adopter officiellement le référentiel pour lui donner force de droit dans les sites de prise en charge et permettre qu'il soit à terme utilisé lors des missions de supervisions sur site par les autorités régionales (après la phase d'autodiagnostic). La validation par le niveau central permettra de mobiliser les autorités nationales sur les actions menées à Ségou, et sur la thématique de la discrimination. Bien sûr, les autorités et personnes ressources de Ségou seront invitées à participer à cette validation.

- Phase IV : Diagnostic participatif dans les sites de prise en charge sur la discrimination

Sur la base du référentiel et à partir de méthodes professionnelles de diagnostic participatif (nous ferons appel à l'appui technique de l'ONG belge spécialisée SongES, avec laquelle Solthis a déjà travaillé), les équipes de soins des 12 sites de prise en charge de la région seront invitées à réfléchir sur la discrimination existante au sein de leur struc-

ture. Ces diagnostics se feront sous forme d'atelier d'une journée, facilités par l'équipe Solthis. Ils pourront ensuite élaborer des recommandations afin d'améliorer les pratiques discriminantes. A la fin du projet, un point sera fait sur les progrès effectués en matière de discrimination dans le site, sur la base des objectifs fixés par l'équipe de soins elle-même.

- Phase V- Mettre en place et soutenir des clubs d'observance dans les sites de prise en charge

Etant donné l'environnement négatif qui règne autour de la maladie, il est très difficile pour les PvVIH de confier à leur entourage leur statut séropositif et de pouvoir parler de la maladie. Par ailleurs, le traitement ARV nécessite un suivi rigoureux par le patient pour être efficace. Le bien-être du patient participe ainsi directement à la bonne prise du traitement. Les clubs d'observance consistent ainsi à proposer des groupes de paroles aux patients séropositifs afin qu'ils puissent dialoguer ensemble sur les questions liées à la maladie (discrimination, prise du traitement, sexualité...) et sortir de leur isolement. Ces clubs seront proposés à l'ensemble des patients suivis sous ARV des trois principaux sites de Ségou : Walé, l'Hôpital Régional et le Csref et se tiendront une fois par mois dans chaque site, autour d'un repas de convivialité. Ils seront co-animés par deux animateurs à même de renseigner les patients sur les cas médicaux, mais également d'apporter une aide pour gérer les cas de discrimination rapportés, en mandatant un médiateur par exemple. Pour favoriser la participation à ces clubs, les participants les plus nécessiteux seront dédommagés de leur frais de transport.

#### ***4.4 -Le partenariat avec la Fondation Intervida : négociations et concessions***

Il ressort du partenariat Solthis / Intervida un certain nombre de points qui sont, nous semble-t-il, assez illustratif de la « classique » relation entre une ONG cherchant des financements, et un bailleur de fonds, ayant son propre agenda, son propre cadre d'intervention.

Quelques exemples des négociations / concessions montrent ce caractère « déséquilibré » de la relation.

- La fondation Intervida a influé sur le contenu du projet que nous voulions leur soumettre : nous n'avions par exemple pas prévu d'intervenir dans le milieu scolaire et d'inclure dans le programme des activités de sensibilisation des élèves. Intervida fonctionne sur la base du parrainage des enfants, et ils ont posé comme condition sine qua non une intervention sur ce public particulier. Dans un premier temps, nous leur avons expliqué qu'ils ne faisaient pas partie de la cible (le dépistage en milieu scolaire n'est pas possible, tant que les élèves ne sont pas majeurs) et que la sensibilisation des élèves n'allait pas directement influencer la couverture des besoins en traitement ARV, en tant cas à court ou moyen terme. Comprenant que leur financement était basé sur la base du parrainage et que les enfants devaient être une cible transversale de tous leurs projets, nous avons accepté de revoir le contenu du projet, de rajouter des formations d'enseignants et des séances de sensibilisation des élèves.
- Alors qu'un projet de promotion de la santé comme le nôtre n'a de sens que sur plusieurs années, nous avons été obligé, du fait des procédures d'Intervida, de scinder ce projet par année, afin qu'il puisse être accepté. Si Intervida a accepté le principe d'une intervention sur 3 ans, nous avons dû respecter cette modalité concrète sans avoir d'engagement officiel de leur part sur un financement de trois années
- Solthis a accepté de cofinancer le projet, condition sine qua non à l'obtention du financement. Dans les faits, Solthis a surtout valorisé la mise à disposition de son personnel, de ses infrastructures et de ses moyens logistiques pour attendre un co-financement supérieur à 30% du financement.

## **Index des illustrations**

Illustration I – carte du Mali.....	7
Illustration II – carte de la région de Ségou.....	9
Illustration III – canevas de cadre logique.....	18
Illustration IV – exemples d’affiches de lutte contre le sida.....	20

## Bibliographie

- (1) Towards Universal Access – Progress report 2010, WHO, UNAIDS, UNICEF, 2011.
- (2) La riposte mondiale au VIH/Sida, rapport de situation 2011, OMS
- (3) Adherence and retention in HIV Care in resource-limited settings, *Hatip*, issue 176, 12 avril 2011.
- (4) Aide mémoire Afrique Subsaharienne ONUSIDA, 2010.
- (5) Rapport CSLS / MS, année 2011
- (6) Enquête de Démographie et de Santé du Mali, 2006.
- (7) Principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH, ONUSIDA, 2010.
- (8) Guide de Terminologie, ONUSIDA, 2011.
- (9) Escot F, Freins au dépistage et au traitement dans la région de Ségou, *Miseli*, mars 2012.
- (10) "Le sida et l'armée", Onusida, collection "Meilleures pratiques", 1998.
- (11) Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People, ONUSIDA, 2009.
- (12) Etude de séro-prévalence auprès de la population homosexuelle à Bamako, Arcad sida / CSLS, 2007.
- (13) Le VIH et le commerce du sexe, Note d'orientation de l'ONUSIDA, avril 2009.
- (14) Cadre stratégique National de lutte contre le sida, 2006-2010, SE-HCNLS, Mali.
- (15) Se former et former en promotion de la santé, *La santé de l'homme* N°416, nov-dec. 2011.
- (16) Agir sur les comportements face au VIH/SIDA, COMMENT CONCEVOIR, FORMULER ET ÉVALUER UN PROJET ?, SongES/Médecins Sans Frontières, Bruxelles (Belgique), Mai 2002.
- (17) Education pour la santé : cadre de référence, Guide pratique pour les projets de santé, MDM, juin 2010.
- (18) Rencontrer les besoins des programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA: la collecte de données sur les comportements, FHI/ONUSIDA, Genève (Suisse), mai 2000.
- (19) Comment conduire des pré-tests efficaces ?, FHI (AIDSCAP), Arlington (USA), 1996.
- (20) S. Broussouloux, N Houzelle-Marchal, Education pour la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet, in *Dossier Varia INPES*, Octobre 2006.
- (21) Deschamps J.-P. La promotion de la santé. In : Bourdillon F. (dir.) *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2009 : 88-93.
- (22) Enquête Intégrée sur la Prévalence des IST/VIH et les comportements auprès de groupes spéciaux (ISBS), CSLS/MS, CDC Atlanta, 2008.
- (23) Rapport National UNGASS 2010, SE-HCNLS, mars 2010.
- (24) Commerce du sexe et VIH/SIDA, ONUSIDA, mars 2003.
- (25) Maystre Agustoni G, Populations particulières et prévention du VIH-Sida, les travailleurs du sexe : revue de la littérature, *Raison de santé* N°98, Lausanne 2004.

- (26) Sarin R, "Une nouvelle menace contre la sécurité : le sida dans les armées", *L'état de la planète*, 2003, 8, 1-9
- (27) Milleliri JM, Le sida transforme le paysage des conflits armés en Afrique, *Transcriptase* N°110, septembre 2003.
- (28) Lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, quelles réponses des acteurs de l'industrie du tourisme ? Un guide des bonnes pratiques. GBC, Coalition Mondiale des entreprises.
- (29) Lévy J, Laporte S et El Feki M, Tourisme et sexualité en Tunisie, Note de recherche, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 25, n° 2, 2001 : 61-68
- (30) Remy G, « Mobilité des personnes et diffusion du sida en Afrique de l'Ouest », *L'Espace géographique*, 3/2002 (tome 31), p. 253-263.
- (31) Mobilité des populations et SIDA, ONUSIDA, avril 2001.
- (32) Broqua C, La socialisation du désir homosexuel masculin à Bamako, *Civilisations*, 2010, Vol. 59, no1.
- (33) Broqua C, Compositions silencieuses avec les normes sexuelles à Bamako, *Terroirs : revue africaine de sciences sociales et de philosophie*, numéro « L'homosexualité est bonne à penser », 2007, n° 1-2, p. 33-47.
- (34) Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People, ONUSIDA, 2009.
- (35) "Stigmatisation, discrimination : que peut-on attendre d'une approche culturelle ? », in VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination: une approche anthropologique, pp. 1-10. Études et rapports, série spéciale n°20, Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel, UNESCO 2003.
- (36) Vidal L, Salut et sida (Commentaire). In: *Sciences sociales et santé*. Volume 22, n°2, 2004. pp. 61-71.
- (37) Comprendre et lutter contre la stigmatisation du VIH, Guide pour l'action, Alliance, 2007.
- (38) Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH : Etudes de cas des interventions réussies, 2005.
- (39) 26ème réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA - Genève, Suisse, 22-24 juin 2010, Principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH.
- (40) ONUSIDA, Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH : Etudes de cas des interventions réussies, 2005, [consulté le 12/07/2012] accessible en ligne [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_fr.pdf).
- (41) ONUSIDA, Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH – un élément essentiel des programmes nationaux de lutte contre le sida. Document à l'intention des parties prenantes nationales engagées dans la riposte au VIH, 2007.
- (42) ONUSIDA, Réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : une partie critique des programmes nationaux relatifs au sida, 2007, [consulté le 02/04/2012] accessible en ligne, [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521\\_stigmatisation\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_fr.pdf)
- (43) ONUSIDA, Le principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH, 2010, [consulté le 23/03/2012], accessible en ligne, [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/20100528\\_non\\_discrimination\\_in\\_hiv\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2010/20100528_non_discrimination_in_hiv_fr.pdf)
- (44) Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K, Combating HIV stigma in health care settings: what works?, *Journal of the International AIDS Society* 2009, 12:15.
- (45) Tolu Feyissa G, Abebe L, Girma E, and Woldie M, Validation of an HIV-related stigma scale among health care providers in a resource-poor Ethiopian setting, *J Multidiscip Healthc*. 2012; 5: 97–113.
- (46) Guide des messages de santé, Ministère de la santé, 2006.

- (47) Guide des messages VIH, Cellule sectorielle sida de lutte contre le Sida (CSLS) du Ministère de la santé, 2010.
- (48) Stratégie nationale de communication en matière de VIH, SE/HCNLS, 2008.

## ANNEXE I

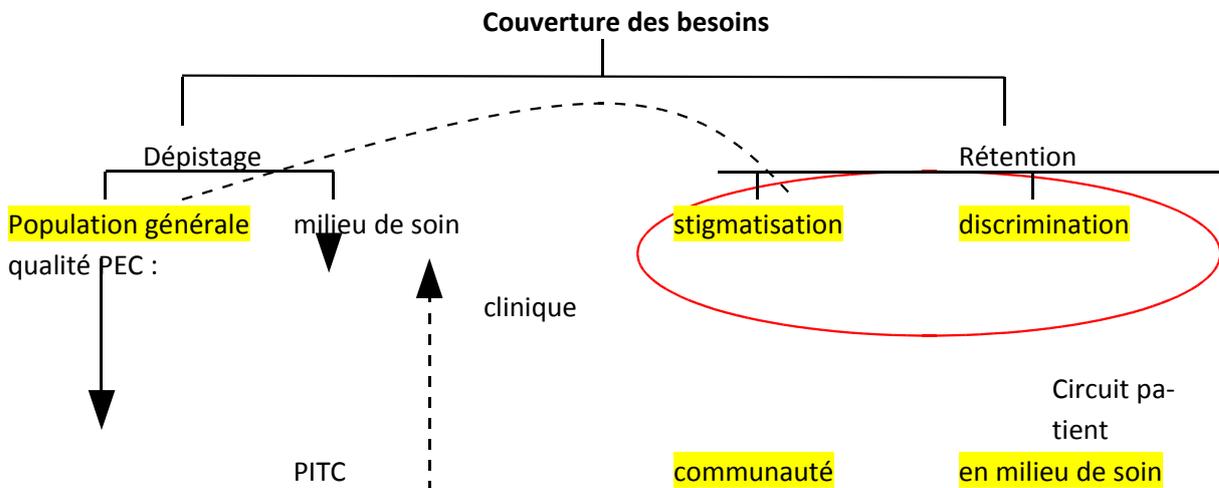
### 1. Arbre à problème

Volet éducation pour la santé / Solthis pour intervida

Amélioration de la couverture de la prise en charge VIH dans la région de Ségou : arbre à problème

Le taux de couverture des besoins en traitement antirétroviraux est relativement faible, atteignant environ 32% des besoins (environ 1800 patients suivis sous traitement dans la région / 5 600 patients ayant besoin d'un traitement<sup>1</sup>), alors que les centres de prise en charge sont aujourd'hui suffisamment solides pour accueillir un nombre plus important de patients.

Si l'on considère que le problème central est celui de la faible couverture des besoins en matière de traitement antirétroviral, on peut poser l'arbre à problème suivant.



- info dépistage, accès traitement
- dépistage des hommes/femmes enceintes
- stigmatisation

Les deux principaux déterminants de la couverture des besoins en matière de prise en charge de l'infection à VIH sont

<sup>1</sup> Dans la région de Ségou, la prévalence du VIH est estimée à 1,3% dans la population générale adulte (2.170.821 habitants), ce qui représente, à la louche, plus de 14 000 personnes séropositives x 40% ayant besoin d'un traitement= 5 600 personnes

- l'inclusion de nouveaux patients (le dépistage)

La faiblesse du dépistage est liée à la fois à la faiblesse du dépistage volontaire dans la population, et au personnel de soins, qui ne le propose pas suffisamment souvent aux patients (le « PITC », ou Provider Initiated Testing and Counseling PVVIH, est le dépistage à l'initiative des soignants, au moins pour les patients tuberculeux, malnutris, hospitalisés ou les femmes enceintes).

- le fait que les patients restent dans la file active des patients sous traitement une fois qu'ils ont été dépistés (la rétention).

La faiblesse de la rétention est liée aux questions de discrimination, de stigmatisation et à la qualité des soins (compétences du personnel, accessibilité des examens de laboratoire et aux médicaments, etc.).

Par le biais de ses activités d'accompagnement aux sites de prise en charge, Solthis intervient déjà sur la mise en place du dépistage à l'initiative des soignants, et sur la qualité des soins. Nous proposons donc de travailler ici sur tous les aspects soulignés en jaune, sur lesquels nous n'intervenons pas jusqu'alors.

# 1.Cadre logique

	Description	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses / Facteurs Externes
<b>Objectif Général</b>	Contribuer à améliorer la qualité de vie et réduire la mortalité et la morbidité des personnes vivant avec le VIH dans la région de Ségou		▪	
<b>Objectif(s) Spécifique(s)</b>	Améliorer l'accès à la prise en charge et le maintien dans le circuit de soin pour les personnes vivant avec le VIH dans les cercles de Ségou et Macina	1. Couverture des besoins 2. Nombre de personnes suivies sous traitement	1. Rapport de la DRS 2. Rapport de la DRS	Dépistage et prise en charge opérationnelle (ie. Disponibilité des financements, des intrants et des ressources humaines nécessaires au dépistage et à la prise en charge)
<b>RÉSULTAT 1</b>	Améliorer l'accès au dépistage et au traitement dans la région de Ségou	3. Nombre de tests de dépistage réalisés (incluant la PTME) 4. Nombre de personnes initiées sous traitement ARV en 2012 5. Nombre de personnes touchées par les messages diffusés dans les médias 6. Nombre de personnes dépistées par stratégie mobile 7. Nombre de personnes des populations à risque touchées 8. Nombre de médecins des CSCom formés 9. Nombre de personnes référés pour le dépistage par les médecins des CSCom formés	3. Rapport de la DRS 4. Rapport de la DRS 5. Rapport d'activité 6. Rapport d'activité 7. Rapport d'activité 8. Rapport d'activité 9. Rapport d'activité	Dépistage et prise en charge opérationnelle (ie. Disponibilité des financements, des intrants et des ressources humaines nécessaires au dépistage et à la prise en charge)
<b>RÉSULTAT 2</b>	Réduire la discrimination et la stigmatisation à l'égard des patients séropositifs au sein des centres de soins	10. Nombre de notifications de cas de stigmatisation et discrimination	10. Rapport des clubs d'observance 11. Rapport des clubs	- Adhésion du personnel de santé au diagnostic participatif

		<p>11. Nombre de personnes touchées par les clubs d'observance</p> <p>12. Existence de recommandations prises par les personnels de soins lors des diagnostics participatifs</p> <p>13. Amélioration du score d'évaluation du niveau de discrimination</p>	<p>d'observance et rapport d'activité</p> <p>12. Rapport du 1er diagnostic participatif</p> <p>13. Rapport du 2nd diagnostic participatif</p>	<p>- Volonté des patients de partager publiquement les situations de discrimination/stigmatisation</p>
<p><b>RÉSULTAT 3</b></p>	<p>Créer une dynamique de changement de comportement à l'égard des personnes infectées par le VIH/Sida dans la communauté</p>	<p>14. Existence d'une dynamique de changement favorable à l'égard des personnes infectées par le VIH/Sida dans la communauté</p> <p>15. Nombre de participants au cadre de concertation sur le CCC</p> <p>16. Nombre de leaders sensibilisés</p> <p>17. Nombre d'enseignants sensibilisés</p> <p>18. Nombre d'élèves ayant participé aux actions de sensibilisation dans les écoles</p>	<p>14. Rapport de supervisions semestrielles avec les autorités régionales et rapport de l'évaluation externe du projet</p> <p>15. Rapport d'activité</p> <p>16. Rapport d'activité</p> <p>17. Rapport d'activité</p> <p>18. Rapport d'activité</p>	<p>- Implication réelle des leaders et des enseignants</p> <p>- Volonté de collaboration des différents acteurs du CCC</p>

## 1. Projet déposé à Intervida

# Fundación **Intervida**

## SERVICE DE COOPÉRATION INTERNATIONALE

Titre du projet :

Education pour la Santé et l'accès aux soins VIH

Localisation géographique : Ville, région, pays

Région de Ségou, Mali

Entité qui présente le projet

Solthis

Entité locale responsable de l'exécution du projet

Solthis Mali

Quantité sollicitée à la fondation Intervida

42 540 830 Fcfa

64 853 €

Indiquer la monnaie locale (ML) qui a été utilisée pour élaborer le budget et sa valeur en Euros.

### INDEX

	<b>page</b>
<b>1. PRÉSENTATION et RÉSUMÉ DU PROJET</b>	<b>3</b>
<b>2. CONTEXTE, JUSTIFICATION et PERTINENCE</b>	<b>11</b>
<b>3. MATRICE DU CADRE LOGIQUE</b>	<b>19</b>
<b>4. CHRONOGRAMME DE L'EXÉCUTION</b>	<b>26</b>
<b>5. SUIVI ET ÉVALUATION</b>	<b>28</b>
<b>6. VIABILITÉ ET DURABILITÉ DU PROJET</b>	<b>30</b>



## PRÉSENTATION et RÉSUMÉ DU PROJET

### 1.1. Titre du projet

Education pour la santé et l'accès aux soins VIH

### 1.2. Localisation : Municipalité(s) / région(s) / pays / zone géographique.

Cercles de la région de Ségou, Mali, Afrique

### 1.3. Durée

Période pour laquelle le financement est demandé.....1 an

### 1.4. Résumé du projet Que voulez-vous faire ? (10 lignes maximum)

L'objectif du projet est d'améliorer l'accès à la prise en charge et le maintien dans le circuit de soin pour les personnes vivant avec le VIH dans la région de Ségou sur 12 mois.

Le projet repose sur 3 axes :

- Améliorer l'accès au dépistage et au traitement (médias, interventions ciblées auprès des populations les plus touchées par le VIH, formation des médecins à la reconnaissance des signes d'appel du VIH, séances de dépistage mobile).
- Réduire la stigmatisation au sein des centres de santé en travaillant sur cette thématique avec le personnel de santé et avec les patients.
- Créer une dynamique régionale de changement social, en formant les leaders d'opinion et les enseignants, et en réunissant l'ensemble des acteurs impliqués, équipe de prises en charge et milieu associatif.

### 1.5. Personne responsable de la direction du projet dans le pays et poste qu'elle occupe

Stéphanie TCHIOMBIANO, Chef de mission de Solthis au Mali

### 1.6. Financement du Budget

	Monnaie locale	€Euros	%
<b>Demandé à la Fund. Intervida</b>	<b>42540830 Fcfa</b>	<b>64853</b>	<b>67,4%</b>
<b>Autres contributions approuvées pour le financement du budget</b>			
<b>Apport extérieur public</b>			
<b>Apport extérieur privé</b>			
<b>Partenaire local</b>	<b>20 572 910 Fcfa</b>	<b>31 363</b>	<b>32,6%</b>
<b>Apport local public</b>			
<b>Apport local privé</b>			
<b>Montant total du projet</b>	<b>63 113 740 Fcfa</b>	<b>96 216</b>	<b>100,00</b>

Pour remplir le tableau de financement ci-dessus il faut prendre les données introduites dans le gabarit (modèle-type) du budget élaboré sous format Excel et qui complète le chapitre 7 de ce Formulaire.

### 1.7. À quels secteurs de travail le projet correspond-il?

**SANTÉ** Prévention et amélioration des conditions de santé, renforcement et accès aux systèmes publics.

Renforcement institutionnel et accès aux systèmes publics de santé

Santé des enfants de moins de 5 ans et stimulation précoce

Prévention en matière de santé et de nutrition

### 1.8. Données basiques de l'entité qui présente le projet (Seulement si elles diffèrent de celles de l'entité du point 1.9)

Nom légal	Solthis (Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida)
Numéro d'Identification Fiscale et registre	N° SIRET : 453 058 679 00037
Adresse postale et courrier électronique du bureau principal	SOLTHIS (siège) 58 A rue du Dessous des Berges 75013 Paris France contact@solthis.org caroline.gallais@solthis.org
Nom et Numéro d'Identification Fiscale du représentant légal	
Mission de l'entité	Faciliter l'accès à une prise en charge médicale de qualité pour les personnes touchées par le VIH/Sida dans les pays en développement.
Origine de l'entité (10 lignes maximum)	Créée en juillet 2003 par des Professeurs français investis dans la lutte contre le VIH/Sida, Solthis est une association de solidarité internationale qui vise à favoriser l'accès aux traitements antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les pays en développement par le renforcement des systèmes de santé nationaux. Solthis intervient en renforcement des capacités des acteurs locaux de la lutte contre le VIH/Sida : personnels de soins (médicaux et paramédicaux), laborantins, responsables du circuit pharmaceutique, responsables du recueil et du suivi des données médicales des patients, et responsables des organes de coordination.
Combien de personnes	Le personnel de l'association est composé de 100 personnes

<p>composent le personnel de l'entité et quelle est sa structure organisationnelle</p>	<p>(10 au siège en France et 90 sur le terrain répartis entre le Mali, la Guinée, la Sierra Leone, et le Niger)</p> <p>L'association possède trois niveaux d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les équipes de terrain qui sont structurées autour d'un chef de mission, d'un coordinateur médical et d'un administrateur/logisticien. Le chef de mission encadre le projet et interagit avec les institutions nationales et internationales engagées dans la lutte contre le VIH dans le pays. Le coordinateur médical est le représentant sur place de l'expertise médicale et scientifique de Solthis. Il renforce les capacités des professionnels de soins sur place en continu, avec l'appui des membres au siège. Selon les besoins, cette équipe de base peut être renforcée par des compétences locales spécifiques (médecins, sages femmes, pharmaciens, infirmières, etc.)</li> <li>- l'équipe du siège qui est composée d'un directeur général, un directeur médical, une directrice des opérations, un responsable système d'information sanitaire, une responsable formation, un responsable pharmacie, une chargée de relations bailleurs de fonds, une responsable des ressources humaines, une responsable de la communication, une responsable administratif et financier, et une assistante administrative et comptable.</li> <li>- un groupe de travail scientifique bénévole composé d'experts du VIH/Sida et du développement, qui alimente la réflexion sur les thématiques liées aux actions de Solthis</li> </ul> <p>L'association est dirigée par un CA de 12 membres (dont un bureau exécutif constitué des Professeurs Christine Katlama, Gilles Brücker, Brigitte Autran, fondateurs de l'association ).</p>
<p>Quelle est la dernière mémoire annuelle disponible? Joindre en copie dans l'annexe.</p>	<p>Rapport annuel 2010 Solthis (Annexe 1) (Le rapport d'activité 2011 sera disponible courant avril 2012)</p>
<p>Quel est le budget annuel (équivalence en €) de l'entité pour l'année en cours ?</p>	<p>Budget prévisionnel 2012 : 3 517 041 €</p>
<p>Quel était le budget réel (équivalence en €) exécuté lors des deux exercices antérieurs ?</p>	<p>- 2009 : 2 726 590 € - 2010 : 3 115 158 € - 2011 : 3 432 553 € (prévisionnel)</p>
<p>Réalisez-vous des audits annuels de vos comptes? Quel est le dernier disponible ? Joindre en copie dans l'annexe.</p>	<p>Oui, cet audit est réalisé par notre Commissaire aux comptes PricewaterhouseCoopers (PwC). Le dernier audit date de juin 2011 et porte sur les comptes de l'année 2010, il est disponible à l'annexe 2.</p>
<p>Citez le titre, le budget et</p>	<p>Les trois programmes les plus significatifs de Solthis pendant</p>

le financeur principal des trois projets les plus significatifs que vous ayez réalisés pendant les 5 dernières années.	<p>les 5 dernières années sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programme Solthis au Mali, 2 714 072€ sur 2005 - 2010. Financeurs principaux : Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme &amp; Fondation Bettencourt Schueller.</li> <li>- Programme Solthis au Niger, 3 017 000€ sur 2005 - 2010. Financeur principal : Fondation Bettencourt Schueller.</li> <li>- Programme Solthis en Guinée, 1 461 509€ sur 2008 – 2010. Financeurs principaux : Mairie de Paris &amp; Fondation Bettencourt Schueller.</li> </ul>
--	--

### 1.9. Données basiques de l'entité responsable de l'exécution du projet (partenaire local)

Nom légal	Solthis (Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le Sida)
Numéro d'Identification Fiscale et registre	N° SIRET : 453 058 679 00037
Adresse postale et courrier électronique du bureau principal	<p>SOLTHIS (Mali)          Korofina Nord          Rue 189, Porte 372          BP 3062, Bamako Mali          stephanie.tchiombiano@solthis.org</p>
Nom et Numéro d'Identification Fiscale du représentant légal	
Mission de l'entité	Favoriser l'accès à une prise en charge médicale de qualité pour les personnes vivant avec le VIH au Mali et plus particulièrement dans les régions de Ségou, Mopti et Bamako.
Origine de l'entité (10 lignes maximum)	<p>Solthis a signé un protocole d'accord avec le Ministère de la Santé du Mali en novembre 2003 dans le cadre de l'IMAARV (Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux) en tant que projet pilote de décentralisation pour favoriser l'accès à une prise en charge de qualité dans la région de Ségou, en appui aux acteurs nationaux et régionaux de la lutte contre le VIH/sida,</p> <p>Solthis intervient également à Mopti depuis 2010. La coordination de Solthis Mali est à Bamako depuis 2004 et.</p>
Combien de personnes composent le personnel de l'entité et quelle est sa structure organisationnelle	<p>L'équipe cadre de Solthis au Mali est composée de 9 personnes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une chef de mission à Bamako</li> <li>- deux médecins : un coordinateur médical (basé à Bamako mais se déplaçant à Ségou et Mopti) et un responsable médical à Mopti</li> <li>- une sage-femme à Mopti</li> <li>- un responsable « éducation pour la santé » à Ségou</li> <li>- un Responsable administratif et financier à Bamako et deux</li> </ul>

	<p>administrateurs basés à Bamako et Mopti. Un personnel complémentaire (10 gardiens, 4 femmes de ménages / cuisinières et 4 chauffeurs) complète cette équipe.</p>
<p>Quels sont les principales activités que votre entité mène à bien dans la zone?</p>	<p>Solthis intervient à Ségou en renforcement des compétences de l'ensemble des 11 sites de prise en charge globale, 10 sites de prise en charge pédiatrique et de 28 des 35 sites offrant de services de prévention de la mère à l'enfant (PTME) que compte la région de Ségou.</p> <p>De 2003 à fin 2011, les activités suivantes ont été menées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- renforcement des compétences des équipes médicales : formations, organisation de stages, et appui continu au sein des sites (<i>clinical mentoring</i>) pour le personnel des sites de PTME et des sites de prise en charge du VIH, et mise en réseau des médecins.</li> <li>- renforcement des plateaux techniques (laboratoires) : dotations d'équipement, formations, stages.</li> <li>- renforcement des approvisionnements en produits de santé liés au VIH : assistance technique auprès des responsables du niveau central (Pharmacie Populaire du Mali, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Secrétariat Exécutif du Haut Conseil National de Lutte contre le Sida HCNLS) et formations des pharmaciens et gestionnaires de pharmacie.</li> <li>- renforcement du système d'information sanitaire : appui au système de collectes des données VIH, formations à l'utilisation du logiciel de suivi médicalisé ESOPE.</li> <li>- appui à la recherche opérationnelle : appui à la rédaction d'abstracts, à l'élaboration de protocoles de recherche, etc.</li> <li>- appui aux organes de coordination (Direction Régionale de la Santé DRS, Secrétariat Exécutif Régional du HCNLS) : recommandations, appui à l'élaboration des documents normatifs, grilles de supervision, etc.</li> </ul> <p>Depuis fin 2011, Solthis a réduit ses activités d'appui à la prise en charge médicale au profit d'activités pour l'éducation à la santé.</p>
<p>Quelle est la dernière mémoire annuelle disponible? Joindre en copie dans l'annexe.</p>	<p>Rapport annuel 2010 Solthis Mali (inclus dans l'annexe 1, rapport d'activité 2010 Solthis)</p>
<p>Quel est le budget annuel (équivalence en €) de l'entité pour l'année en cours ?</p>	<p>Budget prévisionnel 2012 : 816 598 €</p>
<p>Quel était le budget réel (équivalence en €) exécuté lors des deux exercices antérieurs ?</p>	<p>- 2009 : 523 193 € - 2010 : 877 326 € - 2011 : 1 023 570 € (prévisionnel)</p>
<p>Réalisez-vous des audits annuels de vos comptes? Quel est le dernier disponible ? Joindre en copie</p>	<p>Oui. Cf. Annexe 2, audit réalisé en avril 2011 par Pricewaterhou-</p>

dans l'annexe.	seCooper sur les comptes 2010.
----------------	--------------------------------

<p>Citez le titre, le budget et le financeur principal des trois projets les plus significatifs que vous avez réalisés pendant les 5 dernières années.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Appui à la décentralisation des ARV à Ségou et Mopti, 520 000 euros sur 2010 - 2011, financement par le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de la requête malienne VIH du Round 8.</li> <li>- Assistance Technique « approvisionnement », 333 344 euros sur 2010 - 2011. Financement par le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le cadre de la requête malienne VIH du Round 8.</li> <li>- Projet d'appui à la décentralisation de la prise en charge du VIH à Ségou, 2 714 072 euros sur 2005 - 2010. Financement principal par la Fondation Bettencourt Schueller.</li> </ul>
--	---

## A. 2 CONTEXTE, JUSTIFICATION ET PERTINENCE

---

### 2.1. A quelle situation et/ou problématique répond le projet ?

Au Mali, le VIH/Sida touche 76 000 personnes, dont 42 000 ont besoin d'un traitement antirétroviral (ARV)<sup>2</sup> et 27 000 patients sont effectivement sous ARV<sup>3</sup>.

Dans la région de Ségou, l'accès aux ARV existe depuis 2004. En dépit d'une offre de soins relativement importante (12 sites de prise en charge et 60 médecins formés et opérationnels), plusieurs problèmes demeurent :

- Le taux de couverture régional des besoins<sup>4</sup> en traitement plafonne à 30%
- L'accès au dépistage reste très faible avec 12,9 % de la population générale adulte dépistée<sup>5</sup>
- Les communautés, et notamment les jeunes, continuent de véhiculer des idées fausses sur le VIH/Sida (ex : la maladie est une « sanction divine »), ce qui donne lieu à de nombreuses discriminations au niveau de la communauté (répudiation, mise à l'écart, refus de logement, etc.) et du système de soins (non respect de la confidentialité, tests sans consentement, restrictions dans l'accès aux soins). On note également un important phénomène d'auto-stigmatisation engendrée par la peur chez les PVVIH.
- Près d'un patient séropositif sur deux quitte le système de soins. Sur l'ensemble des personnes ayant initié un traitement ARV depuis 2005 (soit 3487 patients), seuls 56,4% étaient toujours suivis sous traitement en 2010 (soit 1969 patients). L'un des déterminants<sup>6</sup> à cette faible rétention est l'importance de la discrimination et de la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

### 2.2. Comment cette situation ou problématique qu'aborde le projet a été identifiée ?

Ces difficultés ont été identifiées par deux moyens :

- l'expérience de Solthis sur le terrain qui a permis de constater d'une part la stagnation de la couverture des besoins en dépit de la disponibilité d'une offre de soins relativement importante sur l'ensemble de la région, et d'autre part le climat délétère qui règne autour de la maladie (notamment rapporté par les associations de patients partenaires de Solthis).
- les partenariats noués avec plusieurs laboratoires de recherche socio-anthropologique (le LASDEL au Niger, Miseli au Mali) ainsi que des études menées par Solthis (par exemple sur les causes de la perte de vue dans le cadre de la PTME) qui ont permis de mettre au jour les obstacles à la prise en charge et les facteurs de sortie du circuit de soins : accessibilité géographique et financière des centres de santé, crainte de la stigmatisation, mauvaise relation entre les soignants et les soignés, manque de confiance dans le système de santé, sentiment de mort sociale et biologique à l'annonce de la sérologie VIH.

---

<sup>2</sup> Données UNAIDS, 2010.

<sup>3</sup> Données du Comité Sectoriel de Lutte contre le Sida (CSLS), septembre 2011

<sup>4</sup> Le taux de couverture des besoins correspond au nombre de personnes suivis sous traitement ARV par rapport au nombre de personnes nécessitant un traitement.

<sup>5</sup> Source : Enquête Démographie et Santé IV (EDSM IV) 2006. A noter que la prochaine Enquête Démographie et Santé, prévue en 2011, devrait réactualiser cette estimation.

<sup>6</sup> cf. *Adherence and retention in HIV Care in resource-limited settings*, Hatip, issue 176, 12 avril 201.

**2.3. Pourquoi proposez-vous concrètement ce projet avec cette stratégie ? Y a-t-il des antécédents dans la zone ? D'autres alternatives ont-elles été envisagées ?**

Dès lors qu'un appui maximal a été fourni par Solthis pour améliorer l'offre de soins médicale, il apparait que les problèmes restants relèvent d'autres domaines : déficit d'information et environnement négatif autour de la maladie et des malades.

Par ailleurs, l'année 2011 a été consacrée à une phase de diagnostic en vue de ce projet avec la réalisation de deux activités majeures :

- une enquête socio-anthropologique confiée à l'association de recherche Miséli sur les freins à la prise en charge dans la région de Ségou
- un vaste recensement des outils de sensibilisation déjà utilisés dans la région de Ségou par les différents acteurs afin de pouvoir effectuer un benchmark des différents outils et messages à disposition

**2.4. Quelle est votre expérience dans la zone géographique de l'intervention ? Depuis quand la connaissez-vous ou y travaillez-vous ?**

Solthis intervient dans la région de Ségou à la demande des autorités maliennes depuis 2003, en renforcement des compétences de l'ensemble des 12 sites de prise en charge globale, 10 sites de prise en charge pédiatrique et de 28 des 35 sites offrant de services de prévention de la mère à l'enfant (PTME) que compte la région. Son travail s'effectue en synergie avec l'ensemble des acteurs de la région impliqués dans la lutte contre le VIH/Sida, sous l'égide de la Direction Régionale de la Santé (DRS).

**2.5. Quelle expérience préalable a votre organisation dans des projets ayant ces caractéristiques ?**

Si Solthis se concentre sur le renforcement des compétences des acteurs de la prise en charge, qu'ils soient publics ou associatifs, l'association travaille depuis plusieurs années sur des thématiques dépassant le strict cadre de la prise en charge médicale. Par exemple, implication sur le volet de la protection des droits des patients séropositifs, accompagnement des associations de personnes séropositives, ou encore activités de Communication pour un Changement de Comportement (élaboration de brochures sur l'accès aux soins, travail avec les media, plaidoyer contre la discrimination, appui à l'élaboration d'une série de films réalisés par « Dire la science »).

En outre, Solthis a noué des partenariats avec des centres de recherche pour effectuer des recherches sur les aspects socio-anthropologiques de la maladie. Par exemple, au Niger, Solthis a mandaté le LASDEL afin de réaliser plusieurs études telles que « La prise en charge des PvVIH et l'observance des ARV », « Le vécu quotidien des personnes vivant avec le VIH » ou encore « Les personnels de santé face au SIDA et à la prise en charge des PvVIH à Niamey, Transformation ou reproduction des représentations et pratiques habituelles ? ».

**2.6. Quels apprentissages acquis des autres expériences antérieures pensez-vous appliquer à ce projet ?**

Ce projet est l'aboutissement de 7 années d'expérience de Solthis dans les pays d'Afrique de l'Ouest qui ont prouvé que la lutte contre le VIH/Sida ne pouvait pas se gagner uniquement au niveau des centres de santé. L'évaluation externe du programme de Solthis Mali en 2008 relevait ainsi que : « *le déni et la stigmatisation liée à la maladie, de même que le statut de la femme sont autant d'obstacles à la prise en charge et à la PTME que le programme Solthis a insuffisamment pris en compte* ». Cette évaluation recommandait d' « *associer les interventions médicales aux interventions plus globales (prise en charge psychosociale, communautaire, nutritionnelle, lutte contre la stigmatisation)* ».

Si des activités ponctuelles de sensibilisation ont déjà été menées (par exemple, l'organisation par Solthis d'un concert de sensibilisation en décembre 2007 qui a rassemblé près de 10 000 personnes et permis de diffuser de l'information sur le VIH/Sida), elles n'ont pas démontré d'impact significatif, faute de pouvoir impulser un changement en profondeur.

Le présent projet adopte ainsi une démarche holistique ciblant différents types d'acteurs sur le long terme afin d'initier une réelle dynamique de changement au sein de la population.

**2.7. Quelle est la population qui directement et indirectement bénéficie de ce projet ? Spécifiez l'information avec le type et la quantité, par communautés/villages et détaillez le sexe et l'âge.**

**Les bénéficiaires directs sont les publics ciblés par les activités, du projet, à savoir :**

- Personnels de soins impliqués dans la prise en charge des patients séropositifs de l'ensemble des 12 sites de prise en charge de la région (soit environ 60 personnes), répartis sur l'ensemble des cercles de la zone
- 120 Enseignants de 43 établissements scolaires parrainés par Intervida à Ségou et Macina (63 enseignants, 55 enseignantes, et deux points focaux VIH De la cellule d'appui pédagogique (CAP)
- 17 médecins (tous des hommes) et 19 sages-femmes des Cscoms parrainés d'Intervida
- 90 leaders (religieux, politiques, chefs traditionnels, associations de femmes, journalistes et associations de patients séropositifs)
- 320 personnes parmi les groupes les plus vulnérables à l'infection à VIH (professionnelles du sexe, saisonniers, militaires, guides touristiques, hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes).

**Les bénéficiaires indirects sont la population de la région de Ségou (soit 2 336 225 habitants, dont 51% de femmes) et plus spécifiquement :**

- Les personnes vivant avec le VIH, soit 12 700 personnes estimées dans la région, dont 1 969 personnes suivies sous traitement ARV actuellement. Parmi ces patients, 1 889 sont des adultes, et 80 seulement sont des enfants, soit 4,2% de la file active (théoriquement, les enfants devraient représenter 12 à 15% de la file active, selon l'OMS)
- Les groupes les plus vulnérables à l'infection à VIH : professionnelles du sexe, saisonniers, militaires, guides touristiques, hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes
- Les élèves de 5<sup>ème</sup> et de 6<sup>ème</sup> année qui bénéficieront de la sensibilisation dans les 43 écoles (39 à Ségou et 4 à Macina), soit environ 8 392 enfants (dont 3944 filles et 4 448 garçons).

**2.8. Quels ont été les critères utilisés pour le choix des bénéficiaires directs ? Jusqu'à quel point leur vulnérabilité a été prise en considération ?**

Parmi les bénéficiaires directes, les prestataires de santé ont été choisis pour leur rôle central dans l'accès aux soins et le maintien dans le circuit de soins. Les enseignants ont été ciblés pour leur place primordiale en tant qu'acteur de sensibilisation auprès des enfants et des jeunes. Enfin, les différents leaders ont été choisis pour leur place privilégiée dans la société ou auprès de groupes vulnérables à l'infection à VIH, ce qui les prédispose à être des leviers du changement au sein des communautés ou de ces groupes vulnérables.

La vulnérabilité concerne les bénéficiaires qui vont indirectement bénéficier du projet car ils sont ceux pour lesquels les freins à la prise en charge sont les plus importants : recours au dépistage tardif ou au nomadisme médical<sup>7</sup> par manque d'information ou par crainte de la stigmatisation/discrimination, et difficultés d'accès financière du fait d'une prise en charge partiellement gratuite.

Parmi ces bénéficiaires indirects, les femmes et les enfants apparaissent les plus vulnérables à l'infection à VIH : du fait de leur faible pouvoir économique, ils ont en effet moins accès à l'information que les hommes adultes et courent de grands risques en cas de séropositivité (rejet, répudiation, mort sociale). Dans les écoles, les élèves de 5<sup>ème</sup> et de 6<sup>ème</sup> ont ainsi été spécifiquement ciblés pour la sensibilisation car ils sont potentiellement sexuellement actifs mais sans accès à de l'information sur les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le VIH/Sida.

**2.9. Expliquez de quelle façon la population bénéficiaire a participé à la définition de la proposition.**

Le projet est basé sur la réalisation d'une enquête par l'Association de recherche Miséli sur les freins au dépistage et à la prise en charge dans la région de Ségou. Cette enquête s'est basée sur de nombreux entretiens individuels et focus groupe de personnes vivant avec le VIH.

Par ailleurs, dans le cadre du projet, des diagnostics participatif seront réalisés avec les personnels des centres de santé afin d'affiner l'intervention proposée à leur égard.

**2.10. Expliquez si le projet a pris en considération des aspects significatifs liés au genre et s'ils y a des actions spécifiques prévues dans votre proposition.**

---

<sup>7</sup> C'est le fait pour un patient de changer de centres de santé ou de médecins prescripteurs, ce qui complique le suivi (notamment pour les maladies chroniques telles que le VIH/Sida)

Comme évoqué plus haut, les femmes sont plus vulnérables que les hommes face au risque de répudiation/mort sociale liée à l'infection du VIH du fait de leur position économique inférieure. Une étude menée par Solthis en 2010 sur les facteurs de sortie du circuit de soins des femmes enceintes dans le cadre de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) a permis d'établir un lien entre le jeune âge, l'origine confessionnelle et l'augmentation de la fréquence des femmes enceintes séropositives « perdues de vue » (il s'agit ici de femmes séropositives dépistées, qui ont quitté le système de soins et n'ont plus été revues par les équipes soignantes). D'autres facteurs caractérisent le profil de ces femmes enceintes perdues de vue : le niveau d'éducation plus faible, le nombre élevé de personnes de l'entourage susceptibles de révéler le statut sérologique, le non partage du statut avec le conjoint, la distance trop longue entre le foyer et le centre de santé, l'insatisfaction des patientes par rapport aux informations reçues lors de l'accueil au centre ainsi que la difficile intégration des messages fournis lors des consultations.

Le projet ciblera ainsi spécifiquement des associations de femmes au travers des leaders d'opinion visés.

Par ailleurs, le projet prend en compte les spécificités de genre de deux groupes cibles de l'intervention : les professionnelles du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Ces deux populations sont particulièrement touchées par l'épidémie de Sida : le taux de séroprévalence du VIH est de 24,2% chez les professionnelles du sexe<sup>8</sup> et de 17% dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes<sup>9</sup>. Malgré cette vulnérabilité très forte, elles ont généralement difficilement accès à des soins de santé adaptés et ignorent généralement leur statut sérologique.

**2.11. Expliquez si le projet répercute d'une manière ou d'une autre sur les conditions environnementales, sur le lieu et sur les personnes qui y vivent.**

A terme, le projet doit contribuer à accroître le bien être global au sein des communautés en améliorant les relations entre soignants et soignés, et en corrigeant partiellement les déséquilibres de pouvoirs entre les différents membres des communautés grâce à l'accès à une information égale pour tous et à la baisse de la discrimination et de la stigmatisation.

**2.12. Expliquez comment l'Administration Locale correspondante connaît ou participe à la volonté du projet.**

La Direction Régionale de la Santé de Ségou, avec laquelle Solthis travaille depuis 2003, a apporté son concours à l'élaboration du projet et le soutient pleinement. Le bureau du projet sera ainsi situé au sein même de la DRS.

**2.13. Au cas où plusieurs acteurs ou entités participent à l'exécution du projet, expliquez quels sont les rôles de chacun d'entre eux.**

<sup>8</sup> Enquête ISBS 2009

<sup>9</sup> Etude POP COUNSUL, Arcad SIDA et CSLS, 2006.

**Solthis** est le principal maître d'œuvre des activités du projet, et il assurera également la coordination et l'encadrement technique des activités mises en œuvre par les autres partenaires impliqués.

La réalisation de certaines activités sera déléguée à l'ONG locale **Walé**, notamment pour les actions de sensibilisation auprès des enseignants ou des médecins des CScom. L'ONG Walé, qui signifie en bamanakan (langue locale) « action concrète », a été créée à Ségou en 1997 par des personnes ayant pris conscience des souffrances causées par l'infection à VIH, et s'étant engagées à freiner sa propagation. De 1997 à 2000, les activités ont porté sur la prévention auprès des jeunes, des femmes et de certaines cibles spécifiques : routiers, clients de bars et cabarets, Professionnelles du sexe. Face au nombre croissant des cas d'IST et de VIH parmi les cibles, et l'absence dans la région de toute action en faveur des PVVIH, l'ONG a mis en place en fin 2000 les jalons de ce qui est aujourd'hui le Centre de Traitement Ambulatoire à travers une équipe composée d'un médecin, un infirmier et un conseiller. La file active des patients sous traitement suivis par Walé est de 509 patients à fin juin 2011.

Enfin, d'autres associations ou entités pourront être sollicitées pour la réalisation d'activités relevant d'un champ de compétences très spécifiques ou pour l'élaboration des messages de communication.

**2.14. Existe-t-il d'autres initiatives ou projets semblables dans la zone d'intervention ? Le cas échéant, quels sont les mécanismes de coordination que vous avez prévus ?**

En 2011, une étude préalable sur les actions d'éducation pour la santé menées au Mali, et dans la région de Ségou en particulier a été menée par Solthis afin de mieux identifier les outils et stratégies les plus efficaces. Le présent projet a ainsi été conçu en complémentarité des initiatives existantes (Projet Keneya Ciwara, Imaney, Activités de paire éducation des jeunes d'Enda Tiers monde et de Walé, Alphalog, Jigi Niono, sensibilisation menée par Worldvision dans le cercle de San, etc.).

Par ailleurs, il est prévu dans le projet des réunions de concertations avec l'ensemble des acteurs, sous l'égide de la DRS, tous les semestres. Un cadre de concertation sur la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) sera notamment mis en place afin de favoriser la synergie des projets des différents acteurs de la zone.

**2.15. Dans quelles mesures le projet est-il coordonné ou complète-t-il celui des autres acteurs de la zone, spécialement avec ceux qui travaillent dans le même secteur d'action ?**

L'étude préalable a montré que peu d'acteurs sont actuellement impliqués sur ces thématiques.

Le projet s'inscrit par ailleurs en complémentarité de l'offre médicale fournie dans la région puisqu'il s'agit de lutter contre les freins à la prise en charge. Ainsi, le projet s'effectue en collaboration avec Walé, principale ONG locale de prise en charge des personnes infectées par le VIH de la région, qui comporte en son sein une association de PvVIH qui s'appelle « Keneyaton » et qui concentre 25% des patients suivis de la région. Cette collaboration permettra entre autre de répliquer l'expérience des clubs d'observance déjà expérimentés par Walé au sein de son centre de traitement dans les centres de traitement publics.

Par ailleurs, l'expertise d'autres associations spécialisées dans le soutien aux groupes vulnérables sera également sollicitée.

Enfin, les associations de PVVIH (Badeyaton notamment) seront également consultées pour l'élaboration des messages et leur diffusion.

**2.16. Expliquez de manière générique la stratégie et la méthodologie suivies pour que le projet atteigne les objectifs prévus.**

La stratégie repose sur deux axes principaux :

- S'attaquer aux causes du faible accès au dépistage et aux soins, à savoir la discrimination dans les centres de santé, la stigmatisation et discrimination dans les communautés, et le manque d'accès à l'information.

- Impulser un changement de comportement au sein des différentes cibles des actions par une communication appropriée et en encourageant les initiatives portées par des acteurs locaux de 3 façons : recours aux leaders d'opinion et aux PvVIH, recours à la socio-anthropologie spécialisée dans la santé pour la communication, et enfin travail d'autodiagnostic avec les équipes soignantes.

Par ailleurs, tout au long du projet, un cadre de concertation réunissant les différents acteurs permettra d'adapter les messages de sensibilisation et l'ensemble des actions au plus près du contexte local.

### 3. CADRE LOGIQUE (Objectifs, Résultats et Activités du Projet)

#### 3.1. Matrice du Cadre Logique

	Description	Indicateurs	Sources de vérification	Hypothèses / Facteurs Externes
<b>Objectif Général</b>	Contribuer à améliorer la qualité de vie et réduire la mortalité et la morbidité des personnes vivant avec le VIH dans la région de Ségou		▪	
<b>Objectif(s) Spécifique(s)</b>	Améliorer l'accès à la prise en charge et le maintien dans le circuit de soin pour les personnes vivant avec le VIH dans les cercles de Ségou et Macina	1. Couverture des besoins 2. Nombre de personnes suivies sous traitement	1. Rapport de la DRS  2. Rapport de la DRS	Dépistage et prise en charge opérationnelle (ie. Disponibilité des financements, des intrants et des ressources humaines nécessaires au dépistage et à la prise en charge)
<b>RÉSULTAT 1</b>	Améliorer l'accès au dépistage et au traitement dans la région de Ségou	3. Nombre de tests de dépistage réalisés (incluant la PTME)  4. Nombre de personnes initiées sous traitement ARV en 2012  5. Nombre de personnes touchées par les messages diffusés dans les médias  6. Nombre de personnes dépistées par stratégie mobile  7. Nombre de personnes des populations à risque touchées  8. Nombre de médecins des CSCom formés  9. Nombre de personnes référés pour le dépistage par les médecins des CSCom formés	3. Rapport de la DRS  4. Rapport de la DRS  5. Rapport d'activité  6. Rapport d'activité  7. Rapport d'activité  8. Rapport d'activité  9. Rapport d'activité	Dépistage et prise en charge opérationnelle (ie. Disponibilité des financements, des intrants et des ressources humaines nécessaires au dépistage et à la prise en charge)

<b>RÉSULTAT 2</b>	Réduire la discrimination et la stigmatisation à l'égard des patients séropositifs au sein des centres de soins	<p>10. Nombre de notifications de cas de stigmatisation et discrimination</p> <p>11. Nombre de personnes touchées par les clubs d'observance</p> <p>12. Existence de recommandations prises par les personnels de soins lors des diagnostics participatifs</p> <p>13. Amélioration du score d'évaluation du niveau de discrimination</p>	<p>10. Rapport des clubs d'observance</p> <p>11. Rapport des clubs d'observance et rapport d'activité</p> <p>12. Rapport du 1er diagnostic participatif</p> <p>13. Rapport du 2nd diagnostic participatif</p>	<p>- Adhésion du personnel de santé au diagnostic participatif</p> <p>- Volonté des patients de partager publiquement les situations de discrimination/stigmatisation</p>
<b>RÉSULTAT 3</b>	Créer une dynamique de changement de comportement à l'égard des personnes infectées par le VIH/Sida dans la communauté	<p>14. Existence d'une dynamique de changement favorable à l'égard des personnes infectées par le VIH/Sida dans la communauté</p> <p>15. Nombre de participants au cadre de concertation sur le CCC</p> <p>16. Nombre de leaders sensibilisés</p> <p>17. Nombre d'enseignants sensibilisés</p> <p>18. Nombre d'élèves ayant participé aux actions de sensibilisation dans les écoles</p>	<p>14. Rapport de supervisions semestrielles avec les autorités régionales et rapport de l'évaluation externe du projet</p> <p>15. Rapport d'activité</p> <p>16. Rapport d'activité</p> <p>17. Rapport d'activité</p> <p>18. Rapport d'activité</p>	<p>- Implication réelle des leaders et des enseignants</p> <p>- Volonté de collaboration des différents acteurs du CCC</p>
<b>ACTIVITÉS : Code</b>	<b>INTITULÉ DE L'ACTIVITÉ</b>			<b>COÛT</b>
<b>A1.1</b>	Emissions et reportage radio sur la PTME, le dépistage, le traitement, et la discrimination			4 695€
<b>A1.2</b>	Publication d'articles dans les journaux			457€
<b>A1.3</b>	Diffusion d'affiches et de dépliants sur les lieux d'accès au dépistage et au traitement			3 918€
<b>A1.4</b>	Interventions ciblées auprès des groupes à risque			2 363€

<b>A1.5</b>	Formations des médecins des CSCom parrainés par Intervida	3 420€
<b>A1.6</b>	Dépistage en stratégie mobile	1 098€
<b>A2.1</b>	Etude socio-anthropologique sur la discrimination dans les sites de prise en charge	6 677€
<b>A2.2</b>	Elaboration d'un référentiel d'évaluation de la discrimination dans les sites de prise en charge	0€
<b>A2.3</b>	Atelier de validation d'un référentiel d'évaluation de la discrimination dans les sites de prise en charge à l'échelle nationale	1 523€
<b>A2.4</b>	Diagnostic participatif dans les sites de prise en charge sur la discrimination	6 836€
<b>A2.5</b>	Mettre en place et soutenir des clubs d'observance dans les sites de prise en charge	3 209€
<b>A3.1</b>	Formation des leaders sur l'accès au traitement	5 104€
<b>A3.2</b>	Animation du cadre de concertation des acteurs impliqués dans les activités de CCC Santé dans la région	1 537€
<b>A3.3</b>	Elaboration de modules de formation pour les enseignants et les médicaux	774€
<b>A3.4</b>	Sensibilisation des enseignants des écoles parrainées par Intervida	5 419€
<b>A3.5</b>	Actions de sensibilisation dans les écoles	4 160€
<b>A3.6</b>	Organisation de comités thérapeutiques régionaux	6 089€
<b>A3.7</b>	Missions de supervision régionales	2 281€
<b>A4</b>	Evaluation externe du projet	5 031€

### 3.1 Description détaillée des activités

Code Activité	Description détaillée de l'activité
---------------	-------------------------------------

A1.1	<p><b><i>Emissions et reportage radio sur le dépistage, la PTME, le traitement, et la discrimination</i></b></p> <p>Sur la base d'une convention avec l'URTEL (Union des Radios et Télévisions Libres du Mali), 4 reportages de 20 minutes sur les thèmes du dépistage, de la PTME, du traitement et de la discrimination, ainsi que 4 émissions de vulgarisation scientifiques, seront diffusés sur 10 radios de la région (la radio étant le média permettant de toucher le plus large public).</p> <p>De plus, une fois par trimestre, une émission interactive préparée en amont avec le présentateur sera ponctuée de jeux téléphoniques avec des prix pour les participants afin de susciter une large participation. L'ensemble de ces émissions sera l'occasion de diffuser de l'information sur la maladie (modes de transmission et méthodes de prévention, corrections des idées fausses véhiculées dans les communautés) mais également sur le dépistage et le traitement (lieux, gratuité, secret médical, efficacité des ARV).</p>
A1.2	<p><b><i>Publication d'articles dans les journaux</i></b></p> <p>Des articles de sensibilisation et d'information seront rédigés et diffusés dans les journaux majeurs de la région.</p>
A1.3	<p><b><i>Diffusion d'affiches et de dépliants sur les lieux d'accès au dépistage et au traitement</i></b></p> <p>Des affiches et des dépliants informant sur les lieux de dépistage et de traitement seront distribués et diffusés auprès des groupes cibles et des communautés des différents cercles. Une affiche sera particulièrement ciblée sur le jeune public (élèves de 5eme et 6eme année).</p>
A1.4	<p><b><i>Interventions ciblées auprès des groupes à risque</i></b></p> <p>Des interventions de sensibilisation et d'information seront menées auprès des différents groupes les plus vulnérables à l'infection à VIH/Sida et qui sont donc une cible prioritaire pour la prévention : professionnelles du sexe, travailleurs saisonniers, hommes en uniformes, guides touristiques, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces interventions seront préparées en amont avec des leaders de ces groupes et consisteront en la projection des films de « Dire la Science » sur le VIH/Sida (films pédagogiques sur le VIH, disponibles en français et bambara) suivie de causeries-débats animés par les leaders et des personnes ressources issues d'ONG spécialisées dans les interventions auprès de ces groupes cibles. En parallèle, un dépistage réalisé sur place sera proposé à tous les participants.</p> <p>Ces sessions ont pour but d'adapter la communication et l'information aux spécificités et aux besoins de ces différents groupes afin de maximiser l'impact des messages délivrés.</p>
A1.5	<p><b><i>Formation des médecins des CSCom parrainés par Intervida</i></b></p> <p>Les médecins des CSCom liés aux écoles parrainées par Intervida seront formés par l'ONG Walé aux connaissances de base sur le VIH/Sida et à la détection des signes d'appel du VIH/Sida afin d'acquérir le réflexe de proposer le dépistage aux patients présentant des symptômes de l'infection. Une telle activité est nécessaire afin d'augmenter le taux de dépistage de la population de la région et pour améliorer la détection précoce des cas de VIH/Sida. En effet, les patients sont le plus souvent dépistés à des stades avancés de la maladie, ce qui complique leur traitement et diminue leur chance de survie. Un dépistage précoce permet un traitement plus efficace, et limite par ailleurs les risques de propagation du virus à d'autres personnes.</p>
A1.6	<p><b><i>Série de dépistage en stratégie mobile</i></b></p> <p>L'un des freins au dépistage étant son accessibilité géographique, l'équipe de l'ONG Walé ira proposer le dépistage chaque trimestre en stratégie avancée, dans des sites stratégiquement choisis, à l'occasion de manifestations, par exemple, ou autre opportunité de regroupement de la popula-</p>

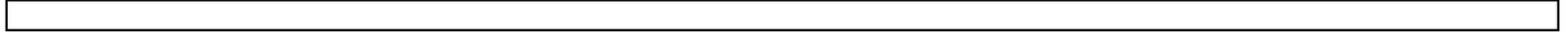
	<p>tion. Ces sorties seront l'occasion d'activités de mobilisation communautaire et permettront à tous les habitants qui le souhaitent de réaliser sur place leur test de dépistage, gratuitement et en toute confidentialité.</p>
<b>A2.1</b>	<p><b><i>Etude socio-anthropologique sur la discrimination dans les sites de prise en charge</i></b>          Cette étude qui sera réalisée par l'Association de recherche Miséli à Ségou et Bamako, permettra d'évaluer la présence de la discrimination dans les sites de prise en charge du VIH/Sida (par exemple tests sans consentement, non respect de la confidentialité, refus d'accès à certains soins) et ses causes afin de pouvoir mettre en œuvre des actions correctrices.          Elle se basera sur des entretiens et phases d'observation au sein des centres de prise en charge du VIH.</p>
<b>A2.2</b>	<p><b><i>Elaboration d'un référentiel sur la discrimination dans les sites de prise en charge</i></b>          Un référentiel répertoriant l'ensemble des éléments discriminants dans les sites de prise en charge sera élaboré. Il servira de grille d'évaluation pour noter le niveau de discrimination dans les sites et attirer l'attention des personnels soignants sur la bonne conduite à tenir face à une personne vivant avec le VIH.</p>
<b>A2.3</b>	<p><b><i>Atelier de validation référentiel discrimination dans les sites de prise en charge</i></b>          Cet atelier réunira les parties prenantes et les autorités nationales et régionales de Ségou afin d'adopter officiellement le référentiel pour lui donner force de droit dans les sites de prise en charge et permettre qu'il soit utilisé lors des missions de supervisions sur site par les autorités régionales.          La validation par le niveau central permettra de mobiliser les autorités nationales sur les actions menées à Ségou, et sur la thématique de la discrimination. Bien sûr, les autorités et personnes ressources de Ségou seront invitées à participer à cette validation.</p>
<b>A2.4</b>	<p><b><i>Diagnostic participatif dans les sites de prise en charge sur la discrimination</i></b>          Sur la base du référentiel et à partir de méthodes professionnelles de diagnostic participatif (nous ferons appel à l'appui technique de l'ONG belge spécialisée SongES), les équipes de soins des sites de prise en charge seront invitées à réfléchir sur la discrimination existante au sein de leur structure. Ils pourront ensuite élaborer des recommandations afin d'améliorer les pratiques discriminantes. A la fin du projet, un point sera fait sur les progrès effectués en matière de discrimination dans le site.</p>
<b>A2.5</b>	<p><b><i>Mettre en place et soutenir des clubs d'observance dans les sites de prise en charge</i></b>          Etant donné l'environnement négatif qui règne autour de la maladie, il est très difficile pour les PvVIH de confier à leur entourage leur statut séro-positif et de pouvoir parler de la maladie. Par ailleurs, le traitement ARV nécessite un suivi rigoureux par le patient pour être efficace. Le bien être du patient participe ainsi directement à la bonne prise du traitement.          Les clubs d'observance consistent ainsi à proposer des groupes de paroles aux patients séropositifs afin qu'ils puissent dialoguer ensemble sur les questions liées à la maladie (discrimination, prise du traitement, sexualité...) et sortir de leur isolement. Ces clubs seront proposés à l'ensemble des patients suivis sous ARV des trois principaux sites de Ségou : Walé, l'Hôpital Régional et le Csref et se tiendront une fois par mois dans chaque site, autour d'un repas de convivialité. Ils seront co-animés par deux animateurs à même de renseigner les patients sur les cas médicaux, mais également d'apporter une aide pour gérer les cas de discrimination rapportés, en mandatant un médiateur par exemple. Pour favoriser la participation à ces clubs, les participants les plus nécessiteux seront dédommagés de leur frais de transport.</p>

<b>A3.1</b>	<b>Formations des leaders sur l'accès au traitement</b> Les leaders des 6 groupes cibles seront formés à l'occasion d'une session de formation par groupe comprenant 15 participants. A cette occasion, les connaissances de base sur le VIH/Sida seront rappelées, ainsi que l'importance du traitement. La session de formation s'achèvera sur l'élaboration éventuelle d'un plan d'action par groupe afin d'effectuer des actions de mobilisation en faveur du traitement au sein des groupes ciblés.
<b>A3.2</b>	<b>Animation du cadre de concertation des acteurs impliqués dans les activités de CCC santé de la région</b> Cette réunion semestrielle, sous l'égide de la DRS permettra de faire le point sur les activités menées dans l'ensemble de la région, d'échanger sur les stratégies et possibilités de partenariats, et de mettre tous les acteurs aux mêmes niveaux d'information. Elle réunira une trentaine de participants, dont quelques uns des cercles, chaque semestre (la liste sera validée avec la DRS).
<b>A3.3</b>	<b>Elaboration de modules de formation pour les enseignants et les médicaux</b> Un atelier de validation des modules sera organisé avec l'ensemble des acteurs (Walé, Solthis, DRS, SER-HCNLS, Cellule d'Appui Pédagogique).
<b>A3.4</b>	<b>Sensibilisation des enseignants des écoles parrainées par Intervida</b> Ces sessions de formation / sensibilisation permettront non seulement de renforcer les compétences des enseignants sur le volet VIH, mais aussi de préparer les activités de sensibilisation à l'égard des élèves de 5eme et de 6eme année. Il est prévu la formation de 100 enseignants de Ségou (en 4 sessions de 2 jours) et de 20 enseignants du cercle de Macina (en 1 session de 2 jours).
<b>A3.5</b>	<b>Actions de sensibilisation dans les écoles</b> Des activités seront menées auprès des élèves de 5eme et de 6eme année des écoles parrainées par Intervida, qui sont considérés comme les plus vulnérables aux IST et au VIH/Sida. Le contenu de ces activités restera à valider avec les enseignants et les différents acteurs.
<b>A3.6</b>	<b>Organisation de comités thérapeutiques régionaux</b> Ils seront l'occasion de réunir chaque semestre l'ensemble des équipes de soins impliqués dans la prise en charge médicale, sur l'ensemble des cercles de la région de Ségou (médecins, pharmaciens, laboratoires, associatifs, responsables volet VIH de la DRS et du SER/HCNLS, etc.), sous l'égide de la Direction régionale de la Santé. Ces réunions permettront de faire le bilan des activités de prise en charge, de régler les difficultés organisationnelles, de sensibiliser les équipes médicales à l'importance du dépistage à l'initiative du soignant et de faire le point, tous ensemble, sur les questions de discriminations.
<b>A3.7</b>	<b>Missions de supervisions régionales</b> Une mission de supervision régionale sera réalisée chaque semestre conjointement par Solthis avec la DRS, le SER-HCNLS et un représentant d'Intervida afin de suivre l'évolution du projet.
<b>A4</b>	<b>Evaluation externe</b> Cette évaluation permettra d'analyser l'évolution de la situation par rapport au début du projet pour mesurer l'atteinte des résultats. Elle s'attachera notamment aux aspects de pertinence et d'efficacité.

## **A.**

### **3.2 Conditions préalables nécessaires pour commencer le projet**

A. Toutes les conditions sont réunies pour commencer le projet (ressources humaines disponibles, accord des autorités régionales, etc.)







## 5. SUIVI et ÉVALUATION

---

### 5.1 Avez-vous prévu de réaliser la situation de référence ? Quelles sont vos sources ou comment pensez-vous les obtenir ?

La situation de référence sur la situation de la prise en charge du VIH dans la région de Ségou et les freins qui y sont associés est décrite dans la deuxième partie du présent document grâce aux rapports de la DRS et à l'étude fin 2011 de l'association de recherche Miséli. Les indicateurs d'impact du cadre logique du projet reprennent ainsi les indicateurs officiels utilisés par la DRS. Par ailleurs, les informations relatives à la discrimination en milieu de soins seront documentées durant le premier trimestre du projet grâce à une seconde étude.

### 5.2. Quels sont les mécanismes de suivi que vous pensez appliquer dans le cadre du projet ?

Le responsable Solthis de la mobilisation communautaire sera chargé d'effectuer un reporting mensuel interne des activités réalisées. Ce reporting servira à documenter au fur et à mesure les indicateurs d'activités du cadre logique. Par ailleurs, des missions semestrielles de supervision seront menées conjointement avec les autorités régionales afin de suivre l'évolution du projet. Un rapport trimestriel, narratif et financier, sera envoyé à Intervida, ainsi qu'un rapport annuel final (narratif et financier). Enfin, les résultats seront évalués annuellement sur la base des indicateurs du cadre logique. Une évaluation externe du projet permettra d'évaluer la pertinence et l'efficacité du projet.

### 5.3. Qui sera/seront chargé(es) du suivi du projet lors des différentes phases ?

Le responsable du projet est Dramane Keita, responsable de la mobilisation communautaire pour Solthis. Il sera épaulé par Stéphanie Tchiombiano, chef de mission de Solthis au Mali, pour le contenu des activités, l'évaluation des résultats et l'adaptation éventuelle du projet ; par Christophe Chambonnet, responsable administratif et financier de Solthis, pour le suivi financier et administratif, ainsi que par Alain Akondé, coordinateur médical, sur le contenu des informations diffusées.

La DRS et le Secrétaire exécutif régional du HCNLS seront associés au suivi du projet de façon semestrielle.

### 5.4. Est-il prévu de faire une évaluation externe dans le cadre du projet ? À quel moment et dans quel but ?

Afin de créer une réelle dynamique de changement, ce projet d'éducation à la santé a vocation à durer 3 ans.

A l'issue de la première année d'intervention présentée ici, une évaluation externe est prévue afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité du projet et d'émettre des recommandations pour les années suivantes.

**5.5. Est-ce que les TdR (termes de référence) de l'évaluation ont été fixés ? Pourriez-vous les concrétiser ?**

Le rapport analysera la première année du projet sur les aspects classiques de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficacités. Les TdR seront élaborés avec l'ensemble des parties prenantes et prendront notamment en compte le rapport initial de Miséli sur les freins à la prise en charge dans la région.

**5.6. En marge des objectifs et des résultats attendus, pensez-vous que ce projet pourrait apporter à la population bénéficiaire directe une valeur ajoutée ?**

La valeur ajoutée pour l'ensemble des bénéficiaires directs (soignants, enseignants, leaders) est de valoriser leur place au sein des communautés comme des acteurs essentiels du changement et donc de les mobiliser pour remplir ce rôle. Au-delà des bénéficiaires directs, le projet pourra influencer positivement le bien-être social au sein de la communauté, réduire les inégalités de genre et contribuer à une amélioration des relations entre soignants et soignés.

## 6. VIABILITÉ et DURABILITÉ DU PROJET

---

**6.1a Viabilité sociale.** Les collectifs bénéficiaires sont-ils intégrés dans l'intervention car celle-ci répond clairement aux intérêts qu'ils ont pu exprimer à ce sujet ?

L'amélioration de l'accès au dépistage et au traitement et la réduction de la discrimination et de la stigmatisation répond directement aux demandes exprimées par les associations de PvVIH.

**6.1b** Comment est-il prévu d'impliquer activement les bénéficiaires dans l'exécution des différentes phases du projet ?

Les bénéficiaires directs sont à la fois des destinataires et des acteurs du projet :

- les personnels de soins seront activement impliqués dans la réalisation d'un diagnostic sur la stigmatisation au sein de leurs structures et seront chargés de mettre en œuvre les recommandations qu'ils auront identifiées
- les enseignants sensibilisés auront la possibilité de mettre en œuvre des actions de prévention et sensibilisation au sein de leur école
- les différents leaders seront appuyés pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'actions de sensibilisation auprès des communautés ou groupes cibles

Par ailleurs, le projet s'appuie sur le principe du GIPA (*Greater Involvement of People living with HIV/AIDS*) de l'ONUSIDA, c'est à dire l'implication accrue des PvVIH dans la lutte contre le VIH/Sida. Ce principe stipule que l'expérience personnelle des PvVIH peut être considérée comme une véritable expertise afin d'aider à moduler les réponses locales et donner un visage humain à l'épidémie pour ceux qui ne sont pas directement touchés. De nombreuses activités du projet seront ainsi menées avec la participation directe de PvVIH (communication et sensibilisation).

**6.1c** Avez-vous identifié des collectifs pouvant être exclus par l'action du projet ou à qui celui-ci pourrait nuire ? Le cas échéant, quelles sont les mesures prévues pour l'empêcher ?

Le volet du projet concernant la discrimination en milieu de soins pourrait impacter négativement les soignants dont la responsabilité serait pointée. Afin d'éviter cet écueil, la méthodologie employée veillera à traiter cette question de façon positive en mettant en avant le rôle des soignants en tant qu'acteurs du changement et non en tant que coupables qui auraient manqué à leurs obligations éthiques.

**6.2a Viabilité politique** Est-ce que le projet compte sur le soutien des autorités locales et/ ou impliquées ? Joindre les lettres de soutien

Oui, les autorités régionales participeront directement au projet au travers des supervisions semestrielles et leur soutien est acquis, comme en témoigne la mise à disposition d'un bureau au sein de la DRS pour le responsable de projet Solthis. (cf. annexe 3 pour les lettres de soutien de la DRS et du SER-HCNLS)

**6.2b** Ce que le projet propose complète-t-il les politiques publiques locales? Le cas échéant, indiquez-les.

Ce projet s'intègre dans le Cadre Stratégique National de lutte contre le sida 2006-2010. Le cadre stratégique 2011-2015 étant en cours d'élaboration, le CSN 2006-2010 reste d'actualité.

Ainsi, le premier axe stratégique du CSN, qui tend à « *promouvoir un environnement favorable à la lutte contre le sida* », évoque l'Information, l'éducation et la communication comme stratégie porteuse « *pour favoriser la compréhension et l'appropriation du vrai visage de la maladie, de ses effets et impacts, au niveau international, national et local* ». Le document indique notamment de mettre en place des « *projets et actions d'IEC pour des groupes spécifiques et ce, à tous les niveaux (national, local et communautaire), notamment les politiques, les hommes, les femmes, les jeunes, la famille, les décideurs politiques, les personnes, structures et organisations influentes, les élus et chefs traditionnels, les religieux, les associations de PVVIH, les personnes particulièrement à risque* » (p.40).

Par ailleurs, le deuxième axe stratégique qui tend à réduire les risques et vulnérabilités liées à l'épidémie, considère comme une action politique essentielle de « *faire en sorte que les droits humains des populations vulnérables soient soutenus, protégés et respectés, et que des mesures soient prises pour éliminer la discrimination et la stigmatisation liées au VIH/Sida* » (p.43).

**6.3a Viabilité économique** Les fonds disponibles sont-ils suffisants pour réaliser le projet ?

Le projet nécessite un soutien financier sur 3 ans pour compléter les fonds propres de Solthis. A l'heure actuelle, la seule perspective de financement pour la première année est de recourir à la Fondation Intervida.

Le co-financement Solthis / Intervida tel que proposé dans le présent projet permettra de disposer de 100% des fonds nécessaires pour la mise en place de la première année du projet.

**6.3b** Si vous proposer des activités économiques, expliquez brièvement ici votre proposition et inclure dans une Annexe spéciale toute l'information qui permettent de comprendre clairement l'intervention et la méthodologie de travail. Joindre aussi en annexe l'Étude de Marché sur laquelle s'appuie la proposition.

Aucune activité économique n'est prévue.

**6.4a Viabilité technique** Déterminez jusqu'à quel point les technologies qui vont être utilisées pour le projet sont compatibles aux capacités existantes sur la zone d'intervention.

Les technologies seront utilisées selon les capacités existantes sur la zone d'intervention. Pour exemple, les films seront projetés uniquement dans des zones ayant l'électricité. Par ailleurs, les actions de communication s'appuieront principalement sur la radio qui est le média le plus usité et le plus accessible au plus grand nombre.

L'ensemble des activités se basent par ailleurs sur l'existant : interventions au sein d'écoles et centres de santé opérationnels, et recours aux leaders déjà identifiés au sein des communautés.

**6.5a Viabilité organisationnelle** L'organisation ou le collectif qui doit gérer le projet possède-t-il la structure, les capacités et les ressources adéquates pour pouvoir l'exécuter ?

Solthis dispose d'une expérience de 8 ans dans la région et de toutes les capacités humaines et financières nécessaires à la bonne gestion administrative, financière et opérationnelle du projet.

Ainsi, le responsable projet Solthis mobilisé à plein temps sera épaulé par :

- la chef de mission de Solthis, qui sera en charge de gérer les relations avec les autorités et les différents partenaires impliqués
- le coordinateur médical de Solthis, qui sera en charge des relations avec les équipes soignantes des sites de prise en charge et du contenu technique des modules de formation / sensibilisation
- le responsable administratif et financier de Solthis et son assistant administratif, qui auront la charge de la gestion administrative et financière des activités.

**6.5b** Si les capacités ne sont pas suffisantes, quelles sont les mesures prévues pour les développer lors de l'exécution du projet ?

**6.6. Viabilité culturelle** Expliquez comment le projet prend en compte les coutumes culturelles, sociales et / ou religieuses, et sa relation avec les autorités traditionnelles de la zone (le cas échéant)

D'une part, le projet s'appuie sur une étude socio-anthropologique préalable qui a permis d'identifier les spécificités culturelles liées aux freins à la prise en charge. D'autre part, les autorités officielles et traditionnelles (leaders) de la région sont directement ciblées et impliquées dans le projet.

**6.7a Durabilité économique** Y a-t-il d'autres soutiens externes qui, postérieurement au projet, contribueraient à sa continuité ?

Les financements, notamment financements externes du Fonds mondial, permettront d'assurer la continuité des activités de dépistage et de la prise en charge médicale dans la région.

**6.7b** Les collectifs impliqués dans le projet pourront-ils maintenir les services et les équipements lorsqu'il sera terminé ?

Les services proposés (sensibilisation des groupes les plus à risques, formation des équipes soignantes, cadre de concertation, etc) pourraient être intégrés au besoin dans le plan d'action de la DRS ou du SER-HCNLS. Cependant, le projet n'est pas forcément conçu pour que les collectifs impliqués dans le projet maintiennent les services.

Le projet ne prévoit par ailleurs aucun équipement en tant que tel.

**6.8a Durabilité organisationnelle** Indiquez quelle est la capacité organisationnelle et de gestion des acteurs locaux leur permettant d'assumer de manière autonome le projet, lorsque l'aide externe sera terminée.

Le projet est fondé sur le renforcement des compétences de toute une série d'acteurs locaux sur les questions d'information, de stigmatisation et de discrimination.

Par ailleurs, l'ONG Walé, principal partenaire local du projet, est l'ONG locale ayant le plus de poids dans la lutte contre le VIH/Sida et son centre de traitement concentre le quart des patients de la région. Elle est ainsi financée en tant que centre de prise en charge par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/Sida.

Enfin, la mise en place d'un cadre de concertation sur le CCC doit permettre d'assurer la pérennité du projet.

**6.8b** Expliquez quelles sont les actions prévues pour transférer aux groupes bénéficiaires locaux les équipements et les infrastructures après l'exécution du projet.

Les seuls équipements acquis dans le cadre du projet sont :

- des kits de cuisine pour la réalisation des repas lors des clubs d'observance organisés à l'Hôpital Régional de Ségou et au CS Ref de Ségou. Ces kits seront donnés aux sites à l'issue du projet.

- du matériel de projection de film pour les séances de sensibilisation auprès des groupes à risque. Ce matériel sera utilisé sur toute la durée du projet (3 ans). A son issue, il sera donné à l'ONG locale Walé.

## 7. BUDGET

---

Le budget du projet s'élabore intégralement sur le gabarit (modèle-type) Excel, en complément de ce formulaire Word. Il existe de plus le document intitulé « Cahier des charges pour l'élaboration du budget » qui explique avec plus de détails quelles sont les conditions générales et les lignes budgétaires.

### 7.1 Précisions narratives du Budget

Dans cette section du formulaire expliquer et argumenter le besoin et les quantités des lignes budgétaires importantes, qu'il convient de préciser pour bien comprendre le budget, comme par exemple l'achat d'immeubles, de biens, d'équipements ou autres.

Les lignes budgétaires les plus importantes concernent la mise en place d'études par l'association de recherche Miseli et la réalisation des diagnostics participatifs au sein des centres de santé en matière de stigmatisation / discrimination.

Concernant l'étude Miseli, Il s'agira ici d'une prestation de service, basée sur une facture proformat qui nous a été fournie par l'Association, et dont le rationnel se base sur l'implication d'un chercheur principal, pendant un mois et trois semaines, assisté de deux assistants de recherche (chacun travaillant sur 1,5 mois), avec des frais de missions terrains, de transcription des entretiens, de communications, de déplacements et de gestion.

Concernant les diagnostics participatifs au sein des centres de santé, ils seront effectués sur les 12 sites de prise en charge des patients séropositifs de la région de Ségou (Csrefs de tous les cercles, Hôpital Régional, Csref Ségou, Walé). Le premier diagnostic sera réalisé avec l'appui SongeS (association formée par une partie de l'équipe de MSF Belgique, pour se spécialiser dans l'appui aux organisations associatives). SongeS ayant une représentation au Niger, c'est une personne de cette équipe, avec laquelle Solthis a déjà collaboré dans d'autres pays, qui viendra nous appuyer sur le plan méthodologique.

Fort de cette expérience commune, Solthis mènera à bien les 11 autres diagnostics participatifs (une journée par site, avec l'équipe soignante).

Et dans cette section spéciale expliquez les fonctions et les besoins de chaque poste de travail inclus dans le budget de la demande. Si vous incluez une personne expatriée, veuillez argumenter convenablement.

Le budget de la demande inclut les cinq postes de travail suivant :

- Le responsable projet, responsabilité qui sera assurée par le responsable éducation pour la santé de l'équipe Solthis à plein temps, aura la charge de l'exécution et du suivi des activités.
- La Chef de mission Solthis, expatriée, sera mobilisée à 10% de son temps afin de superviser le travail du responsable projet, de coordonner les relations avec les autorités et partenaires, et de participer à l'analyse des résultats du projet et son adaptation éventuelle le cas échéant.
- Le Coordinateur médical Solthis, expatrié, sera mobilisé à 5% de son temps pour la coordination des relations avec les équipes soignantes des sites de prise en charge et pour l'élaboration du contenu technique des modules de formation / sensibilisation
- Le Responsable administratif et financier de Solthis, expatrié, sera mobilisé à 10% de son temps afin de gérer les aspects administratifs et financiers du projet, notamment pour la mise en œuvre des formations, la gestion des déplacements, et la contractualisation avec les différents partenaires.
- Le Responsable suivi de projet de Walé, sera chargé d'assurer l'exécution et le suivi des activités confiées à Walé

## 7.2 Factures Proforma qui accompagnent le Budget

Toutes les lignes budgétaires (et seulement celles qui sont incluses dans la première année du budget) de services, de biens et d'équipements dépassant dans leur budget unitaire et dans la monnaie locale équivalente les 2.500€, devront être accompagnées des factures proforma correspondantes, et seront décrites dans cette section et ajouter en Annexe.

N°	Concept	Prix en ML	Équivalent en €	Année de la dépense
1.	<b>Coût d'identification : étude sur les freins à la prise en charge dans la région de Ségou (Prestation de services par l'Association de recherche Miséli).</b> Etude basée sur un travail de terrain (série d'entretiens et de focus group) de deux semaines dans la région de Ségou.	3 279 420 Fcfa	4 999 €	2011
2.	<b>Etude sur la discrimination au sein des centres de santé (Prestation de services par l'Association de recherche Miséli).</b>	4 179 600 Fcfa	6 372€	2012

Pour les budgets des années postérieures à la première année, avec les Rapports de Suivi correspondants, vous aurez plus tard la possibilité de présenter les Proformas correspondants.

# 1. Leçons tirées de l'étude de socio-anthropologie

Ceci est un document de travail interne

Cette étude se découpe en deux parties : la première étudie les freins au dépistage (y compris un volet sur les réactions aux éléments de communication), la deuxième étudie le maintien dans le système de soins.

La présente note fait une synthèse (approximative) des résultats de l'étude, mais également les leçons tirées et éléments à prendre en compte pour nos activités d'éducation pour la santé dans la région de Ségou (les remarques **en bleu** sont des points à discuter en équipe !).

## Volet freins au dépistage

### Relation à la santé

- L'étude a permis de dissocier la relation à la santé, de manière plus générale, des représentations associées au VIH et au Sida, ce qui est une approche intéressante pour nous.
- Représentation de la santé comme n'étant pas biomédicale, physiologique, mais plutôt bien être général (physique, psychologique, social), au bonheur, etc. je retiendrai surtout le fait que la socialité, le rapport aux autres apparaît clairement comme une dimension essentielle de la santé (et l'intégration sociale est vécue comme une nécessité vitale)
- Dimension fonctionnelle de la santé, qui permet de gagner de sa vie (**ça peut-être un levier intéressant pour nous**). La maladie projette surtout une perte de valeur sociale, y compris au sein de la famille.
- Les quatre acteurs de la guérison (ou du maintien en bonne santé) : soi (son organisme), le personnel soignant (moderne ou tradi), Dieu, mais aussi les autres, la communauté, ce qui est remarquable ici, à mon sens. Comme le dit l'étude (p.18), « *une prise en charge purement 'biomédicale' ne constitue qu'une réponse partielle aux besoins engagés dans le processus de guérison, en complémentarité avec deux autres facteurs effectifs/efficaces sur l'évolution de l'état de santé: Le malade/patient lui-même', via son état psychologique, et L'environnement social, en soi et via ses implications sur le 'soi' »*. **Intéressant peut-être de creuser cet aspect, que nous avons tous un rôle à jouer dans la santé des autres, de ceux qui sont VIH+ notamment...**
- Le rapport à la prévention / prophylaxie semble relativement important, notamment par le biais de décoctions, etc. (**contrairement à un préjugé sur le sujet**)

- Perceptions de l'offre de santé du système publique globalement plutôt mauvaise, sentiment de méfiance, appréciée à travers cinq critères principaux :
  - l'accessibilité géographique et financière (soins considérés comme chers, sentiment que le personnel de santé « sur prescrit »)
  - le confort (la propreté des sites), qui est manifestement critiquée, notamment par les femmes
  - l'attention portée au patient (accueil mauvais, temps d'attente trop long, négligence des cas urgents)
  - la crédibilité du soin (les compétences des médecins des Cscoms vues comme inférieures à celles des médecins des Csref et hôpitaux, absence de cohérence entre les différents médicaux qui se contredisent tous)
  - enfin le respect de l'éthique (présence de la corruption, vols des médicaments par les équipes de soins, peu de transparence, de respect du secret médical)

Ces lacunes perçues du système de santé vont toutes induire des freins, à des niveaux divers, à la crédibilité du dépistage HIV et à la confiance dans les conditions du test. [Il faudrait donc redonner confiance dans le système de soins et dans la fiabilité du test !](#)

- D'une façon générale, les cliniques, les structures centrales de Bamako et les agents de santé consultés à titre privés sont plus rassurants que l'offre publique de Ségou. L'offre de santé privée (clinique), a une bien meilleure image mais accessible seulement aux gens riches.
- Image féminine du Cscm, [qui va dans le sens de nos observations de terrain](#) (p.21) « *Ce sont les femmes et les enfants qui partent le plus au Cscm. Dans les Cscm il y a les accouchements et le traitement des enfants* ».
- L'étude conforte l'idée du non respect de la pyramide sanitaire (les gens vont directement à l'hôpital)
- Importance des tradi-thérapeutes, moins chers, plus accueillants, et capables de soigner des choses que la médecine des blancs ne peut pas soigner. Selon l'étude, les gens craignent le biais du diagnostic dans la médecine traditionnelle, qui serait potentiellement moins bon dans la médecine traditionnelle (c'est souvent le patient qui diagnostique son problème). Passage de la médecine moderne à la médecine traditionnelle en cas d'insuccès de l'une ou de l'autre... [conforme à ce que dit la littérature sur le sujet](#)
- Sur la perception du risque, intéressant de voir que certaines personnes sont manifestement plus vulnérables que d'autres, que la mort est perçue comme pouvant être très soudaine – le paludisme est plus cité que le VIH parmi les maladies auxquelles les gens se sentent vulnérables

## Représentations associées au VIH et au Sida

- Les connaissances sur le VIH/sida demeurent très faibles (beaucoup d'idées fausses, de méconnaissances) et les représentations évoluent relativement peu. Le sida est toujours à la fois maladie et objet social, ancré dans le champ du discours et de la rumeur. « *prégnance des grands traits de représentations et de connaissances forgées lors des premiers temps de découverte et de médiatisation. Sur le versant 'fait social', par une vision très fantasmée et très anxiogène qui freine l'intégration et l'appropriation du risque et du danger* » (p.50).
- Le risque de transmission du VIH par la voie sanguine (en se coupant, se coiffant, etc.) est manifestement très cité par les gens, et très anxiogène. Ce mode de contamination est effectivement souvent mis en avant dans les campagnes, et a le mérite de « banaliser moralement » la transmission : les PVVIH peuvent expliquer leur séropositivité de cette façon. Attention donc à nos messages sur le sujet, qui est sensible.
- Maladie vue comme très grave : mort, dégradation physique, abattement moral
- Représentation d'une très forte stigmatisation liée au VIH (ce n'est pas seulement qu'elle existe de fait, mais les gens la craignent à priori et en parlent), dans quelle mesure les campagnes de lutte contre la stigmatisation n'ont-elle pas un effet pervers contraire ?
- Absence totale de distinction entre la séropositivité VIH et le Sida dans les représentations, peut-être une clé intéressante pour nous
- Sida n'est pas la maladie à laquelle les gens se sentent le plus vulnérables, mais elle est de loin celle qui est la plus anxiogène (dimension fantasmatique : spectre de la déchéance physique, du désespoir, de la rupture dans le couple et surtout de l'exclusion sociale), ce qui constitue un frein important au dépistage
- Sentiment d'avoir beaucoup d'informations sur le VIH, mais il reste un concept (peu d'incarnation, de connaissance personnelle de quelqu'un, etc.) – d'où l'importance peut-être de donner des chiffres sur le nb de personnes traitées, des infos concrètes sur les sites de traitement, etc.
- Moralisation des discours, tabou sur la sexualité, le sida reste pour certains une punition divine (« c'est la maladie de Dieu »). Importance de travailler sur ce point avec les leaders religieux, évidemment... et accèser le message sur la compassion, le soutien aux malades.

- Idée que le sida est une opportunité financière (un marché, une source d'emploi et d'argent) plutôt qu'une réalité – dans le même sens que les études du Lasdel, ça nuit forcément à la crédibilité des messages...
- Evolution des connaissances (et donc certainement changement de protocoles thérapeutiques, c'est moi qui rajoute) perçue comme un tâtonnement, une incohérence. plutôt important de prendre cet aspect en compte dans notre communication à l'égard des patients déjà suivis, des associations de patients, etc.
- Le sida est toujours vu comme une maladie exogène, amenée par les étrangers
- Niveau de connaissances « bio-médicales » très faible dans la population (très légèrement meilleure tout de même chez les dépistés que chez les autres), les voies de transmission du VIH sont largement connues (même si la voie sanguine est surestimée / fanstamée et anxiogène car elle passe par les objets du quotidien (couteaux, rasoirs, brosses à dents, peignes, aiguilles des tatoueurs, des tresseuses, les outils utilisés pour l'excision, la circoncision, etc.). A prendre en compte, pédagogie ++
- Les messages sur l'absence de contamination (ou 'contagion') par proximité avec des PVVIH (et notamment lors des repas en commun) semblent avoir été largement diffusés et assez bien intégrés par ces tranches d'âge
- Les connaissances sur le virus et l'évolution de la maladie sont très faibles même si caractère incurable de la maladie et présence d'un traitement intégrés par les gens (sans forcément savoir ou ni comment)
- Très peu de bénéfice psychologique associé au traitement (p. 44) « *Le sida est connu comme une maladie fortement discriminée, qui suscite l'exclusion et le rejet, évoqués de façon violente : réactions de méfiance, de peur, de dégoût, de mépris* » (cette image est peut-être d'ailleurs renforcée par les campagnes de lutte contre la discrimination, comme on le disait).
- Le déni d'existence du VIH/sida recule (même si certains pensent que c'est une maladie psychosomatique), mais la relation est souvent dominée par une vision fantasmée et anxiogène qui induit deux attitudes : la minimisation du risque (stratégies d'évitement) et la maximisation du danger (inacceptable, impossible à affronter... donc les gens ne font pas leur test). « *projection de séropositivité très fantasmée, avec une plateforme de projection triplement négative : le mal en soi, la culpabilité, la victimisation* » (p57)

- Dans le contexte très fantasmé d'exclusion sociale, et face au besoin d'intégration. Par ailleurs, « le degré de confiance quant à la bienveillance (ou tolérance) de l'environnement familial (conjoint le cas échéant, parents, frères et sœurs...) semble fortement corrélé au degré d'exclusion projeté. Un faible degré de confiance réactive les fantasmes et, d'une façon générale, augmente d'autant la distance au dépistage » (p48).
- Recommandation (à prendre en compte ++) de replacer le VIH comme une maladie objective, factuelle, concrète (loin du fantasme, du concept de sida), dans le champ biologique voire physiologique de la maladie, avec plus d'information sur les traits objectifs, biomédicaux, du VIH et du sida, son ampleur, etc. Mais en même temps, on verra plus tard qu'il y a une saturation des messages médicaux – à discuter avec Fabrice.
- L'étude confirme le fait que la crainte de stigmatisation est le frein essentiel à la démarche de dépistage / prise en charge : l'angoisse de la discrimination prend clairement le pas sur la peur de mourir il ne faut pas qu'on travaille seulement sur la discrimination en tant que telle, mais aussi sur la crainte de la stigmatisation

### Motivations et freins au dépistage

- Bonne image du dépistage, de manière globale. Seules quelques femmes le voient « pour ceux qui ne sont pas sûrs d'eux-mêmes ».
- le fait de se sentir en bonne santé et donc 'puissant' physiquement et mentalement, qui induit un sentiment d'invulnérabilité face à la maladie en général, y compris le VIH
- intéressants de voir que certains se sentent concernés par la problématique mais évacuent la perspective d'un diagnostic trop anxiogène (il faut banaliser le dépistage, et le fait d'être séro-positif)
- freins liés aux conditions de dépistage en situation réelle : peur d'être infecté, répulsion face aux prises de sang, crainte sur la confidentialité, méfiance sur la fiabilité des résultats. Il est très intéressant à ce propos de voir que « le principe de double test (test de confirmation), très peu connu/compris en soi (intéressant à prendre en compte dans le counselling !), participe potentiellement à cette image de non fiabilité du dépistage » (p.55). la barrière économique n'est jamais énoncée pour le dépistage.
- les sites qui inspirent le plus confiance sont les sites spécialisés (Walé), les cliniques privées et les hôpitaux de Bamako

En conclusion, les freins au dépistage sont de manière globale

- la peur de la mort sociale plus que la mort physique
- la méfiance envers les conditions de dépistage
- enfin le sentiment de « contrôle de la situation », mais ce dernier fait souvent l'impasse sur les risques occasionnels qui sont minimisés

Le dépistage est manifestement rarement volontaire (motivé par la volonté d'affronter la réalité) et majoritairement engagé sous influence (ONG spécialisées, PTME, longue maladie). Aussi bien les structures de santé que les patients eux-mêmes contribuent à une prise en charge tardive des malades. [Importance de travailler parallèlement sur le Dépistage à l'initiative du soignant et sur la démarche volontaire du dépistage.](#)

Le déclic qui va faire qu'un patient va décider de se faire dépister sera plus important chez ceux qui ne se sentent pas « insécurisés » en famille, ou par opportunité, dans un cadre jugé rassurant (dépistage avancé, par exemple). Moins le processus de décision est long, voire les dépistages très fortement 'influencés' sont décidés de façon très rapide ([en même temps, quid de l'acceptation du résultat positif dans ces conditions rapides ?](#))

Les dépistages ne sont manifestement réellement engagés dans le cadre d'une démarche volontaire autonome que par des personnes intellectuellement et/ou émotionnellement très matures, motivées. [Est-ce que nous devons stratégiquement viser plutôt ces personnes, qui sont plus à même de faire le pas, ou au contraire les gens qui sont plus éloignés ? il me semble que les campagnes de communication vise à plus à décider ceux qui hésitent \(ici les intellectuels ou les plus murs\) qu'à faire changer d'avis ceux qui ont une opinion négative... mais la question se pose !](#)

*« Les non dépistés se déclarent ouvertement très peu motivés au dépistage, avec des freins structurels forts ; néanmoins, cette cible est consciente des risques et de la nécessité de se protéger. De fait une large majorité met en œuvre des moyens de protection, parfois non systématiques, mais suffisamment rassurants pour évacuer la perspective du dépistage. Les attitudes ne sont donc pas de l'ordre de l'inconscience, mais une combinaison de protection et d'évitement » (p.63).*

Le doute que les gens ont sur eux-même (lié à des relations sexuelles non protégés), ne va devenir opérant et faire passer au dépistage que si suspicion du partenaire sexuel, confrontation à une image forte (Jigi Ya So aurait montré des images de sexes détruits dans les écoles...), influence du personnel de santé (dans le cadre de la PTME, par exemple, ou après un parcours thérapeutique long et couteux).

La procédure de test est jugée très positivement par ceux qui se sont fait dépister, surtout dans les centres associatifs spécialisés, Walé et l'Eveil (qui n'existent plus aujourd'hui). [« L'image très positive des centres spécialisés fait en négatif écho à l'image plutôt repoussoir du test tel que réalisé dans les structures publiques de santé \(avec, entre autres, une méfiance forte quant au respect de l'anonymat\) » \(p.70\).](#) Il semble aussi que ceux qui se sont fait dépister une fois recommencent ensuite. [Utiliser cette expérience positive en la valorisant... \(faire témoigner les dépistés négatifs, par exemple ?\)](#)

Plusieurs critiques sur le dépistage en stratégie avancée ([que nous allons également utiliser lors de quelques unes de nos activités et qui sont donc à prendre en compte ++](#)) :

- crainte de la confidentialité (peur de l'annonce collective, il y aurait eu des cas...)
- prise de sang opérée en public ce qui n'est manifestement pas simple à gérer pour certains (il faut sourire, etc.)

- tendancielle, les personnes les moins préparées à recevoir la nouvelle de leur séropositivité sont également celles qui vont l'apprendre avec le moins de préparation (cf. [mon commentaire plus haut, qui va dans le même sens](#))

« Favoriser la démarche de dépistage volontaire implique d'augmenter la perception du risque (la probabilité d'être atteint) et de canaliser, d'amoindrir, le caractère fantasmé du danger (les conséquences projetées) » (p.91).

Quatre leviers de mobilisation à une démarche volontaire de dépistage du VIH identifiées par l'étude [que nous devons creuser pour nos activités](#)

- Objectiver le VIH, parvenir à en diffuser un contenu d'image dissocié de celui du sida déclaré (les gens ne font pas la distinction du tout) ([cet élément va dans le sens de la note élaborée avec Françoise Aebérard sur l'accompagnement psychologique, qui insistait beaucoup sur l'impact psychologique de cette absence de distinction entre les deux](#)), rendre le VIH plus familier, plus réel.
- Re-hierarchiser les termes biologiques et sociaux : la peur sociale (aujourd'hui la plus importante) versus la crainte de mourir. Comment minimiser l'angoisse d'exclusion ? en replaçant le VIH sur le plan médical, en rassurant les gens sur le regard des autres (soutien du personnel, des ONG, préservation du secret).
- Réaffirmer le risque de contamination sexuelle face à la voie sanguine et sensibiliser sur les pratiques occasionnelles,
- Valoriser le test de dépistage « là, tout de suite », et non pas seulement sur le principe, parler du dépistage du VIH plutôt que de dépistage du sida pour atténuer la crainte, insister sur ces aspects positifs (responsabilité, etc.), sur ce qui va se passer en cas de séropositivité, et aussi prendre en compte la méfiance vis-à-vis du système de santé, notamment public (explications des modalités concrètes, insister sur l'aspect confidentiel)

### **Accueil et réactions face à des éléments de communications présentés (affiches, messages)**

[On retiendra quelques éléments à prendre en compte pour nos outils de communications \(issus des conclusions opérationnelles, p.87\)](#)

- forme de saturation des messages à connotation médicale – [Oui, mais en même temps il faut insister sur le caractère réel de la maladie, ses manifestations, son évolution, etc. comment faire ?](#)
- Surtout chez les non dépistés, moins informés et certainement intellectuellement et émotionnellement moins matures que les dépistés, le décodage des textes et des images au premier degré, avec une très faible capacité d'abstraction : l'humour, le second degré, l'allégorie, etc. semblent à éviter

- Les registres qui semblent les plus porteurs en communication sur le fond :

La responsabilité individuelle

- Soit au plan personnel : l'avenir
- Soit au plan 'mental' : la maturité
- Soit au plan 'moral' : la non contamination des tiers

La mobilisation collective dans un contexte de 'lutte', qui semble notamment très mobilisatrice auprès des hommes de 25-30 ans (vraisemblablement, en véhiculant une idée de groupe soudé vs. l'exclusion)

Le fait de 'créer le doute', jouer sur la dimension 'contrôle' de la maladie

- Les registres qui semblent les plus porteurs sur la forme :

Le ton : le conseil plutôt que l'injonction ou l'invocation de la norme (ouf)

L'imagerie : un 'miroir positif' à travers des supports de projection aspirationnels : le couple/l'amour, la maternité, et d'une façon générale les termes de l'épanouissement

- **difficulté de jouer sur le témoignage.** Le principe même en communication bénéficie de la charge émotionnelle, de l'impact et de la force de persuasion potentielle du témoignage... de plus, il participe à la banalisation de la maladie... néanmoins surtout auprès de ceux déjà acquis à ce principe. Mais, et ce de façon spécifique au milieu investigué par l'étude, ce principe est d'autant plus inopérant voire contre-productif que l'auditoire est marqué par les fantasmes de l'exclusion sociale, c'est-à-dire surtout des personnes non dépistées les plus réticentes à la prise en compte du VIH, soit la cible prioritaire de ces communications [Nous avons prévu de faire beaucoup de témoignage de personnes séropositives dans le volet EPS, mais ce sont surtout des témoignages instantané \(et non utilisé dans des supports de communication\). Il faudra bien veiller au contenu des messages, d'insister sur le côté positif du dépistage, de la PEC, et non trop sur le volet émotif / difficulté, etc. qui est aussi le registre qui va le plus toucher les gens...](#)

#### Volet Perdu de vue

- Un nouvel acronyme créé par Fabrice : les « PVCVIH » : Personnes vivant consciemment avec le VIH
- En synthèse : Importance de l'environnement humain (médical, psychologue, proches) et crainte de la stigmatisation ressort très clairement comme étant le principal frein.
- 5 déterminants de la relation au traitement :

la psychologie du patient

Importance +++ du contexte de l'annonce (selon diagnostic tardif suite à long parcours thérapeutique, suite à séropositivité du conjoint, PTME, dépistage volontaire) – [ce qui va dans le même sens que nos discussions sur l'annonce avec Françoise.](#)

Gros choc de l'annonce « *ta vie bascule dans ta main* ».

Grosses tensions sur le dépistage des enfants : Culpabilité pour les mères à l'idée d'avoir pu infecter leurs enfants

« *Le centre m'a proposé de faire faire le test à mes enfants, pour qu'on puisse les soigner... mais... je ne peux pas... .., je ne peux pas supporter l'idée que... (effondrement).* »  
[F, pdv.] – [un argumentaire à développer sur le sujet, car nous voulons renforcer le volet dépistage intrafamilial et lancer un concours lors du prochain CTR ségou](#)

la perception du traitement

L'un des intérêts du traitement est qu'il protège le secret et permet que les autres ne voient pas qu'on est séropositif – [intéressant dans l'argumentaire... l'importance du traitement pour soi, mais aussi pour le regard des autres \(la prise en charge protectrice et non vulnérabilisante\)](#)

la relation à l'environnement familial / social (confident ou non)

Femmes ayant moins d'obligations économiques sont plus à l'écoute d'elles-mêmes

Révélation du statut : besoin de se confier revendiquée chez femmes et urbaines.

Pression de certains maris sur leurs femmes pour qu'elles n'en parlent à personne. C'est souvent aussi le besoin d'aide logistique ou financière qui amène certains patients à révéler leur statut.

Plusieurs cas de discrimination : rejet familial, licenciement.

Description des tentatives de dissimulation mises en place... mais une peur quasi constante que séropositivité ne soit découverte

[Importance de l'implication des confidents / personnes ressources amies, etc.](#)

la capacité de travailler normalement

Acceptation du traitement corrélée à l'état de santé du patient

La contrainte de temps de transport apparait faible, la contrainte du coût (du transport) est manifestement bcp plus importante

la relation à l'offre de prise en charge

Plusieurs cas de Divulgence de la séropositivité à des membres de la famille sans autorisation

Observance est plus contraignante au début (car visites non espacées au début + possibilité de transfert ensuite). Deux contraintes fortes : le temps et le coût.

Certains patients des districts préfèrent venir en capitale régionale, plus discret

Le fait que le personnel masculin soit vu comme une garantie de confidentialité par les femmes est également à noter !!!

Souci de l'aide socio-économique : non systématique et sa suspension est vécue comme une perte/risque de mise en péril de la relation au médecin à cause du remboursement

Ne pas supprimer cette page ni ce cadre qui n'est pas imprimé

## RÉSUMÉ

Si l'Afrique concentre les deux tiers de l'épidémie mondiale d'infection à VIH, l'accès au dépistage et aux soins restent relativement faible sur le continent, et plus particulièrement dans la région de Ségou, au Mali, où l'ONG Solthis intervient depuis huit ans. Jusqu'alors essentiellement consacrée à des activités de renforcement de capacités bio-médicales, l'ONG souhaitait compléter son appui technique aux formations sanitaires par un projet d'éducation pour la santé, auprès des populations, afin d'améliorer le dépistage, l'accès aux soins dans la zone et lutter contre la discrimination en milieu de soins.

Cette mission avait pour objectif de développer un projet d'éducation pour la santé en matière de VIH dans la région de Ségou.

L'analyse situationnelle s'est basée à la fois sur des entretiens semi-directifs, une étude de socio-anthropologie et une analyse de la littérature grise. Le projet en tant tel a été élaboré grâce à la méthode de l'arbre à problème et structuré dans un cadre logique classique.

Les principaux freins au dépistage et au traitement dans la région de Ségou sont la peur de la discrimination et la faible connaissance des aspects concrets de la prise en charge. Un projet budgétisé a été élaboré, en partenariat avec les autorités sanitaires locales, et déposé auprès d'un bailleur de fonds potentiel, la fondation Intervida.

Le développement de ce volet d'éducation pour la santé a rencontré un certain nombre de difficultés, liées au contexte sécuritaire malien. Il a notamment permis une réflexion stratégique sur l'auto-évaluation des équipes de soins en matière de discrimination des patients, sur la relation de perpétuelle négociation entre les ONG et leurs bailleurs de fonds, ainsi que sur les difficultés de l'évaluation de l'impact des activités en matière d'éducation pour la santé.

MOTS CLEFS : VIH, EDUCATION SANTÉ, MALI, DÉPISTAGE, DISCRIMINATION

## ABSTRACT

Although two thirds of the worldwide aids epidemic remains concentrated in Africa, the accessibility to screening and care remains quite low all over the continent and especially in the area of Segou, in Mali, in which Solthis has been intervening for eight years. The NGO activities had mainly been aiming the development of bio-medical capacities. In order to ameliorate the screening, the care accessibility in the area and the struggle against discrimination in the care institutions, Solthis was now hoping for improving its technical support by creating an educational project for health.

The purpose of this mission was the development of an educational project for health as far as AIDS is concerned in the Segou.

The situational analysis was based upon not only semi directive conversations but also upon a socio-anthropological study and an analysis of the "grey" literature. The project as it was had been elaborated according to the "arbre à problème" method and had been structured according to a classical logical frame.

The principal brakes as far as screening is concerned in the Segou area are fear of the discrimination, and lack of knowledge about concrete aspects of Care. A budgeted project was created with the partnership of the local sanitary authorities.

This project was proposed to a potential financial partner: Intervida foundation. The insecure context in Mali produced problems with the development of this educational section for health. It is to be noticed that it allowed a strategical reflexion about the care teams auto-evaluation concerning patients and discrimination and about the relationship between the NGO's and the financial partners which remains continuously a negotiation, as well as the hard to resolve problem of the evaluation of the impact of the education for health activities.

KEYWORDS : HIV, HEALTH EDUCATION, MALI, SCREENING, DISCRIMINATION

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

**Solthis** - Solidarité Thérapeutique et Initiative contre le Sida  
58 A Rue du Dessous des Berges, 75 013 Paris

Adresse au Mali  
Korofina nord, Rue 189, Porte 372 - BP 3062- BAMAKO