



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION  
UNITE DE COORDINATION DES MALADIES INFECTIEUSES ET TRANSMISSIBLES  
Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA



---

Guide de formation pour l'amélioration  
de la relation client - prestataire dans l'offre  
de services VIH centrée sur la personne dans les  
établissements sanitaires

---



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**  
**UNITE DE COORDINATION DES MALADIES INFECTIEUSES ET TRANSMISSIBLES**  
**Programme National de Lutte contre les IST/VIH/SIDA**

**Guide de formation pour l'amélioration de la relation client - prestataire dans  
l'offre de services VIH centrée sur la personne dans les établissements sanitaires**

Guide de formateurs



Ce produit est rendu possible grâce au soutien du President's Emergency Plan for AIDS Relief, par le biais du programme RISE financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international, conformément aux termes de l'accord de coopération n°7200AA19CA00003. Le contenu relève de la responsabilité du programme RISE et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

---

## **MAI 2022**

Ce guide de formation a été produit avec le support technique et financier du projet RISE-Haïti SPOTLIGHT.

RISE (Reaching Impact, Saturation, and Epidemic Control) est un projet mondial de cinq ans (2019-2024) financé par le Plan d'urgence du Président Américain pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) à travers l'Agence américaine pour le développement international (USAID). RISE travaille avec les pays pour parvenir à une vision commune de manière à atteindre et à maintenir le contrôle de l'épidémie du VIH avec l'appui de partenaires locaux plus solides capables de gérer et d'obtenir des résultats grâce à des systèmes de santé durables, autonomes et résilients d'ici 2024. En Haïti, RISE-Haïti SPOTLIGHT (Août 2021 — Sept 2022) est financé par l'USAID, géré par Management Sciences for Health (MSH) et implémenté avec deux organisations locales la Fondation SEROVie et la Faculté de Médecine, de pharmacie et de l'École de biologie médicale de l'Université d'État d'Haïti

## PRÉFACE

L'UCMIT/PNLS est très heureux de vous présenter le manuel de formation intitulé : **Guide de formation pour l'amélioration de la relation client prestataire dans l'offre de services VIH centrée sur la personne dans les établissements sanitaires**. Ce manuel a été élaboré sous le leadership de l'UCMIT/PNLS par le projet RISE-Haïti SPOTLIGHT, financé par l'USAID avec les fonds PEPFAR et en collaboration avec le Centre Haïtien pour le Renforcement du Système de Santé (CHARESS) et Georgetown University (GU). Depuis plus de deux décennies, le PNLS coordonne la riposte au VIH en Haïti. Avec l'appui de ses partenaires nationaux et internationaux, le Programme a pu maintenir le taux de prévalence du VIH à 2 % dans la population en général. Toutefois, les résultats de la récente enquête Stigma Index en juillet 2021 montrent que la discrimination et la stigmatisation constituent toujours malgré les efforts déployés un handicap majeur à la rétention en soins des bénéficiaires.

Pour pallier cet état de fait, le PNLS s'est engagé à intervenir directement sur l'amélioration de la relation entre les clients et les prestataires, l'un des éléments essentiels, dans la création d'un environnement de confiance pour la dispensation de services de qualité centrés sur la personne. Pour l'ensemble du programme, l'offre de soins VIH centrée sur la personne constitue la stratégie sûre et efficace pour répondre aux grands défis du Programme VIH haïtien et créer un environnement de soins non stigmatisant avec une forte implication des clients dans la gestion de leur santé à travers une responsabilisation continue.

Ce nouvel outil vient donc s'ajouter aux ressources existantes, dans le but de contribuer au renforcement de capacités des prestataires de soins pour l'atteinte des objectifs 95-95-95 visés. Ce manuel de formation permettra au PNLS de répondre au défi constant de la disponibilité et de l'accessibilité des soins dans un environnement humanisant où le patient est pris en charge dans son intégralité avec le souci constant de son bien-être.

Les formations réalisées à partir de ce manuel viseront non seulement le personnel soignant, mais également le personnel administratif, ainsi que le personnel communautaire. Nous croyons fermement que cette approche favorisera cette prise en charge intégrale de la personne tant recherchée.

Le PNLS est convaincu que cette approche constitue un aspect important des interventions mises en place par le programme vers l'échéance de 2030. Le niveau opérationnel du programme, les coordinations départementales seront les premiers bénéficiaires des formations afin de nous assurer de la pérennité de cette intervention.

L'UCMIT/PNLS invite tous ses partenaires à en faire bon usage et à se l'approprier comme un document de référence pour les formations visant l'amélioration de la relation client-prestataire pour des soins centrés sur la personne pour arriver au rendez-vous de 2030.



## REMERCIEMENTS

Le guide de formation pour l'amélioration de la relation client prestataire pour l'offre de Soins VIH centrée sur la personne dans les établissements sanitaires est destiné aux personnels soignants et non soignants des points de prestations des services IST/VIH en Haïti. Ce document a été produit sous le leadership du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) à travers l'Unité de coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles (UCMIT) et le Programme National de lutte contre les IST/VIH/SIDA (PNLS) grâce au projet RISE-Haïti SPOTLIGHT financé par les Fonds PEPFAR de l'USAID. Il a bénéficié des directives techniques à la fois des cadres techniques du PNLS et d'un comité technique composé de membres des différents partenaires de mise en œuvre du programme VIH haïtien œuvrant dans la dispensation de services IST/VIH dans le secteur de la santé à l'échelle nationale.

Nos remerciements s'adressent à nos principaux bailleurs du programme VIH en Haïti, en l'occurrence l'USAID, pour son accompagnement technique et financier dans la rédaction de cet ouvrage, et le CDC pour son soutien technique.

Nous tenons particulièrement à remercier le comité technique de l'UCMIT/PNLS et tous les autres partenaires techniques qui ont contribué au développement de ce document visant le renforcement de capacités du personnel soignant et non soignant en vue d'une prestation de services VIH centrée sur la personne et dans le strict respect des droits humains.

Nos remerciements s'étendent également à tous ceux qui ont contribué au niveau du comité technique pour façonner ce guide de formation :

Dr Kesner François, PNLS	Robenson Pellitier, PNLS	Steeve Laguerre, ECP2
Dr Steve Mac Allan, PNLS	Mme Suze Jean-Baptiste, UCMIT	Dr Rachid Dorsainvil, ECP2
Dr Alande Samedi, PNLS	Mme Anèse Joseph, UCMIT	Mme Sissi Lamour, ECP2
Dr Myrtha Louissaint, PNLS	Dr Alexandra Emilien, MSH	Mme Micheline Venort, ECP2
Jean-Remy Luberic, PNLS	Dr Nadjy Joseph, MSH	Mme CatianaEdeme, SEROVie
Blondine Jean-Baptiste, PNLS	Dr Middle Fleurantin, MSH	Dr. Maureen Leonard, ISPD
Dr Steve Mc Allan Smith PNLS	Mr. Veldony Argant, MSH	

Nous poursuivons en remerciant la Société Civile des PVVIH et la communauté des LGBTQI représentées à travers les associations et institutions suivantes CIPPRESS, ORAH, OTRAH, FACSDIS, KOURAJ, ACIFVH, FOSREF, ANAPHE, SOFENOE, AFHIAVIH et FEDHAP+ qui a volontairement participé avec beaucoup d'enthousiasme aux groupes de discussions préliminaires des populations clefs et vulnérables permettant de collecter leurs attentes pour des services centrés sur la personne. Ceci nous a permis de nous assurer que le manuel répondrait aux besoins de tous nos clients et contribuerait à instaurer un environnement de soins respectueux, sans stigmatisation dans les établissements sanitaires. Un remerciement particulier à la FOSREF et à la Fondation SEROVie qui ont mis à profit leur local et techniciens pour conduire ces groupes de discussion.

Enfin, nous exprimons notre gratitude et notre reconnaissance à tous nos partenaires d'assistance technique

qui ont contribué à la rédaction de ce projet en fournissant leur retour et en participant à l'atelier d'élaboration et de validation de ce guide : Dr. Nancy Rachel Labbé Coq, Vixamar Hanson Ramirez, Louis Josué et Laviolette Sébastien de Georgetown University ; Dr. Gabriel Balan, Dr Bernine Bastien, Jean Bernard Abellard et Jean Marcixme Chery de CHARESS ; Vinson Bradley Noël et Alain Terard de la Fondation SEROVie.



## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFHIAVIH	Association des Femmes Haïtiennes Infectées et Affectées par le VIH/SIDA
ASCP	Agents de Santé Communautaires Polyvalents
APS	Accompagnement Psycho Social
ARV	Antirétroviraux
CHARESS	Centre Haïtien pour le Renforcement du Système de Santé
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CE	Communication efficace
CIP	Communication inter personnelle
CIPRESS	Coopération Inter Religieuse pour la Promotion et la Prévention de la Santé des Soins et Supports
CLM	Community Led Monitoring
EM	Entretien Motivationnel
EMMUS	Enquête mortalité morbidité et utilisation des services
FACDIS	Femmes en Action Contre la Discrimination Sexuelle
FEDAHP+	Fédération Haïtienne des Associations de PVVIH
FHI 360	Family Health International
FM	Fonds Mondial
FOSREF	Fondation pour la Sante Reproductrice et l'Education Familiale
GU	Georgetown University
IST	Infections sexuellement transmissibles
HARSAH	Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HSH	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
JHPIEGO	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
LGBTQI+	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer and Intersex
MSH	Management Sciences for Health
PEC	Prise en Charge
PPE	Prophylaxie Post Exposition
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS's Relief
PNLS	Programme national de lutte contre le VIH/Sida
PrEP	Prophylaxie Pré-Exposition au VIH
PS	Professionnels du Sexe
PSNM	Plan Stratégique National Multisectoriel
PTF	Partenaires techniques et financiers du programme
PTME	Prévention transmission mère-enfant du VIH
PV	Populations vulnérables
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RISE	Reaching Impact, Saturation and Epidemic Control
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SOFENOE	Solidarite Feministe pour une nouvelle emergence
TAR	Traitement Anti Rétroviral
TB	Tuberculose
TG	Transgenres
UCMIT	Unité de Coordination des maladies infectieuses et transmissibles
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VBG	Violences basées sur le genre
VPI	Violences entre les partenaires intimes

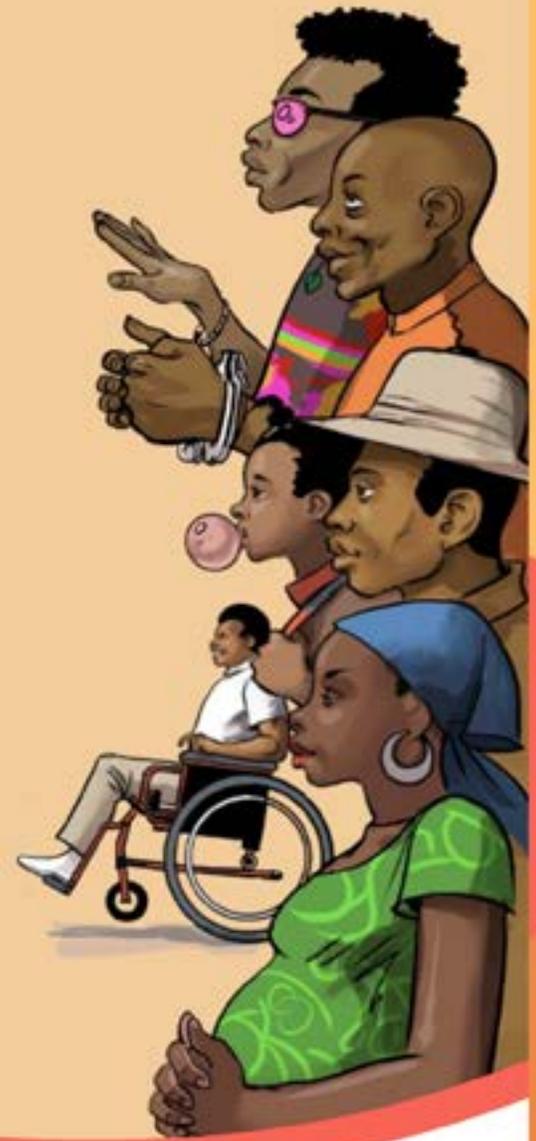
## TABLE DES MATIÈRES

### PAGES

- 10. MODULE INTRODUCTIF**
- 12. MISE EN CONTEXTE**
- 13. PROCESSUS D'ÉLABORATION DU GUIDE DE FORMATION**
- 15. APPROCHE PAR COMPÉTENCE**
- 16. BUT ET OBJECTIFS DU GUIDE DE FORMATION**
- 16. COMMENT UTILISER CE GUIDE**
- 18. CONSEILS GÉNÉRAUX D'ANIMATION**
- 18. Avant la session de formation
- 18. Pendant la session de formation
- 19. À la fin de la session de formation
- 21. TECHNIQUES DE FORMATION PARTICIPATIVE**
- 21. DÉROULEMENT DU PROGRAMME DE FORMATION**
- 22. PVVIH ET POPULATIONS CLÉS EN TANT QUE CO-FACILITATRICES/TEURS**
- 22. ÉVALUATION DE LA FORMATION**
- 27. MODULE 1. DROITS DES PERSONNES DANS LE CONTEXTE DU VIH**
- 29. Session 0 Infection au VIH : Rappel
- 31. Session 1.1. Définition des droits humains
- 34. Session 1.2. Violation des droits humains
- 36. Session 1.3. Violation des droits humains et PVVIH, PC, PV
- 38. Session 1.4. Stratégies d'interventions pour protéger les droits des PVVIH, PC et PV
- 40. Session 1.5. Résumé du module
- 46. MODULE 2. SEXE, GENRE ET VIH**
- 48. 2.1. Genre, Sexe et Sexualité
- 53. Session 2.2. VIH et Violences basées sur le genre (VBG)
- 53. Session 2.3. Résumé du module
- 67. MODULE 3. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES**
- 69. Session 3.1. Stigmatisation et Discrimination : Définition et Compréhension
- 72. Session 3.2. Formes, Causes, et Conséquences de la stigmatisation et discrimination
- 74. Session 3.3. Analyse des formes et des conséquences de la stigmatisation
- 77. Session 3.4. Confidentialité face à la stigmatisation
- 79. Session 3.5. Réflexions autour de la stigmatisation et la discrimination
- 83. Session 3.6. Panel de discussions avec les PVVIH et les PC
- 85. SÉANCE 5. RÉSUMÉ DU MODULE
- 93. MODULE 4. CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT CLINIQUE ET COMMUNAUTAIRE RESPECTUEUX**
- 95. Session 4.1. Environnement clinique et communautaire respectueux : Compréhension
- 98. Session 4.2. Construction d'un environnement clinique et communautaire respectueux
- 100. Session 4.3. Résumé du module
- 103. MODULE 5. COMMUNICATION EFFICACE**
- 105. Session 5.1. Communication efficace : Éléments fondamentaux

## PAGES

- 108. Session 5.2. Communication entre clients et prestataires
- 113. Session 5.3. Compétences de bases en communication efficace — les six savoirs de base
- 114. Session 5.4. Directives et normes pour une communication efficace
- 115. Session 5.5. Résumé du module
- 121. MODULE 6. L'ACCUEIL OU SERVICES À LA CLIENTÈLE**
- 123. Session 6.1. Accueil des clients : Définition et Compréhension
- 125. Session 6.2. Accueil entre clients et prestataires
- 127. Session 6.3. Résumé du module
- 132. MODULE 7. RELATION D'AIDE-SOIGNANT-SOIGNÉ ET SOINS VIH CENTRÉS SUR LA PERSONNE**
- 134. Session 7.1. Relation soignant-soigné : Importance pour les soins VIH centrés sur la personne
- 137. Session 7.2. Relation soignant-soigné : Techniques et outils
- 141. Session 7.3. Résumé du module
- 149. MODULE 8. ENTRETIEN MOTIVATIONNEL**
- 151. Session 8.1. Introduction au counseling incitatif
- 152. Session 8.2. Processus et étapes de changement de comportement
- 153. Session 8.3. Résumé du module
- 158. CODE DE CONDUITE ET PLAN D'ACTION**
- 165. ANNEXES**
- 166. Annexe 1. Prestation de service adaptés aux PVVIH
- 172. Annexe 2. Fiches pratiques
- 175. Annexe 3. Formulaire d'Évaluation Journalière de la Formation
- 176. Annexe 4. Formulaire d'évaluation finale de la Formation
- 178. Annexe 5. Questionnaire d'évaluation des connaissances (PRE & POST-TEST)
- 181. Annexe 6. Debriefing Post-Formation



# MODULE

## INTRODUCTIF

## MISE EN CONTEXTE

Plus de quatre (4) décennies après l'apparition des premiers cas de VIH/SIDA, la riposte mondiale contre ce fléau a changé. Grâce aux progrès de la thérapie antirétrovirale (TAR), les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) ayant accès au TAR, sont en meilleure santé avec une durée de vie prolongée (ONUSIDA, Strategy 2021-2026). Les récentes statistiques sanitaires du Programme VIH haïtien indiquent que le programme fait face à des défis majeurs. Au 30 septembre 2021, le programme a enregistré une déperdition de plus de 15 % de patients sous TAR à travers tout le continuum de soins. Plus de 4 sur 10 PVVIH ont vécu au moins une fois une expérience de stigmatisation au cours des 12 derniers mois selon les résultats de l'étude « d'Index Stigma » . Selon ce rapport, les expériences de stigmatisation perçues et/ou vécues imposent à plus de 25 % des clients ou populations clés des changements de comportement tels que le non-recours aux services de santé, le déménagement de leurs zones de résidence, l'abandon d'un emploi stable ou le licenciement en raison de leur statut sérologique VIH ou de leur orientation sexuelle.

Centrée sur la personne, la prise en charge globale du VIH doit favoriser les conditions permettant l'amélioration de la continuité du traitement parmi les PVVIH, de l'adhérence au TAR et de la qualité de la santé et du bien-être des PVVIH et des populations clés et vulnérables à risques de contracter le VIH. Une des composantes essentielles pour atteindre les trois objectifs des « 95 - 95 - 95 » de l'ONUSIDA consiste à combattre les préjugés et les attitudes jugées stigmatisantes ainsi que les comportements discriminatoires dans les établissements sanitaires à l'égard des PVVIH, des populations clés (HARSAH, Professionnels de sexe, Transgenres) et les populations vulnérables comme les femmes enceintes, les jeunes et les adolescents. Pour atteindre cet objectif, il devient indispensable de renforcer les capacités techniques du personnel soignant et non soignant sur la prestation de soins et de services sanitaires plus humanisant en vue d'améliorer la compréhension, l'empathie et les attitudes positives du personnel envers les PVVIH, les populations vulnérables et les populations clés. Ce renforcement s'illustre par le fait d'entretenir une communication respectueuse, de créer une confiance réciproque et de renforcer la relation d'aide entre le client et le prestataire.

Eu égard à son impact sur l'offre et la demande de services VIH auprès des populations marginalisées, les autorités sanitaires dans le cadre du projet RISE-Haïti SPOTLIGHT ont jugé nécessaire de développer un curriculum de formation standard pour l'offre de soins VIH centrés sur la personne et le respect des droits humains dans les établissements sanitaires. Ce curriculum de formation regroupe non seulement l'arsenal normatif, des outils de formation déjà produits autour des soins VIH axés sur le patient, mais prend également en compte certaines notions clés axées sur les droits humains dans le contexte du VIH et sur la relation soignant-soigné non touchée dans les manuels précédents. Ce document devient par conséquent, un manuel de référence pour la formation de formateurs (TOT) sur le renforcement des compétences du personnel soignant et non-soignant pour l'établissement d'une relation de confiance client prestataire dans tous les points de prestations VIH. Le contenu est destiné à partager un savoir, un savoir-faire et un savoir-être aux participants et participantes destinés à la création d'un environnement de soins respectueux, empathiques et sans stigmatisation.

---

<sup>1</sup>ONUSIDA (2021). Global AIDS Strategy 2021-2026

<sup>2</sup>PNLS/ONUSIDA (2020). Étude Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Haïti.



## PROCESSUS D'ÉLABORATION DU GUIDE

Les repères proposés dans ce guide pour assurer la formation de formateurs (TOT) s'inscrivent en cohérence aux recommandations actuelles de l'ONUSIDA pour l'offre de soins VIH centrés sur la personne et aux résultats de l'étude Stigma Index réalisée auprès des PVVIH et des populations clés. Ce guide a été conçu sous le leadership de l'UCMIT/PNLS selon une démarche participative et inclusive structurée autour de quatre (4) étapes importantes :

### 1.— Une analyse de situation

Dans sa stratégie de riposte contre les interruptions fréquentes sous TAR des clients, l'UCMIT/PNLS a jugé bon de mettre à la disposition du programme VIH des outils de formation actualisés visant la fourniture de soins VIH empathiques et humanisant centrés sur la personne. Dans cette perspective, une équipe consultante en appui au PNLS a procédé à une revue documentaire et un état des lieux. Ce diagnostic a croisé des données issues de trois sources d'informations :

- Une revue des documents nationaux existants sur les thématiques relatives à la relation soignant-soigné, aux droits humains, aux soins psychosociaux, la rétention en soins et à la stigmatisation/discrimination à l'égard des populations clés et vulnérables. Au terme des trouvailles, il a été recommandé au comité technique l'éla-

boration d'un référentiel de formation autour des soins VIH centrés sur le patient et le respect des droits humains ;

- Des rencontres de discussions hebdomadaires ont été conduites entre l'équipe consultante et le comité technique du Projet RISE-Haïti SPOTLIGHT regroupant des cadres techniques de MSH, du PNLS et de la Fondation SEROVie. Ces rencontres de discussions ont été réalisées entre les mois de janvier et mars 2022 ;
- Des données tirées du rapport « Index Stigma » envers les personnes vivant avec le VIH en Haïti. Selon ce rapport, plus de 35 % de participants à l'étude considèrent les établissements sanitaires comme étant un lieu de production de stigmatisation à l'égard des PVVIH et des PC.

## **2. Développement des modules de formation**

Au terme de l'analyse situationnelle, l'équipe consultante a démarré la rédaction du matériel pédagogique. Sur la base des recommandations du comité technique, il a été décidé de développer un curriculum de formation en vertu de l'approche de soins VIH centrés sur le patient avec un focus sur la relation soignant-soigné dans la prestation des services dans les établissements sanitaires. Ce document qui se voulait « intégrateur » regrouperait des modules sur les droits des patients et les obligations des prestataires de soins, la stigmatisation/discrimination, le service à la clientèle, la confidentialité, la communication interpersonnelle, l'environnement clinique et communautaire respectueux, la relation d'aide prestataires-clients, l'entretien motivationnel pour ne citer que cela. L'équipe a fait usage d'une approche participative et itérative pour procéder à la rédaction du matériel.

## **3. Rencontre de discussion avec les groupes prioritaires**

Au cours de la rédaction du matériel, le comité technique avait jugé bon de conduire différentes rencontres de discussions avec les groupes prioritaires. Cette démarche visait à collecter des données d'une part sur les perceptions des bénéficiaires du programme VIH au regard de l'organisation des services et les facteurs entravant et d'autre part sur leurs besoins pour pouvoir instaurer un environnement de soins respectueux, sans stigmatisation dans les établissements sanitaires. À ce titre, cinq (5) groupes de discussion (focus group) ont donc été tenus auprès de jeunes de 18 à 25 ans, des adultes PVVIH, des HARSAH, des transgenres et des Professionnelles du sexe. La Fondation SEROVie et FOSREF ont mis à profit leurs cadres techniques pour conduire ces rencontres de discussion selon une démarche technique très rigoureuse. Cette étape a fait émerger des thèmes nouveaux et a permis à l'équipe de mieux orienter les sujets et outils de formation selon les besoins des utilisateurs des services. Somme toute, l'organisation de ces rencontres avec les groupes prioritaires s'alignaient aux recommandations de l'ONUSIDA, nécessitant la participation des bénéficiaires à toutes les étapes d'un processus qui leur sont destinés, mais également à pouvoir cristalliser l'approche participative et itérative qui sous-tendait la stratégie d'élaboration du matériel pédagogique.

## **4. Deux sessions de travail visant la clarification des objectifs et la méthodologie poursuivis pour l'élaboration du matériel pédagogique**

Bien avant le processus de validation des modules de formation développés, deux rencontres de discussions se sont tenues sous l'autorité de l'UCMIT en avril 2022, entre le comité technique du Projet RISE-Haïti SPOTLIGHT et deux partenaires techniques du PNLS, à savoir CHARESS et Georgetown University (GU). Ces rencontres visaient à clarifier auprès de ses partenaires, ayant le mandat d'appuyer le PNLS dans le développement de

documents normatifs et outils de formation, les raisons d'être, objectifs et la méthodologie poursuivis pour rédiger le guide de formation. Ces sessions permettraient également de recueillir commentaires et recommandations auprès des partenaires pour les corrections et adaptations du matériel pédagogique au contexte haïtien.

## **5. Un atelier de validation des modules de formation**

Un atelier de révision et de validation des modules de formation s'est déroulé à Port-au-Prince du 11 au 13 avril 2022. Cet atelier a permis d'une part de passer au travers des différents modules proposés selon l'approche par compétence, et d'autre part d'assurer une validation des modules par les pairs. Cet atelier regroupait quinze (15) acteurs impliqués dans la prise en charge psychosociale (APS) et d'éducation thérapeutique (ETP) et dans le développement d'outils de soins et de formations du programme VIH.

## **6. La relecture et validation du document**

Le document a été soumis à la coordination technique du Programme VIH pour une relecture par des pairs et sa validation officielle.

### **APPROCHE PAR COMPÉTENCE (FONDEMENT THÉORIQUE)**

Ce programme de formation utilise « l'Approche par Compétence » pour orienter les décisions d'ordre méthodologique décrit dans ce manuel. Cette approche prône une vision large et intégrée de la formation qui n'est plus comprise comme une simple transmission de connaissances. Elle propose la mise en œuvre d'une méthodologie active pour permettre à l'apprenant d'acquérir des connaissances et de développer la capacité d'exploiter des aptitudes et des attitudes pour prendre des décisions ou conduire des actions visant à résoudre un problème, gérer une situation dans un contexte donné. Elle consiste en un apprentissage plus concret, plus actif et plus durable qui permet une intégration des trois dimensions du savoir : le savoir (connaissances), le savoir-faire (habileté/aptitudes) et le savoir-être (attitudes). Le programme de formation est axé sur l'action — pas seulement sur la compréhension de la relation client — prestataire et de son impact négatif sur les services de santé, mais sur des actions concrètes visant à créer la relation d'aide.

Les compétences à développer dans le cadre de cette formation de formateurs (TOT) constituent un ensemble de comportements souhaités et attendus par les participants au terme de l'acquisition des acquis d'apprentissage. Ces compétences sous-tendent le choix des thématiques développées à travers les différents modules du curriculum de formation. La liste ci-dessous regroupe l'essentiel des compétences à développer par le personnel soignant et non soignant des institutions sanitaires au terme de cette session de formation.

- Interagir de façon harmonieuse et efficace avec les clients, leurs proches et la communauté dans un contexte d'organisation et de prestation de services de santé.
- Offrir des soins et services VIH de compassion, empathiques et centrés sur les besoins du patient, des populations clés et vulnérables dans un environnement de soins sans stigmatisation.
- Établir des relations interpersonnelles satisfaisantes avec les clients, leurs proches et la communauté pour une prestation de services VIH humanisant.
- Accueillir le client, ses proches et la communauté avec courtoisie et de manière culturellement acceptable.
- Créer une relation d'aide respectueuse avec les patients pour une meilleure prise en charge des PC et PV à

l'égard du VIH.

- Accompagner les clients et leurs proches dans le processus de changement de comportement pour une meilleure fidélisation en soins.
- Discuter des préoccupations liées au genre et à l'orientation sexuelle dans le contexte de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PC et PV.
- Expliquer la dynamique de la prestation des soins et services VIH adaptés aux populations clés et vulnérables en fonction de leurs besoins.

### **BUT ET OBJECTIFS DE LA FORMATION**

Ce guide sert de support au renforcement des capacités techniques, communicationnelles et relationnelles des prestataires (personnels soignants et non-soignants) des différents points de prestations VIH en vue d'améliorer la relation entre les clients et les prestataires et renforcer l'offre de soins VIH centrés sur la personne dans les établissements sanitaires. Les objectifs spécifiques de ce guide sont de :

- Renforcer la sensibilisation du personnel soignant et non soignant autour de l'importance de l'offre de soins et services VIH aux populations clés et vulnérables dans le strict respect des droits humains ;
- Fournir des informations aux prestataires de soins des points de prestations VIH dans tous les domaines clés relatifs à la démarche de services VIH axés sur la personne et le respect des droits humains ;
- Mettre à la disposition du personnel soignant et non soignant des techniques et supports pédagogiques visant à réduire la stigmatisation et la discrimination auprès des clients lors de la dispensation de services IST/VIH ;
- Améliorer la compréhension du personnel soignant et non soignant sur l'impact négatif résultant de certaines attitudes stigmatisantes ou comportements discriminatoires lors de la prestation des services de santé ; et
- Mettre en place des actions concrètes pour établir et renforcer la relation de confiance entre les



clients et les prestataires dans les établissements sanitaires du pays.

### **COMMENT UTILISER CE GUIDE DE FORMATION**

#### **Constitution du guide**

Le guide de formation fournit : (i) un contenu technique et théorique ; (ii) des suggestions de techniques et outils efficaces pour chacune des sessions ; (iii) des conseils sur la manière de préparer et d'organiser chaque session. Ce guide est divisé en neuf (9) modules. Chaque module est divisé en sessions. Quoique ce cursus soit conçu comme un ensemble imbriqué, les modules peuvent être enseignés sous forme de mini-ateliers dans d'autres circonstances. Chaque module se termine par un résumé auquel s'adjoignent des discussions avec les participants pour la rédaction d'un plan d'action individuel visant le renforcement de la relation client-prestataire et la réduction de la

stigmatisation dans les établissements sanitaires respectifs. Les messages clés retenus pour le personnel non-soignant sont placés en encart à la fin de certains modules. La méthodologie proposée dans le manuel n'empêche pas les facilitateurs de faire usage de leur propre créativité pour préparer des supports pédagogiques supplémentaires au besoin. Les facilitateurs peuvent photocopier les exercices, outils, lignes directrices et instructions destinés aux participants sans autorisation préalable, dans le cadre d'une utilisation non commerciale uniquement.

Ce guide a été rédigé pour être utilisé par des facilitateurs issus des cadres techniques du PNL, des coordinations sanitaires départementales VIH/TB et SR, des partenaires d'implémentation, des institutions de prestations de service du programme VIH. Des techniques, matériels et outils seront développés respectivement pour conduire des sessions d'éducatifs/de discussions au profit de chacune de ces audiences cibles et pour accompagner les établissements sanitaires à l'instauration d'un environnement clinique et communautaire respectueux sans stigmatisation.

**Personnel soignant.** Ce sont les coordonnateurs de programme de site, gestionnaires de site/site managers, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, infirmières/infirmiers, pharmaciens, techniciens de laboratoire, travailleurs de santé communautaires/ASCP œuvrant de manière directe ou indirecte dans la dispensation de services et soins IST/VIH dans tout établissement sanitaire

**Personnel non-soignant.** Ce sont les cadres administratifs (directeurs, administrateurs, comptables, secrétaires, réceptionnistes, gestionnaires de données, archivistes), les agents administratifs (personnel de surface, gardiens, agents de sécurité, chauffeurs, messagers) travaillant dans les différentes institutions sanitaires.

## Plans de session

Chaque exercice de ce guide est rédigé sous la forme d'un plan de session — une description détaillée, étape par étape, de la manière d'animer l'exercice d'apprentissage et un contenu théorique. Les plans de session aideront les formateurs/formatrices à exécuter chaque session. Chaque plan de session comporte les éléments suivants :

- **Durée:** Le temps estimé nécessaire pour la session. Il s'agit d'une estimation approximative. Il variera selon la taille du groupe.
- **Objectifs d'apprentissages:** Ce que les participants sauront ou seront capables de faire à la fin de la session.
- **Préparation:** La préparation comprend des éléments à prendre en compte avant de commencer l'exercice. Cela inclut la disposition de la salle ou des chaises et le matériel nécessaire à l'exercice, l'impression de copies d'études de cas ou de jeux de rôle, la préparation des PowerPoint. Pour certaines sessions un rappel sera effectué afin que le facilitateur puisse consulter des documents de référence en rapport à la session.
- **Matériels:** Le matériel de base comme les Flipchart (les tableaux à feuilles mobiles), la feuille de présence, le rétroprojecteur ou le vidéoprojecteur, les marqueurs, les images, etc. nécessaires pour la réalisation de certaines sessions.
- **Techniques:** Les techniques utilisées pour conduire les exercices sont : discussions, brainstorming, jeux

de rôle, études de cas, questions-réponses, etc.

- **Notes du facilitateur:** Une brève note aux facilitatrices/facilitateurs sur l'importance de l'exercice et tout conseil supplémentaire sur la façon de l'animer.
- **Déroulement:** Dans chaque plan de session, le contenu et les activités d'apprentissage utilisées sont décrits « étape par étape » dans l'exercice. Cette section comprend les messages clés que sont les principaux points essentiels à partager aux participants par le biais des présentations.
- **Résumé:** À la fin du module, un exercice sur le résumé du module est proposé.

## CONSEILS GÉNÉRAUX D'ANIMATION

### Section adressée aux facilitateurs/facilitatrices

Cette section comprend quelques conseils pour vous aider à préparer vos sessions de formation avant, pendant et après la formation des formateurs afin de vous assurer que vous êtes confiant et prêt à dispenser une formation de formateurs efficace et de haute qualité sur la fourniture des soins VIH centrés sur la personne.

#### Avant la formation

Pour mener à bien votre rôle de facilitateur/facilitatrice, il faudra débiter la préparation de ce guide au moins 2 à 4 semaines avant la formation pour maîtriser le contenu théorique et les activités qui en découlent. Même si vous êtes un facilitateur/facilitatrice chevronné, prenez le temps de revoir tous les outils du facilitateur, qui fournissent des informations sur la planification des formations, les principes de l'apprentissage pour adultes, votre rôle en tant que facilitateur et les méthodes de formation couramment utilisées dans ce guide (exercices en petit groupe, discussion en groupe et jeu de rôles). Les outils du facilitateur/facilitatrice comprennent également des informations sur le contrôle et l'évaluation de la formation ainsi que sur le suivi de la formation. Quelques conseils ci-dessous.

En tant que facilitateur/facilitatrice principal, vous aurez pour tâche de coordonner toutes les activités administratives relatives à la réalisation de la formation. Vous déterminerez le profil des participants pour l'atelier, développerez les termes de référence et agendas de la rencontre, lancerez les invitations. Il faudra prévoir la restauration des participants.

Vous devriez rencontrer les co-facilitateurs/facilitatrices pour planifier le programme et répartir les tâches afin que chacun d'entre vous ait des rôles et responsabilités clairs. Mettez-vous d'accord sur qui dirigera quel exercice, mais n'oubliez pas que même si vous ne dirigez pas, vous êtes le co-facilitateur. (Voir « Travailler en équipe » ci-dessous pour obtenir des conseils sur le travail avec un co-facilitateur.) Discutez du matériel et de toute autre ressource dont vous pourriez avoir besoin, et convenez pour qui, comment et quand ils seront disponibles.

#### Pendant la formation

- **Gérer l'espace.** Modifiez l'espace et la disposition des chaises et des tables en fonction de votre activité et offrez de la variété. Changez de temps en temps l'orientation des chaises en fonction de l'activité.
- **Briser la glace et introduire la session.** Commencez par un « dynamiseur » — un jeu ou une chanson pour aider les participants à se détendre et à s'amuser, et à susciter de l'énergie.
- **Expliquer les objectifs de la séance.** Règles de base — les règles pour travailler ensemble en tant que groupe. Mettez-vous d'accord sur des règles pour garantir que chacun ait une chance égale de participer et

encouragez ceux qui sont moins confiants à participer.

- **Donner des instructions claires pour les exercices.** Gardez vos instructions simples et claires et utilisez des exemples pour aider à la compréhension. Si les participants ont le regard vide, vérifiez qu'ils ont bien compris. « Qu'est-ce qu'on vous demande de faire ou de discuter ? ». Écrivez les instructions ou les questions de discussion sur un tableau à feuilles mobiles et utilisez les mêmes mots que vous prévoyez d'utiliser pour expliquer les instructions ou les questions. Une fois les groupes formés, faites le tour de chaque groupe pour vérifier qu'ils ont bien compris la tâche. Demandez-leur d'expliquer ce qu'on attend d'eux, pour voir s'ils comprennent.
- **Diviser les participants en groupes rapidement et efficacement.** Le but de la division en groupes est de mélanger les participants/participant·es pour les faire travailler avec des personnes différentes. Continuez à changer les membres d'un groupe pour chaque exercice. Pour atteindre cet objectif, sélectionnez des groupes de manière aléatoire. Vous pouvez utiliser de nombreuses façons de diviser les personnes en groupes.
- **Enregistrer les discussions sur un flipchart.** Un facilitateur doit prendre des notes sur la discussion plénière sur un tableau à feuilles mobiles. Cela fournit un enregistrement visuel permanent, aidant les participants à voir ce qui a été discuté et ce qui doit être ajouté. Le fait d'écrire des points déclenche d'autres idées et fournit la base d'un résumé de la discussion.

### Soyez prêt à traiter des questions difficiles

Si vous travaillez avec un ou plusieurs co-facilitateurs, réfléchissez ensemble à toutes les questions difficiles que vous pensez que les participants pourraient poser, et discutez de la manière dont vous pourriez les traiter.

- **Donner des résumés efficaces.** À la fin de chaque exercice, une fois que les participants ont pleinement discuté de la question, vous devez donner un bref résumé de ce que les participants ont mentionné avoir appris. Le résumé est important — c'est le moment où vous pouvez aider les participants à consolider ce qu'ils ont appris - alors assurez-vous de vous donner suffisamment de temps pour bien le faire.
- **Organiser le temps.** Dans un programme de formation court, il n'y a pas assez de temps pour explorer toutes les questions en profondeur. Vous devrez gérer le temps avec soin ou votre objectif global sera perdu. N'oubliez pas que le travail en petits groupes prend généralement plus de temps que prévu. Vous devrez également allouer du temps pour les rapports. Donnez suffisamment de temps aux petits groupes pour effectuer leur travail. Ne les précipitez pas. Pour mieux gérer le temps, il sera recommandé d'élaborer et de partager l'agenda de la formation avec les participants à l'avance pour le respect du temps.
- **Travailler comme une équipe.** Si possible, planifiez et dirigez les sessions avec un(e) autre facilitateur/facilitatrice (co-facilitateur/trice) et alternez le rôle de facilitateur principal. Un(e) facilitateur/facilitatrice peut diriger la session tandis que l'autre enregistre sur un flipchart et aide à la préparation du matériel. Planifiez les sessions de formation ensemble à l'avance et décidez qui dirigera chaque session.

### À la fin de la session

- **Synthèse ou résumé.** Faites-en sorte que la synthèse soit participative. La facilitatrice/le facilitateur au même titre que les participant·e·s parlent de ce qui s'est passé au cours de la session. Cela aide les facilitatrices/facilitateurs à identifier si des points clés ont été manqués ou mal compris et pourraient devoir être revus dans des exercices ultérieurs.
- **Évaluation.** Organisez une évaluation à la fin de chaque journée et à la fin de la session. Distribuez un questionnaire d'une page (par exemple, ce que vous aimez, ce qu'il faut améliorer, ce qui a été appris, les ques-

tions nécessitant une discussion plus approfondie) et demandez aux participants de le remplir. Cela aide à identifier les problèmes qui doivent être résolus et vous aide à améliorer les prochaines sessions de formation.

- **Débriefing avec vos co-facilitateurs/trices.** Passez en revue chaque exercice et échangez des commentaires (Annexe : Débriefing post-formation). Rassemblez tous les tableaux à feuilles mobiles ou cartes que vous pourriez utiliser pour un rapport ou la documentation de la formation. Si les formateurs ont accès à un téléphone intelligent, il peut être utile de prendre des photos, des notes sur le flipchart à utiliser comme référence lors de rapports ou de planification ultérieurs.

Réf.	Techniques	Descriptions
1	<b>Réflexions individuelles</b>	Les participants/participant(e)s s'assoient seuls et réfléchissent à une situation de leur vie où ils ont été stigmatisés, puis partagent. Les participants sont invités à réfléchir et à parler d'expériences dans leur propre vie. Ce processus peut déclencher de fortes émotions et vous devez être prêt à les gérer.
2	<b>Discussions</b>	C'est la méthode de base. Les participants réfléchissent à leurs propres expériences, partagent avec les autres, analysent les problèmes et planifient des actions ensemble. Toutes les séances sont construites autour de discussions.
3	<b>Études de cas</b>	Les études de cas offrent un moyen de décrire une histoire vécue dans une situation réelle et fournissent un axe de discussion. Certains exercices incluent des études de cas ou des histoires, tandis que dans d'autres, les participants (es) sont invités à écrire leurs propres histoires.
4	<b>Jeux de rôle</b>	Les participants (es) mettent en scène différentes situations ou comment ils peuvent résoudre certains problèmes. Les jeux de rôle peuvent être utilisés avec des histoires. Les participants (es) mettent en scène les histoires de l'exercice ou leurs propres histoires, ou ils mettent en scène leur analyse d'un problème comme un moyen de rapporter ce dont ils ont discuté. Le jeu de rôle aide à rendre les choses réelles.
5	<b>Arbres à problèmes</b>	Les arbres à problèmes aident les participants à visualiser les formes, les effets et les causes d'un problème en les comparant au tronc, aux branches et aux racines d'un arbre.
6	<b>Jeux et chansons d'échauffement</b>	Les facilitateurs/facilitatrices sont encouragés à utiliser leurs propres jeux et chansons pour briser la glace, créer un esprit de groupe et créer de l'énergie pour les sessions.
7	<b>Remue-méninges en rotation</b>	Des paperboards sont placés sur différents murs de la salle par sujet. Des groupes de participants se déplacent dans la salle, écrivent quelques idées sur chaque sujet, puis passent au tableau de conférence suivant.
8	<b>Travail en petits groupes</b>	Permet une plus grande participation, surtout si certains participants ont du mal à participer à des discussions en grand groupe. La taille des petits groupes peut varier, mais visez des groupes de 3 à 5 participants. Cela permettra de s'assurer que tous les membres du groupe aient une chance de participer.
9	<b>Brainstorming</b>	Une autre forme de brainstorming se fait en petits groupes. Chaque groupe reçoit un sujet ou une question et commence par enregistrer des idées sur un tableau à feuilles mobiles.

10	<b>Outils d'image</b>	Ce guide comprend un ensemble d'outils illustrés (Annexe 1), qui aident les participants à identifier les attitudes et comportements empêchant l'établissement de relations de confiance entre le client et le prestataire. Ces images peuvent également être utilisées d'autres manières, par exemple pour lancer des discussions ou comme base pour une histoire ou un jeu de rôle.
<b>Matériels nécessaires pour la formation</b>		
<b>Supports et matériels :</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tableau de papier ou grande feuille + chevalet ;</li> <li>- Marqueurs de différentes couleurs ;</li> <li>- Ordinateur et Vidéoprojecteur ;</li> <li>- Support (USB ou DVD) avec les différentes présentations en PowerPoint ;</li> <li>- Bloc-notes, plumes, crayons ;</li> <li>- Post-it, cartes ;</li> <li>-Feuille de présence</li> <li>-Agenda de la formation</li> <li>- Feuilles blanches 8 ½ x 11 ;</li> <li>- Ruban adhésif ;</li> <li>- Agrafeuse + agrafes ;</li> <li>- Trombones ;</li> <li>- Ciseaux</li> </ul>
<b>Documents</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guide du facilitateur</li> <li>- Manuel du participant</li> </ul>

## TECHNIQUES DE FORMATION PARTICIPATIVE

Ce guide du facilitateur utilise une variété de méthodes et outils de formation participative :

### DÉROULEMENT DU PROGRAMME DE FORMATION

Le programme de formation pour l'amélioration de la relation soignant-soigné dans le cadre de l'offre de soins VIH centrés sur la personne destiné aux prestataires de services (personnel soignant et non soignant) dans les établissements sanitaires se déroule suivant une cascade faite de trois étapes bien distinctes ; a) une formation de formateurs au niveau central ; b) un atelier de formation de formateurs au niveau départemental avec le personnel soignant ; c) une période de suivi/d'encadrement de ces prestataires ayant bénéficié de la formation au niveau départemental. Cette séquence a été sélectionnée afin que le programme VIH puisse disposer des formateurs départementaux pour assurer la continuité et le suivi des sessions de formation à l'avenir dans les départements.

**A) Formation de formateurs au niveau central.** Cette étape se réalisera sous le leadership de l'UCMIT/PNLS qui prendra le soin d'identifier les cadres du MSPP, de ses partenaires techniques et financiers ayant au moins une expérience avérée dans la formation et correspondant au profil déterminé pour conduire la formation au niveau des départements sanitaires. Cette formation de formateurs se déroulera sur une période de 5 jours. Les consignes de facilitation et le contenu technique du manuel seront partagés à ces derniers.

**B) Formation de formateurs au niveau départemental.** Les facilitateurs/facilitatrices au niveau central se rendront dans les départements pour assurer la formation des équipes départementales. L'atelier se tien-

dra dans les départements respectifs sur une période de 5 jours. Un effectif de 20 à 25 participants est prévu par session. Le facilitateur/la facilitatrice pourra modifier/adapter les sessions de formation selon les besoins du groupe.

C) **Période de suivi/encadrement des prestataires formés.** Pour pouvoir assurer un suivi des compétences acquises au cours de l'atelier de formation, il est recommandé de prévoir une période de suivi de l'application des acquis. Les participants (es) bénéficieront à cette fin d'un encadrement ou coaching des facilitatrices/facilitateurs qui s'assureront de l'application du plan d'action qui sera développé au cours ou à la fin de l'atelier.

## LES PVVIH ET LES POPULATIONS CLÉS EN TANT QUE CO-FACILITATEURS

L'une des stratégies les plus efficaces pour renforcer la confiance entre les clients et les prestataires et améliorer la prestation des soins VIH centrés sur la personne est la participation significative des populations marginalisées aux décisions et aux programmes qui les concernent. Ce guide intègre cette stratégie en impliquant les PVVIH et les populations clés dans la planification et la prestation de la formation. Les PVVIH et les populations clés peuvent mieux identifier les attitudes positives à adopter pour établir la relation de confiance voulue au sein des institutions de santé fournissant des services VIH. Ils peuvent apporter cette expérience à la formation, en lui donnant un « visage humain ».

Les PVVIH et les membres des populations clés doivent être invités à la planification du programme de formation, à servir de co-facilitateurs et à suivre et évaluer le programme de formation. Eu égard à cette approche, il s'avère important de proposer des stratégies pour sélectionner les co-facilitateurs. La première étape consiste à s'approcher des groupes et des réseaux de soutien pour les PVVIH ou les populations clés de votre région pour aider à identifier les personnes qui pourraient participer à la formation. Ils devraient répondre aux critères suivants : a) avoir une expérience de formation dans le domaine du VIH ; b) être disposés à divulguer leur statut séropositif ou leur identité en tant que membre d'un groupe stigmatisé ; c) être confiants et à l'aise pour parler de leurs expériences et de la stigmatisation à laquelle ils sont confrontés.

Les co-facilitateurs peuvent donner des témoignages sur leurs expériences, mais leur rôle dans la formation ne doit pas se limiter à des témoignages. Ils ont la responsabilité d'apporter une contribution utile sur le changement d'attitude du personnel soignant et non-soignant.

## ÉVALUATION DE LA FORMATION

L'évaluation de la formation revêt une importance capitale. Elle permet de mesurer les acquis des participants et de recueillir leurs opinions sur l'organisation de la formation et sur les méthodes utilisées. Les résultats orientent les décisions et les actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité de chaque session ; ils peuvent aussi porter à modifier certaines activités d'apprentissage. Dans ce programme de formation de TOT, une évaluation des connaissances est prévue au début (pré-test), tout au cours et à la fin de la session (post-test). Elle porte tant sur l'acquisition de connaissances que sur l'appréciation des participants.

**Évaluation des connaissances** — (Questionnaires de Pré et Post-test - en Annexe #1). Conduite le 1er jour (pré-test) et le dernier jour (post-test), elle a pour but de comparer le niveau de connaissances des participants avant et après la formation. Les résultats du pré test renseignent aussi les formateurs sur les besoins prioritaires du groupe. À la fin de chaque séance, les facilitateurs utiliseront des techniques appropriées, préparées à l'avance pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés. Si nécessaire, certaines notions seront renforcées

au cours des séances subséquentes ou reprises le lendemain, lors de la révision de la journée.

**Évaluation de la formation** — (Formulaires - en Annexe #2 et 3) : (i) Évaluation journalière — menée par le comité mis en place le premier jour, elle renseigne l'équipe de formateurs sur l'appréciation des participants de la journée, de l'ambiance, des activités. Elle est souvent subjective et inclut des suggestions sur les aspects à renforcer ; (ii) Évaluation finale — réalisée le dernier jour de la session, elle est plus structurée, plus formelle que l'évaluation journalière. Elle a pour but de recueillir l'opinion des participants sur la formation en général ; les points couverts incluent, l'organisation de la session de formation, la pertinence de la formation, la compétence de l'équipe de formateurs, les thèmes discutés, les activités et les exercices, le matériel de formation, la logistique de la formation, la durée de la session et du temps alloué aux séances. Le formulaire contient aussi des questions sur l'aspect le plus positif selon les participants, les points à corriger et enfin un espace est prévu pour des suggestions et recommandations pour aider à améliorer les prochaines sessions planifiées.

## ORGANISATION DES MODULES

Jour		Contenu	Durée
1	Module	Module Introductif Questionnaire d'évaluation des connaissances (Pré test)	1 heure ¼
1	Module 1	Droits humains et des clients dans le contexte du VIH,	3 heures ½
1	Module 2	Sexe, genre et VIH	3 heures ½
2	Module 3	Stigmatisation et discrimination	8 heures
3	Module 4	Création d'un environnement clinique et communautaire respectueux	4 heures
3	Module 5	Communication efficace	5 heures
4	Module 6	Accueil	3 heures
4	Module 7	Relation d'aide prestataires-clients	5 heures
5	Module 8	Entretien Motivationnel	3 heures
5	Annexe	Développement Code de conduite et Plan d'Action Fiches pratiques — Annonce du diagnostic ; Groupe de parole et Groupe d'entraide/auto-support Questionnaire d'évaluation des connaissances (Pré et Post test) Formulaire d'évaluation finale	4 heures

## MODULE : INTRODUCTION A LA FORMATION

**Durée** 75 minutes (1 heure 15 minutes)

### Compétences

Intégrer les objectifs, les techniques et outils du programme de formation

### Objectifs d'apprentissage

Pour cette session, les participants auront à :

- Se familiariser les uns avec les autres
- Adopter les règlements du groupe
- S'approprier des buts et des objectifs de la formation

### Contenu

Session 1.1. Séance introductive

### Techniques

Mini exposé, exercice de groupe, exercice individuel, discussions en groupe.

### Matériel

Marqueurs, Flipchart, ruban adhésif, cartes ou morceaux de papier (feuilles de papier A4 (8 1/2 X 14) coupées en quatre)

### Préparation

- Photocopier le plan du programme (une copie par participant/participante) ou l'écrire sur le flipchart et l'afficher ;
- Distribuer l'agenda et le matériel aux participants/participantes

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Le facilitateur/la facilitatrice s'assure de la lecture des conseils généraux avant et pendant la session de formation pour un bon déroulement du module introductif.

## Session 1.1. Séance introductive

### Activité 1. Présentation des participants/participantes

*Techniques : Exercice individuel*

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
<b>Durée : 20 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Accueillir les participants/participantes. Expliquer votre rôle en tant que facilitateur/facilitatrice à l'aide des informations dans l'ensemble de ce module.
<b>Étape 2</b>	Expliquer que le premier exercice consiste à « faire connaissance. » C'est la première étape pour se sentir en confiance dans un environnement d'apprentissage nouveau.
<b>Étape 3</b>	Demander aux participants/participantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer.

La clé d'une formation réussie est la participation active du groupe par le partage d'idées et des expériences. En outre, au cours de cette formation, les participants/participantes seront amenés à partager leurs perspec-

tives, opinions et connaissances. Les facilitatrices/facilitateurs sont aussi, ainsi que toutes les personnes dans la salle de formation, une source d'apprentissage pour le reste du groupe.

## Activité 2. Règlements du groupe

Techniques : Réflexion en groupe

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 20 minutes	
<b>Étape 1</b>	Demander si un des participants/participant(e)s a déjà assisté à une formation pendant laquelle des règlements du groupe ont été adoptés. Expliquer la raison pour laquelle ces règlements de base ont été retenus à l'aide des informations dans cette session.
<b>Étape 2</b>	Faire une séance de réflexion de groupe et élaborer un ensemble de règlements du groupe (environ 5 minutes). Rappeler aux participants/participant(e)s que les règlements seront affichés et visibles tout au long de la formation. De plus, il est possible d'amender des règlements par la suite, si tous les participants le décident.
<b>Étape 3</b>	Demander aux participants/participant(e)s s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer.

La clé d'une formation réussie est la participation active du groupe par le partage d'idées et des expériences. En outre, au cours de cette formation, les participants/participant(e)s seront amenés à partager leurs perspectives, opinions et connaissances. Les facilitatrices/facilitateurs sont aussi, ainsi que toutes les personnes dans la salle de formation, une source d'apprentissage pour le reste du groupe.

L'établissement des règles de base au début de l'atelier crée un climat de confiance. Elles fournissent des directives que les facilitateurs et les participants observent tout au long du programme. Exemples de règles de base :

- Nous protégerons le caractère confidentiel des informations personnelles des uns et des autres.
- Nous serons ponctuels pour chaque session.
- Il est acceptable d'être en désaccord les uns avec les autres si cela est exprimé de manière constructive ; nous respectons tout le monde, par le langage, le comportement et le ton de voix que nous employons.
- Nous parlerons à tour de rôle et éviterons de chuchoter ou d'avoir des conversations en aparté.
- Limiter les déplacements.
- Les téléphones portables seront sous mode silence ou vibration.

Le groupe doit discuter et se mettre en accord pour établir les règles de base de la formation.

## Activité 3. Buts et objectifs de la formation

Techniques : Discussions

Notes aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 20 minutes	
<b>Étape 1</b>	Expliquer les buts et objectifs de cette formation, l'auditoire visé pour le curriculum de formation et les compétences à acquérir.
<b>Étape 2</b>	Demander aux participants s'ils ont des questions à propos de la formation ou sur sa finalité. Répondre aux questions posées.

Voir le but et les objectifs de la formation cités plus haut.

## Activité 4. Attentes des participants

Techniques : Discussions en groupe

### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 30 minutes

<b>Étape 1</b>	<p>Inquiétudes, attentes et forces, discussion de groupe élargi (20 minutes) : Donner une feuille de papier à chaque participant/participantes et expliquer leur que ces dernières ne seront pas ramassées. Demander aux participants/participantes de réfléchir pendant 2 à 3 minutes aux questions suivantes puis écrire leurs réponses sur leur feuille de papier.</p> <p>Inquiétudes : Quels soucis ou quelles inquiétudes avez-vous en ce qui concerne la prestation des soins VIH envers les PVVIH et les PC (PS, HARSAH, TG) dans votre établissement ou votre réseau ?</p> <p>Attentes : Qu'espérez-vous apprendre de ce cours ?</p> <p>Forces : Quelles sont les deux forces personnelles que vous apportez dans votre milieu de travail en tant que prestataire ?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Demander aux participants/participantes (volontaires) d'énoncer les « inquiétudes » notées sur leur papier. Commencer la discussion en donnant l'exemple d'une de vos inquiétudes — Noter les réponses des participants/participantes sur le flipchart.</li><li>o Demander aux participants/participantes ce qu'ils espèrent apprendre — leurs « attentes » en ce qui concerne la formation. Écrire les réponses (même question que la première après Forces).</li><li>o Afficher les « attentes » tout au long de l'atelier.</li><li>o Souligner les points forts que les participants/participantes apportent à leur travail.</li></ul>
<b>Étape 2</b>	<p>Demander aux participants/participantes s'ils ont des questions à propos de la formation ou sur sa finalité. Répondre aux questions posées.</p>

## Activité 5. Déroulement de la formation

Techniques : Discussions en groupe

### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 15 minutes

<b>Étape 1</b>	<p>Récapituler le plan de la formation.</p>
<b>Étape 2</b>	<p>Insister sur l'organisation des cours, notamment sur les heures de commencement et de fin des cours ainsi que les pauses. S'assurer que les participants/participantes comprennent l'utilité du matériel et le contenu du programme de formation.</p>
<b>Étape 3</b>	<p>Demander aux participants/participantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer.</p>

Avec ce test VIH+,  
vous ne pouvez pas  
travailler dans cette  
institution. Vous êtes  
renvoyée !



# MODULE I

LES DROITS HUMAINS

## MODULE 1. DROITS DES PERSONNES DANS LE CONTEXTE DU VIH

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cet état de bien-être de la personne a été garanti comme un droit humain par le biais d'un certain nombre de traités internationaux sur les droits humains.

La propagation rapide de l'épidémie de VIH/SIDA a entraîné à maints égards une violation des droits des hommes, des femmes et des enfants affectés par l'épidémie. La morbidité et la mortalité globales des femmes dues à des maladies sexuellement transmissibles, VIH/SIDA non comprises, sont 4,5 fois plus élevées que celle des hommes. L'arrivée de l'épidémie de VIH/SIDA a très nettement aggravé cette situation. Elle a ouvert un tout nouveau domaine de violations des droits humains, étant donné que l'épidémie a touché deux domaines affectés par des formes d'oppression de l'individu — l'identité sexuelle et la sexualité.

Il est désormais largement reconnu que le VIH et les droits humains sont inextricablement liés. Les violations de ces droits sont l'un des moteurs de l'épidémie de VIH et augmentent son impact. Le VIH compromet les progrès dans la réalisation des droits humains dans les pays à ressources limitées comme Haïti. Ce module vise à mettre en lumière le droit des personnes dans le contexte du VIH/SIDA.

**Durée : 4 heures**

### Compétences

- **Compétence 1** : Connaître les notions de droits humains
- **Compétence 2** : Développer une tolérance et une meilleure compréhension des droits des PVVIH et à l'égard des populations clés (PC)
- **Compétence 3** : Appliquer les notions apprises pour prévenir les violations des droits des PVVIH et des populations clés (PC)

### Objectifs du module

Renforcer les capacités des participants/participant(e)s sur les droits humains dans la prestation de soins et services liée au VIH.

À la fin de ce module, les participants/participant(e)s seront en mesure :

- De définir la notion de droits humains liés à la santé ;
- D'établir les relations existantes entre les droits humains et la santé ;
- De discuter de ce qui pourrait être fait pour remédier à ces violations de droits humains ;
- D'identifier les différents comportements liés à la violation des droits des PVVIH particulièrement les populations clés (PC) et vulnérables (PV) ; et
- D'élaborer des stratégies d'intervention au niveau des institutions sanitaires pour protéger les droits des PVVIH particulièrement PV et PC.

**Contenu du module :**

Session 0.0. Rappel — Infection au VIH en Haïti

Session 1.1. Définition des droits humains

Session 1.2. Violation des droits humains

Session 1.3. Violation des droits humains et PVVIH

Session 1.4. Stratégies d'intervention pour protéger les droits des PVVIH, PC et PV

Session 1.5. Résumé du module

**Techniques :** Travail de groupe, questions-réponses, exercice d'arbre de problèmes, brainstorming, mini-exposé.

**Matériels :** Marqueurs, tableau à feuilles mobiles (flip chart), bandes adhésives, ordinateur, rétroprojecteurs.

**Préparation**

Le facilitateur/la facilitatrice prend connaissance des instructions pour en lien avec la présentation du module et les maîtrise avant l'atelier. La consultation de la Session 3 : Droits et devoirs des clients/obligations des prestataires du Guide de Formation sur la Stigmatisation et Discrimination et le respect des droits des patients/clients p20-26 est recommandée pour la préparation de son enseignement.

**Sources : module adapté des documents suivants :**

1. MSPP/PNLS (2021). Guide de formation sur la stigmatisation et la discrimination à l'égard des professionnels de la santé. Haïti.
2. Madhu Bala Nath (2000). Genre, VIH et Droits humains : Manuel de formation. ONUSIDA/UNIFEM.

**Session 0.0. Rappel Infection au VIH**

**Durée : 40 minutes**

**Objectifs d'apprentissage :** À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- D'expliquer la dynamique de l'épidémie du VIH en Haïti.

**Techniques :** Travail de groupe, jeux de rôle, mini-exposé interactif

**Matériels :** Ordinateur portable, vidéoprojecteur pour la présentation, copies de la présentation PowerPoint de la session pour les participants

**Préparation**

- Préparer les diapositives et se préparer à répondre aux questions des participants/participantantes.
- Préparer une présentation sur l'épidémie du VIH dans le contexte d'Haïti en passant en revue les plans stratégiques nationaux pertinents (pour la prévention, le VIH, les populations clés).
- Consulter le module révisé Histoire du VIH/SIDA : Épidémiologie du Curriculum national VIH (adapté par CHARESS) pour assurer la présentation sur la dynamique de l'épidémie du VIH en Haïti. Il est aussi impor-

tant d'adapter les présentations aux données actualisées.

## Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cet exercice vise à faire un rappel aux participants/participantes sur la prévalence du VIH (par sexe et par âge) et parmi les populations clés. Présenter des données relatives à la perception de la population haïtienne à l'égard des personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Les instructions relatives aux activités de la séance sont consignées dans les tableaux ci-dessous.

## Déroulement

Activité : Présentation expliquant la dynamique actuelle du VIH en Haïti

Techniques : Mini exposé interactif, questions-réponses

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage de la séance aux participantes/participants
<b>Étape 2</b>	Présenter la dynamique actuelle du VIH en Haïti
<b>Étape 3</b>	Traiter les informations suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>• Prévalence du VIH (par sexe et par âge) et parmi les populations clés.</li><li>• Présenter des données relatives à la perception de la population haïtienne à l'égard des personnes vivant avec le VIH, particulièrement les PV et PC.</li><li>• Présenter les éléments structurels et les autres facteurs liés au fardeau du VIH (à savoir la pauvreté, l'âge, l'exclusion sociale, le pouvoir et l'inégalité entre les sexes).</li><li>• Rappel de la définition des Populations vulnérables et clés.</li></ul>

### Messages clés (diapositives 1, 2, 3, 4, 5)

**Épidémiologie du VIH** (voir le polycopié)

**Statistiques de la population générale** (Voir EMMUS et MESI pour actualiser les données)

**Statistiques chez les populations clés** (Voir EMMUS, IBBS et MESI pour actualiser les données)

**Facteurs de transmission du VIH :**

**Facteurs comportementaux :** Faible utilisation du préservatif, prévalence élevée des IST, âge du premier rapport sexuel, nombre de partenaire(s) sexuel(s) au cours des 12 derniers mois, nombre de partenaire(s) sexuel(s) sur la durée de vie ; promiscuité sexuelle.

**Facteurs sociaux :** Violence contre les femmes, discrimination et la stigmatisation des PVVIH domination sexuelle des femmes par les hommes, statut matrimonial, niveau d'instruction des personnes.

**Économiques :** Vulnérabilité socio-économique

**Politiques :** Absence de cadre légal

### Populations clés définitions

Les populations clés sont des populations qui sont très vulnérables au VIH ou affectées par le VIH. Leur implication est vitale pour une riposte nationale durable au VIH. Ils représentent dans la grande majorité des cas, le moteur de la transmission de l'épidémie. Ce sont : PVVIH, HARSAH, Professionnelles/Professionnels de Sexe, Détenus, Consommateurs de drogues injectables.



## Session 1.1 Définition des droits humains

**Durée :** 45 minutes

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- De définir la notion des droits humains liés à la santé ; et
- D'expliquer le concept de droits des patients, des PVVIH et PC.

**Techniques :** Discussion en groupe, questions-réponses, brainstorming, mini-exposé.

**Matériels :** Photos (grandes pour être affichées au mur) et bandes adhésives pour les afficher, tableau à feuilles mobiles (flip chart) avec des questions illustrées, marqueurs de différentes couleurs.

## Préparation

- Répartir les participants/participant(e)s en petits groupes (4 personnes au maximum).
- Écrire les questions illustrées sur le flip chart (copie pour chaque groupe).
- Préparer une synthèse des grandes lignes de la documentation à développer.

## Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Le facilitateur/la facilitatrice expose les instructions pour la préparation de la session ainsi que les étapes à franchir.

### Déroulement

#### **Compréhension et définition des droits humains**      *Durée : 45 minutes*

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 45 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session.
<b>Étape 2</b>	Diviser les participants/participant(e)s en petits groupes et leur demander de citer quelques exemples de droits humains.
<b>Étape 3</b>	Demander à chaque groupe de faire un rapport en répondant aux questions. Un animateur enregistre les points clés des réponses du groupe sur le flip chart.
<b>Étape 4</b>	Chaque groupe désigne un rapporteur pour la présentation de leurs réponses. Traitement : Demander au grand groupe s'il y aurait des ajouts supplémentaires par rapport aux images.
<b>Étape 5</b>	Se rapporter aux images et aux points de vue des groupes pour souligner des points importants.
<b>Étape 6</b>	Remercier les groupes pour leur participation et assurer la présentation PowerPoint (voir encadré ci-dessous).

### **Messages clés (diapositives 1, 2, 3, 4 et 5)**

#### ***Déclaration universelle des droits de l'homme***

Toute personne a droit à la santé et à l'accès aux services de santé y compris les PVVIH et les populations clés. Ils ont également droit à un traitement égal devant la loi et à la dignité. Cependant, de nombreuses personnes continuent de se heurter à des obstacles liés aux droits humains pour accéder à des services de santé essentiels et souvent vitaux. Ces obstacles découlent de lois et de pratiques discriminatoires liées à l'état de santé, à l'identité de genre, à l'orientation et au comportement sexuels des personnes **(Se référer à la Séance 1 : Genre, Sexe et Sexualité du Module 2)**.

#### ***Droit (définition)***

Le droit est l'ensemble des dispositions interprétatives ou directives qui, à un moment et dans un État déterminés, régissent le statut des personnes et des biens, ainsi que les rapports que les personnes publiques ou privées entretiennent.

#### ***Concept de santé (définition)***

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence

internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.)

La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité. Elle est associée à la notion de bien-être. Tournée vers la qualité de la vie, la santé devient la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à celui-ci. Cette approche englobe tant les éléments médicaux stricto sensu que les déterminants de santé et concerne la santé physique comme la santé psychique.

Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ». Ces déterminants ont donc vocation à évoluer au gré du développement des mineurs/jeunes majeurs et peuvent relever de la sphère médicale, pédagogique, éducative et familiale.

### ***Établir le lien entre le droit et le droit à la santé***

Le « droit de jouir du meilleur état de santé possible » implique que soient réunis un ensemble de critères sociaux favorables à l'état de santé de tous, notamment la disponibilité de services de santé, des conditions de travail sans risque, des logements appropriés et des aliments nutritifs. La réalisation du droit à la santé est étroitement liée à la réalisation des autres droits humains, notamment le droit à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la non-discrimination, à l'accès à l'information et à la participation.

Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits.

- **Les libertés** comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps (par exemple les droits sexuels et génésiques), ainsi que le droit à l'intégrité (par exemple le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale).
- **Les droits** comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantit à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

### ***Quels sont les droits humains?***

- Les droits humains se définissent comme des droits fondamentaux auxquels aspire tout être humain, quelle que soit sa nationalité. Des éléments fondamentaux que chaque personne doit avoir parce qu'elle est humaine.
- Les droits humains sont des droits inhérents à tout être humain, quels que soient sa nationalité, son lieu de résidence, son sexe, son origine nationale ou ethnique, sa couleur, sa religion, sa langue, son orientation sexuelle, son identité de genre ou tout autre statut.
- Le traitement équitable par tout le monde, peu importe qui il est et ce qu'il fait (son sexe, son âge, sa profession, son orientation sexuelle).
- Pratiques qui protègent les êtres humains contre les mauvais traitements ou la violence.
- Les droits sont fondamentaux et universels, et chacun en a besoin pour vivre une vie heureuse et pleine de sens.

### ***Quelques exemples de droits humains?***

Tous les individus ont droit : à la dignité, à la vie, à la vie privée (confidentialité), à la santé, à la propriété, à la représentation légale, à l'expression religieuse, à l'autodétermination (autonomie), à la protection contre la discrimination, à la liberté d'expression, à la liberté de mouvement et à la liberté d'association. Le Pacte international sur les droits civils et politiques (PIDCP) et le Pacte international sur les droits

économiques, sociaux et culturels (PIDESC) pourrait aider à mieux comprendre et expliquer chacun de ces droits, particulièrement le droit à la santé (PIDESC) et le droit à la vie privée/respect de la confidentialité (PIDCP) sur lesquels s'assoient l'intervention du PNLs comme organe étatique chargé de le garantir aux PVVIH et Populations clés (PC) dans les services de soins.  
La constitution haïtienne dans ses articles 19 et 23 souligne l'obligation de l'État haïtien en termes de droit à la santé pour tous les citoyens haïtiens sans distinction

## Session 1.2. Violation droits humains

**Durée : 1 heure**

**Objectifs d'apprentissage :** À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- D'expliquer la notion de violation des droits humains ; et
- D'identifier des cas de violation des droits des PVVIH.

**Techniques :** Discussion en groupe, questions-réponses, brainstorming

**Matériels :** Tableau à feuilles mobiles avec des questions illustrées, marqueurs.

### Préparation

- Répartir les participants/participantantes en petits groupes (4 personnes au maximum).
- Dresser une liste des droits présents dans la diapositive précédente.
- Préparer une synthèse des grandes lignes de la documentation à développer.

### Notes aux facilitatrices/facilitateurs

Au regard de la compréhension des participants/participantantes en lien avec les droits humains, cet exercice utilise un brainstorming pour aider les participants/participantantes à comprendre la manière dont certains droits peuvent être violés en fonction du statut sérologique VIH de la personne, de son orientation sexuelle, etc.

### Déroulement

#### Violation droits humains

**Durée 45 minutes**

#### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

**Durée : 45 minutes**

<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session.
<b>Étape 2</b>	À partir des mêmes groupes formés précédemment, demander aux participants/participantantes de sélectionner un droit de l'homme répertorié à l'étape précédente. Tâches de groupe : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Décrire la manière dont le droit pourrait être violé si la personne est séropositive ou appartient à une population clé (PS, HARSAH).</li> <li>o Discuter « Comment cette violation pourrait-elle être contestée ? » et comment peut-on y remédier ?</li> </ul>
<b>Étape 3</b>	Demander à chaque groupe de faire un rapport en plénière. Traitement : Demander au grand groupe : Est-ce que cela se produit dans votre communauté ? Dans votre établissement de santé ?

<b>Étape 4</b>	Résumer et remercier les groupes pour leur participation
<b>Étape 5</b>	Assurer la présentation PowerPoint (voir l'encadré ci-dessous).

### **MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 6, 7 ET 8)**

La législation haïtienne ne criminalise pas le VIH. Jusqu'à date, il y a une absence de lois spécifiques qui protègent les personnes vivant avec le VIH. Les PVVIH et PC bénéficient des mêmes prérogatives de la population générale, des articles 19 et 23 de la constitution haïtienne. Les lois et traités internationaux relatifs aux droits humains donnent à chacun le droit à la santé et à l'accès aux services de santé liés au VIH et à d'autres services de santé.

### **Quels droits majeurs sont affectés lors de la violation des droits humains liée au VIH dans le cadre de la santé ?**

- Mauvais traitements humains : les PVVIH et d'autres populations clés sont parfois maltraités par certains agents de santé.
- Droit aux soins de santé : certaines populations clés sont découragées d'utiliser les établissements de santé en raison d'un traitement hostile et d'un manque de confidentialité.
- Droit à la liberté : certains membres religieux empêchent qu'un couple sérodiscordant puisse se marier. Quelle que soit l'atteinte à la liberté de choix, d'expression, d'opinion et d'association
- Droit à la vie privée : certains établissements de santé divulguent des informations médicales sur des clients séropositifs et effectuent des tests de dépistage du VIH sans information préalable ni consentement. L'orientation sexuelle des populations clés, leur profession ou leur éventuelle consommation de drogue sont souvent divulguées à d'autres sans leur consentement, en violation des droits à la vie privée et à la confidentialité de ces personnes.
- Droit à l'information : certaines personnes des populations clés accédant aux services de santé, ou certaines personnes diagnostiquées positives au VIH ne reçoivent pas suffisamment d'informations/correctes sur le VIH ou sur le traitement — par conséquent, elles n'ont pas les connaissances dont elles ont besoin pour éviter de contracter ou de transmettre le VIH, ni pour mener à bien leur traitement.

### **Exemples de violation**

- Droit d'accès à des soins de santé
  - o Exemple de violation : refus de traitement, traitement précipité ou longue attente ; services médiocres (par exemple, pas de nettoyage des chambres).
  - o Exemple de solution : formation du personnel de santé, discipline et suspension ; examiner et mettre à jour les politiques et les appliquer ; veiller à ce que les politiques incluent les populations clés.
- Droit à la vie privée (confidentialité)
  - o Exemple de violation : Révéler le statut sérologique ou l'orientation sexuelle d'une personne à d'autres membres du personnel de santé, de l'institution ou de la famille sans le consentement du client.
  - o Exemple de solution : Adopter une politique dans la clinique relative à la confidentialité et vérifier qu'elle est observée par tout le personnel.
- Droit à l'autonomie (Prendre des décisions)
  - o Exemple de violation : Forcer des clients à se faire tester sans leur consentement ; c'est-à-dire qu'ils n'ont aucun contrôle sur ce qui leur arrive et qu'ils sont empêchés d'exercer leur droit de prendre leur propre décision concernant le dépistage.
  - o Exemple de solution : Supervision et contrôles pour empêcher le personnel de santé de

forcer les clients à passer des tests de dépistage du VIH.

- Droit à la procréation
  - o Exemple de violation : Les travailleurs de santé décourageant les femmes séropositives à avoir des enfants ; ligature des trompes des femmes séropositives sans leur consentement pour les empêcher d'avoir d'autres enfants.
  - o Exemple de solution : éduquer et autonomiser les femmes afin qu'elles sachent qu'elles ont le droit de dire « non », de s'exprimer et d'obtenir de l'aide.

### Session 1.3. Violation des droits humains et PVVIH

**Durée : 1 h 30**

#### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- D'identifier les cas de violations des droits humains sur PVVIH dans les établissements de santé et communautés en Haïti ; et
- De développer des stratégies pour prévenir ou réduire ces violations.

**Techniques :** brainstorming, travaux de groupe, étude de cas et jeux de rôles

**Matériels :** marqueurs, tableau à feuilles mobiles, bandes adhésives, cartes ou morceaux de papier, études de cas imprimées.

#### Préparation

- Maîtriser et imprimer les études de cas proposés.
- Préparer les questionnements et le matériel didactique.
- Préparer une synthèse des grandes lignes de la documentation à développer.

#### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

L'exercice utilise un brainstorming des études de cas et jeux de rôles pour aider les participants/participantantes à comprendre comment les droits des clients peuvent être violés dans leurs établissements de santé et dans leur communauté puis à explorer une solution réaliste possible. L'objectif est d'examiner les causes profondes et les effets, puis de voir ce qu'ils peuvent faire pour résoudre ces problèmes.

#### Déroulement

##### Exercice 1. Violation des droits humains et PVVIH

###### Instruction aux facilitateurs/facilitatrices

**Durée : 45 minutes**

<b>Étape 1</b>	Imprimer les études de cas et diviser les participants/participantantes en 4 groupes. Deux groupes auront la même étude de cas.
<b>Étape 2</b>	Après la lecture, les groupes choisiront un rapporteur pour la présentation en plénière.
<b>Étape 3</b>	À l'aide d'une feuille de papier, ils consigneront leurs réponses et rapporteront ce dont ils ont discuté. Le groupe (a) présente alors que le groupe (b) fera des commentaires (affirmer, infirmer leurs réponses, ajouter).

<b>Étape 4</b>	Discuter ensuite de ce qui suit : o Comment la violation des droits humains des PVVIH particulièrement des PV et PC entraîne-t-elle la propagation continue du VIH ? o Que pouvons-nous faire pour changer cela ?
<b>Étape 5</b>	Résumer les principaux points soulevés par les participants/participantes au cours de l'exercice. En donnant votre résumé, vous pouvez utiliser certains des points suivants si les participants ne les ont pas déjà mentionnés.
<b>Étape 6</b>	Jeux de rôles : des participants/participantes seront sélectionnés pour simuler les études de cas.
<b>Étape 7</b>	Remercier les participants/participantes de leur participation et présenter l'encadré ci-dessous.

### Étude de cas A : Droits humains chez une PS

Linda est une professionnelle du sexe qui est fière de son professionnalisme au travail : elle insiste pour utiliser des préservatifs avec ses clients, même lorsqu'ils lui offrent plus d'argent pour des rapports sexuels non protégés ; elle ne pratique même pas le sexe oral sans préservatif ; elle s'assure d'avoir des bilans de santé réguliers ; et elle est capable de s'occuper de ses enfants et des autres membres de sa famille avec ses revenus. Un jour, alors qu'elle refusait d'avoir des relations sexuelles non protégées, un client l'a violée. Craignant d'être arrêtée en disant à la police qu'elle avait été violée par un client, elle n'a pas signalé l'incident, mais s'est précipitée à la clinique pour obtenir une prophylaxie post-exposition (PPE). L'infirmière a refusé de lui donner la PPE, déclarant qu'un rapport de police était nécessaire pour la lui donner. Effrayée de raconter son histoire à l'infirmière, elle est rentrée chez elle et a prié pour ne pas avoir été infectée par le VIH.

#### Discussion

Que s'est-il passé dans l'histoire ? Pourquoi Linda se comporte ainsi ?

L'infirmière a-t-elle bien réagi face à cette situation ?

### Étude de cas B : Droits humains chez un HARSAH

Terry est un homosexuel séropositif. Lorsque sa charge virale (CD4) est indétectable, il s'est inscrit à un programme de procréation médicalement assistée (PMA). Lorsqu'il est allé à la première réunion, on lui a dit d'amener sa « petite amie » comme partisane de son adhésion. Lors du rendez-vous suivant, il est venu avec son amant et a dit à l'infirmière que cet homme était son accompagnateur de traitement. L'infirmière a dit : « Est-ce ton partenaire ? Je suis désolée, mais je t'ai dit d'amener ta petite amie, pas ton petit ami. Il ne ressemble pas à un gars fiable. Nous avons besoin de quelqu'un qui peut être responsable. En vous regardant les gars, je ne pense pas que vous puissiez être assez fiables pour adhérer au médicament. »

#### Discussion

Que s'est-il passé dans l'histoire ?

L'infirmière aurait-elle eu un autre comportement si Terry était venu avec une petite amie ?

## Session 1.4 Stratégies d'intervention pour protéger les droits des PVVIH

**Durée : 45 minutes**

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- D'utiliser certaines de leurs expériences personnelles pour promouvoir les droits des PVVIH, PV et PC ; et
- De développer des stratégies d'intervention applicables à leur institution sanitaire.

**Techniques :** travail de groupe, discussions, brainstorming, témoignages

**Matériels :** marqueurs, tableau à feuilles mobiles, feuilles blanches.

### Préparation

- Arranger l'espace et les chaises à cet effet.
- S'assurer qu'il y a suffisamment d'espace pour que les participants/participantantes puissent se déplacer librement pour la dernière partie de l'exercice.

### Déroulement

#### **Exercice : Stratégies d'intervention pour protéger les droits des PVVIH**

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 45 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Disposer les sièges en quatre (4) groupes (matériels à chaque groupe). Le matériel nécessaire (tableau à feuilles et crayons seront distribués à chaque groupe).
<b>Étape 2</b>	Demander aux différents participants/participantantes de réfléchir à ce qui doit changer ou être abandonné si nous allons vraiment nous attaquer à la violation des droits humains à l'égard des PVVIH dans les établissements de santé.
<b>Étape 3</b>	Diviser les participants/participantantes en groupes. Donner à chaque groupe un flip chart et des crayons.
<b>Étape 4</b>	Demander aux participants/participantantes de discuter de ce qui suit dans leurs groupes : « À quoi ressemblerait l'établissement de santé qui aurait le plus haut taux de violation des droits humains au monde ?
<b>Étape 5</b>	Sélectionner quatre (4) situations de violation des droits humains envers : <ul style="list-style-type: none"><li>o PVVIH</li><li>o Population vulnérable (femmes enceintes, jeunes/adolescents)</li><li>o Population clé (HARSAH/PS)</li><li>o Population générale</li></ul>
<b>Étape 6</b>	Demander à chaque groupe de se concentrer sur la violation des droits humains sur l'une des situations présentées ci-dessus.

<b>Étape 7</b>	Demander aux groupes d'utiliser le flip chart pour capturer la discussion. Les encourager à être créatifs, à s'amuser et à exagérer leurs idées. Ils peuvent écrire des mots au hasard ou dessiner des images pour capturer leurs idées.
<b>Étape 8</b>	Demander aux groupes de faire un compte rendu et coller leur flip chart dans la salle. Si vous pensez qu'ils ont besoin de présenter ou d'expliquer, accordez-leur quelques minutes. Sinon, les participants/participantantes peuvent poser des questions aux groupes pour clarifier ce qu'ils voient.
<b>Étape 9</b>	Poser des questions rapides, par exemple une question axée sur les jeunes qui demandent « Est-ce différent si l'adolescent ou le jeune est enceinte, a une IST, a une infection périnatale ou non ? »
<b>Étape 10</b>	Demandez aux participants/participantantes de réfléchir à la question suivante : « Y a-t-il des choses que nous faisons, en tant que professionnels de la santé ou organisations, qui contribuent à cette violation ? »
<b>Étape 11</b>	Les participants/participantantes réfléchissent et demandez-leur de partager leurs idées clés en grand groupe.
<b>Étape 12</b>	Demander aux participants/participantantes de discuter des points suivants avec un partenaire proche d'eux : Quelles sont les premières étapes que nous pouvons planifier pour commencer à changer ces pratiques ?
<b>Étape 13</b>	Prendre un point de chaque paire et demander aux participants/participantantes de noter toutes les actions qu'ils pensent pouvoir mettre en pratique à leur retour à l'établissement de santé.
<b>Étape 14</b>	Résumer en utilisant ces points à retenir : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Imaginer le pire scénario qui peut nous aider à identifier les choses qui doivent changer dans le scénario actuel.</li> <li>• Envisager des services de santé fournis dans un environnement convivial et accueillant pour les clients et le personnel ne doit pas être irréaliste ou idéaliste. C'est quelque chose que nous pouvons rechercher en tant que professionnels de la santé et cela se traduirait par une amélioration de l'ensemble du service.</li> </ul>

**N.B. Les participants/participantantes doivent utiliser/remplir la fiche du Plan d'action pour la violation des droits humains dans les établissements sanitaires à la fin de la formation.**

les clients à passer des tests de dépistage du VIH.

- Droit à la procréation
  - o Exemple de violation : Les travailleurs de santé décourageant les femmes séropositives à avoir des enfants ; ligature des trompes des femmes séropositives sans leur consentement pour les empêcher d'avoir d'autres enfants.
  - o Exemple de solution : éduquer et autonomiser les femmes afin qu'elles sachent qu'elles ont le droit de dire « non », de s'exprimer et d'obtenir de l'aide.

## Session 1.5. Résumé du module

### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 10 minutes

<b>Étape 1</b>	Demander à 3 volontaires (participant/participante) « Qu'avez-vous appris au sujet de l'importance des droits humains dans la prise en charge des PC et des PVVIH dans le cadre de l'offre de services IST/VIH ? »
<b>Étape 2</b>	Demander à 3 autres volontaires (participant/participante) d'énumérer un type de violations des droits humains dans le contexte du VIH.
<b>Étape 3</b>	Demander aux participants/participantes s'ils/elles ont des questions ; y répondre avant de clore la session.

### Points de discussions

#### *Droits humains du point de vue du personnel non soignant*

En se basant sur le code de conduite de l'institution sanitaire, le personnel non soignant serait réuni en petits groupes pour des séances d'orientation sur ces différents thèmes.

Le choix de ce personnel non soignant sera préalablement déterminé dans le code de conduite et le plan d'action

1. Définition des droits humains
  - Permettre aux personnels soignants de comprendre certaines notions : santé, droits humains, lien entre le droit et la santé
  - Expliquer le concept de droits des patients (PVVIH)
2. Violation droits humains
  - Expliquer la notion de violation des droits humains
  - Identifier des cas de violation des droits des PVVIH
3. Violation des droits humains et PVVIH
  - Identifier des cas de violations des droits des PVVIH
4. Stratégies d'intervention pour protéger les droits des PVVIH
  - Stratégies à mettre en place pour protéger les droits des PVVIH

## POLYCOPIE

### Statistique chez la population générale

Prévalence dans la population âgée de 15-49 ans : 2,0 % (EMMUS 6, 2016-2017). Ratio homme/femme : 1,59 F pour 1H mettant en évidence la plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH. Nombre de décès dus au sida en 2015 : 3 500 cas de décès. En 2017, sur les 202 115 femmes enceintes testées pour le VIH, 1,14 % d'entre elles ont été diagnostiquées VIH+. La couverture en cible des femmes enceintes séropositives ayant reçu les ARV a progressé et est passée de 67,10 % (4 567/8 921) en 2015 à 98 % (4453/4535) en 2017. La couverture sur TAR était de 78 % en 2017 ; sur les 25 442 cas notifiés VIH+ conseillés pour le VIH en 2017, 21 643 d'entre eux ont été placés sous TAR.

### Statistiques chez les populations clés

Chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), la prévalence nationale de

l'infection au VIH ajusté était estimée à 12,9 % (2014, PNLS ; Rapport Annuel 2017 — 2018). Chez les Professionnels (es) du sexe (PS), la prévalence nationale de l'infection au VIH chez les PS était estimée à 8,7 % (2014, PNLS ; Rapport Annuel 2017 — 2018). Population carcérale : un pourcentage de séropositivité du VIH de 4,6 % a été observé auprès des personnes dépistées pendant la période (Health through Walls (2016). La majorité des nouvelles infections sont survenues chez les femmes. Ces dernières représentent environ 57 % des cas incidents au cours de la période 2010-2015. Les jeunes de 15-24 ans et les adultes de 25-29 ans, les groupes d'âge les plus touchés par les nouvelles infections, ont été avec respectivement plus de 30 % et 25 % des nouveaux cas.

## Facteurs de transmission du VIH

Certains facteurs cruciaux favorisent la propagation de l'épidémie en Haïti. Ils sont multiples. Les individus avec plusieurs partenaires sexuels ont beaucoup plus de risques d'acquérir ou de transmettre l'infection. Des facteurs comportementaux ont joué et jouent encore un rôle important dans la propagation de l'infection. On peut citer : Faible utilisation du préservatif, prévalence élevée des IST, âge du premier rapport sexuel, nombre de partenaire(s) sexuel(s) au cours des 12 derniers mois, nombre de partenaire(s) sexuel(s) sur la durée de vie, promiscuité sexuelle. Les facteurs sociaux, économiques et politiques semblent interagir pour faciliter la propagation de l'infection au VIH. En effet, il a été démontré que le VIH/SIDA se propage plus facilement en situation d'instabilité politique et sociale. On peut citer : Violence contre les femmes, la discrimination et la stigmatisation des PVVIH, la domination sexuelle des femmes par les hommes, le statut matrimonial et le niveau d'instruction des personnes.

Comment ces facteurs affectent-ils la propagation du VIH en Haïti ? Par exemple :

- La promiscuité sexuelle : Infidélité à son partenaire (rapporté par 66 % de femmes) ; non-utilisation du préservatif (42,4 %) et partenaires multiples (42,5 %) rapporté par les hommes.
- La discrimination et la stigmatisation, 50,4 % ne sont pas préparés pour s'occuper d'un PVVIH à la maison et 67,9 % déclarent que les PVVIH ne devaient pas continuer à travailler avec d'autres personnes.
- La violence contre les filles, les femmes soient par leurs partenaires, leurs amis, des étrangers ou des membres de leurs familles.
- Le chauvinisme chez les hommes, couplé au faible pouvoir de décision des femmes en matière sexuelle.
- Le manque d'indépendance financière des femmes.
- La faible utilisation du préservatif (5,6 % des femmes et 14 % des hommes ont déclaré avoir utilisé le préservatif durant leur dernier rapport sexuel, sans tenir compte du partenaire).

## Populations Clés — Définitions

Les populations clés sont des populations qui sont vulnérables au VIH ou affectées par le VIH. Leur implication est vitale pour une riposte nationale durable au VIH. La vulnérabilité au VIH est le résultat d'une combinaison de facteurs, notamment des circonstances personnelles comme : Âge, mobilité sociale et éducation ; identité sexuelle. Environnement dans lequel vit l'individu, tel que : Pauvreté ; discrimination fondée sur le sexe, manque ou encore l'inadéquation des services. Les populations vulnérables sont des groupes qui bénéficient de moins de protection juridique, sociale ou politique, ce qui limite leur capacité à accéder aux services de prévention du VIH ou à les utiliser. Qui sont les populations clés dans le contexte du VIH et du SIDA (PNLS) ? Ce

sont : PVVIH, HARSAH, professionnelles/professionnels du sexe, détenus, consommateurs de drogues injectables.

a) **Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)** : Les hommes, y compris ceux qui ne s'identifient pas comme étant homosexuels ou bisexuels, qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes.

b) **Professionnels (les) du sexe** : Les femmes, les hommes et/ou les personnes transgenres qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, et qui définissent ces activités comme du travail générant des revenus (même si elles ne considèrent pas le commerce du sexe comme leur occupation).

c) **Transgenre** : Se dit d'une personne qui transcende les genres. Ce terme décrit un vaste éventail de comportements et d'identités relevant de genres opposés. Ce terme ne désigne pas un diagnostic et n'implique pas le traitement médical d'un état de santé ou d'un état psychologique. Les personnes transgenres possèdent une identité de genre qui est différente de leur sexe à la naissance. Le terme « trans » est parfois utilisé comme variante pour désigner un large éventail d'identités transgenres. Pour en savoir plus sur la terminologie liée aux personnes transgenres, veuillez consulter la page web suivante : <http://transhealth.ucsf.edu>.

d) **Femme trans** : La personne est considérée comme étant de sexe masculin et s'identifie au sexe féminin.

e) **Homme trans** : La personne est considérée comme étant de sexe féminin et s'identifie au sexe masculin.



Catégories	Raisons
<b>Professionnels (les) du Sexe/ HA RSAH/ consommateurs de drogues/personnes trans- genres et prisonniers.</b>	<p>Risque accru d'infection par le VIH et au risque d'être affectées pour des raisons telles que des rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut sérologique n'est pas connu, des partenariats sexuels multiples impliquant des rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues injectables à l'aide d'aiguilles et de seringues contaminées.</p> <p>Ces populations sont le plus souvent également vulnérables à cause du rejet social et institutionnel et de la discrimination.</p>

<b>Filles et femmes</b>	Les normes sociales et culturelles préjudiciables limitent souvent l'accès des filles et des femmes aux informations relatives à la santé sexuelle et reproductive ou limitent leur capacité de prise de décisions concernant leur vie sexuelle.
	Les normes limitant l'autonomie des filles et des femmes et les empêchent d'insister sur l'abstinence ou l'utilisation du préservatif par leurs partenaires de sexe masculin.
<b>Adolescents et jeunes hommes</b>	Les normes sociales et culturelles liées à la masculinité peuvent aussi impliquer que dans certaines sociétés, les pairs des garçons et des hommes s'attendent à ce que ces derniers affichent un comportement dominant, parfois violent, à l'égard des femmes et des filles.
	Les concepts préjudiciables de la masculinité peuvent, par ailleurs, dissuader les hommes de rechercher des services de santé et les encourager à adopter des comportements à risque, tels que la consommation de substances et de drogues ou les relations sexuelles occasionnelles multiples.

### ***Approche basée sur les droits humains***

Une approche fondée sur les droits humains est un cadre conceptuel de développement humain dont la base normative est constituée par les règles internationales définies dans ce domaine et qui vise concrètement à promouvoir et à protéger ces mêmes droits. Elle s'emploie à analyser les inégalités au cœur des problèmes de développement et à corriger les pratiques discriminatoires et les répartitions injustes de pouvoir qui entravent le processus de développement. Une approche fondée sur les droits humains identifie les détenteurs de droits, les droits en question et les débiteurs d'obligations correspondants ; elle s'emploie à renforcer les capacités des détenteurs de droits de faire valoir leurs revendications et de faire en sorte que les débiteurs d'obligations s'acquittent de leurs devoirs.

### ***Qu'est-ce qu'une réponse au VIH fondée sur les droits humains ?***

Une réponse au VIH fondée sur les droits humains est un cadre d'intervention qui vise à traiter l'impact que le VIH et les droits humains ont l'un sur l'autre et qui constitue la base d'une programmation du VIH basée sur les droits humains.

### ***Principes des droits humains dans la programmation du VIH***

L'intégration des principes des droits humains dans les programmes de lutte contre le VIH est essentielle pour créer un environnement dans lequel les personnes les plus vulnérables au VIH peuvent exercer leurs droits et accéder aux services dont elles ont besoin.

- Égalité et non-discrimination
  - o Les programmes de lutte contre le VIH doivent respecter, protéger, promouvoir et réaliser le droit à l'égalité et à la non-discrimination.

- Participation égale et pleine de toutes les parties prenantes
  - o Toutes les parties prenantes concernées (en particulier les personnes les plus touchées par le VIH) doivent être impliquées dans les programmes de lutte contre le VIH.
- Placer les communautés au centre des programmes
  - o Les communautés doivent être placées au centre des programmes de lutte contre le VIH pour garantir une réponse fondée sur les droits et encourager l'appropriation des programmes.
  - o Il améliore également l'accès aux services dont les communautés ont besoin, y compris les personnes les plus touchées par le VIH.
- Renforcement des capacités des titulaires de droits et des décideurs
  - o Aide les décideurs à mettre en œuvre les programmes et les titulaires de droits à accéder aux programmes.
- Responsabilité
  - o Lorsque les États ne respectent pas les droits humains conformément aux traités et lois internationaux, ils doivent en être tenus responsables.
  - o Les individus, les communautés et la société civile devraient pouvoir agir face aux violations des droits humains dans leur pays.

***Que se passera-t-il si les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont respectés ?***

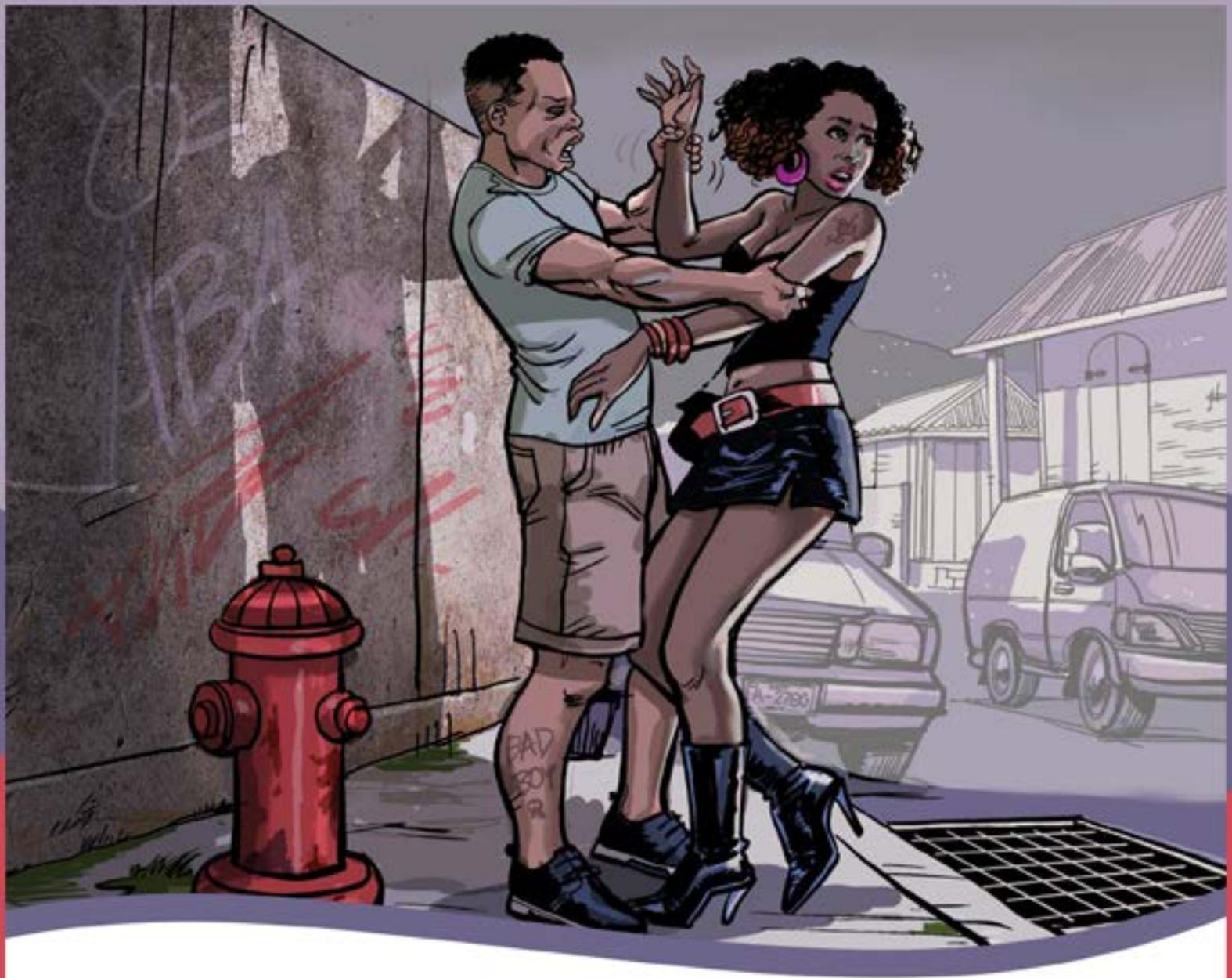
- Leur vulnérabilité au VIH sera réduite et elles pourront vivre une vie digne sans discrimination. Elles sentiront que leurs droits sont protégés.
- Se sentant en sécurité, elles accéderont à leur droit aux services de santé et assumeront davantage la responsabilité de leur propre santé et de celle des autres.

***Pourquoi la stigmatisation liée au VIH est-elle une question de droits humains ?***

- La stigmatisation viole les droits de la personne qui est stigmatisée parce qu'elle vit ou est perçue comme vivant avec le VIH. Comme la stigmatisation est une croyance, un jugement ou une attitude négative à l'égard de cette personne, elle affecte directement le droit de cette personne à la dignité et à l'égalité.
- La stigmatisation rend les gens plus vulnérables au VIH. Lorsque leurs droits sont bafoués, les gens ont plus de mal à se protéger contre le VIH. Par exemple, lorsqu'un homosexuel se voit refuser un traitement dans un établissement de santé, il aura plus de mal à accéder aux préservatifs et au lubrifiant pour se protéger du VIH.
- Les violations des droits humains entravent une réponse efficace à l'épidémie de VIH. La stigmatisation des PVVIH et d'autres populations clés rend difficile la fourniture de services de prévention, de traitement et de soins liés au VIH.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Deering, KN et al. (2014) 'A systematic review of the correlates of violence against sex workers', *American Journal of Public Health*, Volume 10, Issue 5, p.e42-54.
2. Fast-Track and human rights — Advancing human rights in efforts to accelerate the response to HIV
3. Krusi, A et al. (2014) 'Criminalisation of clients: reproducing vulnerabilities for violence and poor health among street-based sex workers in Canada — a qualitative study', *BMJ Open*, Volume 4, Issue 6, :e005191
4. Kesler MA, Kaul R, Loutfy M, Myers T, Brunetta J, Remis RS, et al. (2018) 'Prosecution of non-disclosure of HIV status: Potential impact on HIV testing and transmission among HIV-negative men who have sex with men', *PLoS ONE*, Volume 13, Issue 2, e0193269.
5. Patterson, SE et al. (2015) 'The impact of criminalization of HIV non-disclosure on the healthcare engagement of women living with HIV in Canada: a comprehensive review of the evidence', *Journal of the International AIDS Society (JIAS)*, Volume18, Issue 1, 20572.
6. Piot, P, Abdool Karim, S, Hecht, R et al., (2015) 'Defeating AIDS: Advancing global health', *The Lancet*, Volume 11, Issue 386, pp. 171–218.
7. UNAIDS (2019) 'Act to change laws that discriminate', p1, p5, p8, p9. [pdf]
8. UNAIDS (2006) 'International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights'
9. UNAIDS (2019) 'Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs' [pdf]
10. UNAIDS (2 June, 2017) 'Protecting the rights of sex workers' (accessed May 2019)



# MODULE 2

LE SEXE, LE GENRE ET LE VIH

## MODULE 2. SEXE, GENRE ET VIH

Haïti connaîtrait-elle aujourd'hui une épidémie de VIH/SIDA à la fois généralisée avec des taux de prévalence élevée dans certains groupes de population, si les inégalités sexuelles étaient moins prononcées ? Si un plus grand nombre de femmes avaient un contrôle accru des questions liées à leur santé reproductive et sexuelle ? Si les femmes jouissaient d'un accès accru aux opportunités économiques et aux ressources ? S'il existait un environnement global condamnant les violences sexuelles basées sur le genre et sur les orientations sexuelles ?

Haïti a une population de PVVIH de plus de 150,000 selon les estimations. Autrefois, l'épidémie touchait en grande partie les hommes, de nos jours le VIH touche les femmes beaucoup plus rapidement que les hommes. L'écart entre le pourcentage d'hommes et de femmes infectés par le VIH s'alourdit en Haïti. Les populations clés (PC) sont sévèrement touchées par le VIH en raison de leur orientation sexuelle. Des preuves empiriques existantes montrent qu'au cœur de la rapide progression de l'épidémie du VIH auprès des femmes et des PC figurent des facteurs macroéconomiques, politiques ainsi que des valeurs culturelles qui creusent les inégalités entre les sexes et sont fondées sur les orientations sexuelles. Ces préoccupations liées au genre et au sexe provoquent la survenue de la violence basée sur le genre.

La riposte contre le VIH/SIDA demande une réponse qui tienne compte des sexospécificités et de l'orientation sexuelle des populations. La présentation de ce présent module répond à ce besoin.

### Durée : 4 heures

#### Compétences

- Intégrer et consolider les notions de sexe, genre et VIH dans la dispensation des soins et services du personnel soignant et non-soignant des établissements sanitaires.

#### Objectifs du module

- Renforcer les connaissances des participants/participantes sur les préoccupations liées au genre et à l'orientation sexuelle dans le domaine du VIH/SIDA afin qu'elles mettent en place des réponses appropriées aux défis que pose l'épidémie dans les établissements sanitaires.
- Améliorer la perception et préoccupation des participantes/participants liées au genre dans le contexte du VIH.
- Partager avec les participantes/participants des stratégies susceptibles de relever le défi de la transmission du VIH/SIDA en tenant compte des sexospécificités et de l'orientation sexuelle des individus.

À la fin de ce module, les participantes/participants seront en mesure :

- D'examiner les questions sensibles liées au genre et au sexe ;
- D'établir le lien entre le genre et le VIH/SIDA ;
- De percevoir le genre comme une variable critique de tous les aspects de l'épidémie du VIH ; et
- D'établir les liens étroits et réciproques entre la violence basée sur le genre et le VIH.

## Contenu du Module

Session 2.1. Genre, sexe et sexualité

Session 2.2. VIH et violence basée sur le genre

Session 2.3. Résumé du module

**Techniques :** Mini exposé interactif, questions-réponses, exercice en groupe, brainstorming, jeux de rôle.

**Matériels :** Marqueurs, tableau à feuilles mobiles et feuilles blanches (flip chart), bandes adhésives, cartes ou morceaux de papier, ordinateur, rétroprojecteurs.

## Préparation

- Imprimer des images en grand format pour les utiliser pendant la formation. Les coller au mur.
- Répartir les participants/participantes en petits groupes (4 personnes au maximum).
- Mettre les questions illustrées sur le flip chart (copie pour chaque groupe).
- Résumer les grandes lignes de la documentation à développer.

## Sources : Module adapté des documents suivants :

1. MSPP/PNLS (2021). Guide de formation sur la stigmatisation et la discrimination à l'égard des professionnels de la santé. Haïti.
2. MSPP/PNLS (2021). Module de formation sur la Violence entre les Partenaires intimes (VPI) dans la Prise en Charge des Contacts des Patients Index. Haïti.
3. Chipasula-Bauda M, Gonile-chidyaonga F et coll (2005). Violence sexuelle et vulnérabilité des femmes à la transmission du VIH au Malawi : Les droits des femmes. Revue internationale des Sciences sociales, vol (4) 186, p715-727.
4. Madhu Bala Nath (200). Genre, VIH et Droits humains : Manuel de formation.

## Session 2.1 : Genre, sexe et sexualité

**Durée : 1 heure 30**

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantes seront en mesure :

- De définir les concepts de genre, sexe et sexualité ;
- D'expliquer l'importance des concepts précités ; et
- De démontrer plus de tolérance dans la prestation de soins et services aux clients indépendamment de leurs propres valeurs en matière de sexualité.

**Techniques :** Exposé interactif, discussion de groupe, projection d'images, question/réponses.

**Matériel :** Ordinateur portable et vidéoprojecteur pour la présentation des diapositives ; papier pour tableau de présentation ; marqueurs et ruban adhésif ; documentation.

## Préparation

- Imprimer des images en grand format pour les utiliser pendant la formation. Les coller au mur.
- Répartir les participants/participant(e)s en petits groupes (4 personnes au maximum) ;
- Inscrire les questions illustrées sur le flip chart (copie pour chaque groupe) ;
- Résumer les grandes lignes de la documentation à développer.

## Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cette session explore ce que nous entendons par les termes « genre » et « sexe » et comment les interactions du « genre » et « sexe », avec des normes sociales influencent les comportements des prestataires de santé à l'égard des personnes. Assurez-vous de bien connaître et de maîtriser les concepts, en utilisant la terminologie appropriée. Effectuez des copies de la documentation pour les participants. Cette session sera plus efficace si elle s'appuie sur des exemples, anecdotes et vécus tirés du contexte haïtien. Le facilitateur/la facilitatrice expose les instructions pour la préparation de la session ainsi que les étapes à franchir. Expliquez aux participant(e)s/participants que cette activité vise à discuter des notions de genre et de sexe, deux termes souvent confondus qui possèdent une signification importante pour chacun d'entre nous dans la construction de nos valeurs.

### Déroulement

#### Activité 1 : Genre et sexe, faire la différence

Technique : Travail de groupe

Instruction aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 30 minutes	
<b>Étape 1</b>	Présenter aux participant(e)s/participants les objectifs d'apprentissage de la session.
<b>Étape 2</b>	Brainstorming sur les concepts : genre, sexe, sexualité et orientation sexuelle.
<b>Étape 3</b>	Noter sur un flip chart les points saillants de la discussion. Comparer ce qui a été dit par les participant(e)s/participants et ce qui figure dans les diapositives.
<b>Étape 4</b>	Répartir les participant(e)s/participants en deux groupes (vous pouvez aller au-delà de deux pour les formations comportant un grand nombre de personnes) et attribuez à chaque groupe de discussion, soit un homme, soit une femme. Chaque groupe doit choisir un participant/participant(e) (dessinateur/trice) qui prend les consignes du groupe sur les éléments à inclure, pour dessiner une femme ou un homme, selon ce qui a été attribué.
<b>Étape 5</b>	Demander aux groupes d'ajouter des signes distinctifs montrant qu'il s'agit clairement d'un homme ou d'une femme au moyen de détails comme la forme du corps, les vêtements ou d'autres caractéristiques.
<b>Étape 6</b>	Donner aux groupes entre 5 et 10 minutes pour réaliser leur dessin. Puis demandez-leur d'expliquer leur dessin pendant que vous notez les éléments qui représentent le sexe et ceux qui représentent le genre. Utilisez un marqueur de couleur pour le sexe et un autre pour le genre, en entourant ou en soulignant chaque attribut présenté.

<p><b>Étape 7</b></p>	<p>Ajouter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pour une femme, des boucles d'oreille, une jupe, des cheveux longs, des ongles longs, des talons hauts, un sac à main et une gestuelle particulière (par exemple, un déhanchement) seraient des expressions du genre. Des seins, un vagin ou des hanches plus larges seraient des attributs du sexe biologique.</li> <li>o Pour un homme, une gestuelle particulière (par exemple, les bras croisés), des cheveux courts, des ongles courts, la tenue vestimentaire et les chaussures pourraient représenter le genre. Des bras musclés, un pénis et des testicules et la pilosité faciale seraient des attributs du sexe biologique.</li> </ul>
<p><b>Étape 8</b></p>	<p>Conclure cette activité en vous référant à la documentation correspondante (<b>la personne Genderbread en Annexe</b>), en notant les points clés soulevés par la discussion de groupe et en insistant sur la distinction entre sexe et genre.</p>
<p><b>Étape 9</b></p>	<p>Faire la synthèse des discussions en soulignant les points notés dans l'encadré.</p>

Messages clés (diapositive 1)

Le sexe est biologique et concerne notamment les caractéristiques chromosomiques, anatomiques et hormonales, tandis que le genre est une construction sociale (attributs socioculturels et historiques) L'individu vient au monde avec son sexe, alors que le genre lui est inculqué à travers un processus de socialisation.

Les attentes sociales ainsi que les définitions juridiques des hommes et des femmes et de la reproduction influencent la manière dont nous organisons nos systèmes médicaux, juridiques, éducatifs et politiques.



## Activité 2 : Différence entre sexe et genre

Techniques : Question-réponse, exercice, discussions

### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 20 minutes

<b>Étape 1</b>	Au terme de la différence entre Sexe et Genre, introduire un exercice afin de tester la maîtrise des deux concepts par les participants/participant.es.
<b>Étape 2</b>	Écrire « Sexe » et « Genre » sur deux feuilles de papier et collez-les sur des murs opposés.
<b>Étape 3</b>	<p>Demander ensuite aux participants/participant.es de se lever pour former une ligne droite au milieu de la salle. Lire à voix haute une affirmation à la fois (voir ci-dessous). Les affirmations sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Les femmes accouchent, pas les hommes.</li><li>2. Les femmes doivent être délicates, les hommes doivent être costauds.</li><li>3. Les décisions en famille doivent être prises par les hommes.</li><li>4. En général, l'homme a une plus grande force physique que la femme.</li><li>5. Il est naturel que les hommes aient plus de désir sexuel que les femmes.</li><li>6. La femme ne doit pas poser trop de questions sur le comportement de son mari en-dehors de la maison.</li><li>7. La grossesse rend la femme plus sensible.</li><li>8. Lorsque le mari parle, la femme doit se taire.</li><li>9. C'est l'homme qui éduque la femme.</li><li>10. La voix des hommes mue à la puberté, pas celle des femmes.</li></ol>
<b>Étape 4</b>	Après la lecture de chaque affirmation, demander aux participant.es/participants de faire un pas en avant vers l'un des deux murs « Sexe » ou « Genre », selon qu'ils considèrent que cette affirmation relève de facteurs socioculturels ou biologiques.
<b>Étape 5</b>	Les participant.es/participants ne doivent pas revenir au centre après chaque affirmation, mais simplement se diriger vers le mur qui correspond à leur opinion.
<b>Étape 6</b>	<p>Ensuite, prenez un peu de temps pour discuter des questions suivantes en tant que groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>o Est-ce que certaines affirmations n'étaient, selon vous, pas catégorisées correctement comme étant biologiques ou socioculturelles ? Pourquoi ?</li><li>o Pourquoi est-il important de reconnaître la différence entre les facteurs biologiques et sociaux sur le genre, le sexe ?</li></ul>
<b>Étape 7</b>	Remercier les participant.es/participants et passer à la prochaine séance.

#### Messages clés (diapositive 2, 3)

L'orientation sexuelle fait référence à la capacité de chacun de ressentir une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle ainsi que d'avoir des relations intimes et sexuelles avec des individus. Pour des individus : (i) du sexe opposé, (HÉTÉROSEXUEL) ; (ii) du même sexe (HOMOSEXUEL) ; (iii) ou de plus d'un sexe (BISEXUEL).

L'identité de genre fait référence à l'expérience intime et personnelle de genre profondément ressentie par chacun(e), qui peut correspondre ou non au genre assigné à la naissance : notamment la conscience personnelle du corps (qui peut impliquer, si elle est librement choisie, une modification de l'apparence

ou des fonctions corporelles, par des moyens médicaux, chirurgicaux ou autres) et d'autres expressions du genre, y compris la manière de s'habiller, de parler ou de se comporter.

### Activités 3. Discussion sur les valeurs et les normes sociales

Techniques : Mini exposé interactif, brainstorming

#### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 30 minutes

<b>Étape 1</b>	Présenter aux participantes/participants quelques affirmations relatives à certaines valeurs pour une brève discussion. <ul style="list-style-type: none"><li>o L'homosexualité n'est pas normale, elle est immorale.</li><li>o Les relations sexuelles entre les femmes sont jolies à regarder.</li><li>o Je trouve cela très mal pour un garçon d'être un travailleur sexuel, c'est une affaire de femme.</li><li>o Bien que le VIH/SIDA affecte aussi bien les hommes que les femmes, ces dernières sont plus exposées pour des raisons biologiques, épidémiologiques et sociales.</li><li>o Les rapports homosexuels sont stigmatisés par la société et souvent illégaux.</li></ul>
<b>Étape 2</b>	Après la lecture de ces valeurs, les participantes/participants doivent partager leurs opinions en disant s'ils sont « D'Accord », « Pas d'Accord » et « Pas Sûr ». Cinq participantes/participants volontaires partageront leurs points de vue sur les questions, à raison d'une question par participant.
<b>Étape 3</b>	Demander aux participantes/participants la raison de leur prise de position. Noter les réponses sur une grande feuille de papier pour les discussions en plénière.
<b>Étape 4</b>	Discussions après la présentation des participantes/participants volontaires.
<b>Étape 5</b>	Résumer les discussions et présenter les diapositives correspondantes

#### Messages clés (diapositives 4, 5)

##### Les valeurs dans la construction de nos jugements

Les valeurs sont des points de repère aux individus dans la conduite de leur vie sociale.

Les valeurs sont à l'origine des lois, des règles, des conventions et des coutumes qui régissent les groupes et les relations entre les individus qui les composent.

Ces valeurs sont abstraites (la politesse ou le respect par exemple) et sont traduites concrètement par des normes (dire merci est une expression de la politesse, se découvrir avant d'entrer en classe est une marque de respect).

Nous jugeons souvent les autres sur la base de nos valeurs.

Elles sont influencées par notre éducation, notre famille, notre culture, notre religion et d'autres facteurs sociaux.

##### Valeurs et stigmatisation

Une part importante de la stigmatisation est liée aux attitudes, croyances et valeurs des individus, qui influencent la manière dont ils perçoivent et jugent les autres.

Bien souvent, ces croyances sont profondément ancrées et liées à l'éducation culturelle et sociale. Elles sont difficiles à faire évoluer.

Nous sommes éduqués ou conditionnés pour juger autrui en nous appuyant sur des suppositions ayant trait à leurs comportements.

## Session 2.2. Le VIH et la violence basée sur le genre

**Durée : 2h30**

### Objectifs d'apprentissage de la session

Au terme de la session, les participantes/participants seront en mesure de :

- Comprendre les liens entre les normes sexospécifiques et le VIH ;
- Comprendre comment les questions liées au genre et au sexe sont génératrices de violences basées sur le genre ; et
- Comprendre les conséquences de la violence basée sur le genre sur la survenue des nouvelles infections à VIH.

**Techniques :** Exposé interactif, discussion de groupe, question/réponses.

**Matériel :** Ordinateur portable et vidéoprojecteur pour la présentation des diapositives ; papier pour tableau de présentation ; marqueurs et ruban adhésif ; documentation.

### Préparation

- Imprimer des images en grand format pour les utiliser pendant la formation. Les coller au mur.
- Répartir les participants/participantes en petits groupes (4 personnes au maximum).
- Écrire les questions illustrées sur le flip chart (copie pour chaque groupe).
- Préparer une synthèse des grandes lignes de la documentation à développer.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

L'objet de cette session n'est pas d'inculquer des compétences aux participantes/participants, mais d'améliorer leur perception sur les implications multiples du genre et du sexe dans la survenue de l'infection à VIH. Pour cela, le facilitateur/la facilitatrice utilise une analyse de genre à partir des données épidémiologiques haïtiennes concernant le VIH et fait usage de discussions approfondies et de travail de groupe sur les types de violences basées sur le genre et leurs conséquences en lien avec le VIH. Le facilitateur/la facilitatrice expose les instructions pour la préparation de la session ainsi que les étapes à franchir dans les différentes activités.

#### **Activités 1 : Sexe et Genre face au VIH/SIDA**

*Techniques : Questions-réponses, mini exposé interactif*

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter aux participants/participantes les objectifs d'apprentissage de la session.
<b>Étape 2</b>	Demander aux participants/participantes de partager leurs réflexions sur les liens entre le sexe, le genre et le VIH à partir de cette assertion ci-dessous : « Le VIH est une question liée aux spécificités de chaque sexe parce que, bien que le VIH/SIDA affecte aussi bien les hommes que les femmes, les jeunes filles sont les plus exposées. Pourquoi ? » Cette réflexion peut durer 5 minutes.

<b>Étape 3</b>	Solliciter des participantes/participants volontaires à partager leurs réponses pendant 10 minutes.
<b>Étape 4</b>	Présenter aux participantes/participants les diapositives relatives aux préoccupations liées au genre, concernant le VIH et faites un résumé des réflexions partagées.

## MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 6 ET 7)

### Le VIH une question sexospécifique

#### ***Vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes***

Bien que le VIH/SIDA affecte aussi bien les hommes que les femmes, ces dernières sont plus exposées lors de rapports hétérosexuels pour des raisons biologiques, épidémiologiques et sociales.

A. Les femmes sont plus vulnérables sur le plan biologique : (1) les femmes ont une plus grande surface muqueuse exposée pendant les rapports hétérosexuels ; (2) la concentration du VIH est beaucoup plus forte dans le sperme que dans le fluide vaginal ; (3) la surface de la muqueuse vaginale est encore fragile, surtout pour certains groupes d'âge, ou avec la présence d'autres facteurs favorisant.

B. Les femmes sont plus vulnérables que les hommes sur le plan épidémiologique et économique : (1) elles ont tendance à se marier ou à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, qui ont peut-être eu plus de partenaires, et sont donc plus susceptibles d'être infectés ; (2) Les femmes doivent traditionnellement s'occuper des enfants et l'homme devient le seul pourvoyeur financier à la famille, ce qui peut entraîner un pouvoir décisionnel unilatéral.

C. Normes culturelles : (1) il est difficile pour une femme de s'affirmer sur le plan sexuel et de réclamer le préservatif, l'utilisation du préservatif étant considérée comme l'apanage des hommes (2) Les femmes éprouvent de la gêne, dans la culture courante, ne sont pas encouragées à parler de la sexualité

#### ***Données épidémiologiques haïtiennes***

Chez les femmes la prévalence a légèrement baissé entre 2012 à 2017, de 2,7 % à 2,3 % et dans le cas des hommes, elle reste pratiquement la même de 1,6 % en 2016-2017 contre 1,7 % en 2012.

Profil épidémiologique — Tendance à la féminisation de l'épidémie en Haïti.

Ratio d'infection de 6 hommes pour 1 Femme en 1988.

Ratio d'infection de 1.5 femme pour : 1 Homme en 2016-2017

### ***Activités 2. Reconnaissance de la violence basée sur le genre et ses typologies***

*Techniques : Exercice en petits groupes*

#### **Instructions aux facilitateurs/facilitatrices**

**Durée : 45 minutes**

<b>Étape 1</b>	Expliquer aux participantes/participants que les gens peuvent subir de nombreuses formes de violence. Celles-ci sont généralement classées dans quatre catégories : physique, émotionnelle, sexuelle et économique. Dites aux participants/participantes que, au cours de cet exercice, ils réfléchiront aux différentes formes de violence que peut subir une personne.
----------------	--

<b>Étape 2</b>	Suspendre les quatre tableaux de présentation comportant les étiquettes physique, émotionnelle, sexuelle et économique.
<b>Étape 3</b>	Subdiviser le groupe en quatre groupes plus petits et attribuez chaque groupe à l'un des tableaux de présentation.
<b>Étape 4</b>	Demander aux groupes de produire des exemples de la forme de violence qui leur a été attribuée.
<b>Étape 5</b>	Avant de revoir avec le groupe les types de violence qu'ils ont énumérés, demander aux participantes/participants qui perpètrent ces violences. S'assurer que tout ce qui suit est inclus dans leurs réponses : conjoints, partenaires intimes, membres de la famille, membres de la communauté, enseignants, membres du clergé, étrangers, police, professionnels de santé et autres prestataires de service. Pour les professionnelles (les) du sexe de tout genre, cette violence peut être perpétrée par d'autres auteurs comme les militaires, les clients, les souteneurs, les tenanciers de maisons de prostitution et les propriétaires d'hôtel. Les groupes disposent de 15 minutes pour remplir la feuille.
<b>Étape 6</b>	Demander à chaque groupe de réagir sur la présentation affichée de chacun des groupes et d'apporter des ajouts. Consulter les exemples de violences (dans le Polycopié) pour une meilleure représentation des violences sur les tableaux de présentation.
<b>Étape 7</b>	Remercier les groupes et conclure en insistant sur les différents types de violence ainsi que leurs conséquences sur les victimes.

## MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 8, 9 10 ET 11)

### Définition de la violence

Elle est définie comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menace à l'encontre de soi-même, des autres, contre un groupe ou une communauté qui entraîne un risque, un traumatisme, des dommages psychologiques ou même des décès.

Elle inclut non seulement les abus physiques, sexuels et psychologiques, mais aussi les abus verbaux et économiques. Quelle que soit la forme qu'elle prend, elle représente une violation des droits de la personne.

### Définition de la violence basée sur le genre

La violence basée sur le genre (VBG) se définit comme tout acte ou omission portant un préjudice à une personne ou à un groupe de personnes, à cause de leur sexe biologique ou de leur genre et qui résulte des distinctions et rapports inégaux de pouvoir entre homme et femme.

Elle symbolise « tout acte de violence dirigé principalement contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques y compris la menace, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».

### Types/formes de violence basée sur le genre

La VBG peut être physique, sexuelle, psychologique, économique ou socioculturelle.

1. Violence physique : L'agression physique, le meurtre, le harcèlement physique en public, la tentative de meurtre, l'interdiction d'accès au traitement médical, les pratiques traditionnelles préjudiciables.
2. Violence sexuelle : Le mariage forcé, le mariage des enfants, les fiançailles forcées, la prostitu-

tion forcée, le viol, les relations sexuelles forcées avec le mari, l'inceste, l'agression sexuelle.

3. Violence psychologique/affective : Refus de nourrir ou de subvenir aux besoins de base, refus de communiquer, empêcher le contact maternel avec l'enfant, utiliser l'enfant comme une menace, menaces physiques aux autres membres de la famille, insultes verbales, menaces de tuer, intimidation, restrictions de mouvement en dehors de la maison telles que rendre visite à la famille, parler aux voisins..., divorce/séparation forcé, abandon des propres parents.

4. Violence économique : Utiliser l'argent ou les ressources pour contrôler une personne, refuser à quelqu'un le droit au travail, confisquer les revenus, priver de ressources par « punition », refuser de payer quelqu'un pour un service. (Voir d'autres exemples de gestes violents dans le Polycopié)

### Conséquences de la VBG

Conséquences individuelles sur la santé : blessures, handicap ou mort. IST et VIH/SIDA ; atteinte du système reproducteur (troubles de menstruation, infections, fistules, fausses couches). Dépression, conduisant aux maladies physiques chroniques ; perte du désir sexuel et rapports sexuels douloureux. Grossesses non désirées, complications de grossesse, avortements dangereux ou forcés.

Conséquences sur l'affect/la psychologie : l'angoisse, la peur et la haine de soi ; la honte, l'insécurité, la perte de capacités à faire et entreprendre des activités quotidiennes ; maladies mentales et pensées de désespoir et suicidaires.

### Activités 3. Identification de la violence entre les partenaires intimes

Techniques : Mini exposé interactif, questions-réponses

#### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 45 minutes

<b>Étape 1</b>	Conduire les participantes/participants à la suite de la présentation précédente à identifier la violence entre les partenaires intimes par le biais d'un exercice d'approfondissement des connaissances personnelles.
<b>Étape 2</b>	Présenter aux participantes/participants une situation rencontrée lors de la dispensation des services VIH dans l'établissement sanitaire et leur demander leurs réactions. La situation est celle-ci : Vous recevez une jeune fille vivant avec le VIH sous TAR depuis trois mois dans la clinique. Vous remarquez que cette fille présente des bleus sur son visage et des griffures sur son corps. Vous pensez immédiatement qu'elle est victime de violences par son petit ami. Vous faites tout pour approcher le client avec beaucoup de précautions pour ne pas mettre sa sécurité en danger. Il est important de poser les questions clés au patient. Pouvez-vous lui poser quatre (4) questions pour répondre à cette situation ? Pensez à deux stratégies à mettre en œuvre pour trouver ce patient.
<b>Étape 3</b>	Diviser le groupe en 3-4 en fonction du nombre de participantes/participants.
<b>Étape 4</b>	Sélectionner à l'aide d'un tirage au sort un (1) groupe qui va présenter. Les autres groupes partagent leurs réflexions sur la réponse du groupe.
<b>Étape 5</b>	Faire un résumé des réponses et référer au Polycopié dans la sous-section Identification de la violence entre les partenaires intimes pour trouver des propositions de réponses.
<b>Étape 6</b>	Remercier les participantes/participants et passer à la présentation des diapositives.

Messages clés (diapositives 12, 13, 14 et 15)

Violence entre les partenaires intimes (VPI)

On entend par VPI tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation. (OMS, 2012)

Elle peut être exercée par un homme à l'endroit d'une femme ou par une femme à l'endroit d'un homme ou dans des relations impliquant des partenaires de même sexe. La VPI peut-être issue aussi entre partenaires mariés, vivant en union libre, cohabitant ou en relation intime, dont des fréquentations.

Manifestations de la VPI

Il s'agit entre autres, des types de comportements suivants :

- o Actes d'agression physique, comme des gifles, des coups de poing, des coups de pied et des volées de coups.
- o Violence sexuelle, notamment des rapports sexuels forcés et d'autres de coercition sexuelle.
- o Violence émotionnelle/psychologique, comme des insultes, le rabaissement, l'humiliation constante, des actes d'intimidation (par ex, destruction d'objets) des menaces de sévices, des menaces de retrait des enfants.
- o Comportements tyranniques et dominateurs, comme ceux consistant à isoler une personne de sa famille et des amis ; à surveiller ses faits et gestes ; et limiter son accès aux ressources financières, à l'emploi, à l'éducation ou aux soins médicaux.

Facteurs de risque de la violence entre les partenaires intimes

Les facteurs de risque de la violence entre les partenaires intimes (VPI) : Probabilité qu'une personne soit la victime et/ou l'auteur de ce type de violence.

- Niveau individuel : qui prend en compte les facteurs biologiques et l'histoire personnelle de la personne, et les facteurs liés à la démographie (jeune âge, chômage, faible niveau de scolarité, grossesse, séparation ou divorce) ;
- Niveau relationnel : qui se rapporte aux relations avec les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille ; l'écart dans les niveaux d'instruction, multiples partenaires et infidélité, insatisfaction ou mésentente conjugale, le nombre d'enfants, la qualité de la relation, disputes quant aux rôles ;
- Niveau communautaire : concerne l'école, le lieu de travail, le quartier dont acceptation des rôles traditionnels assignés aux sexes, au taux élevé de pauvreté et de chômage, au taux d'analphabétisme élevé chez les hommes et les femmes ;
- Niveau sociétal : qui englobe les facteurs de niveau macro dont l'inégalité entre les sexes, les systèmes de croyances religieuses ou culturelles, les normes sociétales et les politiques économiques et sociales inégalitaires ; et
- Niveau culturel : les facteurs culturels sont au centre de valeurs profondément ancrées sur la priorité relative à ses propres objectifs et son autonomie (c'est-à-dire l'individualisme) et ceux de la société (c'est-à-dire le collectivisme) à laquelle on appartient.

Conséquences de la violence entre les partenaires intimes

- Conséquences de la violence entre les partenaires intimes sur la santé mentale : taux élevés de dépression, de troubles anxieux (en particulier le Stress Post Traumatique, des phobies, des troubles de panique), à l'abus d'alcool et d'autres substances, de graves troubles du sommeil, de trouble psychoso-

matique et des comportements suicidaires et d'automutilation.

- Conséquences sur la santé physique : meurtre, la mortalité associée au suicide, mauvais état de santé, forte utilisation des services de santé.
- Conséquences sur la santé sexuelle et génésique : grossesse involontaire et non désirée, avortement et l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, infections sexuellement transmissibles dont le VIH, les infections urinaires, les troubles sexuels.

La VPI est un moteur majeur de la contamination par le VIH chez les femmes hétérosexuelles. La contamination par le VIH est également une cause de VPI.

## Session 2.3. RÉSUMÉ DU MODULE

### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 10 minutes

Étape 1	Demander à 2 volontaires (participant/participante) « Qu'avez-vous appris au sujet des liens étroits entre la violence basée sur le genre et le VIH/SIDA ? »
Étape 2	Demander à 2 autres volontaires (participante/participant) d'énumérer une approche pouvant réduire la vulnérabilité des femmes et jeunes filles face au VIH/SIDA.
Étape 3	Demander aux participants/participantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer avec un autre module.



## Différence entre Sexe et Genre

Le mot genre sert à décrire des caractéristiques sociales ; le mot sexe des caractéristiques biologiques. L'individu vient au monde avec son sexe, alors que le genre lui est inculqué à travers un processus de socialisation. Le sexe ne change pas, il est constant, tandis que le genre et les rôles masculins et féminins qui en découlent changent et varient à l'intérieur des cultures et entre elles. L'expression du genre renvoie à la manière dont une personne montre son identité sexuelle – celle-ci est généralement exprimée à travers l'apparence, les vêtements, le langage du corps et la voix – par rapport à ce qui est culturellement accepté comme étant masculin ou féminin. C'est ce qui différencie les aspects sociologiquement attribués à l'identité d'un individu, des caractéristiques physiologiques des hommes et des femmes.

Le genre a trait à notre façon de penser, comment nous nous sentons, et ce que nous pensons pouvoir et ne pas pouvoir faire à cause de concepts socialement définis de masculinité et de féminité. Le genre a trait à la position des hommes et des femmes les uns par rapport aux autres. Ces relations sont fondées sur des rapports de pouvoir. Les rôles liés au genre sont transmis, appris et absorbés et varient entre les cultures et même en leur sein. Les relations de genre sont dynamiques et non pas fixes, elles sont variables et peuvent se transformer, évoluer, s'inscrire dans le changement social.

## CONCEPTS ET TERMINOLOGIE DE GENRE

### *Égalité des genres ou égalité entre les hommes et les femmes*

L'égalité des genres ou égalité entre les hommes et les femmes fait référence à l'exercice égal par les femmes, filles, hommes et garçons (de tout âge, orientation sexuelle et identité de genre) des droits, biens, possibilités, ressources, récompenses et qualité de vie (choisir une figure d'égalité de genre).

### *Équité de genre*

La condition d'impartialité et de justice dans les relations entre les femmes et les hommes, menant à une situation dans laquelle chacun a un statut, des droits, un niveau de responsabilité et un accès au pouvoir et aux ressources à un niveau égal (choisir une figure d'équité de genre).

### *Orientation sexuelle*

L'orientation sexuelle fait référence à la capacité de chacun à ressentir une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle ainsi que d'avoir des relations intimes et sexuelles avec ces individus. Pour des individus : (i) du sexe opposé, (HÉTÉROSEXUEL) ; (ii) du même sexe (HOMOSEXUEL) ; (iii) ou de plus d'un sexe (BISEXUEL). Des études scientifiques ont montré qu'une personne ne peut pas volontairement changer son orientation sexuelle, celle-ci pourrait cependant changer au cours de la vie d'une personne. Par conséquent, l'orientation sexuelle d'un individu peut évoluer au fil du temps.

## Valeurs et construction des jugements

### Valeurs et définitions

Les valeurs sont des points de repère aux individus dans la conduite de leur vie sociale. Les valeurs sont à l'origine des lois, des règles, des conventions et des coutumes qui régissent les groupes et les relations entre les individus qui les composent. Les valeurs jouent un rôle clé dans la formation des jugements. Nous jugeons souvent les autres sur la base de nos valeurs. Nos valeurs sont influencées par notre éducation, notre famille, notre culture, notre religion et d'autres facteurs sociaux. Elles évoluent souvent au fil du temps ou selon nos expériences. Plus nous sommes exposés à des cultures différentes, plus nos valeurs peuvent devenir flexibles. Certaines valeurs peuvent conduire à des jugements sévères et nous amener à stigmatiser ceux qui sont différents de nous-mêmes.

### Valeurs et stigmatisation/discrimination

Une part importante de la stigmatisation et de la discrimination est liée aux attitudes, croyances et valeurs des individus, qui influencent la manière dont ils perçoivent et jugent les autres. Bien souvent, ces croyances sont profondément ancrées et liées à l'éducation culturelle et sociale. Elles sont difficiles à faire évoluer. Nous sommes éduqués ou conditionnés pour juger autrui en nous appuyant sur des suppositions ayant trait à leurs comportements. Les mots stigmatisants dévalorisent les individus. Ils ont le pouvoir considérable de blesser et d'humilier, ainsi que de détruire l'amour propre et le statut social.

### Genre, sexe et VIH

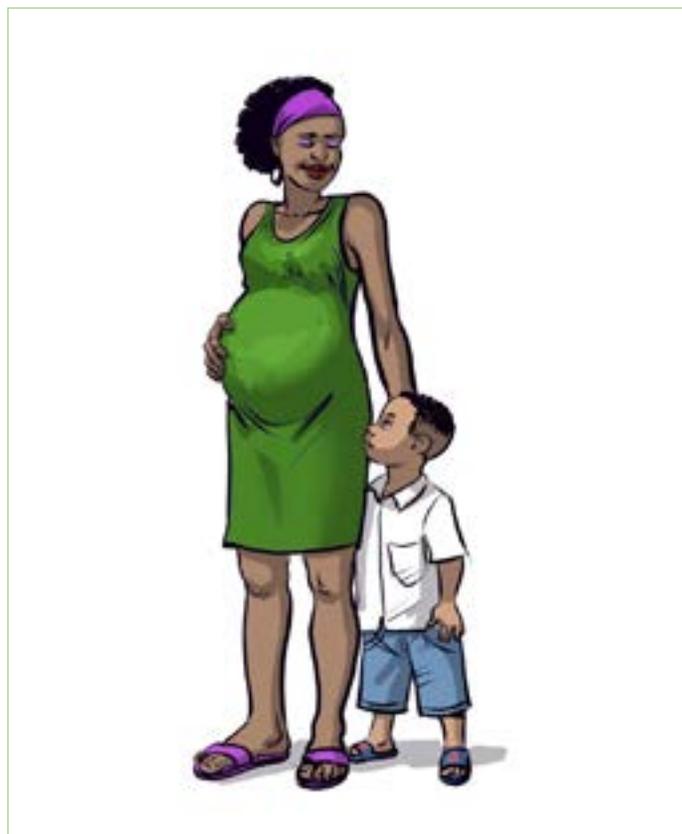
Bien que le VIH/SIDA affecte aussi bien les hommes que les femmes, ces dernières sont plus exposées pour des raisons biologiques, épidémiologiques et sociales. Pourquoi les femmes sont-elles plus vulnérables au VIH/SIDA ? Réponses.

A. Les femmes sont plus vulnérables sur le plan biologique : (1) en tant que partenaires réceptives dans un rapport hétérosexuel, les femmes ont une plus grande surface muqueuse exposée pendant les rapports sexuels ; (2) la concentration du VIH est beaucoup plus forte dans le sperme que dans le fluide vaginal ; (3) la surface de la muqueuse peut-être encore plus fragile, à cause de l'âge, changement hormonal, ou lorsqu'elle est endommagée à cause de rituels et de pratiques telles que l'infibulation, le mariage précoce, etc.

B. Les femmes sont plus vulnérables que les hommes sur le plan épidémiologique : (1) elles ont tendance à se marier ou à avoir des rapports sexuels avec des hommes plus âgés, qui ont peut-être eu plus de partenaires, et sont donc plus susceptibles d'être infectés ; (2) Les normes sociales confinent souvent les femmes à l'intérieur. Elles ont généralement la charge de s'occuper des enfants et l'homme devient le support économique de la famille, ce qui constitue un levier pour la prise de décision.

C. À cause des normes ou blocages culturels : l'existence et la persistance de cette construction sociale de la sexualité a entraîné l'évolution d'un certain nombre de rituels qui ont rendu la femme plus vulnérable à l'épidémie : (1) il est difficile pour une femme à s'affirmer sur le plan sexuel. Le choix à l'utilisation du préservatif est considéré comme l'apanage des hommes. Peut-elle suggérer à son époux ou à son partenaire des rapports protégés, sans crainte de subir des violences, étant donné que la suggestion elle-même peut être perçue comme un signe ou une accusation d'infidélité ? (2) Les femmes n'étant pas encouragées à parler de la sexualité, éprouvent souvent des difficultés pour vaincre les barrières du silence et de bien communiquer avec les cliniciens et les conseillers.

Partout dans le monde, les femmes sont en situation spéciale de risque d'infection au VIH, du fait qu'elles n'ont pas le pouvoir de décider où, quand et comment avoir des rapports sexuels. Cependant, ce sont les croyances et attentes culturelles qui en sont la cause, renforçant également la vulnérabilité des hommes eux-mêmes. L'inégalité entre les sexes est une variable clé de l'incidence du VIH/SIDA. Avec l'augmentation des disparités hommes-femmes, l'épidémie affecte de plus en plus de femmes qui supportent disproportionnellement les conséquences néfastes de ces disparités. Et alors que l'épidémie est en pleine maturation, elle touche des femmes qui n'ont eu qu'un seul partenaire. Il y a dix ans, les femmes semblaient être en marge de l'épidémie. Aujourd'hui, elles sont au cœur des préoccupations. L'épidémie est alimentée par des situations où les macros politiques ont entraîné une augmentation des inégalités hommes-femmes. La féminisation de la pauvreté est une caractéristique essentielle de l'impact socio-économique du VIH/SIDA.



Dans les cultures qui considèrent le VIH comme un signe de promiscuité sexuelle, les normes de genre déterminent la façon dont les hommes et les femmes infectés par le VIH sont perçus, dans la mesure où les femmes séropositives sont plus stigmatisées et rejetées que les hommes. Les normes de genre influent également sur la façon dont les membres de la famille vivent le VIH et les décès dus au SIDA, et y font face. Par exemple, ce sont souvent les femmes qui sont chargées des soins, tandis que les jeunes filles orphelines risquent davantage d'être retirées de l'école que leurs frères. Il en résulte qu'en situation de conflits, six femmes contre cinq hommes sont séropositives. Selon une tendance observée dans certains pays, le ratio homme/femme des personnes infectées par le VIH a commencé à s'égaliser. La féminisation de la pauvreté est une caractéristique essentielle de l'impact socio-économique du VIH/SIDA.

### Données épidémiologiques haïtiennes

Les résultats de l'enquête EMMUS-VI (2016-2017) ont rapporté que l'épidémie du VIH/SIDA en Haïti demeure de type généralisé avec une prévalence de 2.0 % dans la population âgée de 15-49 ans. Ces résultats témoignent d'une tendance à la baisse de la prévalence globale du VIH au niveau national très légèrement inférieure comparée à celle estimée à l'EMMUS-V de 2012, qui était de 2,2 %. Cependant, on constate que la distribution de cette prévalence n'est pas homogène ; elle varie selon le sexe, l'âge et d'un département à un autre. Chez les femmes la prévalence a légèrement baissé entre 2012 à 2017, de 2,7 % à 2,3 % et dans le cas des hommes, elle reste pratiquement la même de 1,6 % en 2016-2017 contre 1,7 % en 2012. Cela se traduit par un ratio d'infection de 1,5 femme pour 1 homme, mettant en évidence la plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH. Il est important de se rappeler que ce ratio était de 6 hommes pour 1 femme en 1988. Ce profil épidémiologique dénote une tendance à la féminisation de l'épidémie en Haïti.

## Session 2.2. Définition de la violence

Elle est définie comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menace à l'encontre de soi-même, des autres, contre un groupe ou une communauté qui entraîne un risque, un traumatisme, des dommages psychologiques ou même des décès. Elle inclut non seulement les abus : physiques, sexuels et psychologiques, mais aussi les abus verbaux et économiques ». Quelle que soit la forme qu'elle prend, elle représente une violation des droits de la personne.

### Définition de la violence basée sur le genre

La violence basée sur le genre (VBG) se définit comme tout acte ou omission portant un préjudice en dépit de la volonté d'une personne et qui résulte des distinctions entre homme et femme, elle symbolise « tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques y compris la menace, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ».

### Facteurs aggravants de la VBG

L'homophobie, la stigmatisation, la discrimination marchent main dans la main avec la violence.

Seules ou conjuguées, elles peuvent placer les populations clés à risque de développer de multiples problèmes de santé physique et mentale, entraver la recherche des services de santé pendant qu'elles diminuent les possibilités de réponse aux personnes violentées.

La violence et la stigmatisation marchent de pair et font bon commerce.

### Types/formes de violence basée sur le genre

La VBG peut être physique, sexuelle, psychologique, économique ou socioculturelle.

- a) **Violence physique** : L'agression physique, le meurtre, le harcèlement physique en public, la tentative de meurtre, le refus d'accès au traitement médical, les pratiques traditionnelles préjudiciables
- b) **Violence sexuelle** : Le mariage forcé, le mariage des enfants, les fiançailles forcées, la prostitution forcée, le viol, les relations sexuelles forcées avec le mari, l'inceste, l'agression sexuelle et les mutilations génitales féminines (MGF).
- c) **Violence psychologique/affective** : Refus de nourrir ou de subvenir aux besoins de base, empêcher l'éducation, refus de communiquer, empêcher le contact maternel avec l'enfant, utiliser l'enfant comme une menace, menaces physiques aux autres membres de la famille, insultes verbales, menaces de tuer, intimidation, restrictions de mouvement en dehors de la maison telles que rendre visite à la famille, parler aux voisins..., divorce/séparation forcé, abandon des propres parents.
- d) **Violence économique** : Utiliser l'argent ou les ressources pour contrôler une personne, refuser à quelqu'un le droit au travail, confisquer les revenus, priver de ressources par « punition », refuser de payer quelqu'un pour un service.

Veiller à ce que les exemples suivants figurent sur les tableaux de présentation.

- **Violence physique** : frapper, pousser, donner des coups de pied ou des coups de poing, étouffer, cracher, pincer, pousser du doigt, gifler, mordre, secouer, tirer les cheveux, jeter des objets, traîner, tabasser,

brûler délibérément, utiliser une arme ou menacer d'une arme, kidnapper, détenir contre son gré, contraindre physiquement.

- **Violence sexuelle** : viol, viol collectif, harcèlement sexuel ; forcer ou obliger à avoir des rapports sexuels contre son gré par des contraintes physiques ou une intimidation psychologique (attouchements non désirés, pénétration orale, anale ou vaginale par un pénis ou un objet) ; faire subir des pressions émotionnelles, sociales ou économiques pour obtenir des faveurs sexuelles ; refuser de porter un préservatif.
- **Violence psychologique/affective** : violence psychologique et verbale, humiliation, menaces, contraintes, comportements dominants, injures et insultes verbales, chantage, menaces de retrait de la garde d'enfants, confinement ou isolement de l'entourage amical/familial, menaces, cris répétés, propos/gestes intimidants, destruction d'effets personnels.
- **Violence économique** : utiliser l'argent ou les ressources pour contrôler une personne, refuser à quelqu'un le droit au travail, confisquer les revenus, priver de ressources par « punition », refuser de payer quelqu'un pour un service.

## Conséquences de la VBG

Les conséquences de la VBG peuvent être réparties en deux catégories principales :

Santé : Conséquences individuelles sur le survivant :

- o Dépression, conduisant aux maladies physiques chroniques.
- o La MGF conduisant au choc, aux infections, au saignement excessif ou à la mort et aux conséquences à plus long terme telles que les dommages affectifs comme l'angoisse, la peur, la haine de soi et la confusion.
- o Perte du désir sexuel et rapports sexuels douloureux.
- o Grossesse et accouchement difficiles, douleur et infections chroniques, infertilité.
- o Blessures, handicap ou mort. IST et VIH/sida.
- o Atteinte du système reproductif avec notamment des troubles de menstruation, des infections, des fausses couches, des grossesses non souhaitées et des avortements non médicalisés.

L'affect/la psychologie : Conséquences individuelles sur le survivant :

- o L'angoisse, la peur et la haine de soi. La honte, l'insécurité, la perte de capacités à faire et entreprendre des activités quotidiennes.
- o Sentiments de dépression et d'isolement.
- o Problèmes pour dormir et manger.
- o Maladies mentales et pensées de désespoir et suicidaires.
- o Jugements émis sur le survivant.
- o Accuser le survivant.
- o Traiter le survivant comme un exclu social.

## Violence basée sur le genre - Données épidémiologiques nationales

Plus d'un quart des femmes de 15-49 ans (29 %) ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, principalement exercées par la mère/femme du père, le mari/partenaire, le père/mari de la mère ou la sœur/frère. Un peu plus d'une femme sur huit (12 %) a été victime d'actes de violences sexuelles à n'importe quel moment de sa vie. Dans l'ensemble, 20 % des femmes de 15-49 ans ont subi seulement des violences phy-

siques, 5 % seulement des violences sexuelles, et 8 % à la fois des violences physiques et sexuelles. Parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, 6 % ont subi des violences pendant la grossesse. Et 34 % des femmes qui ont déjà été en union, ont subi des violences émotionnelles, physiques et/ou sexuelles ou de la part de leur mari actuel ou du plus récent. Parmi les femmes qui ont subi des violences physiques causées par leur mari/partenaire dans les 12 derniers mois, 41 % ont eu des blessures à la suite de ces violences.

### **Session 2.3 Violence entre les partenaires intimes et le VIH**

On entend par VPI tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui sont parties à cette relation. (OMS, 2012). Tout en restant un problème touchant toutes les catégories sociales indépendamment de leur culture ou religion, la VPI est un phénomène de genre qui touche les femmes de façon disproportionnée. Pour D. Stewart et al. (2020 : 19), elle peut être exercée par un homme à l'endroit d'une femme ou par une femme à l'endroit d'un homme ou dans des relations impliquant des partenaires de même sexe. La VPI peut-être issue aussi entre partenaires mariés, vivant en union libre, cohabitant ou en relation intime, dont des fréquentations.

Il s'agit entre autres, des types de comportements suivants :

- Actes d'agression physique, comme des gifles, des coups de poing, des coups de pied et des volées de coups.
- Violence sexuelle, notamment des rapports sexuels forcés et d'autres de coercition sexuelle. Violence émotionnelle/psychologique, comme des insultes, le rabaissement, l'humiliation constante, des actes d'intimidation (par ex, destruction d'objets) des menaces de sévices, des menaces de retrait des enfants.
- Comportements tyranniques et dominateurs, comme ceux consistant à isoler une personne de sa famille et des amis ; à surveiller ses faits et gestes ; et limiter son accès aux ressources financières, à l'emploi, à l'éducation ou aux soins médicaux.

### **Facteurs de risque de la violence entre les partenaires intimes**

Les facteurs de risque de la Violence entre les Partenaires intimes (VPI) constituent pour l'Organisation mondiale de la santé, OMS (2010) la probabilité qu'une personne soit la victime et/ou l'auteur de ce type de violence.

- D'abord, le niveau individuel qui prend en compte les facteurs biologiques et l'histoire personnelle de la personne sont à souligner entre autres des facteurs liés à la démographie (jeune âge, chômage, faible niveau de scolarité, grossesse, séparation ou divorce) ; exposition à la violence au cours de l'enfance, la consommation d'alcool et de drogues.
- Ensuite, le niveau relationnel qui se rapporte aux relations avec les pairs, les partenaires intimes et les membres de la famille. Les facteurs suivants sont à souligner : l'écart dans les niveaux d'instruction, multiples partenaires et infidélité, insatisfaction ou mésentente conjugale, le nombre d'enfants, la qualité de la relation, disputes quant aux rôles.
- Puis, le niveau communautaire concerne l'école, le lieu de travail, le quartier. Nous y trouvons des facteurs, dont l'acceptation des rôles traditionnels assignés aux sexes, au taux élevé de pauvreté et de chômage, au taux d'analphabétisme élevé chez les hommes et les femmes.
- Le niveau sociétal englobe les facteurs de niveau macro dont l'inégalité entre les sexes, les systèmes de croyances religieuses ou culturelles, les normes sociétales et les politiques économiques et sociales iné-

galitaires. Sont à considérer aussi des facteurs dont les normes traditionnelles liées au genre et aux normes sociales propices à la violence, le vide juridique sur la violence conjugale.

- Facteurs culturels : des différents facteurs susmentionnés, une emphase est mise sur les facteurs culturels. Car ces derniers relèvent d'une importance capitale dans la violence entre les partenaires intimes. Ils sont souvent au centre de valeurs profondément ancrées sur la priorité relative à ses propres objectifs et son autonomie (c'est-à-dire l'individualisme) et ceux de la société (c'est-à-dire le collectivisme) à laquelle on appartient. Les cultures collectivistes qui sont aussi patriarcales ont des rôles de genre rigides, souscrivant au contrôle des hommes sur le comportement des femmes.

### **Conséquences de la violence entre les partenaires intimes**

- Conséquences de la violence entre les partenaires intimes sur la santé mentale : Les conséquences de la violence entre les partenaires intimes sur la santé mentale sont systématiquement associées à des taux élevés de dépression, de troubles anxieux (en particulier le Stress Post Traumatique, des phobies, des troubles de panique), à l'abus d'alcool et d'autres substances, de graves troubles du sommeil, de trouble psychosomatique et des comportements suicidaires et d'automutilation, Campbell (2002).

- Conséquences sur la santé physique : la VPI entraîne des conséquences négatives à long terme sur la santé des survivants, même après la fin de la violence. Ces effets peuvent se manifester par un mauvais état de santé, une mauvaise qualité de vie et une forte utilisation des services de santé. La VPI est liée à de nombreux autres effets sur la santé physique, y compris ceux liés à la santé reproductive, aux affections chroniques et aux maladies infectieuses (ibid.). Outre le meurtre, la mortalité associée à la violence domestique comprend le suicide dans les pays non industrialisés et industrialisés.

- Conséquences sur la santé sexuelle et génésique : il s'agit entre autres de la grossesse involontaire et non désirée, l'avortement et l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, les infections urinaires, les troubles sexuels. Il en résulte que le partenaire dominé ne jouit pas d'une vie sexuelle épanouie et ne possède pas la capacité de négocier ses rapports sexuels. Pour OMS (2013), la VPI et l'infection au VIH sont des fléaux mondiaux concomitants.

**N.B. Selon une méta-analyse multi pays, il est clairement prouvé que la VPI est un moteur majeur de la contamination par le VIH chez les femmes hétérosexuelles. De plus, la contamination par le VIH est également une cause de VPI. Dans les pays à haute prévalence du VIH, les violences exercées par un partenaire intime augmentent jusqu'à 50 % le risque de contamination au VIH chez les femmes.**

### **Identification de la violence entre les partenaires intimes**

En vue de protéger la sécurité du patient index, les contacts qui présentent un risque de faire preuve de violence intra conjugale doivent être approchés avec beaucoup de précautions pour ne pas mettre la sécurité du patient en danger. Il est important de poser les questions clés au patient index pour faire le dépistage pour chaque contact :

- Est-ce que [nom du contact] vous a-t-il déjà frappé, donné des coups de pied, giflé ou blessé physiquement ?
- Est-ce que [nom du contact] a-t-il déjà menacé de vous blesser ?
- Est-ce que [nom du contact] vous a-t-il forcé à faire un acte sexuel quelconque qui vous a mis mal à

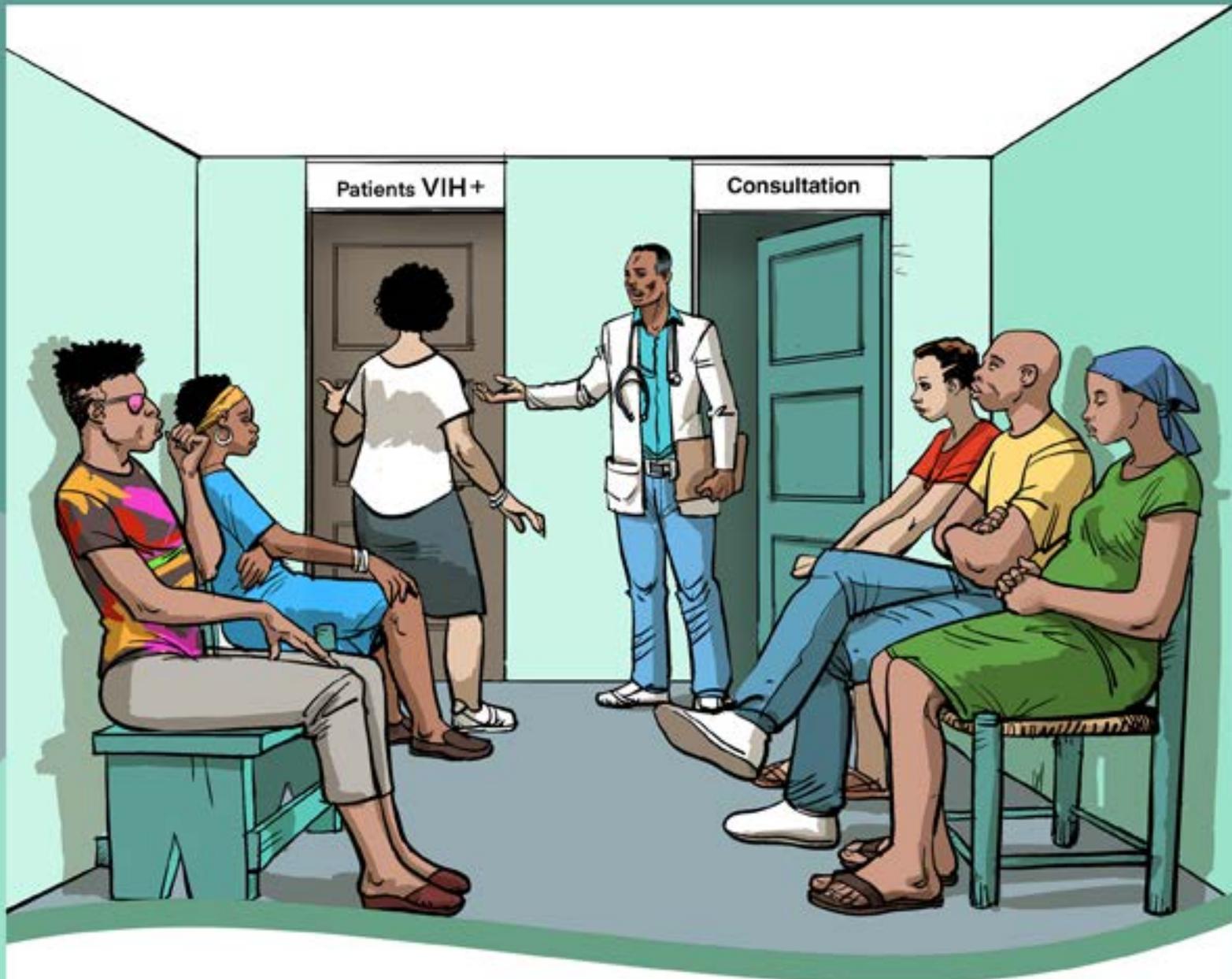
l'aise ?

Si le patient index répond « oui » à n'importe quelle question de dépistage, il faudra trouver des stratégies appropriées pour retrouver ce contact violent.

Si le patient index estime qu'il ne sera pas en sécurité si le contact devait être contacté, il serait conseillé d'explorer d'autres approches, telles que :

- Faire en sorte que le contact reçoive un test de dépistage du VIH au niveau communautaire ;
- Faire un test de dépistage du couple ou de la famille, où les deux partenaires (ou tous les membres de la famille) apprennent leur statut ensemble et un conseiller est disponible pour atténuer les tensions potentielles.

Dans ces cas particuliers, il faut toujours penser à référer le patient index aux services de prise en charge de violence disponibles dans l'institution ou ailleurs.



# MODULE 3

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION  
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### MODULE 3. STIGMATISATION ET DISCRIMINATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les populations exposées à un risque accru d'infection à VIH font face à des niveaux élevés de stigmatisation en raison, entre autres, de leur sexe, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur consommation de drogues ou de leur statut de professionnel (le) du sexe, le cas échéant. La stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque d'infection à VIH conduit à des comportements discriminatoires dans tous les secteurs de la société, de la part des fonctionnaires, policiers, professionnels de la santé, et sur le lieu de travail, dans les écoles et au sein des communautés. La stigmatisation et la peur d'être stigmatisé font que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les membres des populations clés n'ont pas pleinement accès aux services de santé liés au VIH et à d'autres formes de soutien répondant à leurs besoins. Le renforcement des capacités du personnel soignant et non-soignant par la formation et l'information constitue un moyen efficace de réduire la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion au sein des établissements de santé.

Ce module permettra aux participants de comprendre et de ressentir l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur les PVVIH ou exposées au risque d'infection à VIH en Haïti. Il amène les participants à nommer et à s'appropriier le problème dans leur propre contexte de travail — pour reconnaître comment, en tant que personnels de santé, ils stigmatisent les PVVIH et les autres membres des populations clés ou un comportement discriminatoire envers ceux-ci. L'objectif est d'aider les personnels de santé à voir qu'ils stigmatisent et/ou discriminent — souvent sans s'en rendre compte — et à décider comment ils veulent changer.

**Durée : 8 heures**

#### Compétences

- Utiliser les connaissances acquises sur la stigmatisation et la discrimination pour prévenir et réduire les comportements stigmatisants et discriminants dans les établissements sanitaires.
- Avoir un environnement favorable au niveau des établissements de santé et des communautés.
- Montrer de l'empathie et de la tolérance.

#### Objectifs d'apprentissage du module :

- Renforcer les capacités du personnel soignant et non-soignant du système de soins haïtien par la formation en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination au sein des établissements de santé.
- Rendre disponible pour le personnel soignant travaillant dans la prestation des services IST et VIH des outils pratiques et des mécanismes prêts à l'emploi qui peuvent être utilisés pour réduire la stigmatisation et la discrimination au sein des établissements de santé.

À la fin de ce module, les participants/participantantes seront en mesure :

- D'identifier les différentes formes de stigmatisation et discrimination dans les établissements de santé ;
- D'expliquer pourquoi la stigmatisation et la discrimination se produisent ;
- Identifier les attitudes stigmatisantes et comportements discriminants pouvant affecter l'offre de service des institutions ;
- D'identifier les principales causes de la stigmatisation et leurs conséquences sur l'offre et la demande de services de santé à l'égard des PVVIH, des PC et populations vulnérables ; et
- De renforcer les capacités des participantes/participants pour la mise en place d'un plan d'action institutionnel visant à réduire la stigmatisation et la discrimination.

## Contenu du module :

Session 3.1. Stigmatisation et discrimination : définition et compréhension

Session 3.2. Formes, Causes et conséquences de la stigmatisation/discrimination

Session 3.3. Analyse des différentes formes de la stigmatisation et leurs conséquences dans les établissements de santé dans le contexte haïtien

Session 3.4. Confidentialité face à la stigmatisation/discrimination

Session 3.5. Réflexions autour de la stigmatisation à la fois comme stigmatisé et stigmatisateur

Sessions 3.6. Panel de discussion avec les PVVIH et les Populations clés (PS, HARSAH)

**Méthodologie** (Techniques) : Mini exposé interactif, questions-réponses, exercice en groupe, exercice d'arbre de problèmes, brainstorming, jeux de rôle.

**Matériels** : Marqueurs, tableau à feuilles mobiles, feuilles blanches (flip chart), bandes adhésives, cartes ou morceaux de papier, ordinateur, rétroprojecteurs...

## Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Le facilitateur/la facilitatrice consulte et maîtrise les instructions en lien avec la présentation du module.

## Sources : module adapté des documents suivants :

1. MSPP/PNLS (2021). Guide de formation sur la stigmatisation et la discrimination à l'égard des professionnels de la santé. Draft du Guide. Haïti
2. PNLS/SEROvie (2021). Guide de formation validé par le PNLS sur la stigmatisation et la discrimination à l'intention des leaders traditionnels. Haïti
3. Ross Kidd, Sue Claay et coll (2015). Facilitators training guide for a stigma free health facility: *Training menus, facilitators tips and participatory training modules*.
4. Nyblade, L., C. Stewart, P. Kiwia, W. Manyama, R. Mbuya-Brown, and S. Bowsky. 2018. Towards Stigma-Free Health Facilities in Tanzania: Guide for Trainers. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus

## Session 3.1. Stigmatisation et discrimination : définition et compréhension

**Durée : 45 minutes**

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure de :

- Définir la stigmatisation ; et
- De faire la différence entre stigmatisation et discrimination.

**Techniques** : Discussion en groupe, questions-réponses.

**Matériels** : Photos (grandes pour être affichées au mur), bandes adhésives pour afficher des photos, tableau à feuilles mobiles (flip chart) avec des questions illustrées, marqueurs.

### Préparation

- Sélectionner des images en grand format pour les utiliser pendant la formation (incluant ceux qui se concentrent sur les PC, PVVIH, jeunes et adolescents) et les coller sur le mur.
- Répartir les participants/participantantes en petits groupes.
- Écrire les questions illustrées sur le tableau à feuilles mobiles (et ayez une copie prête à donner à

chaque groupe).

- Préparer une synthèse des grandes lignes de la documentation à développer.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Le facilitateur/la facilitatrice consulte et mémorise les instructions pour la préparation de la session ainsi que les étapes à franchir.

### Déroulement

#### Compréhension de la stigmatisation Durée : 30 minutes

##### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 30 minutes

Étape 1	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session.
Étape 2	Demander aux participants/participant(e)s de se déplacer et de regarder les images. Après quelques minutes, les diviser en des groupes de deux ou trois. Demander à chaque groupe de sélectionner une image.



<b>Étape 3</b>	Demander aux groupes de discuter des questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Que se passe-t-il dans l'image par rapport à la stigmatisation ?</li> <li>○ Est-ce de la stigmatisation ou de la discrimination ?</li> </ul>
<b>Étape 4</b>	Demander à chaque groupe de faire un rapport aux autres participants/participantes en répondant aux questions. Un animateur enregistre les points clés des réponses du groupe sur le tableau à feuilles mobiles.
<b>Étape 5</b>	Traitement : Demander au grand groupe : quelqu'un a-t-il quelque chose à ajouter sur ce qui se passe sur ces images ?
<b>Étape 6</b>	Remercier les groupes pour leur participation et assurer la présentation PowerPoint (voir encadré ci-dessous).

### MESSAGES CLÉS (DIAPPOSITIVES 1, 2, 3, 4)

**La stigmatisation** est une attitude ou croyance défavorable à l'égard d'une personne, d'un groupe par un groupe dominant ou majoritaire. **Stigmatiser** quelqu'un signifie « critiquer publiquement quelqu'un que l'on juge condamnable, marquer cette personne d'infamie, catégoriser et percevoir cette personne ou ne méritant pas le même traitement. ».

**La discrimination** est définie comme une action de séparer, de distinguer deux ou plusieurs êtres ou choses à partir de certains critères ou caractères distinctifs et de traiter différemment (le plus souvent négativement) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne.

**La stigmatisation** est un phénomène qui est profondément discrédité et aboutit au rabaissement de la personne ou du groupe de la personne à part entière qu'elle était (...). (Goffman, 1963). Les stigmatisations liées au VIH sont souvent basées sur des préjugés et renforcent d'autres préjugés existants, tels que liés au sexe, à l'orientation sexuelle, au statut sérologique et à la race (...), (ONUSIDA, 2005). Elle relève d'une dévalorisation de la personne.

**La discrimination.** Suivant l'approche juridique de la discrimination, c'est un traitement moins favorable ou un refus à l'encontre d'une personne placée dans une situation comparable à une autre, fondé sur au moins **un critère défini par la loi**, et dans un domaine déterminé par **la loi**.<sup>1</sup>

### Différence entre stigmatisation et discrimination

La stigmatisation et la discrimination, bien que différentes, sont des phénomènes interdépendants du point de vue des attitudes négatives qu'elles suscitent à l'encontre d'une ou plusieurs personnes et des actions qui en résultent. La stigmatisation se réfère à une disposition mentale alors que la discrimination est un acte ou un comportement. *(La stigmatisation est une croyance ou une attitude. L'action résultant de la stigmatisation est une discrimination – par exemple, des PVVIH ou d'autres groupes stigmatisés qui se voient refuser un traitement dans un établissement de santé ou qui voient leur statut sérologique et/ou leur identité/orientation sexuelle révélée publiquement).*

<sup>1</sup>Draft du Guide de formation sur la stigmatisation, la discrimination et le respect des droits des patients/clients : Manuel du facilitateur

## Session 3.2. Formes, causes et conséquences de la stigmatisation/discrimination

**Durée : 1 heure**

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantes seront en mesure :

- D'identifier différentes formes de stigmatisation et de discrimination ; et
- D'identifier les causes et les conséquences de la stigmatisation et de la discrimination.

**Techniques :** Discussion en petits groupes, questions-réponses, brainstorming

**Matériels :** Marqueurs, tableau à feuilles mobiles (flip chart), bandes adhésives, ordinateur, rétroprojecteurs, photos de stigmatisation.

### Préparation

- Imprimer des images en grand format pour les utiliser pendant la formation (incluant ceux qui se concentrent sur les PC, PVVIH, jeunes et adolescents) et les coller au mur.
- Décider comment vous allez répartir les participants/participantes en petits groupes.
- Écrire les questions illustrées sur le flipchart (copie pour chaque groupe).
- Résumer les grandes lignes de la documentation à développer.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Le facilitateur/la facilitatrice expose les instructions pour la préparation de la session ainsi que les étapes à franchir. Dans cette activité, les participants/participantes consultent des images montrant la stigmatisation et discutent de ce que chaque image signifie pour eux. Cet exercice aide les participants/participantes à « nommer » la stigmatisation de manière objective plutôt que personnalisée. Les participants/participantes identifient différentes formes de stigmatisation dans l'établissement de santé.

Il s'agit d'une bonne activité pour « briser la glace » et les intéresser aux problèmes liés à la stigmatisation, et construire un vocabulaire commun autour de la stigmatisation. L'utilisation d'images aide le personnel non-soignant des établissements de santé à mieux comprendre et à participer à la création d'un environnement sans stigmatisation.

### Déroulement

*Activités : Formes, causes et conséquences de la stigmatisation*

Instruction aux facilitateurs/facilitatrices	
<b>Durée : 45 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session.
<b>Étape 2</b>	À partir des mêmes images précédentes (session 1.1) sélectionnées par les différents groupes, les participants/participantes, utilisant leurs connaissances antérieures, seront amenés à nommer les principales formes de stigmatisation vues sur les photos en utilisant le flip chart.
<b>Étape 3</b>	Ensuite, les groupes mettent en relief les différentes formes de stigmatisation et leurs causes possibles (pourquoi pensez-vous que cela se produit ?).
<b>Étape 4</b>	Demander à chaque groupe de faire un rapport en plénière.
<b>Étape 5</b>	Traitement : Demander au grand groupe : est-ce que cela se produit dans votre communauté ? Dans votre établissement de santé ?
<b>Étape 6</b>	Remerciements et assurer la présentation PowerPoint (voir l'encadré ci-dessous).

## **MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 5, 6, 7)**

### **Principales formes de stigmatisation**

- Isolement et rejet — basés sur l'ignorance et la peur de la transmission du VIH ou des comportements d'un groupe marginalisé.
- Humiliation et blâme — commérages, injures, insultes, jugements, honte.
- Stigmatisation imposée — traitement injuste, tel que refuser d'opérer des clients séropositifs ou les marginaliser.
- Auto-stigmatisation — Les PVVIH et les populations clés se stigmatisent parfois en réaction à la stigmatisation par la société.
- Stigmatisation par association — Les personnes associées à des groupes stigmatisés sont souvent elles-mêmes confrontées à la stigmatisation.
- Stigmatisation à plusieurs niveaux — Les groupes marginalisés (par exemple, les HARSAH, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les prisonniers, etc.) sont déjà stigmatisés. Lorsqu'ils attrapent le VIH, ils sont doublement stigmatisés, gagnant une autre couche de stigmatisation.

### **Causes ou moteurs de la stigmatisation et discrimination liée au VIH**

- Ignorance
- Jugements moraux (comportement pêcheur ou immoral)
- Peur et ignorance (le manque de connaissances et les idées fausses sur la transmission du VIH)

### **Conséquences/effets de la stigmatisation**

La stigmatisation ou la peur de la stigmatisation empêche les PVVIH et les populations clés :

- D'accéder aux services de santé ;
- De discuter ouvertement de leur sexualité avec le personnel soignant ;
- D'accéder à un traitement dont ils ont besoin (IST, ARV, OI...) ;
- D'utiliser d'autres services (une femme enceinte VIH+ ne bénéficiant pas de la PTME) ;
- De protéger leur propre santé et celle de leurs partenaires sexuels ;
- De divulguer leur statut sérologique et obtenir des conseils, des soins et un soutien ; et
- D'augmenter la transmission du VIH.

### **La stigmatisation ou la peur d'être stigmatisé expose les PVVIH et les populations clés à :**

- L'exclusion à l'utilisation du préservatif, à l'accès aux services, au soutien et au TAR ;
- La dépression, le suicide, l'alcoolisme ;
- La réticence au dépistage du VIH ;
- La rupture de relations ;
- La violence ; et
- La perte de la perception que l'on a de sa masculinité ou féminité.

## Session 3.3. Analyse des différentes formes de la stigmatisation et de la discrimination et leurs conséquences dans les établissements sanitaires dans le contexte haïtien

**Durée : 1 heure**

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- De développer une compréhension plus poussée autour d'un environnement stigmatisant et discriminant dans leurs établissements de santé ; et
- D'appliquer les connaissances acquises en vue d'arrêter ou de réduire la stigmatisation et la discrimination dans leur établissement de santé.

**Techniques :** Travaux de groupe, étude de cas

**Matériels :** Marqueurs, tableau à feuilles mobiles (flip chart), bandes adhésives, études de cas imprimées.

### Préparation

- Dessiner un arbre de quatre (4) schémas avec ses branches, son tronc et sa racine sur une grosse feuille blanche.
- Choisir le nom du problème. Quatre (4) problèmes sont proposés :
  - (i) Stigmatisation et discrimination envers des adultes PVVIH par le personnel de soins.
  - (ii) Stigmatisation et discrimination envers les femmes enceintes VIH+ par le personnel de soins.
  - (ii) Stigmatisation et discrimination envers les PC (PS, HARSAH) par le personnel de soins.
  - (iv) Stigmatisation et discrimination envers les PC (PS, HARSAH) par le personnel non soignant.
- Disposer de petites cartes de couleurs différentes.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Au cours de cette session, les professionnels de santé analysent les différentes formes de stigmatisation et discrimination qui se produisent dans leurs établissements de santé, y compris la stigmatisation et discrimination envers les clients séropositifs, la stigmatisation et discrimination des clients envers les autres clients et la stigmatisation et discrimination des professionnels de santé envers leurs collègues vivant avec le VIH. L'objectif est d'examiner les causes profondes et les effets, puis de voir ce qu'ils peuvent faire pour résoudre ces problèmes. Cet exercice utilise une ANALYSE DE L'ARBRE DES PROBLÈMES — une méthode pour analyser les effets et les causes profondes d'un problème. Chaque groupe analysera un type différent de stigmatisation et discrimination.

### Déroulement

*Exercice 1. Arbre à problème*

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session.
<b>Étape 2</b>	Dessiner l'image d'un arbre sur une feuille de tableau à feuilles mobiles. Sur le tronc, écrire le nom du problème, par exemple, « Stigmatisation envers les clients par les professionnels de santé ».
<b>Étape 3</b>	Ensuite, sur le tronc, à l'aide de cartes, ajouter plus de détails sur les FORMES de stigmatisation, par exemple, « crier et gronder le client, le faire attendre, etc. ».

<b>Étape 4</b>	Ensuite, à la racine au bas de l'image, écrire les CAUSES, par exemple, « peur de contracter le VIH par contact occasionnel, attitudes de jugement, lourdes charges de travail et stress, etc. » Demander aux participants/participantantes de creuser plus profondément, de chercher les causes de certaines des causes qu'ils énumèrent.
<b>Étape 5</b>	Ensuite, sur les branches de l'arbre, écrire les EFFETS sur des cartes, par exemple, « se sentir isolé et honteux, se sentir en colère et déprimé, se culpabiliser, vouloir quitter l'établissement de santé, etc. ».
<b>Étape 6</b>	Ensuite, sous le tableau à feuilles mobiles, écrire SOLUTIONS POSSIBLES sur des cartes, par exemple, « rappeler aux professionnels de santé leur code de conduite, améliorer les connaissances du personnel des établissements de soins sur la transmission du VIH afin qu'ils ne craignent plus de contracter le VIH par contact avec des clients séropositifs ».
<b>Étape 7</b>	Diviser les participants/participantantes en quatre (4) groupes. Un problème sera attribué à chaque groupe respectif.
<b>Étape 8</b>	Demander à chaque groupe de faire une analyse d'arbre à problèmes de leur problème, en utilisant les étapes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Clarifier le problème — quelles sont les FORMES de stigmatisation ; que se passe-t-il réellement ?</li> <li>○ Identifier les CAUSES (racines) et les EFFETS (branches), et élaborer les SOLUTIONS POSSIBLES (Les écrire sur des cartes).</li> </ul>
<b>Étape 9</b>	Distribuer du papier de tableau à feuilles mobiles, des cartes, des marqueurs et du ruban adhésif à chaque groupe et demandez-leur de préparer leur analyse sous forme d'arbre à problèmes sur le mur.
<b>Étape 10</b>	Demander à chaque groupe de faire sa présentation aux autres participants/participantantes.

### **Exercice 2. Études de cas sur les causes, conséquences et solutions de la stigmatisation et de la discrimination**

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b> <b>Durée : 25 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Imprimer les études de cas et diviser les participants/participantantes en 4 groupes. Deux groupes auront la même étude de cas.
<b>Étape 2</b>	Après la lecture, les groupes choisiront un rapporteur pour la présentation en plénière.
<b>Étape 3</b>	À l'aide d'une feuille de papier, ils consigneront leurs réponses et rapporteront ce dont ils ont discuté. Le groupe (a) présente alors que le groupe (b) fera des commentaires (affirmer, infirmer leurs réponses, ajouter).
<b>Étape 4</b>	Discuter ensuite de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comment la stigmatisation entraîne-t-elle la propagation continue du VIH ?</li> <li>○ Que pouvons-nous faire pour changer cela ?</li> </ul>
<b>Étape 5</b>	Résumer les principaux points soulevés par les participants/participantantes au cours de l'exercice. En donnant votre résumé, vous pouvez utiliser certains des points suivants si les participants/participantantes ne les ont pas déjà mentionnés.

### Étude de cas A : Effets de la stigmatisation sur les HARSAH

Stéphane est un homme adulte qui a commencé à avoir des relations sexuelles avec des personnes du même sexe que lui depuis qu'il était adolescent, mais a réussi à le cacher à sa famille. Il savait qu'être un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes était naturel pour lui, mais il craignait que sa famille ne le découvre et ne lui rende la vie misérable, car sa famille était membre de la chorale de la première église baptiste de la ville des Cayes. Au terme de son cycle secondaire aux Cayes, il est rentré à Port-au-Prince pour continuer ses études universitaires. Il a vécu seul pendant plus de douze (12) ans loin de sa famille. Sa famille soupçonnait qu'il était peut-être homosexuel, mais ils ne l'ont pas dérangé puisqu'il était loin d'eux jusqu'à l'âge de 30 ans, lorsqu'ils ont commencé à faire pression sur lui pour qu'il se marie. Il a accepté de se marier, estimant qu'il n'avait pas le choix.

Peu de temps après son mariage, il a découvert que l'un de ses anciens partenaires masculins avait été testé séropositif, alors il a commencé à s'inquiéter de son propre statut. Que penseraient les gens s'il était séropositif ? Sa femme découvrirait-elle qu'il a des relations sexuelles avec des hommes ? Comment serait-il traité ? Il s'est rendu au centre de santé pour faire un test de dépistage du VIH, mais le conseiller l'a mis très mal à l'aise. Il a posé beaucoup de questions sur sa vie sexuelle. Lorsque Stéphane a mentionné avoir eu des relations sexuelles avec des hommes, le conseiller a dit : « Non, tu es trop jeune et bien formée pour ces genres de choses et que ceci est considéré à la fois comme un péché en regard des valeurs chrétiennes et immoral à l'égard de nos valeurs haïtiennes, de peuple noir ». Tu sembles différent ! Stéphane a quitté l'établissement de santé sans passer le test et s'est dit qu'il n'y retournerait jamais. Il était tellement inquiet que sa femme découvre qu'il a un partenaire masculin qu'il a simplement continué à avoir des relations sexuelles avec elle sans utiliser de préservatif.

#### Discussion

Que s'est-il passé dans l'histoire ? Pourquoi Stéphane se comporte-t-il ainsi ?

Comment la stigmatisation affecte-t-elle la divulgation à ses partenaires et son utilisation des services de santé ?

### Étude de cas B : Effets de la stigmatisation sur les PVVIH

Jean-Robert était un travailleur migrant. Il a travaillé pendant 10 ans en République Dominicaine, retournant deux (2) fois par an dans sa ville natale pour voir sa femme Anaise et ses deux fils. Pendant son absence, sa femme accoucha d'une fille et d'un autre garçon. Au bout d'un moment, Jean-Robert a commencé à souffrir d'une fièvre constante. Il est allé dans une clinique où il a été testé séropositif pour le VIH. Lorsque son employeur a découvert qu'il était séropositif, il a été licencié et est retourné en Haïti.

Jean-Robert a eu du mal à trouver un autre travail à son retour en Haïti. Quand il est arrivé à la maison, il n'en a parlé à personne. Il ne voulait plus affronter la honte devant sa femme et sa communauté. Anaise, sa femme lui a demandé ce qui n'allait pas, mais il a gardé le silence. Il a survécu un an de plus avant de mourir du VIH. Au cours de cette année, l'un de ses fils a également commencé à tomber malade. Après sa mort, Anaise est allée faire un test de dépistage du VIH et a appris qu'elle était séropositive.

#### Discussion

Que s'est-il passé dans l'histoire ?

Pourquoi Jean-Robert n'en a-t-il pas parlé à sa femme ?

Pourquoi Jean-Robert n'a-t-il pas décidé de chercher des services dans la communauté ?

## MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 8 ET 9)

L'auto-stigmatisation est la forme de stigmatisation majeure vécue par les PVVIH : 45,6 % contre 40,2 % pour la stigmatisation dans les relations interpersonnelles et 11 % de stigmatisation dans les services de santé du système sanitaire haïtien<sup>2</sup>.

La stigmatisation et la discrimination ont des effets et des conséquences majeures sur les PVVIH particulièrement les populations vulnérables et clés et empêchent le bon fonctionnement des établissements de santé en Haïti. (*Voir Messages clés : Formes, causes et conséquences de la stigmatisation/discrimination*).

L'auto-stigmatisation peut se manifester sous des formes variées, notamment : sentiments de honte et de culpabilité, d'auto-accusation, de découragement, de désespoir, de repli sur soi, d'isolement, d'infériorité, perte de l'estime de soi et de la confiance en soi, renonciation à des services ou prestations, refus de l'aide offerte et désir d'arrêter de travailler.

## Session 3.4. Confidentialité face à la stigmatisation/discrimination

**Durée : 2 heures**

**Objectifs d'apprentissage :** À la fin de la session, les participants/participant(e)s seront en mesure :

- De comprendre le droit d'un individu à la confidentialité ;
- D'expliquer le lien entre confidentialité, pouvoir et stigmatisation ; et
- De reconnaître les effets potentiels d'un personnel de soins ou d'un personnel non-soignant violant la confidentialité.

**Techniques :** Discussion en groupe, travail de groupe

**Matériels :** Marqueurs, tableau à feuilles mobiles, bandes adhésives, ordinateur, rétroprojecteurs...

### Préparation

- Rédiger une question sur le tableau de conférence
- Préparer de petits bouts de papier pour chaque participant
- Rédiger des questions en petits groupes sous forme de titres sur différents flip charts
- Documents à distribuer

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

La confidentialité est un sujet important à aborder dans le contexte de la stigmatisation dans les établissements de santé pour un certain nombre de raisons. Certains clients craignent d'utiliser les services parce qu'ils craignent qu'il y ait un manque de confidentialité. S'ils passent un test de dépistage du VIH, leurs résultats sont-ils confidentiels ? Cet exercice implique un jeu simple où les participants/participant(e)s écrivent des informations privées qu'ils ne veulent pas que quelqu'un d'autre sache, puis les remettent à un autre participant/participant(e). Il est très important de demander à chacun de promettre de ne pas lire le journal de quelqu'un d'autre. La discussion ou le traitement après le jeu est l'endroit où les problèmes émergeront vraiment.

<sup>2</sup>UCMIT/PNLS (2020-2021). Étude Index Stigma en Haïti auprès des PVVIH et PC. L'auto-stigmatisation est d'une conséquence sans précédent sur les résultats du programme VIH haïtien.

## Déroulement

### Exercice 1 : Jeu de confiance

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b> <b>Durée : 45 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session.
<b>Étape 2</b>	Demander aux participants/participantantes de participer aux exercices et travaux de groupe. Organiser les groupes.
<b>Étape 3</b>	Distribuer une feuille de papier aux participants/participantantes et demandez-leur de penser à une information privée et confidentielle et de l'écrire, de le plier et de ne le montrer à personne. Demandez maintenant à chaque personne de passer son papier à la personne de gauche. Insistez sur le fait que personne ne doit ouvrir les papiers.
<b>Étape 4</b>	Demander aux participants/participantantes : Qu'est-ce que cela fait d'avoir vos informations privées entre les mains de quelqu'un d'autre ? Qu'est-ce que ça fait d'avoir les informations privées de quelqu'un d'autre entre vos mains ?
<b>Étape 5</b>	Demander maintenant que les papiers soient rendus à leur propriétaire et les participants/participantantes peuvent détruire leurs papiers.
<b>Étape 6</b>	Traitement : Interroger : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Qu'est-ce que cela nous apprend sur la confidentialité ?</li><li>○ Quel est le lien entre confidentialité et stigmatisation ?</li></ul>
<b>Étape 7</b>	Organiser la plénière. Demander à chaque groupe de présenter ses réponses et laisser du temps pour la discussion.

### Exercice 2. Travail de groupe

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b> <b>Durée : 45 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Diviser les participants/participantantes en petits groupes, en six (6) groupes.
<b>Étape 2</b>	Donner à chaque groupe une question : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Que se passe-t-il lorsque quelqu'un rompt la confidentialité dans l'établissement de santé ?</li><li>○ Comment la confidentialité est-elle contrôlée dans notre établissement ?</li><li>○ Quelles mesures peuvent être prises pour s'assurer que la confidentialité est maintenue dans notre établissement de santé ?</li><li>○ Comment pouvons-nous garantir à nos clients que nous maintenons la confidentialité ? La confidentialité pour les clients de moins de 18 ans devrait-elle être différente de celle pour les adultes ?</li><li>○ Comment la confidentialité des clients de moins de 18 ans est-elle gérée dans notre établissement ?</li><li>○ Quelles mesures peuvent être prises pour améliorer la confidentialité des clients de moins de 18 ans ?</li></ul>

### Étape 3

Organiser la plénière. Demander à chaque groupe de présenter ses réponses et laisser du temps pour la discussion.

#### Messages clés (diapositives 10 et 11)

##### *Différence entre secret, information privée et confidentialité*

Le secret, la vie privée et la confidentialité sont souvent considérés comme la même chose, mais ils sont différents.

- **Le secret** est une information connue de vous seul ; il n'est pas partagé à personne.
- **L'information privée** est un terme généralement utilisé lorsque l'information est privée entre deux amis, quelques personnes ou des membres de la famille.
- **La confidentialité** est une information gérée par la personne qui en est propriétaire. Il est partagé avec d'autres sur une base contrôlée. Vous décidez avec qui vous êtes prêt à partager ces informations, en vous attendant à ce que l'accès à ces informations soit restreint (respecté) selon vos souhaits (dans ce cas vous avez le contrôle de votre statut sérologique).
- La confidentialité partagée dans le contexte médical (certaines informations peuvent être partagées entre l'équipe soignante moyennant que le client/patient soit au courant et donne son consentement).

## Session 3.5. Réflexions autour de la stigmatisation à la fois comme stigmatisé et stigmatisateur

Durée : 2h30

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- De décrire certaines de leurs expériences personnelles de stigmatisation ;
- De décrire ce que cela fait d'être stigmatisé ; et
- D'identifier que certains comportements ou actions peuvent influencer la création de la stigmatisation/discrimination dans les établissements sanitaires, tout comme les éliminer.

**Techniques** : Travail de groupe, discussions, brainstorming

**Matériels** : Marqueurs, tableau à feuilles mobiles, feuilles blanches.

#### Préparation

- Éloigner les chaises pour que tout le monde soit assis seul.
- Assurez-vous qu'il y a suffisamment d'espace pour que les participants puissent se déplacer librement pour la dernière partie de l'exercice.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cette activité comporte deux volets, tous deux axés sur la réflexion individuelle.

- La première partie fait ressortir la propre expérience des participants/participantantes en matière de stigmatisation. Il est demandé aux participants de penser à un moment de leur vie où ils se sentent stigmatisés et d'utiliser cette expérience pour les aider à comprendre ce que cela fait d'être stigmatisé. Réfléchir à cette expérience douloureuse aide les participants à voir à quel point la stigmatisation et la discrimination peuvent être blessantes.
- La deuxième partie se concentre sur l'expérience des participants/participantantes en matière de stigmatisation des autres. Il est demandé aux participants de penser à un moment de leur vie où ils ont stigmatisé les autres. Réfléchir à cela donne aux participants l'occasion de réfléchir à leur propre comportement à la lumière de la douleur que les gens ressentent lorsqu'ils sont stigmatisés.

Ensemble, ces deux parties permettent aux participants de voir les deux côtés de l'histoire, le rôle qu'ils jouent dans la création d'un environnement stigmatisant, et donc le rôle qu'ils peuvent jouer pour rendre leur établissement exempt de stigmatisation. Cela crée un sentiment d'empathie qu'ils perpétueront tout au long de la formation.

L'exercice demande beaucoup de confiance et d'ouverture au sein du groupe, il ne doit donc pas être utilisé comme première activité. **Attendez que les participantes/participants commencent à s'ouvrir les uns aux autres et soient maintenant prêts à partager certaines de leurs propres expériences.** Vous devez également noter que l'exercice porte sur la stigmatisation en général, et non sur la stigmatisation liée au VIH en particulier. C'est pourquoi les instructions sont les suivantes : « Pensez à un moment de votre vie où vous vous êtes senti isolé ou rejeté parce que vous êtes considéré comme différent des autres. » Donnez quelques exemples aux participantes/participants (par exemple, se moquer de vous parce que vous venez d'une famille pauvre, ou se moquer de vous à l'école parce que vous étiez plus petit que les autres ou médiocre au football). Les exemples aideront les participantes/participants à comprendre à quel type d'expériences ils sont censés penser.

Cet exercice a besoin d'une bonne introduction pour aider les participantes/participants à sortir de leur malaise initial, à réfléchir et à partager leurs propres expériences avec les autres. Une façon de commencer est que les facilitatrices/facilitateurs partagent d'abord leur propre expérience et leurs propres sentiments. Il est important d'établir des règles de base pour cet exercice. Insistez sur le fait que le partage est **volontaire** et que personne n'est obligé de le partager. Insistez sur l'importance de la confidentialité et sur le fait que ce qui est partagé doit rester dans la pièce. Les participants ne doivent partager que **leurs propres histoires (pas celles de leur partenaire)**.

Cet exercice peut déclencher des souvenirs ou des expériences douloureuses pour certains participants/participantes. En tant que facilitateur/facilitatrice, vous devez être prêt à gérer les émotions suscitées. Il peut être utile de programmer **cet exercice juste avant une pause-café**, pour donner aux participantes/participants une chance de se réinitialiser avant le prochain exercice.

## Déroulement

### Exercice 1. Réflexion individuelle

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 35 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session.
<b>Étape 2</b>	Demander aux participants/participantes de s'asseoir seuls et de fermer les yeux. Dites ensuite : « Pensez à un moment de votre vie où vous vous êtes senti isolé ou rejeté parce que vous étiez perçu comme différent des autres. Que s'est-il passé ? Qu'avez-vous ressenti ? Quel impact cela a-t-il eu sur vous ? »
<b>Étape 3</b>	Accorder quelques minutes à la réflexion. Si le temps le permet, offrez aux participantes/participants la possibilité d'écrire quelques mots clés ou de dessiner pour traiter la réflexion. Dites aux participants : « Ces réflexions peuvent être gardées privées et n'ont pas besoin d'être partagées avec qui que ce soit. ».

<b>Étape 4</b>	Après avoir observé que les participantes/participants sont prêts, dire : “Partagez votre expérience avec quelqu’un avec qui vous vous sentez à l’aise. Si vous préférez garder le silence, c’est bien aussi. Il n’y a aucune pression sur qui que ce soit pour partager. Donner aux paires quelques minutes pour partager leurs histoires entre elles si elles le souhaitent. Certains participants peuvent souhaiter continuer à réfléchir ou à traiter par eux-mêmes en dessinant ou en écrivant.
<b>Étape 5</b>	Inviter les participantes/participants à s’asseoir en cercle complet (partage en plénière). Demandez : « Comment était la réflexion ? ». Prenez quelques réponses et demandez ensuite si quelqu’un souhaite partager ses histoires dans le grand groupe. C’est volontaire. Les participants peuvent réfléchir au processus de l’exercice et à ce qu’il leur a fait ressentir s’ils ne se sentent pas à l’aise pour partager des histoires spécifiques.
<b>Étape 6</b>	Traitement : Demander : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qu’avons-nous appris sur la stigmatisation ?</li> <li>○ Quels sentiments sont associés à la stigmatisation ?</li> <li>○ Comment cet exercice va-t-il changer votre compréhension de la stigmatisation ?</li> </ul>
<b>Étape 7</b>	Résumer : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cet exercice nous aide à comprendre de l’intérieur ce que l’on ressent lorsqu’on est stigmatisé : honteux ou rejeté. Cela nous aide à nous mettre à la place des personnes victimes de stigmatisation, y compris les adolescents et les jeunes.</li> <li>● Le sentiment d’être stigmatisé est très douloureux et les impacts durent longtemps.</li> <li>● La stigmatisation détruit l’estime de soi des gens.</li> <li>● Cet exercice nous aide à comprendre que la stigmatisation n’est pas quelque chose qui « arrive tout simplement » quelque part « là-bas ». Tout comme nous avons tous connu la stigmatisation et le rejet à un moment donné, nous avons tous également été stigmatisant dans certaines situations de notre existence.</li> <li>● Comprendre cela, tout en comprenant à quel point il est douloureux d’être stigmatisé, peut nous motiver à créer un changement au niveau de nos institutions sanitaires.</li> <li>● Souvent, nous ne réalisons même pas que nous stigmatisons quelqu’un. Nous avons peut-être appris certaines attitudes et comportements de nos parents, de notre famille et de nos amis, de notre religion et nous n’avons jamais pris le temps de réfléchir ou de penser aux jugements que nous portons.</li> <li>● Prendre conscience de notre propre rôle dans la stigmatisation est le premier pas que nous pouvons faire vers le changement.</li> </ul>

### **Exercice 2 : Stigmatisation et discrimination dans les institutions sanitaires**

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b> <b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Disposer les sièges en quatre (4) groupes (matériels à chaque groupe).
<b>Étape 2</b>	Réfléchir à ce qui doit changer ou être abandonné si nous allons vraiment nous attaquer à la stigmatisation dans les établissements de santé.
<b>Étape 3</b>	Diviser les participants/participantes en groupes. Donnez à chaque groupe un tableau à feuilles et des crayons.
<b>Étape 4</b>	Demander aux participants/participantes de discuter de ce qui suit dans leurs groupes : « À quoi ressemblerait l’établissement de santé le plus stigmatisant au monde ? »
<b>Étape 5</b>	Sélectionner quatre (4) situations de stigmatisation telles que : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stigmatisation envers les HARSAH ou PS</li> <li>○ Stigmatisation envers les clients de moins de 18 ans</li> <li>○ Stigmatisation envers les femmes enceintes</li> <li>○ Stigmatisation envers les PVVIH</li> </ul>
<b>Étape 5</b>	Demander à chaque groupe de se concentrer sur la stigmatisation sur l’une des situations présentées ci-dessus.

<b>Étape 6</b>	Demander aux groupes d'utiliser le tableau à feuilles mobiles pour capturer la discussion. Encouragez-les à être créatifs, à s'amuser et à exagérer leurs idées. Ils peuvent écrire des mots au hasard ou dessiner des images pour capturer leurs idées.
<b>Étape 7</b>	Faire un compte rendu. Demander aux groupes de coller leur tableau à feuilles mobiles et de se regarder les uns les autres. Si vous pensez qu'ils ont besoin de présenter ou d'expliquer, accordez-leur quelques minutes. Sinon, les participants peuvent poser des questions aux groupes pour clarifier ce qu'ils voient.
<b>Étape 8</b>	Avoir des questions rapides, par exemple axées sur les jeunes qui demandent : « Est-ce différent si l'adolescent(e) ou la jeune femme/le jeune homme est enceinte, a une IST, est infecté de manière périnatale ou non ? »
<b>Étape 9</b>	Demandez aux participants/participant(e)s de réfléchir à la question suivante : « Y a-t-il des choses que nous, en tant que professionnels de la santé, ou que des organisations faisons, qui contribuent à la stigmatisation ? »
<b>Étape 10</b>	Les participants/participant(e)s réfléchissent seuls, puis invitez les participants à venir en grand groupe et demandez-leur de partager leurs idées clés en grand groupe.
<b>Étape 11</b>	Demander aux participants/participant(e)s de discuter des points suivants avec un partenaire proche d'eux : Quelles sont les premières étapes que nous pouvons planifier pour commencer à changer ces pratiques ?
<b>Étape 12</b>	Prendre un point de chaque paire et demandez aux participants/participant(e)s de noter toutes les actions qu'ils pensent pouvoir mettre en pratique à leur retour à l'établissement de santé.
<b>Étape 13</b>	Résumer en utilisant ces points à retenir : <ul style="list-style-type: none"> <li>● Imaginer le pire scénario qui peut nous aider à identifier les choses qui doivent changer dans le scénario actuel.</li> <li>● Envisager des services de santé fournis dans un environnement convivial et accueillant pour les clients et le personnel ne doit pas être irréaliste ou idéaliste. C'est quelque chose que nous pouvons rechercher en tant que professionnels de la santé et cela se traduirait par une amélioration de l'ensemble du service.</li> </ul>

**N.B. Les participants/participant(e)s doivent utiliser/remplir la fiche du Plan d'action pour la réduction de la stigmatisation et la discrimination dans les établissements sanitaires à la fin de la formation.**



### **MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 12, 13, 14)**

Diverses interventions se sont révélées efficaces pour surmonter la stigmatisation et la discrimination dans les établissements sanitaires. Nous pouvons citer :

- Donner aux individus et aux communautés les moyens de faire face à la discrimination et d’y répondre.
- Former et soutenir les professionnels de la santé afin d’éliminer les attitudes et les comportements discriminatoires personnels et institutionnels.
- Éliminer les lois et politiques discriminatoires.
- Renforcer le cadre juridique et politique de lutte contre la discrimination.
- Veiller à ce que tous les acteurs soient responsables de leurs actions et prennent en charge l’élimination de la discrimination.
- Placer les individus au cœur des services de santé (services centrés sur les patients).
- Adapter les heures d’ouverture des services aux besoins des clients (par exemple, être ouvert la nuit pour les travailleurs du sexe).
- Mettre en place des services de santé adaptés aux jeunes pour contrebalancer leur exclusion des autres services.
- Intégrer le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive afin d’éviter la divulgation d’informations confidentielles.
- Combiner la réduction de la discrimination à d’autres interventions liées au VIH qui répondent aux besoins spécifiques des individus peut avoir des impacts positifs cumulatifs.
- Mobiliser les professionnels de la santé par le renforcement de leurs capacités et compétences, incluant le personnel non-soignant par la formation et l’information constitue un moyen efficace de réduire la stigmatisation, la discrimination et l’exclusion au sein des établissements de santé.
- Planifier des interventions communautaires et d’orientations individuelles visant à réduire la stigmatisation.
- Mettre à la disposition du système de soins et des professionnels de santé un nombre croissant d’outils pratiques et technologiques prêts à l’emploi qui peuvent être utilisés pour réduire la stigmatisation et la discrimination.
- Intégrer les professionnels de la santé communautaires dans le système de santé pourrait permettre d’étendre la couverture et de réduire les inégalités en matière d’accès aux services de santé essentiels, en particulier dans les zones mal desservies ou pour les populations exclues et vulnérables.

*(ONUSIDA, 2017)*

### **Session 3.6. Panel de discussions avec les PVVIH et les populations clés (PS, HARSAH)**

**Durée : 2 heures**

#### **Objectifs d’apprentissage**

À la fin de la session, les participantes/participants seront en mesure :

- D’écouter les expériences de première main des membres des populations clés et des personnes vivant avec le VIH (les panélistes) ;
- D’avoir une meilleure compréhension des défis auxquels sont confrontés les groupes de populations confrontés à la stigmatisation ; et
- D’avoir exploré et discuté des expériences de stigmatisation dans les établissements de santé et des idées pour rendre les services plus conviviaux et accessibles.

**Techniques :** Discussion en groupe, questions-réponses, brainstorming

**Matériels :** Marqueurs, tableau à feuilles mobiles, bandes adhésives, cartes ou morceaux de papier.

### Préparation

- Inviter des facilitateurs de l'extérieur (panéliste), par exemple des membres des Associations des personnes vivant avec le VIH et les membres des associations de PC (PS, HARSAH).
- Discuter de l'exercice avec le panel en profondeur, en vous assurant qu'ils sont bien informés de ce qui leur est demandé.
- L'exercice consiste à demander au panéliste de présenter des récits de vie, donc des situations stigmatisantes vécues au cours de leur vie en raison de leur orientation sexuelle, leur mode de vie et leur statut sérologique (des exemples de récits de vie seront présentés comme des modèles).
- Rédiger les récits de vie au préalable.
- Présenter l'exercice sous la forme d'une étude de cas.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cet exercice offre l'occasion d'aider les participantes/participants à mieux comprendre certains des problèmes auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH (en particulier les jeunes), et les populations clés tels les PS, les HARSAH et transgenres. Il offre aux participants l'occasion de poser des questions pour accroître leur compréhension des besoins des personnes vivant avec le VIH. C'est l'occasion pour les membres des associations des personnes vivant avec le VIH et les membres des associations des PC de raconter leur histoire et d'être écoutés par le personnel soignant.

Il serait préférable d'avoir trois panélistes : un PVVIH (de préférence un jeune), un HARSAH et PS pour s'assurer que cette perspective est incluse dans la conversation. Les pairs éducateurs avec une formation avérée travaillant dans le programme VIH seraient les mieux placés pour être les facilitatrices/facilitateurs. Il est important que ces facilitatrices/facilitateurs participant au panel comprennent que, même s'ils peuvent provenir d'une organisation ou être des pairs éducateurs, leur rôle principal au sein du panel sera de représenter les jeunes vivant avec le VIH, les HARSAH et PS plutôt que leur organisation ou leur travail. Il est important de s'assurer que les panélistes soient informés de l'exercice et conscients de ce qui leur est demandé (voir « Préparation » ci-dessous). Cet exercice a bien fonctionné avec des groupes de professionnels de la santé (Ghana, Tanzanie) et, s'il est bien facilité, il peut entraîner un réel changement d'attitude et une meilleure compréhension dans le contexte haïtien.

### Déroulement

*Exercice : Partage de vécus (expériences de stigmatisation)*

<b>Instruction aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 45 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage spécifiques pour cette session par les facilitatrices/facilitateurs.
<b>Étape 2</b>	Disposer la salle comme un cercle avec les panélistes au milieu. Les panélistes se présentent.
<b>Étape 3</b>	Les panélistes présentent leurs vécus en lien avec la stigmatisation en utilisant le format d'un cas d'études. Après la présentation du cas, le cas sera attribué à un groupe spécifique.
<b>Étape 4</b>	Discuter autour des questions suivantes :  Quelles sont vos impressions sur l'attitude du prestataire de soins à l'égard du client ?  Selon vous, quels sont les effets probables des attitudes du prestataire de soins sur ma santé ?  Pensez-vous que le prestataire de soins pourrait réagir autrement et comment ?

<b>Étape 5</b>	Chaque expérience stigmatisante sera présentée à tour de rôle par le panéliste.
<b>Étape 6</b>	Au terme des réponses des participants (des 3 groupes), chaque panéliste partagera son point de vue (à tour de rôle) sur le cas présenté, son impact sur sa santé de l'époque et les solutions possibles pour réduire/éliminer la stigmatisation à l'égard des PVVIH, des PC et des jeunes dans les établissements de santé actuels.
<b>Étape 7</b>	Laisser le panel discuter pendant une heure maximum. Si cela semble approprié, le public peut venir à la fin avec d'autres questions. Il peut être utile de réfléchir ensemble et de partager ce que les participants ont appris à la fin de l'exercice,  Exemples de questions de discussion : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qu'avons-nous appris de cette table ronde ?</li> <li>○ Quels messages et informations clés retiendrez-vous de cette discussion ?</li> </ul>
<b>Étape 8</b>	Remercier les panélistes et les participantes/participants pour le partage.

***N.B. Des vécus stigmatisants partagés par les membres de l'Observatoire des soins VIH (CLM) lors d'un focus group à Port-au-Prince en janvier 2022 sont présentés dans le polycopié ci-après.***

## SÉANCE 5. RÉSUMÉ DU MODULE

### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

**Durée : 20 minutes**

<b>Étape 1</b>	Demander à 3 volontaires (participant/participante) : « Qu'avez-vous appris au sujet de la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH, PC et populations vulnérables dans les établissements sanitaires ? ».
<b>Étape 2</b>	Demander à 3 autres volontaires (participant/participante) d'énumérer une approche pouvant aider à réduire/éliminer la stigmatisation à l'égard des jeunes infectés par le VIH et les PC.
<b>Étape 3</b>	Demander aux autres participants/participantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer avec un autre module.

### Messages clés (diapositive 15 et 16)

#### Résumé des points importants du module

Ce module amène les professionnels de santé à nommer et à s'approprier le problème, afin qu'ils puissent voir ce qui suit.

La stigmatisation existe et prend deux formes principales : (i) isoler/éviter et (ii) blâmer/humilier.

La stigmatisation envers les PVVIH à trois causes principales : (i) la peur et le manque de compréhension de la façon dont le VIH est transmis ; (ii) les attitudes de jugement, et (iii) le manque de conscience des gens qu'ils stigmatisent.

- Nous sommes tous impliqués dans la stigmatisation, même si nous n'en sommes pas conscients ;
- La stigmatisation nuit à nos pratiques de santé, à nos familles et à nos communautés ;
- La stigmatisation et la peur d'être stigmatisé font que les PVVIH et les populations clés n'ont pas pleinement accès aux services de santé liés au VIH et d'autres formes de soutien ;
- nous pouvons faire la différence en changeant notre propre façon de penser et nos propres actions.

## 1. La stigmatisation dans les établissements de santé

### Qu'est-ce que la stigmatisation ?

Erving Goffman<sup>3</sup> a été l'un des premiers chercheurs à nommer la stigmatisation comme un processus par lequel des individus ou des groupes sont identifiés comme ayant une « identité gâchée ». Une différence est identifiée chez une personne ou un groupe, par exemple une différence physique (par exemple, une défiguration physique), ou une différence de comportement (par exemple, des personnes supposées avoir un comportement de promiscuité), puis cette différence est marquée comme quelque chose de négatif — comme un signe de disgrâce.

En identifiant et en marquant les différences comme « mauvaises », cela sépare les gens entre « eux » (ceux qui sont mauvais) et « nous ». Les personnes stigmatisées perdent leur statut à cause de ces « signes de honte » attribués, que d'autres personnes considèrent comme montrant qu'ils ont fait quelque chose de mal (comportement pécheur ou immoral).

La stigmatisation est la croyance ou l'attitude et la discrimination est l'action. L'action résultant de la stigmatisation est la discrimination — un traitement injuste (par exemple, les personnes vivant avec le VIH sont mal traitées dans les établissements de santé). Lorsque nous stigmatisons les personnes vivant avec le VIH, nous les jugeons en disant qu'elles ont enfreint les normes sociales et devraient être honteuses ou condamnées, ou nous les isolons en disant qu'elles représentent un danger ou une menace pour nous (à cause de notre peur de contracter le VIH par contact physique avec eux).

Parfois, en tant qu'agents de santé, nous portons automatiquement des jugements sur les gens sans nous rendre compte de l'impact que cela aura sur eux ou sur les services de santé qu'ils reçoivent.

### Comment stigmatise-t-on ?

En tant que professionnels ou employés de santé, nous portons parfois automatiquement des jugements sur les gens sans nous rendre compte de l'impact que cela aura sur eux ou sur les services de santé qu'ils reçoivent. Les lourdes charges de travail et le stress affectent également la façon dont nous traitons nos clients.

Les principales formes de stigmatisation comprennent :

- L'isolement et le rejet — basés sur l'ignorance et la peur de la transmission du VIH ou des comportements d'un groupe marginalisé.
- L'humiliation et le blâme — commérages, injures, insultes, jugement, honte. Les gens sont « blâmés et honteux » pour un « mauvais comportement » supposé, pour avoir enfreint les normes sociales.
- La discrimination — traitement injuste tel que refuser de fournir des services de santé aux personnes vivant avec le VIH ou aux membres des populations clés, les traiter en dernier, les orienter vers d'autres cliniques ou les tester sans leur consentement.
- L'auto-stigmatisation — une réaction à la stigmatisation de la société. Les personnes stigmatisées intériorisent parfois la stigmatisation et le sentiment d'être dévalorisées. Ils acceptent le blâme de la société et se retirent des contacts sociaux ou n'ont pas accès aux services de santé par peur de voir leur statut révélé.
- La stigmatisation par association (stigmatisation secondaire) — les familles et les amis des personnes vivant avec le VIH ou des membres des populations clés sont stigmatisés par d'autres membres de la communauté. Certains employés de santé sont stigmatisés pour avoir travaillé avec des clients vivant avec le VIH ou issus de populations clés.
- La stigmatisation à plusieurs niveaux (ou stigmatisation intersectionnelle) — être stigmatisé à différents niveaux. Par exemple, une femme professionnelle du sexe et qui vit avec le VIH peut être stigmatisée parce qu'elle est une femme, parce qu'elle est professionnelle du sexe ou parce qu'elle est séropositive. Les membres des populations clés (par exemple, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues, les migrants, etc.) ou

les jeunes célibataires sexuellement actifs sont déjà stigmatisés. S'ils vivent avec le VIH, ils sont doublement stigmatisés — obtenant une autre couche de stigmatisation.

### **Formes courantes de stigmatisation dans les établissements de santé**

- Attitude peu amicale. Potins. Injures. Blâmer les clients pour un comportement immoral.
- Les clients attendent plus longtemps — les autres clients sont traités en premier.
- Certains prestataires de santé refusent de traiter les clients ou les réfèrent à d'autres membres du personnel.
- Les consultations sont mal faites, les examens précipités avec un minimum de contacts.
- La confidentialité est rompue — le statut des clients vivant avec le VIH est révélé ou bavardé ou l'identité des populations clés est discutée avec d'autres membres du personnel de santé et des clients sans le consentement du client.
- Les informations sont données de manière précipitée ; les clients ne sont pas autorisés à poser des questions.

### **Causes de la stigmatisation**

Les trois principales causes ou moteurs de la stigmatisation liée au VIH sont :

- Le manque de conscience que nous stigmatisons — Certains prestataires de santé peuvent ne pas être conscients que leurs attitudes, paroles et actions sont stigmatisantes envers d'autres personnes et des conséquences négatives qui en résultent ;
- Les jugements moraux — Nous portons des jugements sur les autres sur la base de ce que nous avons appris, entendu ou cru sans essayer de comprendre et d'en savoir plus sur quelqu'un ; et
- La peur et l'ignorance — Le manque de connaissances et les idées fausses sur la transmission du VIH font craindre de contracter le VIH par simple contact — par conséquent, nous pouvons isoler ou rejeter les personnes supposées vivre avec le VIH. La peur et l'ignorance peuvent également être enracinées dans le manque de compréhension de la vie et de la sexualité des populations clés — ainsi, par ignorance, nous pouvons juger les populations clés de manière injuste. Nous avons des préjugés envers les personnes qui sont perçues comme se comportant différemment.

### **Conséquences de la stigmatisation**

Deux des plus importants obstacles à la prévention de nouvelles infections, à la fourniture d'une prise en charge de soutien, de traitement adéquat et de rétention en soins.

La stigmatisation ou la peur de la stigmatisation empêche les PVVIH et les populations clés :

- D'accéder aux services de santé — se faire tester pour le VIH et les IST, obtenir des informations sur la façon d'éviter la transmission du VIH et obtenir des préservatifs et du lubrifiant ;
- De discuter ouvertement de leur sexualité avec les agents de santé et fournir des informations complètes sur leurs pratiques sexuelles
- D'accéder à un traitement (thérapie antirétrovirale [ART] ou traitement des infections opportunistes) ;
- D'utiliser d'autres services — par exemple, une femme enceinte vivant avec le VIH est découragée de se faire dépister et de recourir à la prévention de transmission de la mère à l'enfant (PTME) ;
- De protéger leur propre santé et celle de leurs partenaires sexuels (utilisation de préservatifs avec les partenaires, utilisation d'aiguilles et des seringues propres pour la consommation de drogues), et accéder à un traitement pour réduire la charge virale ; et
- De divulguer leur statut sérologique et obtenir des conseils, des soins et un soutien.

De plus, la stigmatisation ou la peur de la stigmatisation :

- Augmente la transmission du VIH ;
- Conduit à l'exclusion à l'utilisation du préservatif ; de l'accès aux services, au soutien et au traitement

du VIH ;

- Renforce la souffrance des malades en lui ajoutant une douleur psychique et morale voire un sentiment d'humiliation ;
- Entraîne l'auto-exclusion ;
- Entraîne des répercussions négatives sur le bien-être de la personne d'un point de vue psychologique et met même sa santé en péril ; et
- Entraîne l'absence de fréquentation des centres où les services sont disponibles.

### **Que pouvons-nous faire pour changer la stigmatisation ?**

Le point de départ pour changer la stigmatisation est de changer nous-mêmes — notre façon de penser et d'agir envers les autres qui sont différents de nous, y compris les membres des populations clés.

Après avoir commencé à nous changer, nous pouvons commencer à éduquer les autres. Il faut du courage pour se lever et défier les autres lorsqu'ils stigmatisent - mais c'est l'un des moyens les plus efficaces pour mettre fin à la stigmatisation. Briser le silence et amener les gens à parler ouvertement est la première grande étape. Identifier la stigmatisation comme un problème considéré comme inacceptable dans nos établissements de santé est la prochaine étape.

Il y a des aspects de la stigmatisation et de la discrimination que les personnels de santé peuvent changer par eux-mêmes, et d'autres, en particulier autour des causes profondes et des politiques et pratiques institutionnelles, qui obligeront le personnel de santé à travailler ensemble et avec l'administration de l'établissement pour arriver à les changer. La sensibilisation générale aux causes profondes aidera également les agents de santé à mieux comprendre les besoins et les préoccupations des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, afin qu'ils puissent fournir de meilleurs services et orienter les clients vers d'autres services appropriés.

### **Rendre nos établissements de santé exempts de stigmatisation**

- Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH et les populations clés reçoivent le même niveau de soins de qualité que les autres clients.
- Offrir un environnement amical et accueillant — visage, langage corporel et voix amicaux.
- Éviter la stigmatisation ou le langage codé pour les personnes vivant avec le VIH.
- Éviter l'utilisation non nécessaire des masques et de gants.
- Appliquer les précautions standard de manière universelle, de la même manière avec tous les clients.
- Garantir la confidentialité — ne laisser personne connaître le statut sérologique des clients sans leur consentement.
- S'exprimer et défier les prestataires de santé qui stigmatisent d'une manière polie, mais ferme.
- Former les prestataires de santé sur les droits des patients et les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sur l'égalité des soins et la confidentialité.
- Faire respecter la confidentialité et la non-discrimination.

## **2. Mise en Contexte — La stigmatisation dans les établissements de santé en Haïti**

Au niveau des établissements sanitaires en Haïti, particulièrement les institutions faisant faire la prise en charge des patients VIH, les concepts de stigmatisation et de discrimination peuvent faire surface. En Haïti, les effets de la stigmatisation et de la discrimination tels que vécus par les PVVIH ne sont pas bien documentés, quoiqu'un récent sondage sur la stigmatisation et la discrimination (publié en 2017) a montré des résultats alarmants. Plus de 70 % de la population haïtienne ne désire pas utiliser les mêmes toilettes ou ustensiles de cuisine avec un PVVIH connu et seulement 38.7 % des personnes interrogées disent qu'elles fréquenteront un PVVIH. En plus, une large proportion de la population adulte interrogée dit que les homosexuels (74 %), les professionnels du sexe (77 %) et les PVVIH (57.9 %) devraient être banni de rentrer dans le pays. Seulement 1.8 % des adultes Haïtiens n'ont pas rapporté de stigmatisation ou de discrimination envers les PVVIH, les

professionnels du sexe et les minorités sexuelles. Le rôle des PVVIH est essentiel dans la lutte contre l'épidémie du VIH à travers leurs contributions pour une meilleure compréhension des différentes facettes de la maladie ainsi que l'inconfort socio-environnemental des PVVIH du fait de leur statut séropositif<sup>4</sup>.

### 3. Confidentialité

La confidentialité est un sujet important à aborder dans le contexte de la stigmatisation dans les établissements de santé. La confidentialité est un accord ou un ensemble de règles qui limite l'accès ou impose des restrictions sur certains types d'informations. Dans un établissement de santé, la confidentialité concerne les informations sur les clients, y compris leur statut sérologique. La confidentialité est un droit humain — une partie essentielle du droit à la vie privée. Ce droit est protégé par la constitution de nombreux pays. Il protège le domicile, la vie et la réputation de l'individu, ainsi que des informations personnelles telles que les dossiers médicaux.

Toute personne a droit à la confidentialité — le droit de décider quels aspects de sa vie sont privés et ce qui peut être rendu public. Cela inclut le droit à la confidentialité concernant le statut VIH d'une personne. Le personnel de santé doit protéger les informations fournies par un client et ne pas divulguer une maladie à un tiers en dehors du personnel de l'établissement de santé. Les informations ne doivent normalement pas être partagées sans l'autorisation ou le consentement spécifique des propriétaires de ces informations. Les informations partagées entre les travailleurs de santé au sujet d'un client doivent toujours être faites dans le but d'améliorer la santé du client.

Toutes les conditions doivent être réunies pour mettre en confiance le patient et lui assurer une confidentialité. Les dossiers seront codifiés et les numéros de code seront utilisés pour les demandes d'examen de laboratoire. Il sera remis à chaque patient le numéro de code de son dossier.

#### **Que se passe-t-il si la confidentialité est rompue ?**

Le non-respect du droit à la confidentialité entraînera l'épidémie de VIH dans la clandestinité :

- Les personnes qui soupçonnent qu'elles vivent avec le VIH craindront d'être testées parce qu'elles craignent que l'information ne soit rendue publique et qu'elles ne subissent la stigmatisation et la discrimination en conséquence.
- Le client peut perdre confiance dans les agents de santé et craindre de partager d'autres informations importantes sur sa santé (par exemple, la toux ou un symptôme d'une infection sexuellement transmissible) et, par conséquent, ne pas obtenir le meilleur traitement pour son état.
- Le client peut être victime de stigmatisation et de discrimination de la part de sa famille, de son employeur, etc. Lorsque les pratiques sexuelles sont criminalisées, les clients peuvent même faire l'objet de harcèlement, de chantage ou d'arrestation.
- Une fois stigmatisé, le client peut éviter les services de santé qui l'ont exposé à la stigmatisation et, par conséquent, ne pas accéder au traitement, aux soins et au soutien.
- Le client peut perdre confiance et devenir plus discret sur son statut sérologique, par exemple en ne le disant pas à ses partenaires sexuels. Par conséquent, la transmission du VIH peut être plus probable.

### 4. Interventions visant à réduire la stigmatisation dans les établissements de santé selon l'ONUSIDA (établissements de santé exempts de stigmatisation et de discrimination)

- Offrir un environnement amical et accueillant.
- Garantir la confidentialité — ne laisser personne connaître le statut des patients séropositifs sans leur accord.
- S'exprimer et défier, de manière polie, mais ferme, les prestataires de santé qui stigmatisent.

---

<sup>4</sup>Rapport préliminaire — Index de stigmatisation et discrimination envers les personnes vivant avec le VIH en Haïti

- Créer un environnement de travail non stigmatisant (ex, réunions du personnel pour parler de la stigmatisation, clauses contractuelles, sanctions dans les établissements à ceux qui stigmatisent)
- Souligner l'importance du respect, du travail d'équipe et du soutien mutuel.
- Renforcer les capacités et compétences du personnel de soins et non-soignant sur les droits des patients et le droit des PVVIH et des populations clés à l'égalité des soins et à la confidentialité.
- Mettre en œuvre une politique anti-stigmatisation.

### **Ce qu'il faut retenir également :**

Plusieurs activités peuvent contribuer à freiner ou à lutter contre la stigmatisation et la discrimination :

- Sensibilisation massive.
- Organisation d'ateliers ou de rencontres à l'intention des groupes qui interviennent auprès des PVVIH.
- Mise en place de structures adaptées, accessibles et fonctionnelles pouvant encadrer de manière adéquate, effective et efficiente les personnes victimes de stigmatisation et de discrimination.
- Renforcement des associations de PVVIH.
- Renforcement des centres d'appels pour informer, encadrer et référer les victimes de même que signaler les actes discriminatoires.
- Disponibilité d'outils permettant d'identifier les cas de stigmatisation et de discrimination.

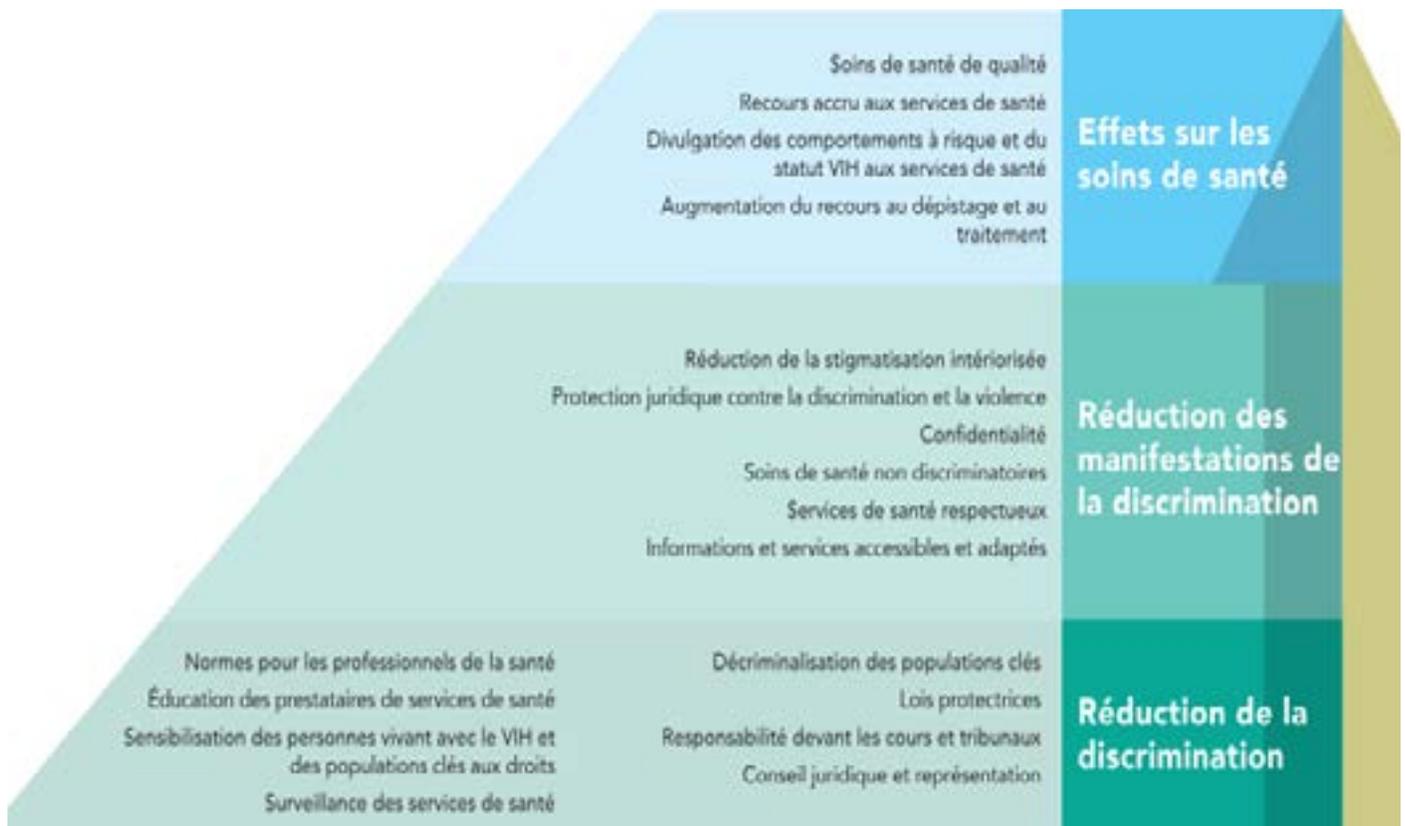


Figure tirée du texte : ONUSIDA (2017). Face à la discrimination : Surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de santé et ailleurs, page 31

**Vécus stigmatisants partagés par les membres de l'Observatoire des soins VIH (CLM) lors d'un focus group à Port-au-Prince, janvier 2022**

1	<p>Prenons un exemple récent. J'ai accompagné Anna à un site. Anna a salué l'infirmière qui la reçoit habituellement. Au moment où Anna arrive sur le site, le prestataire de services lui a demandé si tout était ok, s'il prenait les médicaments. Anna a juste répondu que tout était ok, puis a regardé le prestataire d'une façon qui laissait comprendre quelque chose et moi, qui était avec Anna, je lui ai demandé ce qui se passait. Elle m'a répondu que le prestataire n'est pas obligé de me demander si je prends mes médicaments, si je viens prendre un service, alors qu'il y a sur le site d'autres personnes qui prennent d'autres services, à ce moment-là, comment vont-ils l'interpréter ? J'essayais de défendre la cause, car étant un PE travaillant pour le site, j'essayais de montrer que ce n'était pas un problème, défendant qu'il y ait différentes sortes de médicaments.</p>
2	<p>Une autre fois, je me suis rendu dans le site pour une autre raison, une femme me parlait et a commenté : « Vous ne le penseriez pas, mais il y a beaucoup de personnes que vous ne soupçonnez pas qui sont bien jolies, bien en forme, qui ont le SIDA. » Elle a ajouté : « Tu sais que ce centre prend soin des gens infectés du SIDA, il y a beaucoup de belles jeunes femmes, dès qu'elles viennent et qu'elles vont dans ce coin, elles y vont pour prendre les médicaments. » C'est alors que j'ai commencé à analyser que les clients /clientes que j'accompagnais considéraient l'espace de dispensation des ARVs comme un espace stigmatisant.</p>
3	<p>Dans un centre, je parlais à une infirmière concernant une personne que j'ai sous ma responsabilité en tant que PE et qui a un problème : on m'a informé que la personne était dans un état critique et il lui fallait le médicament nécessaire, indisponible sur ce site. J'ai expliqué la situation, lui disant que j'avais quelqu'un qui avait testé positif au VIH et automatiquement l'infirmière a répondu : « Pas la peine de me parler de ces choses-là, il n'y a pas les services SIDA ici. » Je parlais à la personne parce qu'elle semblait en apparence quelqu'un de formé à qui je pouvais parler en toute discrétion et confidentialité, elle a répondu de façon à ce que tout le monde l'entende : « Il n'y a pas les services SIDA, il y en avait avant. » Elle parle d'une façon à montrer qu'elle savait de quoi elle parlait, les services SIDA, il n'y en a pas. Là, ce sont les services pour les bébés.</p>
4	<p>Je vais récupérer les médicaments dans le centre pour 3 ou 6 mois. On me donne l'ARV avec les deux autres comprimés. Tu expliques clairement au médecin que tu as d'autres problèmes, il a bien compris ce que tu lui as dit, pourtant il te donne à nouveau l'ARV, comme si le médecin s'empresse de se débarrasser de toi. Alors que tu lui expliques que la situation est compliquée pour toi : « d'autres trucs qui n'ont aucun rapport avec le VIH, ou peut-être que c'est à la suite du VIH que tu as développé d'autres problèmes pour une raison ou pour une autre. » Le médecin te dit tout simplement qu'il aura le temps de te consulter lors d'un autre rendez-vous.</p>
5	<p>J'ai un ami qui a fait un malaise, je l'ai accompagné à un centre. Les gens du centre me connaissent, car j'étais pair éducateur dans ce centre. Mon ami est efféminé et une des personnes à la réception m'a dit : « Ce beau p'tit gosse est gay, qu'est-il venu faire là ? Pourquoi l'as-tu emmené ici ? » Je l'ai tout simplement ignorée. Le pire, c'est qu'il a un problème anal, quand je parle aux gens, ils me disent de m'asseoir et d'attendre que le médecin arrive. Or je suis là depuis 9 heures et j'ai d'autres choses personnelles à faire. Finalement quand le médecin arrive à 11 heures 30, on me dit d'attendre qu'ils reçoivent les autres gens : « Laissons cette personne pour après. » Je me suis disputé avec eux, et heureusement pour moi, il y a quelqu'un à l'intérieur qui me connaît assez bien et je lui ai expliqué la situation et le patient a reçu les soins nécessaires.</p>

6	<p>J'accompagne un proche qui est infecté. Il a donné mon numéro comme contact pour les rendez-vous. Quand on m'a appelé, j'ai dit : « J'ai constaté que son état se détériore, n'a-t-on pas fait sa charge virale ? » Elle m'a répondu que oui, je lui ai demandé : « Lui as-tu dit ce que c'est que la charge virale ? Parce que c'est une personne infectée qui suivait à une clinique à Delmas 31. On lui a dit qu'on ne remarquait plus le virus, mais on ne lui a pas dit que si elle ne prend plus ses médicaments... » La personne a alors dit qu'elle nous avait dit qu'elle avait un faux SIDA, la preuve est qu'elle est guérie, elle a alors arrêté de prendre les médicaments. Quand elle a rechuté de la maladie, elle ne voulait plus retourner à la clinique de Delmas 31. J'ai été obligée d'user de toute mon influence pour l'accompagner dans un autre centre. Arrivée à l'autre centre, l'infirmière m'a demandé si mon proche est vulnérable. Alors je lui ai dit que la patiente ne sait rien de la vulnérabilité, si toutefois tu lui demandes elle va répondre oui tout simplement. Je lui ai dit qu'elle doit lui dire voilà comment est la charge virale, si les résultats sont bons, tu lui dis de continuer ainsi, mais si elle ne prend plus ses médicaments, elle va mourir. Je lui ai dit de parler clairement à la patiente, et en créole, pour qu'elle le comprenne, parce qu'elle a beaucoup d'enfants.</p>
7	<p>J'avais un voisin qui était malade et qui était dans un hôpital de la capitale. Pendant qu'il était à l'hôpital, ses proches, y compris ses parents, viennent lui rendre visite. Il est malade, mais il n'avait jamais dit à personne de quoi il souffrait dans la zone. A chaque personne qui va lui rendre visite durant son hospitalisation, les infirmières les informent : « Vous savez que ce patient est atteint du SIDA ? » Chacune des infirmières, à l'arrivée des proches, continuent de raconter qu'un tel souffre de SIDA : « Le monsieur est mort rapidement. » Personne n'était au courant et maintenant qu'il est hospitalisé, chaque personne qui vient lui rendre visite est informée de sa situation. Je me demande si l'infirmière publie l'information de la maladie en signe de prévention pour les visiteurs : « Finalement, il a juste accepté son sort, qu'il allait mourir, et il a juste décidé de ne plus se rendre à l'hôpital, qu'il n'allait plus prendre les médicaments et il est juste resté là vraiment et a attendu qu'il meure. »</p>



# MODULE 4

CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT  
CLINIQUE ET COMMUNAUTAIRE  
RESPECTUEUX

## MODULE 4. CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT CLINIQUE ET COMMUNAUTAIRE RESPECTUEUX

Un ensemble de preuves de plus en plus importantes montre que les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les populations clés et vulnérables au risque d'infection au VIH sont confrontées à des soins et services de santé non humanisants, non respectueux et stigmatisants dans les établissements de soins. Ces derniers peuvent se manifester sous diverses formes, y compris la violence basée sur le genre (verbale et émotionnelle) ; la stigmatisation et la discrimination ; l'incapacité à respecter des normes professionnelles ; des brèches de confidentialité dans les services, le refus de dispensation de services de santé. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur l'équité et la justice sociale, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. Lorsque l'on définit le manque de respect dans la prestation des soins et services VIH, il est important de noter que l'absence d'attitudes stigmatisantes ou de comportements irrespectueux et discriminatoires n'est pas pour autant le signe d'une attitude bienveillante. Les soins et services VIH respectueux, de qualité et centrés sur les personnes requièrent des efforts conscients et doivent être priorités par les prestataires de soins, les administrateurs, et les décideurs.

Les soins respectueux ne sont pas une liste d'éléments à cocher ou quelque chose qui peut être corrigé par une simple intervention. Les soins respectueux sont un choix et font partie intégrante de nos croyances, attitudes, interactions, prestations de services, structures organisationnelles et codes professionnels. Ce présent module traite de la construction d'un environnement clinique respectueux dans les établissements sanitaires et dans la communauté pour une meilleure prise en charge des populations clés et vulnérables.

**Durée : 4 heures**

### Compétences

Offrir des soins et services VIH de compassion, empathiques et centrés sur la personne dans un environnement respectueux et non stigmatisant.

### Objectifs du Module

- Sensibiliser les prestataires de soins sur l'importance cruciale des soins respectueux
- Acquérir des connaissances pour améliorer le respect dans la prestation des soins VIH
- Fournir aux intervenants en santé communautaire les techniques nécessaires pouvant les aider à gérer les relations prestataires — patients sur le terrain

Au terme de ce module, les participants/participant(e)s seront capables :

- De comprendre l'importance des soins respectueux dans la dispensation de l'offre de soins et de services VIH dans les établissements de santé ;
- De décrire les rôles et la responsabilité de l'équipe santé communautaire ;
- D'identifier des exemples de manque de respect observés dans les établissements sanitaires et dans la dispensation de soins dans la communauté ;
- D'expliquer les différentes causes/barrières du manque de respect à l'égard des PVVIH ;
- D'adopter des soins respectueux dans la prise en charge des PVVIH et PC dans les établissements sanitaires.
- D'élaborer les stratégies permettant de créer un environnement communautaire respectueux.

## Contenu du module

Session 4.1. La création d'un environnement clinique et communautaire respectueux : définition et compréhension

Session 4.2. Construire un environnement clinique communautaire respectueux dans le cadre de l'interaction prestataire client et la rétention en soins

Session 4.3. Résumé du module

**Techniques** : Brainstorming, travail de groupe, jeux de rôle, mini-exposé interactif

**Matériels** : Ordinateur, projecteur, flip chart, marqueurs de différentes couleurs, présentations PowerPoint, signes pour jeux de rôle.

## Préparation

- Maîtriser les consignes pour les discussions ainsi que la documentation pour la présentation du module.
- Avoir la présentation PowerPoint prête.
- Préparer les outils nécessaires à la conduite des séances du module.

## Sources : Module adapté des documents suivants :

1. Bérengère de Negri, Lori DiPrete Brow et coll (1997). Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients : Série sur le perfectionnement de la méthodologie d'assurance de qualité. École d'hygiène et de santé publique de l'Université Johns Hopkins, p115.
2. Health4All-EpiC Programme de Formation des professionnels de santé pour la prestation de services liés au VIH de qualité et non-stigmatisants aux populations clés.

## Session 4.1. La création d'un environnement clinique et communautaire respectueux : définition et compréhension

**Durée** : 1 heure

## Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- De comprendre l'importance d'un environnement clinique respectueux dans l'offre de soins et services de santé dans les établissements sanitaires ; et
- D'identifier les besoins et les attentes des clients en matière de service.
- 

**Techniques** : Travail de groupe, jeux de rôle, mini-exposé interactif

**Matériels** : Ordinateur, projecteur, grande feuille (flip chart), marqueurs de différentes couleurs, Présentations PowerPoint ou sur grande feuille, texte et consignes pour jeu de rôle.

## Préparation

- Préparer les diapositives et se préparer à répondre aux questions des participants/participantantes.
- Préparer le texte pour le jeu de rôle et les consignes.
- Présenter les diapositives sur PowerPoint.
- Préparer les directives pour le travail en groupe.
- Préparer les matériels/équipements nécessaires.

## Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cet exercice par le biais du jeu de rôle et des discussions tente de montrer aux participants.es l'importance d'un environnement clinique respectueux dans la dispensation des services de santé, l'impact des soins respectueux dans la rétention et la fidélisation des patients en soins. Les instructions relatives aux activités de la séance sont consignées dans les tableaux ci-dessous.

### Déroulement

#### Activités : Simulation d'une séance d'accueil

Techniques : Jeux de rôles, discussion

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 30 minutes	
Étape 1	Présenter les objectifs d'apprentissage de la séance aux participants/participant.es.
Étape 2	Demander à 2 ou 3 volontaires de simuler un environnement clinique respectueux dans une institution de santé. Un (e) participant (e) joue le rôle du prestataire et les 2 autres, le client et un parent. Cet environnement clinique peut être respectueux ou non, c'est aux facilitateurs/facilitatrices de le traiter pour en tirer les conclusions nécessaires.
Étape 3	Demander aux participants/participant.es qui ont joué les rôles de client et de parent : comment ils se sont sentis ? Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour améliorer l'expérience ?
Étape 4	Lancer une discussion en plénière sur l'importance de la création d'un environnement clinique respectueux pour un client/demandeur de soin.
Étape 5	Encourager chaque participant/participant.e à partager son point de vue sur les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Les soins cliniques sont-ils respectueux au sein de votre institution ?</li><li>○ Est-ce différent de la simulation observée ici ? Pourquoi ?</li></ul>
Étape 6	Remercier les participants/participant.es de leur participation. Ensuite, présenter dans un mini exposé interactif, à l'aide des diapositives préparées à l'avance, les points dans l'encadré ci-dessous.



## MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 1, 2,3)

### *Soins respectueux*

Ce sont des soins dispensés et organisés aux PVVIH, PC et populations vulnérables face au VIH d'une manière préservant leur dignité, leur vie privée et leur confidentialité, garantissant l'absence de préjudices et de mauvais traitements et permettant un choix informé et un soutien continu tout au long de la trajectoire de soins des bénéficiaires. C'est une attitude respectueuse et bienveillante à l'égard d'un PVVIH et de sa famille lors de la dispensation en soins. Elle englobe les actions prises, le comportement verbal et non verbal et la communication utilisée et constitue un pilier de l'approche des soins centrés sur le patient.

### Caractéristiques d'un soin clinique et communautaire respectueux

- Soins sécuritaires
- Soins de haute qualité
- Communication claire et consentement éclairé
- Culturellement compétent (expressions et termes adaptés)
- Empathique et avec compassion
- Soutien et écoute attentive
- Confidentiel
- Rempli de confiance
- Absence de jugement
- Respect des croyances, des valeurs de la personne
- Respect de l'orientation sexuelle
- Respect de son intégrité physique et morale
- Respect de ses besoins
- Rempli de gentillesse, avec l'utilisation de mots, de gestes et d'un contact visuel cohérents qui insufflent de l'espoir, mais pas de faux espoirs (sincère)
- Reconnaît le point de vue du client, même s'il n'est pas d'accord avec vous.

### Fondements des soins respectueux

Ils s'appuient sur la reconnaissance des droits de la personne :

- Droit d'être informé adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences.
- Droit à la confidentialité, vie privée et intimité.
- Droit à l'égalité, absence de discrimination, soins équitables.
- Droit à la dignité et au respect.
- Droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible.
- Droit à la liberté, l'autonomie, l'autodétermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit.

## Session 4.2. Construction d'un environnement clinique et communautaire respectueux dans le cadre de l'interaction prestataire client et la rétention en soins

**Durée :** 45 minutes

### Objectifs de la session

À la fin de la session, les prestataires seront capables :

- D'identifier les techniques nécessaires pour construire un environnement clinique fondé sur le respect au sein des institutions sanitaires ; et
- D'identifier les attentes des clients et y répondre en utilisant des techniques de communication adaptées.

**Techniques :** Travail de groupe, mini-exposé interactif

**Matériels :** Ordinateur, projecteur, flip chart, marqueurs de différentes couleurs, présentation PowerPoint.

### Préparation

- Préparer une présentation sur PowerPoint — les différents points importants se trouvant dans les encadrés.
- Préparer les directives pour le travail en groupe.
- Préparer le matériel/équipement nécessaire. Quatre grandes feuilles avec des indications individuelles : CDV, IST, PTME, TAR.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

À l'aide de travail de groupes et de discussions, cet exercice permet aux participants/participantes de mettre en pratique les diverses dimensions nécessaires pour des soins cliniques et communautaires respectueux selon les attentes des clients. Les instructions relatives aux activités de la session sont consignées dans les tableaux ci-dessous.

#### **Activité. Dimensions de la qualité des Soins respectueux**

*Techniques : Travail en groupe, mini-exposé interactif*

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	<p>Demander aux participants/participantes d'identifier des exemples de manque de respect observé dans la dispensation de soins cliniques et dans la communauté. Les participantes/participants seront répartis en petits groupes de 3-4 (les mêmes sous-groupes de l'exercice précédent). Deux groupes travaillent sur les soins cliniques respectueux et deux autres groupes sur les soins communautaires respectueux.</p> <p>Discuter des actions concrètes et spécifiques qu'ils pourraient poser pour influencer, de manière positive, l'interaction client/prestataire et la qualité des soins cliniques prodigués au niveau de leur institution ou dans la communauté, en tenant compte des attentes des clients, des dimensions de la qualité et de leur expérience personnelle.</p>
<b>Étape 2</b>	<p>Les inviter à faire part, en plénière, des résultats de leurs réflexions. Stimuler les discussions des résultats présentés.</p>

**Étape 3**

En faire la synthèse en soulignant ensemble les actions concrètes à mettre en place dans nos établissements et services respectifs.

**MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 4, 5, 6)****Manifestations du manque de respect dans les soins**

- Violence basée sur le genre (Violence physique, verbale)
- Soins administrés sans consentement
- Soins ne respectant pas la dignité (violence verbale comprise)
- Attitudes stigmatisantes et discrimination fondée sur des attributs spécifiques
- Abandon du traitement
- Rupture de confidentialité dans les services
- Refus de dispensation des services de santé

**Barrières et causes du manque de respect**

- Insuffisance de soutien professionnel
- Infrastructures inadéquates
- Insuffisance de ressources matérielles et humaines
- Ignorance
- Faibles compétences et habiletés
- Délai et salaires indécents
- Surcharge de travail/sous-utilisation du personnel
- Mauvaises relations de travail

**Les piliers de la communication respectueuse**

- Regard empathique
- Écoute attentive
- Communication claire et sans jugement
- Respect
- Favorise une bonne coopération du patient

## Session 4.3. RÉSUMÉ DU MODULE

### Instructions pour le facilitateur/facilitatrice

Durée : 20 minutes

Étape 1	Demander à 3 volontaires (participant/participante) : « Qu'avez-vous appris au sujet de la création d'un environnement clinique et communautaire respectueux ? ».
Étape 2	Demander à 3 autres volontaires (participant/participante) d'énumérer des actions concrètes à mettre en branle au retour de la formation dans leurs établissements respectifs facilitant la création d'un environnement clinique et communautaire respectueux avec la participation et l'engagement du personnel soignant et non soignant au bénéfice des populations vulnérables telles que les jeunes, femmes enceintes et les PC, à savoir les PVVIH et PC (HSH, PS).
Étape 3	Demander aux participants/participantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer avec un autre module.



**Pourquoi le « RESPECT »** est important à l'égard des PVVIH, PC et populations vulnérables

À cette date, les bénéficiaires des soins et services VIH souffrent en raison de la forte stigmatisation à laquelle ils font face dans la société, mais également dans les établissements sanitaires.

Il est primordial de reconnaître les droits fondamentaux des bénéficiaires et l'effet des services de santé VIH non respectueux sur leur santé et leur qualité de vie. Les recherches ont souligné que la façon dont les PVVIH, PC et populations vulnérables sont traitées lors de l'accès aux services VIH peut avoir un impact direct sur leur décision d'accéder aux soins et de se maintenir en soins s'ils sont malades. Il en résulte que ces derniers évitent les établissements de santé, par crainte d'être stigmatisés. Bien qu'il soit reconnu que la création d'un environnement de soins respectueux à l'échelle mondiale nécessite une contribution à plusieurs niveaux, nous pouvons commencer à avoir un impact sur le changement en nous concentrant sur la relation entre le soignant et le soigné et en définissant ce que signifie donner, pratiquer et incarner le RESPECT dans nos institutions sanitaires.

Une relation d'aide respectueuse avec les patients est nécessaire pour obtenir des informations et aider le patient dans sa prise en charge. Les expériences négatives des patients en matière de communication et de contact avec les prestataires de soins de santé peuvent provoquer des traumatismes. Les personnes les plus vulnérables en gardent de bons souvenirs tout au long de leur vie, les partagent avec d'autres paires, contribuant ainsi à un climat de méfiance confiance ou de doute autour de la recherche de soins VIH. Il est facile de s'imaginer à quoi l'on devrait s'attendre lors de la prestation des services VIH, dans les établissements de santé, de la part du personnel à qui l'on a accordé sa confiance et qui est censé aider. Il devrait être empreint de compréhension, d'empathie, de soutien, de confiance et axé sur un engagement envers le patient. La communication qui s'y déroule devrait être empreinte de délicatesse, efficace, et le soutien, le respect et la gentillesse manifestés. Tout ceci favoriserait une prise de décision éclairée.

Les rapports entre le patient et le personnel lui prodiguant des soins VIH sont d'une importance vitale pour la réduction des nouvelles infections à VIH, la diminution des interruptions de traitement et l'augmentation de la rétention en soins. Ces relations constituent non seulement un moyen de fournir des services de santé essentiels et susceptibles de sauver des vies, mais elles peuvent également renforcer la confiance des PVVIH et PC en eux-mêmes, rehausser leur estime personnelle et réduire leur auto-stigmatisation. Pour garantir des soins VIH respectueux et avec compassion, il faut insister sur les droits fondamentaux, les besoins et les attentes des bénéficiaires, des nouveau-nés et des familles au sein de la structure de soins et promouvoir l'accès équitable à des soins fondés sur des données probantes.

### **Efforts visant à remédier au manque de respect dans les établissements de santé**

Les recherches ont montré que la question du manque de respect au sein des établissements de soins est complexe, car elle procède de plusieurs facteurs dans la mesure où ils surviennent à plusieurs niveaux du système de soins. En conséquence, la meilleure façon de limiter le manque de respect passe par des approches multidimensionnelles qui s'attaquent à différents niveaux du système de santé et qui mobilisent des alliés issus du gouvernement pour s'attaquer aux facteurs plus larges du système de santé qui contribuent au manque de respect, y compris les difficultés relatives aux ressources humaines pour la santé. En raison de la

nature systémique du problème, les efforts visant à remédier au problème de manque de respect et de mauvais traitements ne peuvent se concentrer uniquement sur les prestataires en tant qu'individus ; ils doivent également aborder la réalité des systèmes de santé qui conduit les prestataires à traiter les patients de cette façon. Les éventuelles solutions permettant de remédier aux difficultés des ressources humaines pour la santé qui influencent les soins respectueux comprennent les mesures suivantes :

- Améliorer la mesure et l'évaluation des effectifs ;
- Former de nouveaux personnels soignant et non soignant sur l'approche des soins centrés sur le patient ;
- Améliorer les structures de responsabilisation et promouvoir un modèle de supervision de soutien ;
- Améliorer la transparence et la responsabilisation dans les établissements et systèmes de santé ; et
- Stimuler l'état d'esprit grâce à un environnement de travail positif, des compensations et incitations.

Assurer l'accès universel à des soins sécuritaires, acceptables, de bonne qualité dans un environnement respectueux est un signal fort des pays à l'égard du respect des droits des personnes et d'une adhésion sans fin à la vision de l'ONUSIDA visant à enrayer l'infection à VIH en tant que menace de santé publique d'ici 2030.



# MODULE 5

COMMUNICATION EFFICACE

## MODULE 5. COMMUNICATION EFFICACE

Ce module est développé pour renforcer les compétences du personnel soignant et non soignant travaillant dans les établissements sanitaires en Communication efficace (CE). Cette formation permettra aux personnels soignants d'acquérir les connaissances, de développer les aptitudes et attitudes nécessaires pour interagir de façon harmonieuse et efficace avec les clients et leurs collaborateurs dans un environnement de soins respectueux et sans stigmatisation. Les outils développés dans les annexes doivent faciliter un accueil chaleureux et une meilleure attitude de la part du personnel non-soignant à l'égard des clients, en particulier vis-à-vis des populations clés et vulnérables.

**Durée : 4h30**

### Compétences

Renforcer les connaissances en communication efficace :

- Développer les aptitudes et attitudes
- Interagir avec les clients et collègues
- Communiquer de manière efficace

### Objectifs du module

- Renforcer les capacités en communication du personnel soignant et non-soignant.

À la fin de ce module, les participants/participants seront en mesure :

- D'utiliser une communication efficace pour la prestation de services de qualité ;
- De développer des compétences essentielles en communication interpersonnelle ; et
- D'appliquer les techniques de communication efficace dans les prestations de services.

### Contenu du module :

Session 5.1. Communication - Éléments fondamentaux

Session 5.2. Communication entre clients et prestataires

Session 5.3. Les compétences de bases en Communication efficace - Les six (6) savoirs de base

Session 5.4. Directives et normes pour une communication efficace

Session 5.5. Résumé du module

### Techniques

Mini exposé interactif, brainstorming, travaux de groupe, questions-réponses, jeux de rôles, études de cas

### Matériel

Marqueurs, tableau à feuillets mobiles (flip chart), ordinateurs, rétroprojecteurs, feuilles blanches, dessins

### Préparation

- Maîtriser les consignes pour les discussions ainsi que la documentation pour la présentation du module.
- Rédiger la présentation PowerPoint.
- Préparer les outils nécessaires à la conduite des séances du module.

## Sources : Ce module est une adaptation des documents de formation sur la CIP suivants :

1. MSPP/PNLS (2015). Formation en Communication interpersonnelle et Counseling : Guide du facilitateur. p135. Haïti.
2. Bérengère de Negri, Lori DiPrete Brow et coll (1997). Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients : Série sur le perfectionnement de la méthodologie d'assurance de qualité. *École d'hygiène et de santé publique de l'Université Johns Hopkins*, p115.

### Session 5.1. Communication : Éléments fondamentaux

**Durée : 1 heure**

#### Objectifs de la séance

À la fin de la séance, les participants/participant(e)s seront capables :

- De définir la notion de « Communication » ; et
- De comparer les aspects de la communication efficace à la communication interpersonnelle.

**Technique :** Brainstorming, questions-réponses ; mini-exposé ; travaux de groupe ; exercice.

**Matériels :** Ordinateur, rétroprojecteur, grandes feuilles blanches (flip chart), marqueurs, feuilles mobiles ; bandes adhésives.

#### Préparation

Préparer les diapositives et les travaux de groupe.

#### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cette séance permettra d'obtenir une compréhension commune des concepts de « Communication efficace et interpersonnelle », puis de faire le point sur les notions suivantes : la communication verbale et non verbale. Les points clés se trouvant dans les encadrés seront mis sur PowerPoint ou sur grande fiche. Se référer au déroulement des étapes pour la conduite de la session.

#### Déroulement des étapes

##### **Activité 1 : Définition de la Communication**

*Techniques : Questions-réponses, mini-exposé*

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 20 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Introduire la séance en demandant aux participants/participant(e)s de donner/de proposer une définition de la communication.
<b>Étape 2</b>	Inscrire les réponses sur une grande feuille et les analyser.
<b>Étape 3</b>	Présenter les points clés se trouvant dans l'encadré ci-dessous sur une grande fiche ou sur PowerPoint en attirant l'attention des participants/participant(e)s sur la nécessité pour les prestataires de santé de communiquer de façon efficace et plus interactive c'est-à-dire laisser les clients s'exprimer librement.
<b>Étape 4</b>	Remercier les participants/participant(e)s de leur participation.

## MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVE 1)

**La communication** : C'est une communication de personne à personne, qui comprend l'échange d'informations et de sentiments. Elle peut être individuelle (entre 2 personnes) ou de groupe.

Éléments de la communication : Émetteur – Récepteur – Message – Canal - Feedback

Elle peut se faire de manière verbale ou non verbale.

Elle est influencée par des sentiments, des valeurs, des normes sociales, et par l'environnement.

Les barrières à la communication : Physique – physiologique – psychologique – environnemental – linguistique – sociale

### Activité 2 : La communication entre les individus : la communication non verbale

Techniques : Travail de groupe

#### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices - Proximité et Distance

Durée : 30 minutes

Étape 1	Introduire cette étape en expliquant la communication non-verbale qui est un autre aspect de la communication auquel normalement nous ne prêtons pas trop d'attention. Quand on pense « communication entre des individus », ce qui vient d'abord à l'esprit, ce sont les mots, les dialogues, les conversations, c'est la parole. Toutefois une grande partie de la communication ne se fait pas avec des paroles, mais plutôt avec des gestes et d'autres expressions/manifestations corporelles.
Étape 2	Demander à 2 participants/participant(e)s de se lever et de se mettre l'un en face de l'autre, à une distance de 1,50 mètre (un pas et demi). Appeler l'un des participants/participant(e)s A et l'autre B. Demander au reste du groupe d'observer en silence ce qui va se passer.
Étape 3	Demander à A de dire à B ce qu'il/elle a mangé aujourd'hui, au petit-déjeuner.
Étape 4	Leur demander de reculer d'environ un demi-mètre, et demander à B de parler de la même chose pendant une minute (inverser les rôles).
Étape 5	Analyser le jeu de rôle et stimuler la discussion à l'aide des questions suivantes : Pour les acteurs : Qu'avez-vous ressenti en tant que A, en tant que B ? Pour le reste du groupe : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Qu'avez-vous remarqué ?</li><li>○ Les acteurs étaient-ils à l'aise ?</li><li>○ Ont-ils démontré un quelconque manque d'aise ?</li><li>○ Y a-t-il eu une interaction fructueuse ? Si oui, pourquoi, si non, pourquoi ?</li><li>○ À quelle distance vous sentez-vous le plus à l'aise ?</li><li>○ À quelle distance vous tenez-vous normalement quand vous discutez avec quelqu'un ?</li></ul>
Étape 6	Remercier les participants/participant(e)s de leur participation.

### Activités 3 : La communication entre les individus : la communication verbale

Techniques : Discussions

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 15 minutes	
Étape 1	Choisir 4 participants/participant(e)s pour réaliser l'exercice. Les autres participants/participant(e)s observeront le déroulement de l'activité.
Étape 2	Distribuer le scénario aux acteurs et leur demander de le simuler.
Étape 3	<p>À la fin du temps imparti (5 minutes), arrêter l'exercice, remercier les groupes et stimuler la discussion à l'aide des questions suivantes :</p> <p>Pour les acteurs : Qu'avez-vous ressenti en tant que client ou prestataire ?</p> <p>Pour le reste du groupe :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Qu'avez-vous remarqué ?</li><li>○ Les acteurs étaient-ils à l'aise ?</li><li>○ Ont-ils démontré un quelconque manque d'aise ?</li><li>○ Y a-t-il eu une interaction fructueuse ? Si oui, pourquoi, si non, pourquoi ?</li><li>○ À quelle distance vous sentez-vous le plus à l'aise ?</li><li>○ À quelle distance vous tenez-vous normalement quand vous discutez avec quelqu'un ?</li></ul>
Étape 4	Remercier les groupes pour leur participation et assurer la présentation PowerPoint (voir encadré ci-dessous).

Scénario. Le client est un homme ou une femme PVVIH+ référé(e) dans un site de prestations de soins, proche de sa nouvelle résidence. Il/elle vient en consultation dans le service dans ce site pour la première fois et attendait depuis 3 heures. Au cours de la consultation, le directeur de l'hôpital a appelé le prestataire de soins pour valider le rapport du mois antérieur. Cette discussion a pris 10 minutes entre les deux responsables. Deux minutes au terme de la discussion avec le directeur, l'infirmière est rentrée dans la salle de consultation et s'est entretenue à son tour pendant 10 minutes avec le médecin.

#### MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVE 2)

**Communication entre les individus :** Les mots n'expriment qu'une partie du message que l'on veut communiquer ; les attitudes et les gestes communiquent le reste.

Nos sens (langage, odorat, toucher) jouent un rôle vital dans la communication et il est important de connaître notre propre niveau de confort par rapport à notre espace personnel, aux contacts physiques et à la proximité des autres.

## Session 5.2. Communication entre clients et prestataires

**Durée : 1h30**

### Objectifs de la session

À la fin de la session, le prestataire sera capable de :

- Démontrer le respect des droits du client à la dignité, à l'intimité et à la confidentialité. ;
- Montrer de l'empathie envers le client ; et
- Reconnaître l'impact des valeurs, attitudes et normes sociales dans les interactions entre prestataires et les clients.

Cette session aborde des aspects fondamentaux de la communication entre les prestataires et leurs clients : (i) Confidentialité et intimité ; (ii) Empathie ; (iii) Valeurs et Attitudes.

**Techniques :** Discussion en groupe, questions-réponses, exercice en groupe, brainstorming

**Matériels :** Ordinateur, projecteur, présentations PowerPoint, grandes feuilles et marqueurs de toutes les couleurs, grandes feuilles indiquant « SECRET PROFESSIONNEL » en grandes lettres, liste de Valeurs et Attitudes à distribuer, deux grandes feuilles de papier, sur lesquels sont écrits : le mot « D'accord », sur l'une d'elles et sur l'autre « Pas d'accord »

### Préparation

- Préparer une grande feuille indiquant « SECRET PROFESSIONNEL » en grandes lettres pour la fixer au tableau ;
- Photocopier la liste de Valeurs et Attitudes à distribuer, la Feuille de Soutien ;
- Préparer deux grandes feuilles de papier, en écrivant sur l'une d'elles « D'accord » et sur l'autre « Pas d'accord ».
- 

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cette séance étudie la communication entre le client et le prestataire de soins et service. Il est important de noter que la recherche des soins et services de santé et le degré de confiance dans les soins et services offerts peuvent être affectés par la perception des clients, par la façon dont ils se sentent reçus et considérés dans les unités de santé.

#### MESSAGES CLÉS - (DIAPOSITIVE 3)

**Importance de la communication entre le prestataire et le patient :** C'est un facteur essentiel du bien-être du patient. Les recherches (référence) montrent qu'une communication efficace entre prestataire et patient peut apporter à ce dernier une amélioration aussi mesurable que des médicaments.

La communication exerce une influence sur la santé émotionnelle, la résolution des symptômes, la maîtrise de la douleur, et des mesures physiologiques comme la pression artérielle et la glycémie.

## Déroulement des étapes

### **Confidentialité et intimité**

Techniques : Discussions structurées

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Afficher la feuille mentionnant « SECRET PROFESSIONNEL » ou « RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ » sur le chevalet afin que tout le monde puisse la voir.
<b>Étape 2</b>	Lancer une discussion avec le groupe à partir des questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Que veut dire pour vous « secret professionnel » ou « respect de la confidentialité » ?</li><li>○ Qui doit faire l'objet du secret professionnel ou du respect de la confidentialité dans le domaine des soins ?</li><li>○ La façon dont on accueille en général les clients dans les sites, est-elle empreinte du respect de l'intimité et de la confidentialité ?</li><li>○ Selon vous, quelle est la perception des clients du service de santé/de l'institution de santé en ce qui a trait au respect de la confidentialité ? Comment se sentent les clients dans les unités de santé par rapport à la confidentialité ? Quelle importance les prestataires de santé et les autres cadres accordent-ils à la confidentialité ?</li></ul>
<b>Étape 3</b>	Faire la synthèse des points soulevés pendant la discussion en soulignant les conclusions se trouvant dans l'encadré suivant qui ont été mis sur PowerPoint ou sur grande fiche.
<b>Étape 4</b>	Remercier les participants/participantes de leur participation et assurer la Présentation PowerPoint (voir encadré ci-dessous).

### **MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVE 4)**

**Confidentialité** : Il est important que les personnels soignants y compris les travailleurs communautaires maintiennent la confidentialité de leurs clients. Le respect de la confidentialité est essentiel pour l'établissement et le maintien de la relation de confiance entre le prestataire et le client.

La notion de confidentialité relève de la responsabilité juridique et morale du personnel soignant et non-soignant pour s'assurer que l'information médicale d'un patient (adulte ou enfant) ne soit pas dévoilée sans son consentement (ou celui du parent ou tuteur).

L'intimité des clients doit être respectée dans tout l'espace de l'établissement de santé.

## **Empathie**

Techniques : Questions-réponses, mini-exposé

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Exercice 1 : Demander aux participants/participantes de définir le concept d'empathie puis, leur poser la question suivante : Quelle est la différence entre empathie et sympathie ?
<b>Étape 2</b>	Noter les propositions de réponse sur une grande feuille. Poser des questions de clarification et faire des résumés pour relancer la discussion.

<b>Étape 3</b>	Comparer les commentaires des participants/participantes avec le contenu de la diapositive.
<b>Étape 4</b>	Exercice 2 : Diviser en 2 colonnes une feuille de papier, une colonne présente ce que l'empathie est et l'autre colonne expose ce que l'empathie n'est pas.
<b>Étape 5</b>	<p>À partir de la liste d'attitudes ci-dessous, demander aux participants/participantes de les intégrer dans leur colonne correspondante. Les attitudes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Partager les émotions de l'autre</li> <li>○ Être ouvert à l'autre</li> <li>○ Projeter ses propres sentiments sur l'autre</li> <li>○ Chercher à comprendre l'état affectif et s'identifier à l'autre</li> <li>○ Être à l'écoute des ressentis et des besoins de l'autre</li> <li>○ Adopter le point de vue de l'autre</li> <li>○ Éprouver de l'affection pour l'autre</li> <li>○ Chercher à comprendre les émotions et les réactions de l'autre</li> </ul>
<b>Étape 6</b>	Analyser les réponses, puis demander s'il y a des questions de clarification ou des commentaires par rapport à ce qui vient d'être dit.



**Étape 7**

Répondre aux questions et conclure.

**MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVE 5)**

L'empathie consiste pour le soignant à reconnaître, envisager, comprendre, ressentir les choses du point de vue de la personne accompagnée.

Il s'agit de « pénétrer dans l'univers de la personne accompagnée, pour se rendre compte de ce qu'elle vit et de la façon dont elle le vit, et lui apporter le réconfort dont elle a besoin, mais sans s'identifier à son vécu et sans en vivre soi-même ses émotions ».

« L'empathie est la capacité de comprendre les sentiments d'autrui tout en conservant une distance affective par rapport à l'autre, tandis que la sympathie suppose un partage de sentiments et l'établissement de liens affectifs ».

**Valeurs et Attitudes**

Techniques : Mini-exposé, exercice individuel, discussions

**Instructions aux facilitateurs/facilitatrices****Durée : 30 minutes****Étape 1**

Demander aux participants/participantes de lire les définitions suivantes et de les commenter :

« *Valoriser (donner de la valeur, de l'importance à quelque chose) est un attribut humain, lié à des expériences culturelles et sociales. Nos valeurs se construisent, et peuvent changer tout au long de notre vie ; elles sont déterminées par l'influence de l'environnement dans lequel nous vivons, de la famille d'origine, des amis et d'autres groupes de référence* ».

« *Une attitude est une manière de penser, de sentir et de réagir par rapport à différents groupes, questions ou événements. Elle détermine la manière d'agir ou de réagir (de façon positive ou de façon négative) par rapport à une personne ou une situation donnée.* »

**Étape 2**

Fixer en des endroits opposés de la salle, deux feuilles préalablement préparées sur lesquelles sont écrits « D'accord » et « Pas d'accord ». Expliquer que vous allez faire un exercice sur les « Affirmations de valeurs ». Identifier à travers des phrases suivantes celles qui sont des valeurs ou des attitudes :

- La femme devait prendre l'initiative de faire le test VIH malgré l'opinion de son mari.
- Des préservatifs doivent être disponibles dans les écoles au bénéfice des jeunes filles et garçons.
- Les parents devaient parler ouvertement de sexe avec leurs enfants.
- Les femmes séropositives ne devraient pas tomber enceintes.
- La plupart des femmes ont moins besoin de sexe que la plupart des hommes.
- Les relations entre deux hommes constituent un péché.
- Sexe et sexualité devraient être enseignés au secondaire.
- Les jeunes ne devraient pas avoir de rapports sexuels avant le mariage.
- Un couple sérodiscordant ne devrait pas se marier.
- La plupart des femmes qui contractent le VIH vivent une vie de débauche (revoir les affirmations).

<b>Étape 3</b>	Disposer la salle de formation de sorte qu'il y ait un espace ouvert qui permettra aux participants/participant·es de se regrouper au milieu ou de chaque côté de la salle.
<b>Étape 4</b>	Mentionner qu'il n'existe pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses, et que nous répondons tous à ces affirmations en ayant pour base nos croyances et nos valeurs. Il est important de rester neutre pendant tout l'exercice. Ne pas expliquer le sens des affirmations pour ne pas influencer les prises de position.
<b>Étape 5</b>	Limiter la discussion de chaque affirmation aux commentaires d'un ou de deux participants/participant·es qui représentent chaque position.
<b>Étape 6</b>	Demander aux participants/participant·es de rester au centre de la salle et diriger l'attention des participants vers les feuilles de papier où ils peuvent lire « D'accord » et « Pas d'accord ».
<b>Étape 7</b>	Expliquer que vous allez lire à voix haute une série d'affirmations et qu'après avoir entendu chaque affirmation, ceux qui sont d'accord se déplacent à côté de la feuille correspondante. Ceux qui ne sont pas d'accord en font de même. Ceux qui ont des doutes, ou qui sont d'accord ou pas d'accord se déplaceront au centre de la salle. Indiquer que n'importe qui peut changer de place, s'il change d'idée.
<b>Étape 8</b>	Demander aux participants/participant·es de regagner leurs places et lancer une discussion avec le groupe à partir des questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comment vous êtes-vous sentis en exprimant des opinions différentes de celles des autres participants ?</li> <li>○ Habituellement, comment réagissent les prestataires de santé quand les clients expriment des attitudes ou des opinions différentes des leurs ?</li> <li>○ Que peut-il arriver quand un client se sent critiqué parce qu'il a une orientation sexuelle différente de celles du conseiller ?</li> <li>○ Comment les prestataires de santé peuvent-ils empêcher que leurs propres valeurs interfèrent de façon négative dans leur interaction avec les clients ?</li> </ul>
<b>Étape 9</b>	Faire la synthèse des discussions en soulignant les points notés dans l'encadré.

### MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVE 6)

**Poids des attitudes et valeurs sur l'utilisation des services de santé :** Il est naturel que les prestataires de santé aient leurs propres croyances et valeurs sur la sexualité, le genre, la santé et la maladie, tout comme les clients ont les leurs.

Néanmoins, ils ont l'obligation de ne pas porter de jugements sur les croyances des clients, et d'éviter que leurs propres croyances et attitudes deviennent des obstacles à un dialogue franc et ouvert.

Les prestataires de santé ne peuvent pas prendre de décision pour les clients. Il faut respecter les droits des clients de prendre leurs décisions, même si vous n'êtes pas d'accord avec leurs choix.

## Session 5.3. Les savoirs de base de la communication efficace – Les six (6) savoirs de base

**Durée : 30 minutes**

### Objectif de la session

À la fin de la session, le prestataire sera capable :

- De démontrer sa capacité à appliquer les compétences de base en communication efficace avec le client ; et
- D'appliquer les 6 savoirs de base en communication :
  - Savoir écouter
  - Savoir demander
  - Savoir informer
  - Savoir répondre aux besoins du client
  - Savoir stimuler la participation du client
  - Savoir exprimer des émotions positives

**Techniques :** Mini-exposé interactif, exercice individuel, discussions de groupe.

**Matériels :** Ordinateur, projecteur, flip chart, marqueurs de toutes les couleurs, fiches portant les 6 compétences, présentation PowerPoint, copies des cas de figure/scénario.

### Préparation

- Préparer le matériel nécessaire.
- Préparer les diapositives et les travaux de groupe.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Le facilitateur/la facilitatrice présentera les six (6) savoirs de base de la CIP retenus dans le cadre de ce manuel.

### Déroulement

*Activités : Intégration des six (6) savoirs de base de la communication*

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter la diapositive qui montre les six savoirs de base de la communication : Introduire les six savoirs de base de la communication qui font l'objet de la qualité de l'interaction entre le client et le prestataire au cours de l'accueil et du conseil.
<b>Étape 2</b>	Diviser les participants/participantantes en six groupes en référence aux six savoirs de base.
<b>Étape 3</b>	Demander aux participants/participantantes ce qu'ils entendent par 'Savoir écouter' et quelle est son importance dans l'accueil des clients. Une compétence sera attribuée à chacun des groupes.
<b>Étape 4</b>	Noter les propositions sur une grande feuille pour chacun des six savoirs.
<b>Étape 5</b>	Faire la synthèse des propositions. Présenter les diapositives suivantes en faisant le rapprochement avec les idées des participants
<b>Étape 6</b>	Imprimer les six savoirs de base de la Communication et les distribuer aux participants/participantantes.

## Session 5.4. Directives et normes pour une communication efficace

**Durée : 30 minutes**

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de session, les participants/participantantes seront en mesure :

- D'identifier les caractéristiques d'une Communication efficace entre le prestataire et le client ;
- De maîtriser les techniques permettant de renforcer les compétences de communication efficace ; et
- D'appliquer les compétences lors des prestations de services.

Dans la pratique, la finalité de la communication avec le client vise à :

- Créer et maintenir un rapport positif avec le client tout au long du contact (**Écoute active**) ;
- Partager toute l'information, tant pour le client que le prestataire, nécessaire pour arriver à un diagnostic correct et à un traitement approprié (**résolution de problèmes pour le diagnostic**) ; et
- Vérifier que les clients comprennent leur état et leurs options de traitement (**Counseling/Éducation**).

**Techniques** : Discussions, études de cas, groupes de discussion.

**Matériel** : Ordinateur, projecteur, grandes feuilles (flipchart), marqueurs de toutes les couleurs, fiches portant les comportements, présentations PowerPoint, copies des cas de figure/scénario.

### Préparation

Préparer le matériel nécessaire.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Le facilitateur/la facilitatrice présentera les six (6) savoirs de base de la Communication retenus dans le cadre de ce manuel.

### Déroulement

**Activités : Finalités de la communication dans la relation client-prestataire**

Instruction aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 30 minutes	
Étape 1	Diviser les participants/participantantes en quatre (4) groupes.
Étape 2	Attribuer le scénario 1 aux groupes (a et b) et le scénario 2 aux groupes (c et d). Les groupes vont utiliser une feuille blanche pour développer leur réponse.
Étape 3	Imprimer le tableau des compétences de base en Communication. Utiliser à la fois les directives cliniques du PNLS et les compétences de base en Communication dans leurs réponses.
Étape 4	Au terme du temps écoulé (10 minutes), une session en plénière sera conduite. Le groupe (a) expose sa réponse, le groupe (b) met en examen les réponses du groupe (a), c'est-à-dire les affirmer, les réfuter et procéder aux ajouts en fonction de leurs réponses. Cet exercice est répété pour les groupes (b) et (c).
Étape 5	Le facilitateur/la facilitatrice remercie les participants/participantantes aux différents groupes.
Étape 6	La fiche sur les finalités de la communication est imprimée et distribuée aux participants/participantantes. Le facilitateur discute de la fiche avec les participants.

## Études de Cas :

### Scénario 1.

Jacqueline a 24 ans, elle a eu deux enfants. Le plus jeune est décédé de pneumonie, il y a 7 mois. Elle est enceinte de 3 mois. Le mari est maçon, mais il est déjà revenu deux fois à la maison depuis qu'il est parti travailler en République dominicaine. Jacqueline a fait le test VIH et est venue à la consultation pour avoir le résultat. Jacqueline craint le résultat du test et ne comprend pas comment elle a pu attraper le SIDA. Jacqueline mentionne qu'elle n'imagine pas comment donner la nouvelle à son mari. Elle n'a jamais entendu parler de PTME et a posé plusieurs questions sur le résultat du traitement. En tant que prestataires de soins, comment allez-vous assurer le counseling post-test de Jacqueline en regard des directives cliniques du PNLIS ? Il est important pour le prestataire de prendre en compte les compétences de base en Communication dans leurs réponses.

### Scénario 2.

Martha a 26 ans, et c'est la mère de Rito, un garçon de 5 ans ; son fils n'a pas un développement normal pour son âge et il est presque toujours malade. Martha est allée très souvent à l'hôpital et, à la dernière consultation, l'infirmière a suggéré que Rito fasse le test VIH. Le test est positif.

Lors de cette consultation, l'infirmière donnera le résultat du test et expliquera à Martha le besoin pour son fils de commencer la TAR en fonction des résultats d'autres analyses. En tant que prestataire de soins, quels sont les conseils et directives allez-vous donner à Martha pour le suivi de son fils en regard des directives cliniques du PNLIS ? Il est important pour le prestataire de prendre en compte les compétences de base en communication dans leurs réponses.

## Messages clés (diapo 8)

La CIP est efficace lorsqu'elle aboutit aux cinq résultats suivants :

- 1) le patient donne suffisamment d'information sur la maladie pour permettre un diagnostic exact ;
- 2) le prestataire, en consultation avec le client, choisit un traitement approprié du point médical et qui est acceptable pour le client ;
- 3) le client comprend sa condition et le traitement prescrit ;
- 4) le prestataire et le client établissent un rapport positif ; et
- 5) le client et le prestataire sont tous deux engagés à assumer leurs responsabilités lors du traitement et des soins de suivi.

## Session 5.5. RÉSUMÉ DU MODULE

### Instructions aux facilitatrices/faciliteurs

Durée : 10 minutes

<b>Étape 1</b>	Demander à 3 volontaires (participant/participante) « Qu'avez-vous appris au sujet de la communication que vous pourrez utiliser dans le cadre de votre travail ? ».
<b>Étape 2</b>	Demander à 3 autres volontaires (participant/participante) d'énumérer une approche pouvant aider à conseiller un jeune adolescent PVVIH de prendre ses ARV et de se maintenir en soins.
<b>Étape 3</b>	Demander aux participants/participantantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer avec un autre module.

## Communication efficace - Éléments de base

La communication efficace constitue un élément essentiel dans la prestation des soins de santé. On distingue trois voies de communication dans la fourniture des soins de santé :

- i. La communication entre le prestataire et le patient.
- ii. La communication entre les membres de l'équipe.
- iii. La communication entre le personnel non soignant et le client.

En bref, il ne faut jamais oublier que la communication et les soins sont deux (2) voies inséparables et que la bonne communication est la clé des soins de qualité.

### La communication. Définition

La communication est l'échange d'informations ou de pensées verbal et non verbal face-à-face entre deux personnes ou plus. C'est un échange participatif utilisé pour arriver à une compréhension mutuelle d'un fait, d'une situation, d'un problème. Elle peut être individuelle (entre 2 personnes) ou en groupe (entre plusieurs).

La communication efficace est influencée par des sentiments, des valeurs et des normes sociales présentes dans la culture. Ces éléments peuvent représenter des obstacles pour établir la communication, par exemple, quand l'un des interlocuteurs ne tient pas compte des sentiments qu'il provoque avec l'information qu'il transmet, parce qu'il ne connaît pas les valeurs et la position de l'autre par rapport au thème abordé. Mais la communication interpersonnelle peut être améliorée de sorte à se caractériser effectivement comme un dialogue, et non un monologue, où l'un parle et l'autre écoute. Comme dialogue, conversation, la communication doit être participative, et comprendre un échange d'informations et de sentiments pour permettre une compréhension mutuelle, un consensus ou au moins un compromis.

Dans la communication efficace et interpersonnelle interviennent deux experts :

- Le prestataire de santé, qui est un expert dans les aspects cliniques et/ou le conseil ; et
- Le client, qui est un expert de sa vie, c'est-à-dire que lui seul sait ce qu'il ressent et ce qui le gêne.

La prise de décision doit être partagée entre ces deux experts, que ce soit pour le conseil ou pour le traitement.

### Importance de la communication efficace et interpersonnelle dans la fourniture des soins de santé

La communication efficace et interpersonnelle entre le prestataire et le client est l'un des éléments les plus importants pour améliorer la satisfaction du client, son adhésion au traitement et les résultats du point de vue de sa santé. En effet, des patients qui comprennent la nature de leur maladie et son traitement et qui pensent que le prestataire se soucie de leur bien-être sont bien plus satisfaits des soins reçus et plus susceptibles de se conformer aux protocoles de traitement. Bien que l'on reconnaisse l'importance de la communication interpersonnelle, le sujet n'est pas toujours mis en exergue dans le cadre de la formation médicale.

Lorsque le prestataire de santé prend des décisions pour le client, sans le consulter, par exemple, sur ce qu'il pense du traitement, comment le schéma indiqué affectera la vie de celui-ci, s'il a des doutes, etc., il n'y a aucune garantie que le traitement sera suivi. D'un autre côté, si les clients prennent toutes les décisions sans l'information nécessaire, il se peut, par exemple, qu'ils ne se présentent plus à une consultation importante, qu'ils ne fassent plus les examens médicaux nécessaires, qu'ils interrompent le traitement avant son terme, ou encore qu'ils le fassent de façon inadaptée, compromettant ainsi les résultats escomptés.

## Différence entre communication verbale et non verbale

Communication verbale efficace	Communication non-verbale efficace
S'adresser directement au client ou à son accompagnateur.	Regarder le client dans les yeux sans pour autant le gêner.
Prendre au sérieux toutes les inquiétudes du client même si elles paraissent banales.	Écouter attentivement la personne durant l'exposé de son problème tout en maintenant le contact visuel.
Décrire clairement le traitement au client en utilisant un langage simple (éviter le jargon médical).	Sourire de temps en temps pour encourager la personne à continuer à parler.
S'assurer que le client a bien compris le traitement proposé en posant des questions toujours ouvertes et en le faisant répéter.	Hocher la tête de temps à autre pour montrer qu'on écoute le client dans son exposé.
	Éviter les distractions (répondre au téléphone).

### Droits des clients à la confidentialité et à l'intimité

Les clients devraient être informés sur qui aura accès à l'information médicale les concernant et la confidentialité requise dans l'environnement de santé devra leur être assurée. Les registres (dossiers cliniques) des clients doivent être gardés en sécurité de façon que d'autres personnes non autorisées ne puissent pas y accéder ou les lire. Les clients ont le droit de donner ou pas leur consentement à toute personne intéressée souhaitant observer ou écouter la séance de conseil.

Le respect de la confidentialité est crucial pour obtenir l'adhésion du client aux services et au traitement.

Le prestataire de santé doit garder le secret sur les informations personnelles du client à qui il offre des soins. Quand le client est convaincu que les informations qu'il va fournir seront restées confidentielles, il est plus disposé à partager les informations qui permettront au prestataire de lui fournir l'aide et le soutien nécessaire.

### Les savoirs/compétences en communication efficace

Les compétences développées dans cette séance ont été identifiées comme étant essentielles pour garantir une interaction de qualité entre les prestataires de service et les clients. De telles interactions contribuent à un accueil chaleureux des clients, une meilleure perception de la qualité des services et une plus grande satisfaction des clients. Ces derniers sont alors plus disposés à respecter les prescriptions et recommandations des prestataires, à respecter les rendez-vous et à suivre fidèlement les traitements.

**TABLEAU 1. LES SIX SAVOIRS OU COMPÉTENCES DE BASE DE LA COMMUNICATION EFFICACE ET INTERPERSONNELLE**

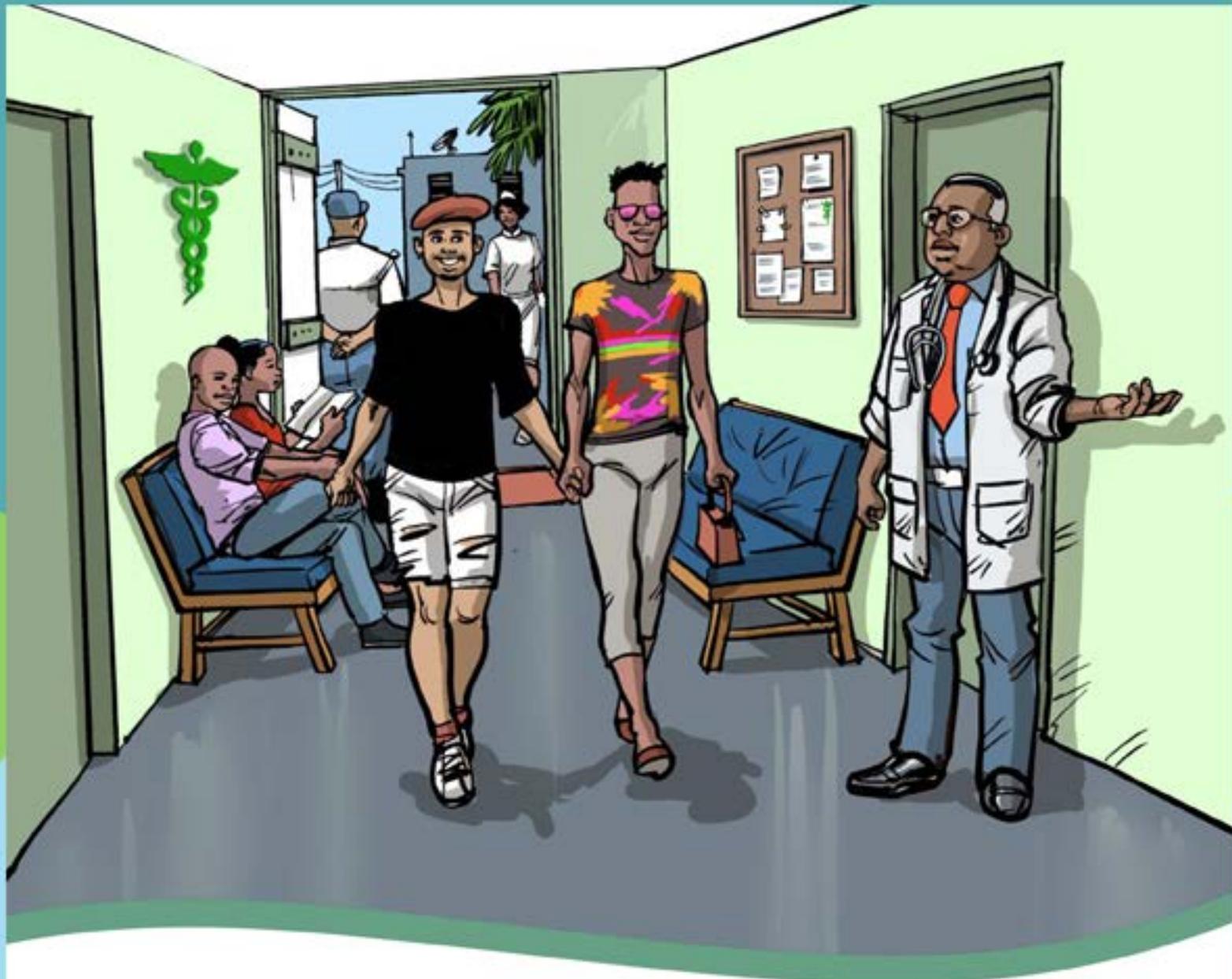
SAVOIRS	DÉFINITIONS
<b>SAVOIR ÉCOUTER</b>	<p>C'est établir une relation à double sens, où les deux parties parlent et respectent ce que l'un ou l'autre a à dire ; les deux parties s'interrogent, expriment des opinions, échangent des informations et essaient de comprendre ce que chacun communique.</p> <p><b>Pourquoi est-ce important ?</b> <i>Quand nous écoutons l'autre, nous établissons un climat de confiance ; le client et le prestataire apprennent l'un sur l'autre, le client est à l'aise pour s'exprimer plus librement et le prestataire obtient de meilleures informations pour faire un diagnostic correct et prescrire un traitement adéquat.</i></p>
<b>SAVOIR DEMANDER</b>	<p>Chercher à obtenir des informations sur le client de façon délicate et soignée en évitant que la personne ne se sente dans un interrogatoire ou obligée de communiquer des informations quand elle ne se sent pas préparée ou à l'aise pour parler. Le langage et le ton de la voix sont des aspects fondamentaux de cette compétence.</p> <p><b>Pourquoi est-ce important ?</b> <i>Parce que quand le client sent que le prestataire de santé respecte ses droits et comprend l'importance des informations demandées, il se sent plus en confiance, il est plus à l'aise pour parler de ses sentiments, ses croyances et ses attitudes. Quand le prestataire pose au client des questions précises et appropriées, il est plus facile pour celui-ci de fournir des informations claires, détaillées qui permettent au prestataire de mieux l'aider, car il comprend bien son profil, ses besoins et son contexte de vie.</i></p>
<b>SAVOIR INFORMER</b>	<p>Savoir sélectionner les contenus qui doivent être communiqués au client et avoir la capacité de les communiquer de façon effective pour s'assurer que le client obtienne l'information nécessaire sur son état de santé, les services disponibles, les options à envisager pour promouvoir sa santé ou résoudre un problème de santé.</p> <p><b>Pourquoi est-ce important ?</b> <i>Parce que cela permet au client de mieux comprendre son état de santé, les examens nécessaires à ses chances d'amélioration et de guérison, le schéma de traitement, l'importance du suivi médical et les soins qu'il doit recevoir. Le client peut alors prendre des décisions informées (en connaissance de cause) ; il peut ainsi s'impliquer davantage dans la gestion de son état de santé.</i></p>
<b>SAVOIR RÉPONDRE AUX BESOINS DU CLIENT</b>	<p>Respecter ce que le client dit et communique de façon non verbale. Il faut toujours garder à l'esprit que le client aussi à ses propres opinions, préoccupations, façons de s'exprimer sur sa santé et dont il faut tenir compte dans la recherche de solutions pour répondre à ses besoins.</p> <p><b>Pourquoi est-ce important ?</b>  <i>Parce que le client recherche les services du prestataire quand il a un problème de santé qui l'inquiète, qui l'angoisse. Le professionnel de santé est la personne la plus indiquée, compétente, pour l'aider à résoudre son problème. Cependant, le client a sa propre interprétation de la situation. Quand le prestataire répond aux préoccupations du client, celui-ci se sent plus satisfait, a plus confiance en l'accueil et est plus disposé à collaborer à la recherche de solutions et à leur mise en œuvre.</i></p>

	<p><b>Comment le faire avec qualité ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laisser le client raconter l'histoire de sa maladie et l'écouter avec attention.</li> <li>- Poser les questions pertinentes pour bien le comprendre avant d'arriver au diagnostic.</li> <li>- Répondre de façon directe, positive et simple aux questions du client.</li> <li>- S'assurer que votre posture corporelle, vos expressions faciales et votre ton de voix démontrent de l'intérêt et du respect.</li> <li>- Ne pas critiquer, ni réprimander le client.</li> <li>- Ne pas ignorer les plaintes ou commentaires du client.</li> <li>- Valider ce que vous avez compris des dires du client et s'y référer dans la proposition des possibilités de solutions.</li> </ul> <p><i>Un des aspects de la compétence « répondre aux besoins du client » est de savoir reconnaître les sentiments du client. Reconnaître les sentiments comprend identifier les émotions de l'autre en se basant sur ce qu'il dit, sur son expression faciale et d'autres expressions corporelles.</i></p> <p><i>La majorité des personnes a besoin que ses sentiments soient reconnus avant de recevoir des informations. Ignorer les sentiments du client peut l'amener à bloquer sa communication avec le professionnel de santé.</i></p> <p><i>On peut utiliser les types de phrases suivantes pour démontrer que nous reconnaissons les sentiments du client :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. « D'après ce que je comprends, vous sentez... »</li> <li>2. « D'après ce que j'ai entendu, vous n'arrivez pas à... »</li> <li>3. « Je sens que vous êtes inquiet... »</li> <li>4. « Si j'ai bien entendu, vous ne voulez pas commencer... »</li> </ol> <p><i>Il y a plusieurs manières pour le professionnel de santé de dire avec ses mots ce qu'il pense que les clients ressentent, c'est juste une question de pratique.</i></p>
<p><b>SAVOIR STIMULER LA PARTICIPATION DU CLIENT</b></p>	<p>Parler avec le client de sorte qu'il comprenne mieux son état ou problème de santé, en lui faisant sentir que le prestataire de santé partage ses inquiétudes et responsabilités à résoudre le problème.</p> <p><b>Pourquoi est-ce important ?</b></p> <p><i>Pour que le client partage ses préoccupations et doutes sur le problème qui l'afflige, pour qu'il s'ouvre plus, exprime ses sentiments, parle clairement, et/ou expose d'éventuelles difficultés avec le schéma de traitement suggéré par le prestataire de santé. De même, pour qu'il se sente en confiance pour revenir aux rendez-vous de suivi. Quand le client participe effectivement aux échanges, le prestataire dispose des informations nécessaires pour le guider dans le processus de prise de décision ou pour poser un diagnostic sûr, ce qui permet de choisir le schéma de traitement le plus approprié.</i></p>
<p><b>SAVOIR EXPRIMER DES ÉMOTIONS POSITIVES</b></p>	<p>Être capable de communiquer des informations, surtout des sentiments au client d'une manière ferme, mais en même temps délicate et encourageante, en l'aidant à surmonter ses difficultés à exprimer ses sentiments et inquiétudes.</p> <p><b>Pourquoi est-ce important ?</b></p> <p><i>Pour aider à établir et maintenir une relation harmonieuse, fructueuse et enrichissante, basée sur la confiance, le respect mutuel, qui favorise un vrai partenariat entre client et prestataire dans la recherche de solution adéquate au problème du client à travers des changements de comportement, l'utilisation des services et le suivi correct du traitement.</i></p>

## Directives et normes pour communiquer entre le prestataire et le client

Ce paragraphe expose les directives et normes et l'instruction sur la manière pour communiquer et instaurer une interaction efficace avec les clients à l'aide de différents comportements. Parfois, ils sont ignorés à cause d'autres obligations ou l'on ne pense pas qu'ils ne sont pas importants. Le tableau ci-dessous met en exergue les comportements à maîtriser pour une relation d'aide et harmonieuse entre le client et le prestataire.

<b>Tableau 2. Comportements</b>
<b>Communication attentionnée</b> : Neuf (9) comportements renforçant les diverses manières de mettre les gens à l'aise avec leur prestataire de santé
<ul style="list-style-type: none"><li>• Accueillir le patient chaleureusement et de manière culturellement acceptable.</li><li>• Utiliser une communication appropriée verbale et non verbale (gestes, attitudes, mots)</li><li>• Demander ce que ressent le patient.</li><li>• Reconnaître l'initiative prise par le patient (d'être venu, d'avoir amené son enfant).</li><li>• Légitimer (renforcer les sentiments qui sont normaux).</li><li>• Faire preuve d'empathie.</li><li>• Se faire l'écho des émotions du patient en l'encourageant à exprimer librement ce qu'il pense. (Répéter ce que le patient dit.)</li><li>• Communiquer soutien et partenariat.</li><li>• Rassurer le patient (calmer ses préoccupations en lui suggérant des choses spécifiques qu'il peut faire). Ce sont le ton de la voix et l'attitude du prestataire de santé qui sont les principaux éléments créant l'ambiance socio émotionnelle de la rencontre.</li></ul>
<b>Compétences de résolution de problèmes</b> : Sept (7) comportements aidant les prestataires à réunir l'information nécessaire pour déterminer le diagnostic.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Écouter attentivement (activement).</li><li>• Encourager le dialogue en posant des questions ouvertes.</li><li>• Éviter les interruptions.</li><li>• Éviter le diagnostic prématuré (Ne pas diagnostiquer le problème avant d'avoir trouvé tous les détails.)</li><li>• Résister à la tentation de donner un suivi immédiat et pour cela écouter attentivement avant de prendre des décisions cliniques.</li><li>• Sonder ou explorer pour obtenir plus d'informations.</li><li>• Demander au patient quelles sont les causes, les difficultés et les préoccupations liées au problème.</li></ul>
<b>Counseling et information-éducation-communication (IEC)</b> : 10 comportements permettant d'expliquer les problèmes de santé, le traitement et les décisions nécessaires au client.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Voir si le patient comprend la maladie.</li><li>• Corriger les mauvaises compréhensions de faits.</li><li>• Utiliser le vocabulaire approprié.</li><li>• Présenter et expliquer ce que le patient doit savoir ou faire de manière logique (en blocs).</li><li>• Discuter et prescrire des changements comportementaux concrets que le patient peut faire.</li><li>• Répéter et récapituler l'information-clé.</li><li>• Motiver le patient à suivre le traitement recommandé.</li><li>• Vérifier l'acceptabilité/mutualité de la prise de décisions (si le patient suivra le traitement).</li><li>• Vérifier que le patient sait quand il doit revenir pour une visite de suivi.</li><li>• Demander au patient s'il y a quelque chose d'autre qu'il aimerait savoir.</li></ul>



# MODULE 6

L'ACCUEIL (SERVICE A LA CLIENTÈLE)

## MODULE 6. L'ACCUEIL (SERVICE A LA CLIENTÈLE)

L'accueil (ou service à la clientèle) est un déterminant fondamental de la perception de la qualité des services offerts par une institution. Il constitue en fait, le premier point de contact du client avec le personnel de l'institution et l'équipe de prestation de services de santé. L'accueil est un moment important qui doit permettre au client et à ses proches de se sentir valorisés. Bien fait, il contribue à établir un climat de confiance qui facilite des interactions productives entre le client/ses proches et le prestataire dans un contexte de conseil ou de dispensation de soins. La qualité de l'accueil est primordiale et une grande importance devrait lui être accordée dans l'offre des soins IST/VIH centrés sur la personne et sur le respect des droits humains. Elle est la première impression qui restera dans la mémoire du client. Elle constitue un facteur clé de succès pour l'observation et la fidélisation des clients aux soins et services de santé. Par conséquent, ce module sur l'accueil offre aux participants de cette formation l'opportunité de mettre en application les notions et concepts discutés sur la CIP.

**Durée :** 03 heures

### Compétences

- Créer un environnement favorable à la mise en confiance du client par l'accueil
  - Développer le sens de l'accueil
  - Communiquer de manière efficace
  - Montrer de l'empathie envers les clients et leurs proches

### Objectifs du Module

- Permettre aux participants/participant(e)s de développer une relation prestataire-client plus collaborative.
- Améliorer la qualité des soins fournis aux bénéficiaires par les prestataires de soins, incluant les services fournis par le personnel non soignant, en rendant à l'accueil sa valeur dans la dispensation des services au sein des établissements sanitaires.

Au terme de ce module, les participants/participant(e)s seront capables :

- De définir la notion d'accueil dans le cadre de l'offre des soins centrés sur la personne ;
- D'expliquer l'importance de l'accueil des clients/patients dans la dispensation de l'offre de soins et de services VIH dans les établissements de santé ;
- D'utiliser les techniques de communication efficace pour bien recevoir un client ;
- De démontrer leur capacité à recevoir un client avec courtoisie ; et
- De développer des techniques lui permettant la mise en pratique des connaissances de base en lien avec le service à la clientèle.

### Contenu du module :

Session 7.1. Accueil des clients : définition et compréhension

Session 7.2. Accueil et Qualité de l'interaction entre clients et prestataires de service

Session 7.3. Résumé du module

**Techniques :** Jeux de rôle, brainstorming, travaux de groupe, mini-exposé interactif

**Matériels :** Ordinateur, projecteur, grande feuille (Flip chart), marqueurs de différentes couleurs, présentations PowerPoint, consignes pour jeux de rôle.

## Préparation

- Maîtriser les consignes pour les discussions ainsi que la documentation pour la présentation du module.
- Rédiger la présentation PowerPoint.
- Préparer les outils nécessaires à la conduite des séances du module.

## Sources : Ce module est une adaptation des documents de formation et de directives suivants :

1. MSPP/PNLS (2015). Formation en Communication interpersonnelle et Counseling : Guide du facilitateur. p135. Haïti.
2. Bérengère de Negri, Lori DiPrete Brow et coll (1997). Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients : Série sur le perfectionnement de la méthodologie d'assurance de qualité. École d'hygiène et de santé publique de l'Université Johns Hopkins, p115.
3. Georgetown University (2020). Le service à la clientèle. Brochure et documents de synthèse élaborés dans le cadre du Programme de formation du projet TIDE Haïti/DDP.

## Session 6.1. L'accueil des clients : Définition et Compréhension

**Durée :** 60 minutes (1 heure)

### Objectifs d'apprentissage

À la fin de la session, les participants/participantantes seront en mesure :

- D'expliquer l'importance de l'accueil à la fois dans l'offre de soins et services de santé dans les établissements sanitaires et pour le client dans son parcours de soins ;
- D'identifier les besoins et les attentes des clients en matière de service ; et
- De recevoir le client avec courtoisie et dans un espace approprié.



**Techniques :** Travail de groupe, jeux de rôle, mini-exposé interactif

**Matériels :** Ordinateur, projecteur, flip chart, marqueurs de différentes couleurs, présentations PowerPoint, texte et consignes pour jeux de rôle.

### Préparation

- Préparer les diapositives et se préparer à répondre aux questions des participants.
- Préparer le texte pour les jeux de rôle et les consignes.
- Préparer une synthèse des grandes lignes de la documentation à développer.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cet exercice par le biais de jeux de rôle et des discussions tente de montrer aux participants/participantes l'importance du premier contact et la mission de l'accueil dans la construction d'une relation d'aide harmonieuse entre le soignant et le patient. Les instructions relatives aux activités de la séance sont consignées dans les tableaux ci-dessous.

### Déroulement

**Activités :** *Simulation d'une séance d'accueil*

**Techniques :** *Jeux de rôles, discussion*

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage de la séance aux participants/participantes.
<b>Étape 2</b>	Choisir 2 ou 3 volontaires pour simuler l'accueil d'un client dans une institution sanitaire. Un (e) participant (e) joue le rôle du prestataire et les 2 autres, du client et d'un parent. L'accueil simulé peut être de bonne ou de mauvaise qualité, c'est aux facilitateurs/facilitatrices de le traiter pour en tirer les conclusions nécessaires.
<b>Étape 3</b>	Demander aux participants/participantes qui ont joué les rôles de client et de parent : <ul style="list-style-type: none"><li>● Que ressentez-vous ?</li><li>● Qu'est-ce qui aurait pu être fait pour améliorer l'accueil reçu ?</li></ul>
<b>Étape 4</b>	Le facilitateur/la facilitatrice discutera avec les participants/participantes de l'importance de leur rôle dans l'exercice afin d'éviter les charges émotionnelles qui découlent.
<b>Étape 5</b>	Lancer une discussion en plénière sur l'importance de l'accueil du client/demandeur de soin.
<b>Étape 6</b>	Encourager chaque participant/participante à partager son point de vue sur les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Comment les clients sont-ils accueillis au niveau de leur institution ? Que fait le prestataire ?</li><li>○ Est-ce différent de la simulation observée ici ? Pourquoi ?</li><li>○ Existe-t-il au niveau de l'institution une procédure ou une structure d'accueil ?</li><li>○ Qui s'occupe de l'admission ou de la réception des clients ? Qui sont les autres membres du personnel impliqué dans l'accueil du client ?</li></ul>
<b>Étape 7</b>	Remercier les groupes pour leur participation et assurer la présentation PowerPoint (voir encadré ci-dessous).

## MESSAGES CLÉS (DIAPO 1, 2,)

Le mot « **Accueil** » signifie la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand on le reçoit ou quand il arrive. Accueil = Réception.

### Importance du premier contact

L'accueil à l'hôpital est le premier maillon de la chaîne relationnelle du parcours de soins. Il permet l'interaction entre le soignant et l'usager. Son objectif est d'établir une relation de confiance mutuelle, de sécurité et d'aide. Bien fait, il aboutit à l'adhésion et permet la continuité des soins. L'accueil du patient, c'est l'affaire de tous.

### Mission de l'accueil

- Information
- Orientation
- Conseil et fidélisation

### Caractéristiques d'un accueil réussi

- Confidentialité et discrétion du prestataire
- Respect d'autrui/accueillir comme on aimerait être accueilli
- Prise en compte des différences culturelles
- La garantie de la fluidité de la communication
- La propreté et l'hygiène des lieux
- Le confort des personnes qui attendent
- Donner à l'arrivée un numéro d'attente et le tri des arrivants
- La gestion du temps d'attente

## Session 6.2. Accueil et qualité de l'interaction entre clients et prestataires de service

**Durée** : 45 minutes

### Objectifs de la session

À la fin de la session, les prestataires seront capables :

- D'identifier les mesures nécessaires pour améliorer la qualité de l'accueil dans ses relations avec les clients, leurs proches et la communauté ; et
- D'identifier les attentes des clients et y répondre en utilisant des techniques de communication adaptées.

**Techniques** : Travail de groupe, mini-exposé interactif

**Matériels** : Ordinateur, projecteur, flip chart, marqueurs de différentes couleurs, présentations PowerPoint.

### Préparation

- Préparer une présentation en PowerPoint — les différents points importants se trouvent dans les encadrés.
- Préparer les directives pour les travaux en groupe.
- Préparer le matériel/équipement nécessaire. Quatre grandes feuilles avec des indications individuelles : CDV, IST, PTME, TAR.

## Notes aux facilitateurs/facilitatrices

À l'aide de travaux de groupes et de discussions, cet exercice permet aux participants/participantes de mettre en pratique les diverses dimensions nécessaires pour un accueil réussi selon les attentes des clients. Les instructions relatives aux activités de la séance sont consignées dans les tableaux ci-dessous.

### Déroulement

#### Activité 1 : Attentes des clients

Technique : Discussions structurées, travaux en groupe

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 40 minutes	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs d'apprentissage de la séance aux participants/participantes.
<b>Étape 2</b>	Mentionner les attentes en termes d'accueil et d'attention des clients qui fréquentent les institutions de santé.
<b>Étape 3</b>	Animer une discussion sur les attentes des clients (PS, HARSAH, jeune, PVVIH) qui recherchent les services de santé, en posant certaines questions telles que : <ul style="list-style-type: none"><li>○ D'après vous, quelles sont les raisons qui empêchent les clients d'adhérer aux services ?</li><li>○ Qu'est-ce que les clients qui fréquentent les services de santé attendent du personnel ?</li><li>○ Dans quel environnement (physique et émotionnel) devrait-on les accueillir ?</li></ul>
<b>Étape 4</b>	Diviser les participants/participantes en 3-4 sous-groupes dépendamment du nombre des participants présents. Chaque groupe sélectionnera un type de clients parmi la liste ci-dessous.
<b>Étape 5</b>	Chaque sous-groupe dresse sur une des grandes fiches la liste des attentes des clients (en termes de qualité) par rapport aux services suivants :  CDV : groupe 1_ Jeunes PTME : groupe 2_ PVVIH TAR : Groupe 3 _ HSH IST : Groupe 4_ PS
<b>Étape 6</b>	Accorder 20 minutes pour la tâche précédente.
<b>Étape 7</b>	Demander à chaque groupe de choisir un rapporteur pour présenter en plénière les conclusions de leurs discussions. Accorder 5 minutes à chaque groupe.
<b>Étape 8</b>	Afficher les rapports des groupes.
<b>Étape 9</b>	Présenter les points clés sur les attentes des clients (résultats des rapports de groupes). Solliciter les réactions et questions des participants/participantes.
<b>Étape 10</b>	Conclure en faisant ressortir la qualité de l'interaction entre le prestataire de santé et le client pouvant contribuer à l'adhésion aux services (enrôlement, fidélité).
<b>Étape 11</b>	Remercier les participants et présenter le PowerPoint traitant de la qualité de l'accueil dans l'encadré ci-après.

### Messages clés (diapositive 4)

La **qualité de l'accueil** dans le système de soins. C'est le résultat d'un ensemble de conditions présentes dans les établissements sanitaires/services comprenant des éléments tangibles et des éléments intangibles.

Éléments tangibles — se rapportent aux ressources physiques présentes dans les services comme les installations, les équipements, les médicaments, les ressources humaines disponibles et leur organisation pour l'accueil, et au matériel informatique, entre autres.

Éléments intangibles — font plutôt référence au comportement des prestataires de santé ; ils influencent la réaction du client — prise en charge de sa santé, réponse aux services et au traitement. Parmi les éléments intangibles, on distingue trois aspects importants liés à la communication entre prestataires de santé et clients : l'empathie, la réceptivité et la fiabilité/compétence.

### Activité 2. Dimensions de la qualité de l'accueil

Techniques : Travail en groupe, mini-exposé interactif

#### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 20 minutes

<b>Étape 1</b>	Demander aux participants/participant(e)s répartis en petits groupes de 3-4 (les mêmes sous-groupes de l'exercice précédent), de discuter des actions concrètes et spécifiques pouvant influencer, de manière positive, l'interaction client/prestataire et la qualité de l'accueil au niveau de leur institution, en tenant compte des attentes des clients, des dimensions de la qualité et de leur expérience personnelle.
<b>Étape 2</b>	Présenter les résultats de leurs réflexions en plénière. Stimuler les discussions des résultats présentés.
<b>Étape 3</b>	Faire la synthèse en soulignant ensemble les actions concrètes à mettre en place dans nos établissements et services respectifs.

### Messages clés (diapositive 5)

#### Comment accueillir un patient (étape de bienvenue) ?

- Accueillir le patient par une formule de politesse et un sourire.
- Inviter le patient à s'asseoir et s'asseoir en même temps que lui.
- Se présenter en donnant son nom et sa fonction.
- Demander au patient de se présenter et décliner sa date de naissance.
- Demander sa préoccupation en ces termes : - « Que puis-je faire pour vous ? » ou « Je vous écoute ! »

## Session 6.3. Résumé du module

#### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 10 minutes

<b>Étape 1</b>	Demander à 3 volontaires (participant/participant(e)) « Qu'avez-vous appris au sujet de l'accueil dans les services de soins ? »
<b>Étape 2</b>	Demander à 3 autres volontaires (participant/participant(e)) d'énumérer des actions concrètes à mettre en action au retour de la formation dans leurs établissements respectifs pour améliorer la qualité de l'accueil dans les services VIH à l'égard des PV (jeunes, femmes enceintes) et les PC (HARSAH, PS).

### Étape 3

Demander aux participants s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer avec un autre module.

**N.B.** Il est indispensable de maintenir ce discours auprès des participantes/participants tout au long de la formation. « Traiter les clients/patients avec respect dans les établissements sanitaires et dans l'offre des services VIH constitue l'une des stratégies gagnantes pour améliorer la rétention des patients en soins, réduire l'interruption de traitement chez les patients en soins sous TAR et augmenter la demande de services de santé des PC et PV »

## POLYCOPIE

### L'accueil dans les services de soins

C'est la mission de tout personnel de soins, médecin, infirmier (e), techniciens de labo ; le personnel communautaire et le personnel non soignant quel que soit son poste, travaillant dans l'établissement sanitaire tel que cadre administratif, réceptionniste, personnel de surface, gardien et agent de sécurité. L'accueil prend alors le caractère d'acte professionnel. Acte qui nécessite apprentissage, réflexion, analyse avec pour finalité la qualité de la prise en charge du patient et de son entourage.

Dans tout système constitué d'interactions et d'échanges ou de fourniture de services à d'autres individus, le SERVICE à LA CLIENTÈLE, qui est la prestation de services à des clients : avant, pendant et après établissement d'un premier contact, représente un élément crucial de la réussite de quel que soit le type d'entreprise (commerciale ou institution sanitaire). À ce compte, dans une institution de santé, le service à la clientèle est plus directement important dans le cadre de certains rôles que d'autres. En ce qui concerne les réceptionnistes, le personnel médical, le personnel de soutien et tous les autres employés ayant des relations avec les clients, le service à la clientèle doit être un élément fondamental de leur description de tâche et de leur formation, ainsi qu'un critère fondamental dans le cadre de leur recrutement.

Un accueil est réussi quand on sécurise et reconnaît la personne comme partenaire, afin de lui permettre de s'adapter à sa situation propre et à son nouvel environnement. Un bon accueil permet de « dédramatiser » le vécu de l'infection à VIH. Le personnel accueillant devient pour lui une source de réconfort et une prise en charge assurée. Souvent dans les services de santé, l'accueil manque de chaleur humaine. Les agressions verbales frisant l'irrespect sont fréquentes de la part du personnel soignant et non soignant avec parfois même des cas de refus de consulter ou de traiter des patients (Index Stigma — Haïti, 2020-2021).

### L'importance de l'accueil

L'accueil du patient, c'est l'affaire de tous ! « Bonjour, au revoir, s'il vous plaît, merci ». Nous connaissons toutes les formules de politesse habituelles. Oui, mais... l'accueil, ce n'est pas que ça ! Les clients ont d'autres attentes. C'est une véritable dynamique d'équipe autour d'une politique commune d'accueil qui doit se mettre en place. L'accueil est le premier maillon de la chaîne de soins. Il donne le ton, la première impression et peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le client et l'établissement de soins.

Selon J-L Chaize, « tout se joue dans les 30 premières secondes ». L'arrivée d'un malade dans un service de soins est un moment important pour lui et pour le personnel soignant. C'est à travers ces premiers moments qu'il reçoit l'impression de la qualité de relation que lui réserve le personnel. L'impression reçue dans les premiers moments est ensuite difficile à modifier. Car, le premier contact du client ou du visiteur avec l'institution, l'hôpital, par exemple, est fortement mémorisé, car, la manière d'accueillir traduit la qualité d'un service et détermine très souvent l'opinion et le jugement du client à l'égard de l'équipe soignante et de l'institution. C'est à ce moment que commence à se créer le partenariat de soins avec le malade et avec la famille.

Par conséquent, un bon accueil permet :

- De rassurer le patient et à sa famille ;
- D'établir un contact humain sécurisant le patient et facilitant son adhérence et sa fidélisation aux soins durant le continuum de soins ;
- De créer un environnement agréable facilitant le respect aux RDV et sa rétention en soins ;
- D'amoindrir, réparer et soulager le mal causé par son statut sérologique, ses problèmes de santé et la stigmatisation/discrimination qu'elle subit dans son entourage et sa communauté ;
- De comprendre l'état d'esprit des bénéficiaires et faciliter la communication avec eux, ce qui aide l'équipe soignante à mieux connaître le patient, ses problèmes et ses attentes ; et
- De créer une ambiance plus familiale qu'administrative.

## La qualité d'accueil

L'accueil du patient et de son entourage est le premier soin prodigué. Sa qualité influence la relation future. Il est le lien qui lui permet de s'exprimer tout au long du séjour et favorise un climat de confiance. La manière de recevoir devrait être de bonne qualité malgré la charge de travail. L'accueil doit se faire dans un local approprié bien positionné géographiquement pour permettre la visualisation de l'entrée et des salles d'attente en même temps. Le prestataire devrait être compétent, ayant de l'expérience et des critères professionnels, physiques et psychologiques bien déterminés. L'apparence soignée est importante. Il apaise le stress du patient avec le sourire, le respect et en choisissant ses mots de politesse.

C'est le résultat d'un ensemble de conditions présentes dans les services comprenant des éléments tangibles et des éléments intangibles :



- Éléments tangibles — se rapportent aux ressources physiques présentes dans les services comme les installations, les équipements, les médicaments, les ressources humaines disponibles et leur organisation pour l'accueil, et au matériel informatique, entre autres.
- Éléments intangibles — font plutôt référence au comportement des prestataires de santé ; ils influencent la réaction du client — prise en charge de sa santé, réponse aux services et au traitement. Parmi les éléments intangibles, on distingue trois aspects importants liés à la communication entre prestataires de santé et clients : l'empathie, la réceptivité et la fiabilité/compétence.

#### Éléments intangibles, liés à la communication entre prestataires de santé et clients

##### **A) Empathie**

C'est le sentiment de respect et de considération envers l'autre et envers la situation qu'il traverse, qui fait que la personne se mette à la place de l'autre et la comprenne. Quelques éléments qui peuvent aider à manifester de l'empathie :

- Saluer les clients par leur nom
- Se présenter par son nom
- Demander au client comment il se sent
- Se montrer amical et disponible
- Regarder le client dans les yeux
- Toucher le client, quand cela est opportun

##### **B) Réceptivité**

C'est la manière dont le client est reçu et le degré d'interaction établi.

##### **C) Fiabilité/Compétence**

Se rapporte à la capacité d'offrir le service de santé recherché, de façon compétente au point d'inspirer au client confiance et sécurité.

La majorité des aspects nécessaires pour l'amélioration de la qualité de l'accueil sont liés à une série de compétences qui peuvent être développées par les prestataires. Certaines de ces mesures ne requièrent pas obligatoirement l'investissement de ressources supplémentaires. Les connaître et les pratiquer au quotidien est fondamental pour permettre au prestataire de minimiser certains obstacles auxquels est soumise toute communication.

#### **Cinq (5) désastres de l'accueil à éviter :**

1. Confusion ou désinformation : Il y a quelques questions auxquelles le personnel à l'accueil ne peut simplement pas répondre, soit en raison de la confidentialité médecin-patient, soit parce qu'une question demande un avis médical. Toutefois, l'employé à l'accueil devrait être en mesure de rediriger la question correctement et s'assurer que les patients se sentent en mesure d'obtenir les réponses dont ils ont besoin.
2. Long temps d'attente : La moyenne de temps d'attente pour les patients dans nos institutions de santé est d'un peu plus de 60 minutes. Cela signifie que beaucoup de patients attendent encore plus longtemps que cela, et c'est beaucoup de temps passé sans qu'aucun service ne lui soit prodigué

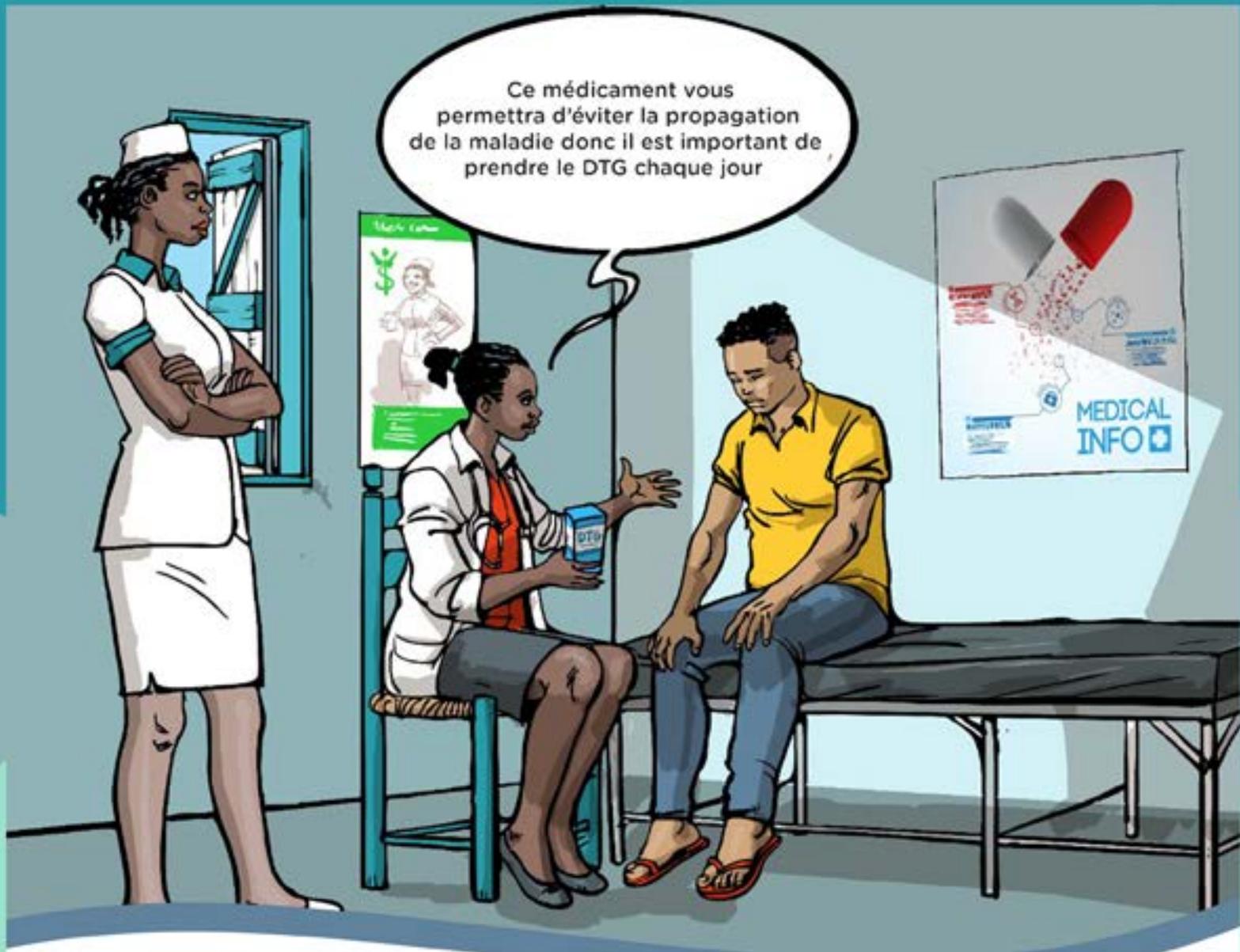
(sans compter le temps passé en attente pour les tests, etc..). L'attente particulièrement longue a une action délétère sur la rétention des patients.

3. Mauvais entretien des relations avec les clients/patients : Les responsables au niveau de l'accueil devront implémenter une stratégie de sensibilisation afin de montrer aux patients qu'ils sont soucieux de leurs problèmes ; qui va au-delà de simplement envoyer des rappels de rendez-vous. Les petits gestes signifient beaucoup, comme celui d'appeler pour vérifier la façon dont un médicament travaille, ou de demander si un enfant se sent mieux. Les patients se souviendront que quelqu'un a pris le temps de leur parler et de poser des questions.

4. Mauvaise expérience d'un client/patient : Une mauvaise expérience peut ruiner les chances de l'institution de fidéliser le patient. Toute mauvaise expérience du patient à l'accueil, non seulement rendra le patient amer contre l'institution, mais il partagera cette expérience avec des amis qui auront vécu la même situation entraînant par conséquent la perte de patients.

5. Éviter les commentaires déplaisants/dérogatoires ou moralisateurs : les employés de l'accueil doivent éviter à tout prix d'employer des phrases négatives comme : « Je ne peux rien y faire », « Ce qui vous arrive est un péché », « À votre âge, pourquoi vous êtes comme cela », etc.

En définitive, lorsque la rétention des clients/patients au niveau d'une institution de santé est faible, elle peut être attribuée à un mauvais accueil conduisant les gens à rester loin d'elle.



# MODULE 7

RELATION D'AIDE-SOIGNANT-SOIGNÉ  
DANS LA PRESTATION DE SOINS VIH  
CENTRÉS SUR LA PERSONNE

## MODULE 7. RELATION D'AIDE-SOIGNANT-SOIGNÉ DANS LA PRESTATION DE SOINS VIH CENTRÉS SUR LA PERSONNE

S'engager auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des populations clés et vulnérables à risque d'infection au VIH et leur fournir les meilleurs soins possibles, est nécessaire pour réduire les nouvelles infections et éliminer le VIH en tant que menace de santé publique d'ici 2030. Quel que soit l'endroit où se trouvent les clients/patients dans le continuum de soins, ces derniers doivent bénéficier d'une approche de soins VIH centrés sur la personne et sur le respect des droits humains. Cette approche place les patients - les personnes dans leur globalité au centre des décisions relatives à l'offre de soins et services VIH de santé et se concentre sur l'engagement des bénéficiaires tout au long de leur parcours de soins. D'après les données, près de 20 % parmi les patients placés sous TAR se retrouvent en interruption de traitement vers la fin de 2021 dans le programme VIH haïtien. En dehors des facteurs liés au système de soins, à la situation socio-économique, au traitement prescrit, aux valeurs culturelles et personnelles, le programme VIH a constaté que certains patients étaient mal informés, peu éduqués sur leur maladie et sur la gestion de leur traitement. Un déficit dans la relation entre le prestataire et le client dans le traitement de l'infection à VIH a été mis en avant face à ce constat. Ce présent module traite de la construction de cette relation d'aide entre le soignant et le soigné dans la prestation des services VIH centrés sur la personne dans une perspective d'offre de soins VIH humanisants pour les bénéficiaires.

**Durée** : 5 heures

### Compétences

- Développer une meilleure compréhension de la relation d'aide prestataire — client.
- Renforcer les capacités du personnel soignant dans l'offre de soins et services VIH de qualité.

### Objectif du module

Renforcer les compétences relationnelles du personnel soignant travaillant au sein du système de soins pour une prise en charge humanisante des PVVIH et populations clés et vulnérables à risque d'infection au VIH.

Au terme de ce module, les participants seront capables de :

- Comprendre la dimension « relationnelle » dans l'offre de soins et services VIH de qualité destinés aux patients ; et
- Développer des compétences pratiques pour une communication empathique, compassionnelle à l'égard des bénéficiaires à travers le continuum de soins basé sur des principes éthiques solides.

**Techniques** : Brainstorming, travail de groupe, mini-exposé interactif, présentations.

**Matériels** : Ordinateur, projecteur, grande feuille (flip chart), marqueurs de différentes couleurs, présentations PowerPoint, fiches pratiques.

### Préparation

- Maîtriser les consignes pour les discussions ainsi que la documentation pour la présentation du module.
- Rédiger la présentation PowerPoint.
- Préparer les outils nécessaires à la conduite des séances du module.

## Contenu

Session 7.1. Relation soignant-soigné : compréhension et importance

Session 7.2. Relation soignant-soigné : techniques et outils

Session 7.3. Résumé du module

### **Sources. Le module est adapté des documents suivants**

1. — MSPP/PNLS (2015). Formation en Communication interpersonnelle et Counseling : Guide du facilitateur.
- 2.— Latifa IMANE (2017). Manuel sur l'accompagnement psychologique des PVVIH centré sur le patient. Programme national de lutte contre le VIH. Haïti.
- 3.— Brigitte CHOUZENOUX (2017). Manuel national et d'outils d'éducation thérapeutique centrée sur les PVVIH en Haïti. Programme national de lutte contre le VIH. Haïti.

## Session 7.1. Relation soignant-soigné : Compréhension et importance

**Durée** : 120 minutes

### Objectifs d'apprentissage

À l'issue de la session, les participants seront capables :

- D'identifier les points importants de la relation entre le soignant et le soigné dans la prestation des services de santé.

**Techniques** : Réflexions individuelles (brainstorming), travail de groupe, mini-exposé interactif

**Matériels** : Ordinateur, projecteur, grande feuille, marqueurs de différentes couleurs, présentations Power-Point ou sur grande feuille.

### Préparation

- Préparer les diapositives et répondre aux questions des participants/participant.es.
- Voir le polycopié de la documentation pour la rédaction des diapositives.
- Préparer le matériel nécessaire.

### Notes au facilitateur/facilitatrice

Plusieurs exercices permettent d'atteindre les objectifs de cette session :

- Réflexion personnelle. L'exercice demande aux participants/participant.es de réfléchir à des moments de leur vie où les relations qu'ils entretiennent en étant soignant d'une part et soigné d'autre part ont été jugées non empathiques et sans compassion et d'utiliser cette expérience pour les aider à comprendre l'importance de cette relation chez clients.
- Travaux de groupe et discussions. Importance de la relation entre le soignant et le soigné dans l'observance du traitement et l'offre de la qualité des services en matière de santé. Pour les instructions, voir les tableaux ci-dessous.

## Déroulement

### Activités : *Réflexions individuelles*

Techniques : *Brainstorming, discussions*

<b>Notes aux facilitateurs/facilitatrices</b> <b>Durée : 60 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs de la séance aux participants/participantes.
<b>Étape 2</b>	Éloigner les participantes/participants et demander leur de penser à deux moments de leur vie où ils avaient des comportements jugés non empathiques et sans compassion :  a) En étant soignant b) En étant soigné
<b>Étape 3</b>	Donner aux participants/participantes 5 minutes pour réfléchir. Ensuite, diviser les participants/participantes en deux groupes partageant leurs expériences en tant que soignant et soigné.
<b>Étape 4</b>	Session Plénière volontaire : personne ne devrait être obligé de raconter son histoire. Les gens partageront s'ils se sentent à l'aise. Si cela peut vous aider, raconter votre propre histoire pour démarrer les choses. Au fur et à mesure que les histoires sont présentées, demander :  <ul style="list-style-type: none"><li>• Comment vous êtes-vous senti dans les deux cas ?</li><li>• Comment cela a-t-il affecté votre vie ?</li></ul> Dépendamment du nombre de participants/participantes et du temps, le partage de quatre (4) expériences peut suffire, à savoir deux (2) dans chaque groupe.  Rappeler aux participants/participantes les règles de base : « Ce qui est partagé doit rester dans la salle ». Encourager les membres du groupe à écouter attentivement l'histoire de chacun.
<b>Étape 5</b>	Interroger les participants/participantes à l'aide de la question suivante :  <ul style="list-style-type: none"><li>• Qu'avez-vous appris de l'exercice ?</li></ul>
<b>Étape 6</b>	Résumer les principaux points soulevés par les participants/participantes au cours de l'exercice. Les remercier et leur faire une présentation PowerPoint.

## **Activités 2 : Étude de cas (choix) 30 minutes**

Étude de cas 1. Un ami me parlait d'un patient, en commençant par les raisons de ses visites médicales : jeune garçon âgé de 25 ans souffrant d'une douleur anale, futur marié, entretient des relations homosexuelles clandestines. Personne de son entourage, ni sa fiancée ou sa famille ne sont au courant de son orientation sexuelle. Le jeune homme est venu en consultation tôt ce matin, mais espérait voir le Dr. Lucien en consultation. Ce dernier est arrivé à la clinique à 13 heures. Le Dr. Lucien voit le jeune pour la troisième fois en consultation. Lors de sa visite, le médecin s'est levé pour dire bonjour au jeune et s'est assis à côté de celui-ci tout au long de son entretien. Le jeune pour remercier la disponibilité et l'efficacité du médecin, lui a apporté une dinde qu'il a remise à la dame de la cafétéria. Dr. Lucien pour sa part l'a remercié pour le geste, mais refuse toutefois son présent et lui demande de prendre à nouveau la dinde pour retourner chez lui. Les raisons avancées par le Dr. sont les suivantes : il a assez d'argent pour s'acheter une dinde et trouve cela très déplacé de sa part. Le jeune s'est senti mal à l'aise et est parti. Pour ma part, en tant que résident en Service Social qui accompagnait Dr. Lucien dans sa consultation, j'étais perplexe, avec de nombreuses interrogations quant à la rupture de cette relation entre ce patient et Dr. Lucien. Avait-il raison d'agir ainsi ? Quelles sont les conséquences dans le suivi du traitement de ce patient ? Quelle distance doit-on garder pour rester professionnel ?

Étude de cas 2. Jeanne, âgée de 28 ans, enceinte de 7 mois, vivant avec le VIH depuis 3 ans, sous TAR, habitant à 100 km de son centre de traitement à la ville de Saint-Marc. Jeanne est arrivée à son RDV en consultation à 10h30 au centre de santé de Saint-Marc. Lorsque Jeanne a remis son dossier médical à l'infirmière, cette dernière a refusé d'accepter son dossier prétextant qu'elle est venue trop tard à son rendez-vous. Selon l'infirmière, elle ne reçoit pas de dossier au-delà de 10 heures du matin. Jeanne a essayé de l'expliquer qu'en raison de la forte pluie d'hier soir, elle ne pouvait pas traverser la rivière en crue. Elle a donc attendu jusqu'à 9 heures pour traverser. L'infirmière était ferme sur sa décision et lui a demandé de retourner demain en dépit des excuses faites par Jeanne. Celle-ci n'avait pas d'argent pour retourner chez elle (elle avait mis tous ses espoirs sur les frais de transport pour son retour), elle n'a personne chez qui rester en ville, sa fatigue et les enfants laissés chez elle l'obligent à partir. Pourtant, Jeanne s'est toujours vantée de la bonne relation qu'elle entretenait avec l'infirmière. Partagez vos opinions sur cette étude de cas en fonction des interrogations avancées plus haut.

## Messages clés (diapositives 1, 2)

### Relation

La relation est un lien qui met en rapport une personne à une autre. Elle peut être décrite comme une « rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. La relation est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel.

### De quelle relation s'agit-il ?

Dans le contexte qui nous intéresse, il s'agit du « lien existant entre deux personnes de statut différent ». Un **soignant**, dont la « mission fondamentale » est « de prendre soin des personnes ». Le soignant peut être un médecin, infirmière, sage-femmes, dentiste, auxiliaire, techniciens de laboratoire, pharmacies, agents de santé, etc.). Et une personne **soignée** « en situation de besoin d'aide » qui désigne la personne qui bénéficie de soins préventifs, curatifs ou palliatifs, délivrés par un soignant (Thibaud, 2015). Le soigné peut être dénommé par plusieurs termes : client, patient, bénéficiaire.

### Relation soignant-soigné

La relation soignant/soigné est un lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soignée. Explication de la définition :

Relation : lien entre un soignant et un soigné

Bilatérale : rapport mutuel entre le soignant et le soigné

Asymétrique : le statut entre le soignant et le soigné est différent

- Le soignant est celui qui a les connaissances et peut aider
- Le patient est celui qui n'a pas les connaissances et a besoin d'aide

N.B. La relation établie avec le patient est basée sur la « confiance », le respect et l'entraide. La communication comme élément déterminant de la relation.

### Niveaux de relation soignant/soigné

Selon Louis Malabeuf, il existe 4 niveaux de relation soignant-soigné qui s'établissent par ordre croissant :

- Relation de civilité
- Relation fonctionnelle
- Relation de compréhension
- Relation d'aide thérapeutique (Voir Polycopie pour les explications)

## Session 7.2. Relation soignant-soigné : Techniques et outils

**Durée** : 100 minutes

### Objectifs d'apprentissage

À l'issue de la session, les participants/participantantes seront capables de :

- S'approprier des techniques et outils permettant la construction d'une relation harmonieuse entre le soignant et le soigné tout au long de son parcours en soins.

**Techniques** : Brainstorming, discussions, mini-exposé interactif

**Matériels :** Ordinateur, projecteur, grande feuille (flip chart), marqueurs de différentes couleurs, présentations PowerPoint ou sur grande feuille.

### Préparation

- Préparer les diapositives et se préparer à répondre aux questions des participantes/participants.
- Voir le polycopié de la documentation pour la rédaction des diapositives.
- Préparer le matériel nécessaire.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Cette séance présente, par le biais de discussions, les principes, attitudes et techniques proposés pour la construction de la relation d'aide/counseling centrée sur le patient pour la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH, les populations clés et vulnérables à risque d'infection au VIH. Ces trois concepts fondamentaux sont tirés de la vision de l'approche de soins centrés sur le patient telle que définie par le psychologue américain Carl Rogers (Référence, Voir le polycopié du module).

### Déroulement

#### Activités : Présentation

Techniques : Jeux cognitifs, discussions

<b>Instructions pour les facilitatrices/facilitateurs</b>	
<b>Durée : 45 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter aux participants/participantes les objectifs de la séance.
<b>Étape 2</b>	Diviser les participants/participantes (4 personnes par groupe maximum). Chaque groupe reçoit trois feuilles A4 (8 ½ par 11) . Dans chacune des feuilles est inscrite l'un des trois concepts fondamentaux définis par Carl Rogers dans la construction de la relation d'aide entre le soignant et le soigné, à savoir « Empathie », « la bienveillance », « Acceptation positive ».
<b>Étape 3</b>	Chaque groupe reçoit une feuille sur laquelle se trouve un ensemble de thèmes en lien avec les concepts fondamentaux cités plus haut. Chaque groupe doit lier chaque thème avec son concept correspondant (Consulter les thématiques des concepts fondamentaux dans le polycopié). Les participantes/participantes ont 10 minutes pour réaliser cet exercice.
<b>Étape 4</b>	Sélectionner deux parmi les groupes sur la base d'un tirage au sort pour présenter leurs résultats en plénière.
<b>Étape 5</b>	Demander aux autres groupes de réagir sur l'exercice.
<b>Étape 6</b>	Remercier les participants/participantes.

## Activité 2. Processus de l'assistance-conseil (counseling pré et post)

Techniques : Exercice de réflexion, discussion

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 60 minutes	
<b>Étape 1</b>	Présenter aux participants/participantes les étapes d'une assistance-conseil : a) Counseling pré test : accueil et mise en contexte. b) Counseling post test : annonce du diagnostic et exploration des retentissements potentiels de l'infection sur la vie de la personne et des réseaux de soutien disponibles.
<b>Étape 2</b>	Maintenir les mêmes groupes de l'exercice précédent. Demander à chaque groupe de déterminer les activités/gestes pratiques à mettre en œuvre à chaque étape de l'assistance-conseil. Les groupes ont 15 minutes pour rédiger leurs réponses.
<b>Étape 3</b>	Chaque groupe fait le choix d'un rapporteur. Sélectionner 2-3 groupes par tirage au sort pour présenter en plénière.
<b>Étape 4</b>	Demander aux autres groupes de suivre et de noter leurs réflexions sur une feuille pour les discussions en grand groupe.
<b>Étape 5</b>	Animer les discussions et demander aux participants/participantes de donner des exemples de questions que les prestataires peuvent poser.
<b>Étape 6</b>	Remercier les participants/participantes de leur présentation et passer à la séance suivante.

Messages clés (diapositives 3, 4)

Construire une relation d'aide

Construire une relation de soins fondée sur le patient et les droits de la personne, nécessite que les prestataires de soins impliqués dans la PEC globale des PVVIH maîtrisent et mettent en œuvre les principes, les attitudes et les techniques de la relation d'aide/counseling centrée sur le patient (Voir figure dans le Polycopié).

Confiance dans la relation soignant/soigné

Il constitue un facteur d'observance au traitement et de fidélisation en soins.

La relation de confiance soignant/soigné est en effet un moteur central dans la continuité des soins.

Pour avoir confiance dans son soignant, la personne accompagnée doit se sentir « comprise dans sa singularité, respectée et traitée en partenaire » à part entière.

L'observance augmente sensiblement lorsque les patients perçoivent de l'empathie chez le médecin, qu'ils peuvent échanger des informations, qu'ils lui font confiance et le considèrent comme un partenaire (Résultats entretiens Index Stigma en Haïti, 2020-2021).

N.B. Chaque soignant doit tout faire pour mettre en confiance le patient. Pour cela il doit l'écouter, lui parler, le rassurer, l'aider.

Concepts fondamentaux de la construction de la relation d'aide : Construire une relation de soins fondée sur la confiance, nécessite que les prestataires de soins impliqués dans la PEC globale des PVVIH maîtrisent et mettent en œuvre les principes, les attitudes et les techniques de la relation d'aide/counseling centrée sur le patient.

La relation d'aide comprend trois concepts principaux. Les concepts suivants déterminent la manière dont s'y prendra le soignant afin de créer une ambiance favorable tant à l'instauration d'un climat de confiance qu'à l'émergence d'une parole propre au sujet.

#### Les attitudes

- L'acceptation positive : Le professionnel ne porte pas de jugement sur la situation médicale du soigné. Il l'accepte tel qu'il est en tant que personne et non en tant que malade.
- L'authenticité : La relation doit être honnête, naturelle, franche, sans mensonges ni artifices
- L'empathie : L'empathie est souvent considérée comme étant l'approche la plus appropriée dans la relation soignant - patient. C'est la faculté de ressentir les sentiments d'autrui. Dans ce cas, le soignant et le soigné ont établi une relation suffisamment proche pour que le professionnel puisse percevoir les ressentis de son patient sans pour autant les avoir vécus. (Voir Polycopié pour plus d'explication). La base de l'empathie est l'écoute, non pas une écoute interprétative ou évaluative, mais une écoute compréhensive.

#### Les principes éthiques

Les principes de la relation d'aide sont les mêmes que ceux qui fondent l'éthique des soins médicaux.

- 1) La bienfaisance. L'intérêt et le bien-être physique, psychologique et social de la PVVIH doivent guider le projet de soin proposé.
- 2) L'autonomie et le libre choix. Le patient a le droit de choisir les solutions les mieux adaptées à sa situation et ce même si l'accompagnant a d'autres préférences.
- 3) Le consentement éclairé. Le patient et son entourage doivent bénéficier de toutes les informations nécessaires (savoir sur les modalités de diagnostic, de suivi, sur le traitement, les bénéfices et les inconvénients éventuels du soin/appui proposé) pour leur permettre de décider en toute autonomie et liberté des solutions les plus adaptées à leurs besoins/réalités
- 4) La confidentialité. Conformément aux normes nationales de la PEC, les informations relatives à la nature de la maladie et aux modes/conditions de vie du patient ne doivent être partagées qu'avec son accord éclairé (avantages/inconvénients) et seulement avec les soignants/proches pouvant faciliter le projet de soins.
- 5) La justice et l'équité. L'un des aspects de la stigmatisation envers les PVVIH et PC, consiste à leur refuser les soins auxquels ils ont droit, ou à leur accorder les soins d'une qualité moindre.
- 6) Le respect. Il est donc essentiel non seulement d'un point de vue éthique, mais aussi pour des raisons de santé publique, que la qualité des soins et des appuis proposés soit la même pour tous les patients en fonction de leurs besoins, quel que soit leur âge, leur sexe, leur statut social et légal, leur orientation sexuelle, leur mode de vie ou leur situation économique

#### Les techniques et compétences pratiques

Les techniques d'écoute active. Les techniques d'écoute active ou écoute bienveillante utilisées dans le cadre du counseling consistent à :

- Respecter les temps de silence du patient quand il réfléchit, cherche ses mots ;
- S'intéresser aussi bien au verbal (ce que dit le patient) qu'au non verbal (gestes, attitudes, mimiques...). Les gestes et les postures peuvent être en effet beaucoup plus expressifs que les mots ;
- Éviter les attitudes qui montrent l'impatience, le désintérêt : répondre au téléphone, regarder sa montre en permanence, soupirer ; et
- Éviter les questions fermées en privilégiant les questions ouvertes qui favorisent des réponses qui vont au-delà de oui ou de non et encouragent le patient et son entourage à s'exprimer.

## Session 7.3. Résumé du module

### Instructions aux facilitateurs/facilitatrices

Durée : 20 minutes

<b>Étape 1</b>	Demander à 3 volontaires (participant/participante) « Qu'avez-vous appris au sujet du rôle et de la place du soignant dans la construction de la relation entre le soignant et le soigné ? »
<b>Étape 2</b>	Demander à 3 autres volontaires (participant/participante) d'énumérer des actions concrètes à mettre en branle au retour de la formation dans leurs établissements respectifs pour améliorer la dimension relationnelle entre le soignant et le soigné dans les services de PEC des PVVIH, populations vulnérables (jeunes, femmes enceintes) et les PC (HSH, PS).
<b>Étape 3</b>	Demander aux participants/participantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer avec un autre module.



## I. PRINCIPES FONDAMENTAUX DE LA RELATION ENTRE LE SOIGNANT-SOIGNÉ

« La relation est au carrefour de toute action dans le milieu professionnel ». Or, chaque instant passé auprès de nos patients nous mène à établir une « relation soignant — soigné ». Nous n'avons pas le choix du soigné et notre profession nous impose ce cadre relationnel. Nous pouvons donc parler de relation « imposée », car ni le patient ni le soignant ne choisissent d'entrer en relation l'un avec l'autre.

### 1.1. De quelle relation s'agit-il ?

Dans le contexte qui nous intéresse, il s'agit du « lien existant entre deux personnes de statut différent ». Un soignant, dont la « mission fondamentale » est « de prendre soin des personnes ». Le soignant peut être un médecin, infirmière, sage-femmes, dentiste, auxiliaire, techniciens de labo, pharmacies, agents de santé, etc.). Et une personne soignée « en situation de besoin d'aide » qui désigne la personne qui bénéficie de soins préventifs, curatifs ou palliatifs, délivrés par un soignant (Thibaud, 2015). Le soigné peut être dénommé par plusieurs termes : client, patient, bénéficiaire. Les enjeux ne sont donc pas les mêmes pour le soignant et le soigné. De plus, « chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière » (Formarier, 2007, p. 33). C'est la relation de soin qui nous lie avant tout à nos patients. Nous ne pouvons pas soigner sans interagir avec nos patients.

### 1.2. Relation soignant-soigné

La relation soignant/soigné est un lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soignée. Explication de la définition :

Relation : lien entre un soignant et un soigné.

Bilatérale : rapport mutuel entre le soignant et le soigné.

Asymétrique : le statut entre le soignant et le soigné est différent

- Le soignant est celui qui a les connaissances et peut aider
- Le patient est celui qui n'a pas les connaissances et a besoin d'aide

Cette relation nécessite trois attitudes :

- Un engagement personnel du prestataire [...]
- Une objectivité [...]
- Un minimum de disponibilité

N.B. La relation établie avec le patient est basée sur la « confiance », le respect et l'entraide.

### 1.3. Niveaux de relation soignant/soigné

Selon Louis Malabeuf, il existe 4 niveaux de relation soignant-soigné qui s'établissent par ordre croissant

- Relation de civilité
- Relation fonctionnelle
- Relation de compréhension
- Relation d'aide thérapeutique

**1.3.1 Relation de civilité** : Relation qui intervient en dehors du soin et qui correspond au rituel social de reconnaissance de l'autre, qui fait partie des règles de civilité, et aux codes socioculturels tels que : être poli ; être courtois ; saluer ; se présenter. On n'y prête pas vraiment attention, lorsque ces rituels sont pratiqués, néanmoins leurs absences peuvent être lourdes de conséquences et marquer notamment une impolitesse,

un manque de respect, du mépris.

**1.3.2. Relation fonctionnelle :** Relation qui correspond en général à une fonction d'investigation par le biais de recueils d'information sur le patient afin de mieux le connaître et pour orienter la prise en soin. Ces données peuvent comprendre : signes cliniques et paracliniques de la pathologie ; habitudes de vie ; données familiales ; données socio-professionnelles.

**1.3.3. Relation de compréhension :** La relation de compréhension, de soutien, de confort qui s'exprime dans un début de relation par le biais d'une écoute attentive. Relation qui intervient dans un but empathique pour soutenir le patient : écoute active ; dédramatisation

**1.3.4. Relation d'aide thérapeutique :** La relation d'aide thérapeutique, qui « se met en place progressivement par l'instauration d'un climat de confiance dans le respect d'au moins deux préalables que sont : le temps minimum à consacrer au malade et, pour soi-même, un minimum de « disponibilité » psychologique ». (Malabeuf, 1992)

## 1.4. La relation soignant — soigné : quelles particularités ?

« Tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant/soigné (...) le travail de soignant inclut nécessairement un aspect de relation ». Participent à la relation soignant-soigné : la tenue ; les attributs de la fonction ; le contexte (hôpital, domicile...). Ces différents éléments véhiculent d'emblée un message (communication non verbale : la blouse, le stéthoscope, etc.). Ils définissent un cadre, des fonctions, des codes et des rôles. Ces éléments ne sont pas neutres.

La relation soignant-soignée est souvent décrite comme étant une relation d'aide, car le soignant est là aussi pour aider la personne à aller mieux, pour l'accompagner vers cet état de mieux-être. La relation d'aide est la capacité que peut avoir un soignant à amener toutes personnes en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation ; c'est un soin relationnel. En somme, on peut être en confiance lorsque l'on se sent en sécurité. Pour garantir cette confiance, c'est au soignant de faire preuve d'habileté communicationnelle et d'une qualification professionnelle. Une relation de soins implique donc d'être capable de mettre en place une communication efficace. Mais le soignant aussi doit pouvoir être en confiance avec son patient et dans sa capacité à le soigner.

### Le counseling

Une relation proche de la relation d'aide est l'activité de counseling. Elle est décrite comme une méthode de soutien. Son rôle est de faciliter la vie du sujet d'une manière qui respecte ses valeurs, ses ressources personnelles et sa capacité de décision. La méthode utilisée est l'entretien dont le style peut varier en fonction des écoles théoriques de référence. Ces entretiens permettent d'aider le patient à évoquer ses difficultés, à ramener son angoisse à des proportions plus contrôlables, à faire l'exploration de ses propres réactions et à prendre ses propres décisions.

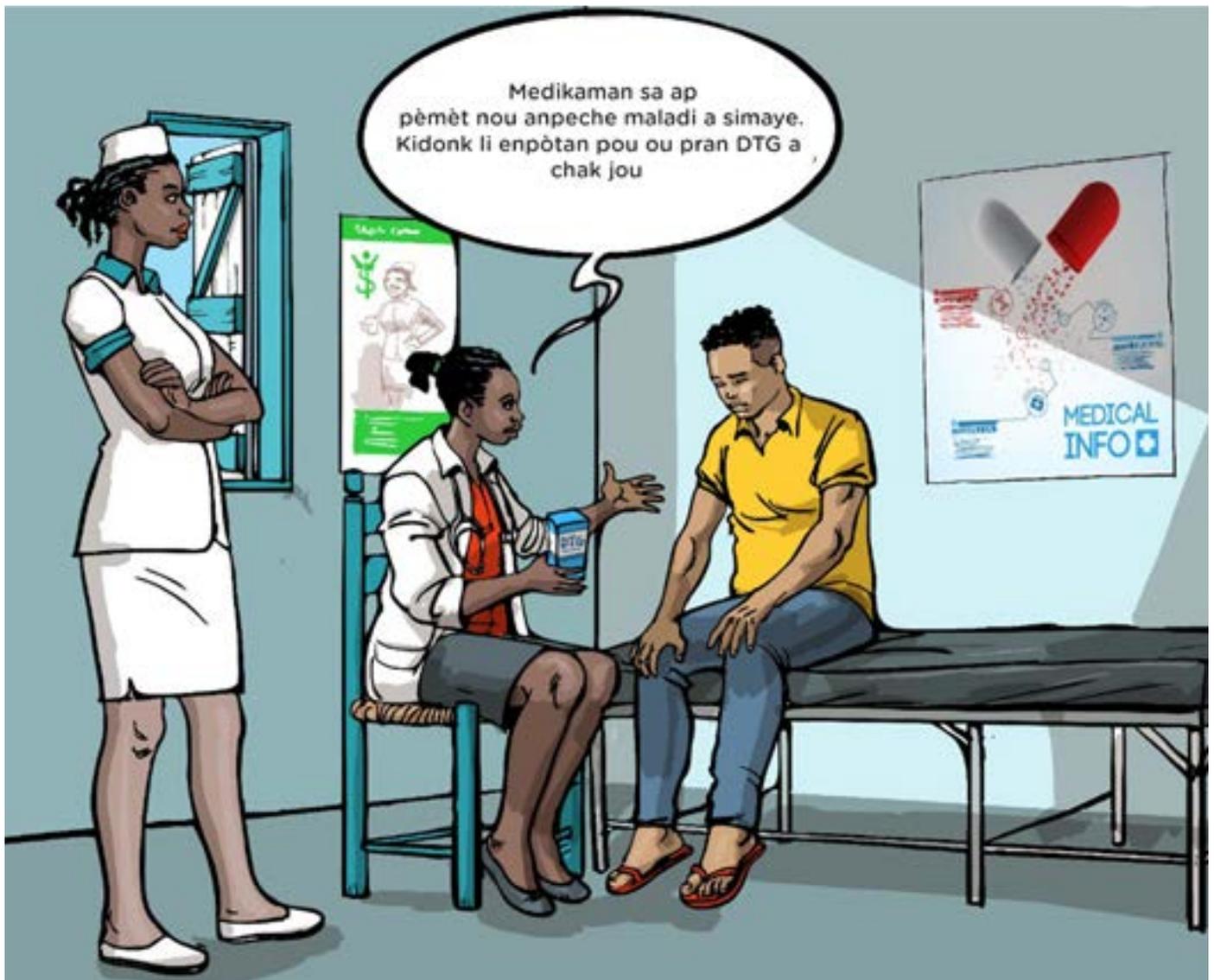
## II. CONSTRUIRE LA RELATION D'AIDE ENTRE LE SOIGNANT ET LE SOIGNÉ

La relation d'aide est une méthode de soins qui peut être utilisée dans tout processus d'accompagnement par « lequel une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face » en toute autonomie et sans se substituer à elle. Il faut l'aider à faire et ne pas faire pour elle. La relation d'aide repose en effet sur le postulat que « toute personne [même fragilisée par une maladie] possède en elle-même un potentiel et des ressources suffisantes pour lui permettre de gérer tous les aspects de sa vie ». Ce qu'attendent les patients, c'est non seulement une compétence technique, mais également une

présence humaine bienfaisante. Ils souhaitent ne pas être réduits à leur maladie, mais désirent avant tout être écoutés et reconnus en tant que « personnes humaines ».

Dans la relation de soins avec le patient, le professionnel de santé a une mission d'information et d'éducation inhérente à sa mission de soins. Dans la relation de soins, le professionnel de santé soigne et informe le patient. Dans la relation éducative, les acteurs éducateurs prolongent l'information, mais travaillent à améliorer les compétences du patient pour vivre avec sa maladie et les traitements, avec une meilleure qualité de vie. La transmission de connaissances a pour but d'éclairer, d'expliquer, de recueillir l'adhésion du patient, de donner des instructions... Construire une relation de soins fondée sur le patient et les droits de la personne nécessite que les prestataires de soins impliqués dans la PEC globale des PVVIH maîtrisent et mettent en œuvre les principes, les attitudes et les techniques de la relation d'aide/counseling centrée sur le patient et tirée de la vision du psychologue Carl Rogers.

Figure 2. Extrait du Manuel sur l'accompagnement psychosocial des PVVIH centré sur les patients, publié en 2017 par le PNLS.



## A. Les attitudes

1) **L'acceptation positive inconditionnelle.** Un des fondements d'une relation d'aide fondée sur la confiance est l'acceptation de la personne telle qu'elle est : son mode de vie, son orientation et ses pratiques sexuelles, ses addictions éventuelles, son apparence, ses croyances... L'acceptation inconditionnelle est le contraire de la stigmatisation fondée sur des préjugés culturels, moraux et religieux ;

2) **La neutralité bienveillante.** La neutralité bienveillante qui consiste « à respecter la singularité du patient sans chercher à le modeler selon les propres croyances ou positionnements du soignant/aidant n'exclut pas la sympathie ». La neutralité ne doit pas être comprise comme l'indifférence, mais le respect de la différence de la personne accompagnée.

3) **L'empathie.** Il s'agit de « pénétrer dans l'univers de la personne accompagnée, pour se rendre compte de ce qu'elle vit et de la façon dont elle le vit, et lui apporter le réconfort dont elle a besoin, mais sans s'identifier à son vécu et sans en vivre soi-même les émotions ». L'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de « comme si ». L'empathie se caractérise donc par deux composantes primaires : 1) une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne sans confusion avec ses propres affects. Il ne faut pas en effet confondre empathie avec sympathie. L'empathie est la capacité de comprendre précisément les sentiments d'autrui tout en conservant une distance affective par rapport à l'autre, tandis que la sympathie suppose un partage de sentiments et l'établissement de liens affectifs.

Les attributs de l'empathie. L'empathie sous-tend une relation consciente et volontaire de la part de l'infirmière, - la relation nécessite une écoute active pour donner un sens aux paroles échangées, en fonction de la personne qui les dit (la personne est prise comme référence), — l'empathie a des dimensions temporelles limitées à l'interaction en cours, — l'empathie implique d'être objectif et exempt de jugement de valeur, sans aucune interférence de ses représentations.

4) **Le respect et le maintien de l'autonomie du patient.** L'APS centré sur la personne fragilisée par le VIH/sida vise pour l'essentiel à l'aider à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face en toute autonomie et sans se substituer à elle. Il ne s'agit pas d'agir à sa place, mais de renforcer son savoir, son vouloir et son pouvoir agir en toute autonomie.

5) **L'engagement.** L'engagement consiste à montrer son intérêt pour la personne et son sens de la responsabilité en évitant de faire des promesses qui ne pourront pas être tenues et en respectant les engagements pris ou, sinon, d'expliquer pourquoi cela n'a pas été possible de les tenir.

## B. Les principes éthiques

Les principes de la relation d'aide sont les mêmes que ceux qui fondent l'éthique des soins médicaux.

7) **La bienfaisance.** L'intérêt et le bien-être physique, psychologique et social de la PVVIH doivent guider le projet de soin proposé.

8) **L'autonomie et le libre choix.** Le patient a le droit de choisir les solutions les mieux adaptées à sa situation, et ce même si l'accompagnant a d'autres préférences.

9) **Le consentement éclairé.** Le patient et son entourage doivent bénéficier de toutes les informations nécessaires (savoirs sur les modalités de diagnostic, de suivi, sur le traitement, les bénéfices et les inconvénients éventuels du soin/appui proposé) pour leur permettre de décider en toute autonomie et liberté des solutions

les plus adaptées à leurs besoins/réalités.

10) **La confidentialité.** Conformément aux normes nationales de la PEC, les informations relatives à la nature de la maladie et aux modes/conditions de vie du patient ne doivent être partagées qu'avec son accord éclairé (avantages/inconvénients) et seulement avec les soignants/proches pouvant faciliter le projet de soins.

11) **La justice et l'équité.** L'un des aspects de la stigmatisation envers les PVVIH et PC consiste à leur refuser les soins auxquels ils ont droit ou à leur accorder les soins d'une qualité moindre.

12) **Le respect.** Il est donc essentiel non seulement d'un point de vue éthique, mais aussi pour des raisons de santé publique, que la qualité des soins et des appuis proposés soit les mêmes pour tous les patients en fonction de leurs besoins, quel que soit leur âge, leur sexe, leur statut social et légal, leur orientation sexuelle, leur mode de vie ou leur situation économique. Les patients et leur entourage doivent être bien accueillis, respectés et traités avec dignité, aussi bien au niveau du langage utilisé, que dans les attitudes et les comportements des soignants. Le respect se traduit notamment par la ponctualité, la qualité de l'accueil, la sincérité, la transparence, l'authenticité, etc.

### C. Les techniques et compétences pratiques

**1) Les techniques d'écoute active.** Les techniques d'écoute active ou écoute bienveillante utilisées dans le cadre du counseling consistent à :

- Respecter les temps de silence du patient quand il réfléchit, cherche ses mots ;
- S'intéresser aussi bien au verbal (ce que dit le patient) qu'au non verbal (gestes, attitudes, mimiques...). Les gestes et les postures peuvent être en effet beaucoup plus expressifs que les mots ;
- Éviter les attitudes qui montrent l'impatience, le désintérêt : répondre au téléphone, regarder sa montre en permanence, soupirer, etc ;
- Éviter les questions fermées en privilégiant les questions ouvertes qui favorisent des réponses qui vont au-delà de oui ou de non et encouragent le patient et son entourage à s'exprimer.

<b>Activités</b>	<b>Exemples de stratégies pratiques pour une écoute active lors d'un entretien</b>	
<b>Entretien d'observance</b>	<b>Questions ouvertes :</b>  <i>Comment cela se passe-t-il avec votre traitement ?</i>  <i>Koman'w ye ak medikaman yo?</i>	<b>Questions fermées :</b>  <i>Avez-vous pris votre traitement tous les jours ?</i>  <i>Eske ou pran medikaman ou yo chak jou ?</i>
<b>Recours à la reformulation</b>	<b>Ce que dit le patient</b>  <i>Ça ne va pas du tout. Je suis angoissé !</i>	<b>Reformulation par le patient</b>  <i>Donc, si j'ai bien entendu, vous êtes anxieux !</i>

<b>Utilisation de la clarification</b>	<b>Ce que dit le patient</b>  <i>Ce traitement, c'est vraiment trop puissant !!!</i>  <i>Medikaman sa yo fo anpil anpil</i>	<b>Ce que dit le soignant</b>  <i>Expliquez-moi un peu ce que vous entendez par « le traitement est vraiment trop puissant » ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?</i>  <i>Esplike'm sa ou vle di le ou di medikaman yo tro fo a. Kisa'k fe ou di sa ?</i>
<b>Reformulation reflet</b>	<b>Ce que dit le soignant</b>  <i>« Je vous sens triste..., Mwen santi kè'w pa kontan »</i>  <i>J'ai l'impression que ça va mieux. M santi'w fè anpil jefo'</i>	<b>Ce que dit le patient</b>  <i>« Oui »</i>  <i>« Non »</i>
<b>Synthèses en milieu et à la fin des entretiens</b>	<i>« Donc, pour résumer, nous avons souligné l'importance de..., puis nous avons décidé qu'il serait utile de... » « Kidonc, pou nou fini, nou te chita sou impotans ki genyen nan..., epi nou te we lap pi bon si... »</i>	

**2) L'exploration des représentations sociales.** Les représentations sociales de la maladie et de son traitement sont déterminées par un ensemble de facteurs : croyances religieuses et culturelles, ses opinions, ses connaissances, son éducation. La représentation sociale est une vision fonctionnelle du monde permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place). La manière dont la personne se représente sa maladie et son traitement peut influencer de façon positive ou négative l'adhésion au projet de soin et au traitement.

**3) L'apport d'informations et de conseils.** Une des fonctions du soignant/aidant consiste à apporter des informations et des conseils destinés à renforcer le savoir, vouloir et pouvoir de soigner/traiter des personnes accompagnées. Il est essentiel que les informations et les conseils apportés soient exacts, justes, et adaptés aux besoins des personnes.

**4) La gestion de situations difficiles.** Les acteurs impliqués dans la mise en œuvre d'activités d'APS dans les pays à ressources limitées, comme c'est le cas pour Haïti, peuvent être confrontés à certaines situations difficiles comme celles avancées ci-dessous :

- Gérer l'incapacité à aider matériellement les personnes accompagnées dont certaines sont dans des situations de pauvreté extrême.
- Gérer les dilemmes liés au devoir de respecter les principes éthiques de la relation d'aide au détriment parfois de ses valeurs et croyances.
- Gérer les réactions émotionnelles de la personne accompagnée face à la maladie.
- Gérer le refus de se soigner/se traiter liés aux croyances culturelles et religieuses.
- Gérer les situations d'agressivité et de violence éventuelles.

## Chronicité/relation soignant-soigné

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, citée par Rat, 2004, p. 11), « Une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années. » Cette définition très large permet d'inclure diverses sortes de maladies : non transmissibles, transmissibles persistantes, mentales, ainsi que les altérations anatomiques et fonctionnelles.

Les temporalités divergent du malade au soignant. Le malade a besoin d'un temps d'acceptation et de mise en place de nouveaux comportements, là où le soignant se sent engagé dans une course contre la montre pour la prévention des complications (Assal, 1997 Grimaldi, 2006).

La maladie chronique impose une observance au long cours : il ne s'agit plus de suivre un traitement, mais de l'intégrer dans sa vie.

D'où l'importance du temps de l'adhésion, temps qui permet au sujet de se structurer et, en retour, de structurer le temps en l'organisant à sa façon.

La maladie chronique y est caractérisée par :

- La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ; une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social. Ceci complique la tâche de la personne soignée qui souhaiterait gérer son parcours de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Pauline Begue et Zona Zaric (2017). *Agir avec compassion, penser un soin (en) commun*. Elsevier Masson SAS. France.
2. Moudatsou M, Stavropoulou A and Koukouli S (2020). The rôle of empathy in health and social care professionals. *Journal Healthcare* (8) 26. <https://doi:10.3390/helathcare 8010026>
3. Pinto et al. (2019) A client-centered relational framework on barriers to the integration of HIV and substance use services: a systematic review. *Harm Reduction journal*, (16) 71. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0347-x>.
4. MSPP/PNLS (2015). *Formation en Communication interpersonnelle et Counseling : Guide du facilitateur*.
5. Latifa IMANE (2017). *Manuel sur l'accompagnement psychologique des PVVIH centré sur le patient*. Programme national de lutte contre le VIH. Haïti.
6. Brigitte CHOUZENOUX (2017). *Manuel national et d'outils d'éducation thérapeutique centrée sur les PVVIH en Haïti*. Programme national de lutte contre le VIH. Haïti.



Madame vous  
êtes séropositive pour le VIH,  
vous devez prendre vos  
médicaments

La patiente avec  
le médecin a le VIH

# MODULE 8

## ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

## MODULE 8. ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Une préoccupation commune des programmes conçus pour atteindre, recruter et retenir les clients dans le continuum des services liés au VIH est leur capacité à aider les clients à surmonter les obstacles individuels au changement. Les programmes de formation en matière de santé publique sont généralement axés sur la diffusion de messages clés, l'éducation et l'accès ou l'orientation vers des ressources. Ce module est conçu pour initier les participants à la démarche de l'entretien motivationnel couramment appelé counseling incitatif de manière à répondre aux défis auxquels est confronté le personnel soignant pour motiver les clients à prendre des décisions éclairées qui mènent à des résultats positifs durables.

L'un des objectifs visés dans la prestation de soins centrés sur la personne est de l'aider à prendre les décisions et à agir en vue de satisfaire ses besoins ou de résoudre ses problèmes. Ceci peut impliquer la nécessité pour lui de changer de comportement, de mode de vie ou même d'agir sur son environnement pour promouvoir sa santé tant physique, mentale que sociale. Dans ce module, seront abordés des aspects relatifs au changement de comportement, particulièrement le processus et les facteurs tant internes qu'externes qui l'influencent. La pratique est indispensable à l'apprentissage de cette approche exigeante et utile aux patients.

**Durée : 3 heures**

### Compétences :

- Établir des relations interpersonnelles satisfaisantes avec les clients, leurs proches et la communauté pour une prestation de services VIH humanisant.
- Accompagner les clients et leurs proches dans le processus de changement de comportement pour une meilleure fidélisation en soins.

### Objectif du module

Permettre aux participants/participant(e)s d'avoir une meilleure vision et les éléments de base du counseling incitatif

À la fin de ce module, les participants/participant(e)s seront en mesure de :

- Comprendre le but et les éléments du counseling incitatif ; et
- Maîtriser les étapes du changement de comportement en matière de santé.

### Contenu :

Session 8.1. Introduction au counseling incitatif

Session 8.2. Processus et étapes pour le changement de comportement

Session 8.3. Résumé du module

**Techniques :** Questions-réponses, discussions en petit groupe, mini-exposé, jeux de rôle.

**Matériels :** Diapositive intitulée " introduction au counseling incitatif " (telecharger la video sur la compensation [https://www.youtube.com/watch?v=cDDWvj\\_q-o8](https://www.youtube.com/watch?v=cDDWvj_q-o8)) flipchart et marqueurs.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Ce module est conçu pour initier le personnel soignant aux défis auxquels ils sont confrontés pour motiver les clients à prendre des décisions éclairées qui mènent à la fidélisation et la rétention en soins. Ce module constitue une brève introduction au counseling incitatif. Il est indispensable pour les participants/partici-

pantes œuvrant dans la prestation de services VIH d'approfondir leurs capacités techniques par le biais d'une formation spécialisée sur l'entretien motivationnel. FHI 360 dispose d'un matériel pédagogique permettant de conduire une session de formation de formateurs sur l'entretien motivationnel. La formation est assurée par la Fondation SEROVie. Ce module constitue un extrait de ce manuel de formation. Prière de consulter le manuel ci-après pour renforcer vos capacités techniques sur le sujet.

**Sources : Ce module est une synthèse du document validé suivant :**

1.— Avery M, Levitt D. Counseling incitatif (2020) Un programme de formation pour le personnel de proximité travaillant dans le cadre de programmes de lutte contre le VIH pour les populations clés et prioritaires. Guide de formations des facilitateurs. FHI 360.

2.— William R Miller and Stephen Rollnick (2013). L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement. *InterEditions*, 2e Édition, p433.

## Session 8.1 : Introduction au counseling incitatif

**Durée :** 90 minutes

### Objectifs

À la fin de cette session, les participants/participant(e)s seront en mesure de :

- Cerner le but et les éléments du counseling incitatif.

**Techniques :** Discussions en petit groupe, mini-exposé, questions-réponses.

**Matériels :** Diapositives, flip chart et marqueurs.

### Préparation

Préparer les diapositives.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

Faire une séance de réflexion sur les exemples de comportement que les participants/participant(e)s ont essayé de changer.

### Déroulement

#### **Activité. Compréhension du Counseling incitatif**

*Technique : Réflexion individuelle, discussions*

<b>Instructions aux facilitateurs/facilitatrices</b>	
<b>Durée : 30 minutes</b>	
<b>Étape 1</b>	Présenter les objectifs de la session aux participants/participant(e)s.
<b>Étape 2</b>	Projeter la diapositive intitulée « Introduction au counseling incitatif » pour la présentation.
<b>Étape 3</b>	Commencer par rappeler aux participants/participant(e)s qu'il est difficile de changer de comportement – que ce soit lorsque nous aidons nos clients à changer de comportement ou de changer le nôtre. Demander aux participants/participant(e)s de donner des exemples de comportements qu'ils ont eux-mêmes tenté (ou tentent) de changer.

<b>Étape 4</b>	<p>Inviter quelques volontaires à partager leur expérience avec le groupe à l'aide des questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Quel changement avez-vous fait/essayé de faire dans votre vie, et quel a été le degré de facilité ou de difficulté pour arriver à ce changement ?</li> <li>● Qu'est-ce qui a contribué à le rendre plus facile ou plus difficile ?</li> <li>● Avez-vous réussi à effectuer le changement ? Du premier coup ou après plusieurs essais ?</li> <li>● Comment expliquez-vous cette réussite/cet échec ?</li> <li>● Combien de temps est-ce que vous avez pris pour parvenir au changement</li> </ul>
<b>Étape 5</b>	<p>Discuter avec les participants/participantantes des différentes composantes de la définition du counseling incitatif telles que la motivation, l'ambivalence et le changement. La plupart des clients auront des sentiments mitigés face aux composantes (c'est tout à fait normal).</p>

### MESSAGES CLÉS (DIAPOSITIVES 1, 2)

**L'entretien motivationnel (EM) ou counseling incitatif.** C'est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. C'est une approche qui a pour but d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement.

L'EM utilise une approche centrée sur le patient pour encourager la décision de changement dans laquelle les moteurs sont, en plus de l'empathie, le soutien à l'efficacité personnelle, le développement des divergences (conflits psychiques internes) et la diminution de la résistance au changement.

- **L'ambivalence.** C'est le fait de vouloir et de ne pas vouloir quelque chose simultanément, ou vouloir à la fois deux choses incompatibles. Dans la tête de la personne ambivalente coexistent à la fois les arguments pour et contre le changement.
- **Réflexe correcteur.** C'est le désir de réparer ce qui semble ne pas fonctionner chez les gens et de les conduire rapidement dans une meilleure direction, réflexe relié particulièrement à un style directif.

## Session 8.2 : Processus et étapes pour le changement de comportement

**Durée :** 45 minutes

### Objectifs de la session

À la fin de la session, le prestataire sera capable :

- D'expliquer le processus de changement de comportement en faisant ressortir les différents facteurs qui peuvent l'influencer ; et
- De tenir compte des différents facteurs qui peuvent influencer le processus de changement de comportement.

**Techniques :** Discussions en petit groupe, mini-exposé, questions-réponses.

**Matériels :** Flip chart et marqueurs, ordinateur et rétroprojecteur, présentation PowerPoint.

### Notes aux facilitateurs/facilitatrices

- Lire le document de référence et au besoin d'autres résultats de recherche, pour se préparer à répondre aux questions des participants/participantantes.

- Préparer les supports didactiques – PowerPoint, flip chart, photocopies.

## Déroulement

### Activités : Processus de changement de comportement

Techniques : Questions-réponses, discussions, mini-exposé

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 30 minutes	
Étape 1	Présenter aux participants/participantes les objectifs de la session.
Étape 2	Demander aux participants/participantes de relever les facteurs qui ont influencé la réussite ou l'échec du changement de comportement.
Étape 3	Noter les réponses sur un flip chart et en faire une synthèse pour faire ressortir les six (6) catégories de facteurs déterminants du changement de comportement.
Étape 4	Puis, inviter les participants/participantes à se référer à l'activité précédente pour déterminer les différentes étapes par lesquelles peut passer un individu pour arriver à un changement de comportement.
Étape 5	Faire une synthèse des points listés par les participants/participantes et les classer pour arriver aux étapes du processus de changement de comportement.
Étape 6	Demander aux participants/participantes de classer ces étapes selon l'ordre chronologique.
Étape 7	Animer une discussion en plénière sur l'ordre des étapes du changement de comportement. Discuter de chacune des étapes et faire ressortir les actions de communication appropriées à chaque étape.
Étape 8	Mettre fin à l'activité en attirant l'attention des participants/participantes sur l'importance d'adapter les interventions et les messages aux clients selon l'étape où ils se trouvent dans le processus de changement de comportement. Le formateur/la formatrice peut proposer des exemples réels.
Étape 9	Présenter, avec un support PowerPoint ou grande fiche, les concepts relatifs au changement de comportement d'un individu et répondre aux éventuelles questions des participants/participantes.

## Session 8.3. Résumé du module

Instructions aux facilitateurs/facilitatrices	
Durée : 10 minutes	
Étape 1	Demander à 3 volontaires (participant/participante) « Qu'avez-vous appris au sujet de l'entretien motivationnel ? »
Étape 2	Demander aux participants/participantes s'ils ont des questions ; y répondre avant de continuer de clore ce module.
Étape 3	Au terme de ce module, il est prié aux facilitateurs/facilitatrices de conduire <b>l'atelier sur le développement du code de conduite et du plan d'action pour la prestation de soins VIH centrés sur la personne et l'instauration d'un établissement sanitaire respectueux et sans stigmatisation</b> . L'élaboration des fiches pratiques du <b>code de conduite et plan d'action</b> atteste la fin de cette session de formation.

## Counseling incitatif ou entretien motivationnel

C'est un style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.

C'est une approche qui a pour but d'explorer et résoudre l'ambivalence des patients face au changement. L'ambivalence, l'hésitation dans le choix entre deux ou plusieurs options, est considérée comme un frein puissant à la décision de changer. Dans un climat résolument empathique et avec constance dans les capacités des patients à réussir le changement qu'ils souhaitent.

L'EM utilise une approche centrée sur le patient pour encourager la décision de changement dans laquelle les moteurs sont, en plus de l'empathie, le soutien à l'efficacité personnelle, le développement des divergences (conflits psychiques internes) et la diminution de la résistance au changement.

La formation sur le counseling incitatif est destinée à aider les participants à développer leurs compétences en tant que travailleurs de proximité et conseillers pour motiver les clients à changer de comportement. Le counseling incitatif peut être défini comme « une approche de communication centrée sur le client pour susciter et renforcer la motivation au changement ».

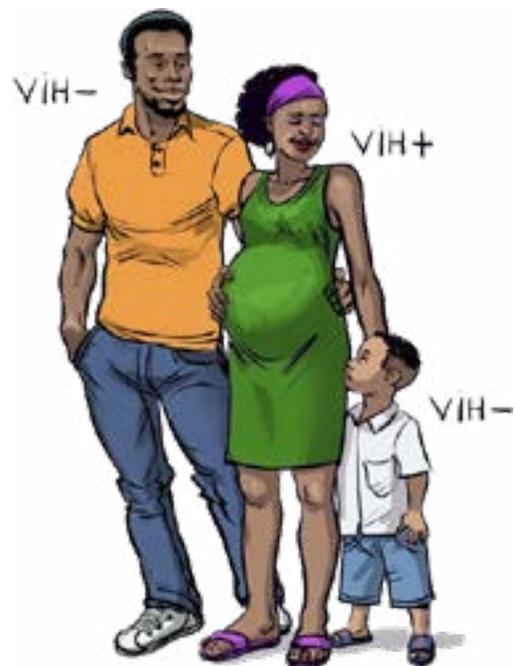
L'EM est axé sur les compétences d'écoute et de communication qui se sont avérées efficaces dans les programmes de changement de comportement dans plusieurs domaines impliquant des comportements à risque liés au sexe, à la consommation d'alcool et de drogues, au dépistage du VIH et à l'observance du traitement.

**L'ambivalence.** C'est le fait de vouloir et de ne pas vouloir quelque chose simultanément, ou vouloir à la fois deux choses incompatibles. L'ambivalence est le point où on est le plus souvent bloqué sur la route du changement. Dans la tête de la personne ambivalente coexistent à la fois les arguments pour et contre le changement. Lorsque le médecin prend parti pour le changement (à gauche), le patient se défend et contre-argumente. Lorsque le médecin répète ce qu'il comprend (à droite), le patient élabore et complète une argumentation en faveur du changement.

**Réflexe correcteur.** C'est le désir de réparer ce qui semble ne pas fonctionner chez les gens et de les conduire rapidement dans une meilleure direction, réflexe relié particulièrement à un style directif.

Les concepts de base liés au counseling incitatif sont :

- (a) l'écoute active ;
- (b) la compassion et le conseil axé sur le client ;
- (c) l'empathie ;
- (d) la résolution de l'ambivalence ;
- (e) la diminution de la résistance au changement ;
- (f) la communication interpersonnelle ;
- (g) l'efficacité personnelle ; et
- (h) le partenariat.



## Changement de comportement

L'un des objectifs visés dans la fourniture de soin et/ou de support au client est de l'aider à prendre les décisions et à

agir en vue de satisfaire ses besoins ou de résoudre ses problèmes. Ceci peut impliquer la nécessité pour lui de changer de comportement, de mode de vie ou même d'agir sur son environnement pour promouvoir sa santé tant physique, mentale que sociale.

### **Processus de changement de comportement**

C'est l'ensemble des manières de faire ou de pratiques propres à un individu ou à un groupe d'individus (l'allaitement maternel, la non-utilisation d'une méthode contraceptive, l'alcoolisme...). C'est la modification des manières de faire d'un individu ou d'un groupe d'individus. Le changement de comportement passe par un long cheminement qui s'effectue plus ou moins rapidement compte tenu des facteurs susceptibles d'influencer l'adoption d'un nouveau comportement.

### **Les facteurs qui influencent le changement de comportement**

La décision d'un individu de modifier ou non son comportement est fonction de différents facteurs. Ces facteurs peuvent favoriser ou constituer un frein au changement souhaité. On les appelle aussi « éléments ou stimulants » au changement. Ils sont de deux (2) ordres :

**Les facteurs externes** : qui relèvent de l'environnement dans lequel vit l'individu.

- La culture — C'est l'ensemble des normes, rites, valeurs, convictions et habitudes d'une société. Toute société a sa propre culture, ses valeurs, ses croyances, ses habitudes, sa manière de voir les choses et dont nous devons tenir compte dans la vie courante.
- Le milieu social — Toute société met en place un système de stratification sociale, différentes classes sociales qui sont représentées par des groupes homogènes dont les membres partagent le même système de valeurs, de mode de vie, d'intérêts et de comportements.
- Dans la vie quotidienne, l'individu est influencé par de nombreux groupes de référence auxquels il appartient (voisins, amis, collègues, associations...). Ces groupes favorisent les relations interpersonnelles et jouent un rôle très important dans la construction du comportement de l'individu. Ils exercent une pression qui tend à rendre l'individu conforme aux modes de comportement, en lui proposant, entre autres, des modèles de comportement et des modes de vie. Le comportement de l'individu est influencé également par les membres de la famille. Celle-ci apprend à l'individu à acquérir certaines attitudes et conduites dans sa vie et continue à exercer son influence même dans certaines décisions.

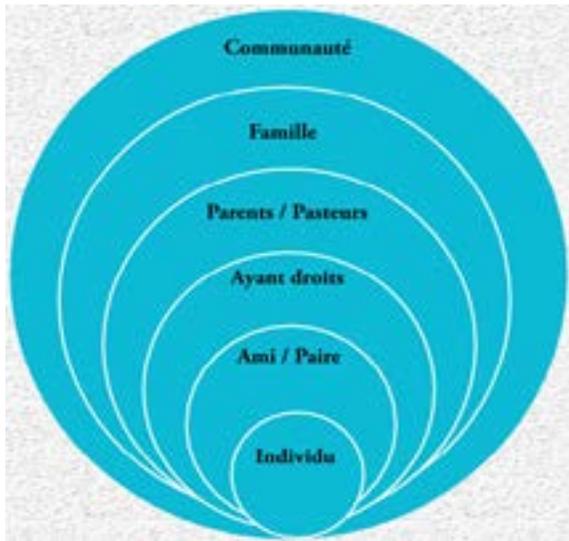
**Les structures sociales** — Basées sur l'impact des facteurs sociaux, économiques, juridiques/légaux et technologiques sur la vie quotidienne d'une personne.

Les facteurs internes. Ils sont plutôt liés aux caractéristiques personnelles et psychologiques de l'individu et qui conditionnent son comportement. Ils influencent directement les décisions de l'individu. Ce sont :

- Les caractéristiques personnelles — âge, sexe, niveau d'instruction, état matrimonial, occupation professionnelle, etc.
- Les connaissances — Ensemble d'informations dont dispose l'individu à propos d'un sujet quelconque. C'est un préalable à tout changement de comportement individuel. C'est l'étape première de la prise de conscience d'un phénomène. Si les gens ont accès à l'information, ils feront le bon choix.
- La perception — Processus par lequel un individu choisit, organise et interprète des éléments d'informations externes pour construire une image cohérente du monde qui l'entoure.
- Les croyances — Correspondent à un élément de connaissance descriptive qu'un individu entretient à l'égard d'un objet.
- Les attitudes — Résumant les évolutions positives ou négatives, les réactions émotionnelles et les prédispositions à agir. C'est une orientation que l'on se donne vis-à-vis d'un objet ou d'une idée.
- L'état physique actuel de l'individu — (en plus de la crainte de la douleur future et le souvenir de la douleur passée) peut aussi influencer le comportement de ce dernier.

- L'intensité des émotions — peur, amour ou espoir, peut porter quelqu'un à changer de comportement.
- La capacité d'adopter et de continuer un nouveau comportement est également un stimulant. Par exemple, si on conseille à quelqu'un d'utiliser le préservatif et qu'il ne sait pas comment le faire, il ne pourra pas changer. Il faut lui montrer comment faire pour qu'il arrive au changement souhaité.

### **Orbites d'influence**



Personne ne vit de manière isolée. L'individu subit nécessairement l'influence de son environnement physique, politique, socio-économique particulièrement de la famille, la communauté, l'éducation, la religion. Il agit en fonction de tous ces facteurs et son comportement est en général modelé suivant les normes et valeurs sociales qui prévalent dans la communauté en plus de ses valeurs intrinsèques. C'est ce qu'on appelle les orbites d'influence.

Donc, puisque l'individu est le produit de son milieu, le communicateur pour stimuler le changement de comportement, doit prendre en compte tout cet environnement dans lequel évolue la personne. De même, les stratégies de communication pour le changement de comportement doivent adresser tous ces niveaux d'influence. L'individu, à son tour, peut également agir sur son environnement en fonction de ses connaissances et de son leadership.

### **Normes sociales : Quel rôle dans le processus du changement de comportement**

#### **Les normes sociales :**

- Sont de règles coutumières qui coordonnent les interactions entre les individus au sein d'un groupe, d'une société et que les membres du groupe sont supposés suivre ;
- Définissent ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire dans une société ; et
- Sont basées sur un principe d'adéquation ou de non-adéquation de valeurs, croyances, attitudes et comportements qui sont adoptés ou rejetés par une société.

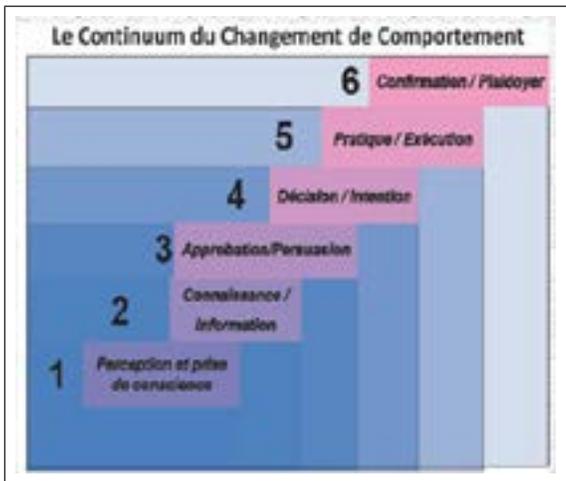
#### **Rôle des normes sociales sur le comportement de l'individu**

- Intérêts individuels et intérêts collectifs ne sont pas en adéquation-tension.
- Les normes sociales permettent de gérer cette tension (point d'équilibre entre ces deux intérêts).
- Importance du script (valeurs, références) sur lequel les normes sociales reposent.

*Pourquoi lier « comportement des individus » et « normes sociales »*

- Les normes sociales gouvernent nos comportements parce qu'ils indiquent le comportement requis, souhaité ou acceptable dans une situation donnée.
- Les normes sociales uniformisent les comportements au sein du groupe de référence.
- La non-observation des normes sociales entraîne des sanctions (honte, marginalisation, exclusion du groupe).
- La stricte observance des normes sociales a en revanche des retombées positives (admiration, considération, confiance, louanges, reconnaissance, réputation).

### Les étapes d'un processus de changement de comportement



La modification du comportement humain suit généralement un processus progressif dont il faut tenir compte dans toute intervention de communication qui vise au changement de comportement. Dans ce processus, les étapes à suivre sont interdépendantes ; il est donc indispensable de déterminer à quelle étape du changement de comportement chaque public-cible se trouve pour développer une stratégie d'action efficace.

Dans le processus de changement, les six (6) étapes suivantes sont généralement observées :

1. Perception et prise de conscience
2. Connaissance — Information
3. Approbation — Persuasion
4. Décision — Intention
5. Pratique — Exécution
6. Confirmation — Plaidoyer

## **Développer un Code de Conduite et un Plan d'Action pour la prestation de soins VIH centrés sur la personne et l'instauration d'un établissement sanitaire respectueux et sans stigmatisation**

### **Introduction**

Un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation est un établissement dans lequel les droits des PVVIH incluant les populations vulnérables et clés sont soutenus, où ces derniers reçoivent des soins de qualité selon une approche de soins centrés sur la personne.

La rédaction d'un code de conduite et d'un plan d'action pour la prestation de soins VIH centrés sur la personne et l'instauration d'un établissement sanitaire respectueux et sans stigmatisation est un des livrables à court terme attendu au terme de cette session de formation. Les autorités sanitaires accordent une grande importance à cet exercice. Ces fiches pratiques peuvent être développées progressivement au cours de la formation ou à la fin de l'atelier en tant qu'activité unique et en utilisant différentes techniques d'élaboration. Le personnel et les responsables des établissements de santé rédigent leur propre code de conduite et le plan d'action pour transformer l'établissement de santé en un espace respectueux et sans stigmatisation.

**Durée :** 1-2 heures

### **Objectifs d'apprentissage**

À la fin de la session de formation, les participantes/participants seront en mesure de :

- Décrire comment le personnel des établissements de santé peut fournir des soins et des services de santé aux PVVIH incluant les populations vulnérables et clés sans stigmatisation ;
- Identifier les actions des personnels soignants et non soignants pour créer un établissement sans stigmatisation en général, y compris une référence spécifique à un environnement sans stigmatisation pour les populations clés et vulnérables.

**Techniques :** Travail de groupe (mini-atelier), discussions, exercices de réflexion

**Matériels :** feuilles blanches, marqueur, fiches pratiques pour rédiger le code de conduite et le plan d'action

### **Notes aux facilitatrices/faciliteurs**

Cet exercice décrit comment développer le code de conduite et le plan d'action en une seule activité à la fin de l'atelier ou en un atelier séparé. Ils peuvent être développés progressivement au cours de la formation ou à la fin de l'atelier en tant qu'activité unique (2 scénario)

## Déroulement

### Activités. Rédaction du code de conduite et du plan d'action

Scénario	Description : Instructions aux facilitatrices/facilitateurs
<b>Scénario 1. Pendant la formation</b>	
Étapes pour élaborer le Code de Conduite et le Plan d'action	<p>Le code de conduite peut être compilé progressivement au cours du programme de formation. Après chaque session, les participantes/participants seraient invités à se mettre d'accord sur deux à trois principes pour aborder le sujet concerné.</p> <p>Après le module sur la stigmatisation et la discrimination, le groupe conviendra que tous les clients, quelle que soit leur orientation sexuelle ou leur profession ou confession de foi, doivent être traités de manière égale et avec respect, par exemple réduire le temps d'attente, être traités d'une manière amicale, ne pas être soumis à un langage abusif, etc. La liste développée sera conservée.</p> <p>À la fin du programme de formation, le groupe examinerait et finaliserait cette liste en tant que code de conduite. Le groupe préparerait également un plan d'action-deux à trois choses qu'ils feraient et deux à trois choses que les responsables feraient pour améliorer l'offre de services de santé dans l'établissement de soins selon une approche de soins centrés sur le patient. Chaque participant (ou groupe de participants s'ils sont issus d'un réseau de santé ou d'un établissement sanitaire similaire) fait usage de la fiche pratique pour inscrire leurs réponses tout au long de la session de formation.</p>
<b>Scénario 2. A la fin de l'atelier de formation</b> À la fin de l'atelier, organiser une session pour élaborer le code de conduite et le plan d'action. Regrouper les participants selon qu'ils proviennent d'un même établissement sanitaire, dans le cas contraire les participants seront individuels.	
<b>Étapes pour élaborer le code de conduite.</b>	<p><b>Élaborer le code de conduite.</b></p> <p>Sur le tableau à feuilles mobiles demandez aux groupes de : (1) Dressez la liste des formes existantes de stigmatisation et d'attitudes irrespectueuses dans les établissements de santé selon ce questionnement : « Quelles sont les principales formes de stigmatisation que nous avons identifiées au cours de la formation et qui se produisent dans nos propres établissements de santé ? » Notez les réponses sur un tableau à feuilles mobiles. Certaines des formes courantes de stigmatisation et d'attitudes irrespectueuses sont pratiquées à la fois par le personnel soignant et non soignant.</p> <p><i>Exemples de réponses:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Prendre moins de temps avec les clients, les faire attendre, les traiter en dernier, les référer à d'autres prestataires et fournir des services médiocres ou inappropriés</li><li>○ Utiliser des gants et des masques pour les tâches de routine qui n'impliquent pas la manipulation de sang et de fluides corporels, par exemple, l'alimentation ou la prise de température</li><li>○ Traitement bureaucratique hostile, et langage insultant ou réprimandant de la part du personnel non-soignant à l'égard des PC ;</li><li>○ Non-respect de la confidentialité—révéler le statut sérologique des clients ou d'autres identités marginalisées à d'autres membres du personnel de santé ou à des membres de la famille sans le consentement des clients</li><li>○ Forcer les clients à s'asseoir dans une zone séparée ou sur un banc séparé</li></ul>

	<p>Cette évaluation a deux objectifs : (a) vous donner un aperçu du type de stigmatisation et d'attitudes irrespectueuses qui pourrait exister dans votre établissement de santé et sensibiliser le personnel soignant et non-soignant afin d'aider votre établissement à devenir libre de toute stigmatisation ; (b) dresser une liste de pratiques décrivant comment le personnel soignant et non soignant pourraient fournir des soins et des services aux PVVIH et aux populations clés et vulnérables dans un établissement de santé sans stigmatisation (« un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation est un établissement dans lequel... »). Donnez-leur un ou deux exemples pour les aider à démarrer.</p> <p>Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Les soins pour tous les clients ne sont ni refusés, ni retardés et ils ne sont pas référés ailleurs ;</i></li> <li>○ <i>Les informations personnelles et médicales des clients sont traitées de manière confidentielle ;</i></li> <li>○ <i>Les services de santé sont dispensés sans jugement ;</i></li> <li>○ <i>Le personnel de l'établissement de santé s'adresse aux clients avec respect et dignité ;</i></li> <li>○ <i>Les plaintes des clients concernant la stigmatisation et la discrimination sont traitées efficacement ;</i></li> <li>○ <i>Les clients sont traités de manière égale et avec respect et dignité, peu importe qui ils sont ;</i></li> <li>○ <i>Tous les clients reçoivent des soins médicaux de haute qualité sans discrimination, quel que soit leur statut VIH, leur âge, leur sexe ou d'autres caractéristiques ;</i></li> <li>○ <i>Les agents de santé écoutent les clients avec attention et empathie, et sans jugement</i></li> </ul> <p>Si nécessaire, posez les questions « Et si votre sœur/frère/enfant est une personne vivant avec le VIH ou un membre d'une population clé ? Comment voudriez-vous qu'ils soient traités dans un établissement de santé ? » Demandez aux groupes de rapporter en alternance – un point par groupe. Dressez une liste des points, puis discutez de la liste complète, combinez des réponses similaires et convenez de tout changement ou ajout.</p>
<p><b>Étapes pour élaborer le Plan d'action</b></p>	<p><b>Elaborer le Plan d'action</b></p> <p>Demander aux mêmes groupes de faire les tâches suivantes : Dressez une liste de deux à trois changements que vous apporterez pour créer un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation et ensuite dressez une liste de deux à trois choses que vous aimeriez que vos responsables fassent pour créer un établissement sans stigmatisation (Quels changements sont nécessaires pour créer et maintenir un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation).</p> <p>Exemples de réponses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Nous devons faire plus attention à la confidentialité des résultats des tests de dépistage du VIH.</i></li> <li>○ <i>Nous devons arrêter de dire aux familles des patients les résultats du test de dépistage du VIH à l'insu des patients.</i></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Nous devrions écouter, mieux interagir et être plus patients avec les clients HSH et travailleurs du sexe.</i></li> <li>○ <i>Nous devons former tout le personnel des établissements de santé sur les besoins spécifiques de certains clients tels les professionnels (le)s du sexe et sur la manière de fournir des services et des informations appropriés.</i></li> <li>○ <i>Nous devons mettre en place des procédures de signalement des manquements à la confidentialité.</i></li> <li>○ <i>Nous devons mettre en place un registre pour enregistrer les plaintes et une équipe pour les traiter.</i></li> <li>○ <i>Nous devons organiser une réunion mensuelle avec le personnel non-soignant sur les formes de stigmatisation, leurs impacts à l'égard des PC et PV</i></li> </ul>
<p>Le code de conduite et le plan d'action doivent être rédigés en collaboration avec le personnel de l'établissement de santé et les responsables de l'établissement, plutôt que d'être élaborés et imposés par les responsables. Toutefois, les fiches pratiques issues de la session de formation seront soumises aux responsables de gestion et médicaux de l'établissement sanitaire et discutées en équipe. L'équipe élaborera donc le plan d'action institutionnel final pour soutenir la mise en œuvre du nouveau code de conduite. Cela contribuera à faciliter un sentiment d'appropriation par chacun - et le personnel des établissements de santé sera plus susceptible de mettre en œuvre les nouvelles pratiques. Chaque service peut créer son propre plan d'action.</p>	

## Appliquer le nouveau code de conduite au travail

L'application du code de conduite et du plan d'Action passe par plusieurs étapes successives.

- A. Les responsables de l'établissement doivent mettre en place un Groupe d'Action pour l'offre de soins et services de santé de qualité et contre la stigmatisation. Incluez des représentants des cadres supérieurs, du personnel des établissements de santé, du personnel non clinique et des utilisateurs des services. Le groupe sera responsable de la mise en œuvre du plan d'action, puis du suivi de son avancement.
- B. Utilisez les mécanismes de coordination existants (par exemple, les réunions du personnel, les réunions de la haute direction, les réunions des départements, etc.) pour discuter des résultats et encourager d'autres discussions et idées du personnel qui n'était pas présent à la formation. Une façon d'y parvenir est d'amener chaque département/service à développer ses propres idées sur de nouvelles politiques pour lutter contre la stigmatisation dans l'établissement sanitaire.
- C. Sollicitez des idées auprès de la communauté et d'autres organisations locales, y compris les organisations de populations clés : encourager ces groupes à proposer leurs propres idées, puis les rencontrer pour documenter leurs suggestions afin de mettre fin à la stigmatisation dans leur établissement de santé.
- D. Assurez-vous que le plus de personnes possible (personnel, clients, public) connaissent votre code de conduite. Affichez-le dans les zones de service et les salles du personnel. Utilisez les réunions pour vous assurer que le personnel sait ce que cela signifie pour son travail. Demandez des commen-

taires aux clients. Célébrez le fait que vous visez à fournir un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation !

E. Surveillez les progrès : effectuez des évaluations régulières de la stigmatisation, enregistrez les réussites, discutez des progrès avec le personnel et examinez le code de conduite pour voir si de nouveaux points doivent être inclus. Partagez les leçons avec d'autres établissements de santé.

**Adaptation de :**

**Nyblade, L., C. Stewart, P. Kiwia, W. Manyama, R. Mbuya-Brown, and S. Bowsky. 2018. Towards Stigma-Free Health Facilities in Tanzania: Guide for Trainers. Washington, DC: Palladium, Health Policy Plus**

## FICHES PRATIQUES

**Développement d'un Code de Conduite et d'un plan d'Action pour la prestation de soins VIH centrés sur la personne et l'instauration d'un établissement sanitaire respectueux et sans stigmatisation**

### CODE DE CONDUITE

**A. Formes existantes de stigmatisation et de discrimination et d'attitudes irrespectueuses dans les établissements de santé ?**

D'après vous, « Quelles sont certaines des principales formes de stigmatisation et d'attitudes irrespectueuses que vous avez identifiées au cours de la formation qui se produisent dans vos propres établissements de santé ?

---

---

---

---

---

Quelles sont certaines des formes que vous avez identifiées spécifiquement envers les populations vulnérables et clés ?

---

---

---

---

---

**B. Modèle à suivre – Demander à chaque participant d’écrire tout ce qui doit être inclus/fait pour que l’établissement soit exempt de stigmatisation et d’attitudes irrespectueuses**

« Un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation est un établissement dans lequel... », et demandez-leur de dresser une liste de pratiques pour créer un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation pour tout patients.

---

---

---

---

«Un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation pour les populations vulnérables et clés est un établissement dans lequel...» Demandez-leur d’écrire pour chaque catégorie de population vulnérable et clé.

---

---

---

---

**PLAN D’ACTION**

Demandez à chaque participant de faire ce qui suit :

**C. Dressez une liste de trois changements que vous ferez en tant que personnel soignant pour créer un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation après cette formation.**

1. 

---

---
2. 

---

---
3. 

---

---
4. 

---

---

**D. Dressez une liste de trois choses que vous aimeriez que le personnel non soignant ferait pour créer un établissement de santé respectueux et sans stigmatisation.**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Suivi du Plan d'Action (Modèle)**

Ref	Activités (Actions)	Ressources et assistances nécessaires	Indicateurs de succès	Personnes en charge	Période de réalisation
1	Organiser une rencontre sur la stigmatisation des clients par le personnel non-soignant	Présentation sur la stigmatisation par Dr Roy	Une rencontre réalisée	L'ADM Jean Pierre	Dernier vendredi du mois d'Avril
2					
3					
4					
5					
6					
7					

# ANNEXES

## Annexe I- PRESTATION DE SERVICES ADAPTÉS AUX PVVIH

La prestation de services de santé aux PVVIH, y compris les populations clés et vulnérables, exige une approche personnalisée pour répondre aux besoins individuels spécifiques. Elle se doit également de respecter les principes internationaux des droits humains et les normes de qualité des services de santé.

L'infection au VIH est désormais une maladie chronique pour laquelle l'efficacité des traitements permet aux patients d'obtenir et de maintenir un bon état de santé et une réelle autonomie de vie. Pourtant, la prise en charge et le suivi au long cours ne doivent pas s'infléchir, car la vulnérabilité des personnes infectées par le VIH est importante et la fréquence des diverses pathologies, non directement liées au VIH mais souvent favorisées par lui (cancers, maladies cardiovasculaires et métaboliques, affections hépatiques ou osseuses et vieillissement) que peut présenter une personne vivant avec le VIH (PVVIH) justifie des soins préventifs, curatifs et de réhabilitation adaptés.

La mise en place d'un traitement antirétroviral (TAR) dès le diagnostic de l'infection, quels que soient le statut immunitaire, le niveau de charge virale pour le VIH, et ses suivis annuels relèvent du suivi clinique à travers le pays. Cependant, les progrès thérapeutiques permettent désormais, après l'obtention d'une réponse virale optimale, une prise en charge communautaire. A ce titre, la prise en charge doit être considérée dans sa globalité et adaptée au patient. L'adhésion thérapeutique est influencée également par de nombreux déterminants, tels que le sentiment d'efficacité personnelle d'un patient, sa connaissance et sa compréhension des risques de la maladie, ses attentes face au traitement et les bénéfices perçus de celui-ci. Cette section fournit un rappel aux participants.es des informations nécessaires en lien aux différents services VIH qui s'appliquent aux populations clés et vulnérables dans le cadre de la riposte contre le VIH/SIDA.

### POLYCOPIE

#### Statistique chez la population générale

Prévalence dans la population âgée de 15-49 ans : 2.0% (EMMUS6, 2016-2017). Ratio Homme/Femme : 1,59F pour 1H mettant en évidence la plus grande vulnérabilité des femmes à l'infection au VIH. Nombre de décès dus au sida en 2015 : 3 500 cas de décès. En 2017, sur les 202 115 femmes enceintes testées pour le VIH, 1,14% d'entre elles ont été diagnostiquées VIH+. La couverture en cible des femmes enceintes séropositives ayant reçu les ARV a progressé et est passée de 67,10% (4 567/8 921) en 2015 à 98% (4 453/4 535) en 2017. La couverture sur TAR était de 78% en 2017 ; sur les 25 442 cas notifiés VIH+ conseillés pour le VIH en 2017, 21 643 d'entre eux ont été placés sous TAR.

#### Statistiques chez les populations clés

Chez les Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH), la prévalence nationale de l'infection au VIH ajusté était estimée à 12,9% (2014, PNL5 ; Rapport Annuel 2017- 2018). Chez les Professionnels (les) du sexe (PS), la prévalence nationale de l'infection au VIH chez les PS était estimée à 8,7%(2014, PNL5; Rapport Annuel 2017- 2018). Population carcérale : un pourcentage de séropositivité du VIH de 4.6% a été observé auprès des personnes dépistées pendant la période (Health through Walls (2016)). La majorité des nouvelles infections sont survenues chez les femmes. Ces dernières représentent environ 57 % des cas incidents au cours de la période de 2010-2015. Les jeunes de 15-24 ans et les adultes de 25-29 ans les groupes d'âge les plus touchés par les nouvelles infections ont été avec respectivement plus de 30% et 25% des nouveaux cas.

## Facteurs de transmission du VIH

Certains facteurs cruciaux favorisent la propagation de l'épidémie en Haïti. Ils sont multiples. Les individus avec plusieurs partenaires sexuels ont beaucoup plus de risques d'acquérir ou de transmettre l'infection. Des facteurs comportementaux ont joué et encore jouent un rôle important dans la propagation de l'infection. On peut citer : Faible utilisation du condom, Prévalence élevée des IST, Age du premier rapport sexuel, Nombre de partenaire(s) sexuel(s) au cours des 12 derniers mois, Nombre de partenaire(s) sexuel(s) sur la durée de vie, promiscuité sexuelle. Les facteurs sociaux, économiques et politiques semblent interagir pour faciliter la propagation de l'infection au VIH. En effet, il a été démontré que le VIH/SIDA se propage plus facilement en situation d'instabilité politique et sociale. On peut citer : Violence contre les femmes, la discrimination et la stigmatisation des PVVIH, la domination sexuelle des femmes par les hommes, le statut matrimonial et le niveau d'instruction des gens.

Comment ces facteurs affectent la propagation du VIH en Haïti ? Par exemple :

- La promiscuité sexuelle : Infidélité à son partenaire (rapporté par 66% de femme) ; non utilisation du condom (42.4%) et partenaires multiples (42.5%) rapporté par les hommes
- Discrimination et stigmatisation (50.4% ne sont pas préparés pour s'occuper d'un PVVIH à la maison et 67.9% déclarent que les PVVIH ne devaient pas continuer à travailler avec d'autres personnes.
- Violence contre les filles, les femmes soient par leurs partenaires, leurs amis, des étrangers ou des membres de leurs familles
- Le chauvinisme chez les hommes, couplé par le faible pouvoir de décision des femmes en matière sexuelle
- Manque d'indépendance financière des femmes
- Faible utilisation du condom (5.6% des femmes et 14% des hommes ont déclaré avoir utilisé le condom durant leur dernier rapport sexuel, sans tenir compte du partenaire)

## Populations Clés -Définitions

Les populations clés sont des populations qui sont vulnérables au VIH ou affectées par le VIH. Leur implication est vitale pour une riposte nationale durable au VIH. La vulnérabilité au VIH est le résultat d'une combinaison de facteurs, notamment des circonstances personnelles comme : Age, la mobilité sociale et éducation ; Identité sexuelle. Environnement dans lequel vit l'individu, tel que : Pauvreté ; Discrimination fondée sur le sexe, Manque ou encore l'inadéquation des services. Les populations vulnérables sont des groupes qui bénéficient de moins de protection juridique, sociale ou politique, ce qui limite leur capacité à accéder aux services de prévention du VIH ou à les utiliser. Qui sont les populations clés dans le contexte du VIH et du SIDA (PNLS) ? Ce sont : PVVIH, HARSAH, Professionnelles/ Professionnels de Sexe, Détenus, Consommateurs de drogues injectables.

- a) Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) :** Les hommes, y compris ceux qui ne s'identifient pas comme étant homosexuels ou bisexuels, qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes ;
- b) Travailleurs du sexe :** Les femmes, les hommes et/ou les personnes transgenres qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, et qui définissent ces activités comme du travail générant des revenus (même si elles ne considèrent pas le commerce du sexe comme leur occupation) ;
- c) Transgenre :** Se dit d'une personne qui transcende les genres. Ce terme décrit un vaste éventail de comportements et d'identités relevant de genres opposés. Ce terme ne désigne pas un dia-

gnostic et n'implique pas le traitement médical d'un état de santé ou d'un état psychologique. Les personnes transgenres possèdent une identité de genre qui est différente de leur sexe à la naissance. Le terme « trans » est parfois utilisé comme variante pour désigner un large éventail d'identités transgenres. Pour en savoir plus sur la terminologie liée aux personnes transgenres, veuillez consulter la page web suivante : <http://transhealth.ucsf.edu>.

- d) **Femme trans** : Est considérée comme étant de sexe masculin et s'identifie au sexe féminin ;
- e) **Homme trans** : Est considéré comme étant de sexe féminin et s'identifie au sexe masculin.

*Pourquoi ces populations sont vulnérables au VIH et au SIDA ?*

Catégories	Raisons
<b>Travailleuses / Travailleurs de Sexe/ H A R S A H Consommateurs de drogues/ de personnes transgenres et de prisonniers.</b>	Risque accru d'infection par le VIH et au risque d'être affectées pour des raisons telles que des rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut sérologique n'est pas connu, des partenariats sexuels multiples impliquant des rapports sexuels non protégés et la consommation de drogues injectables à l'aide d'aiguilles et de seringues contaminées.
	Ces populations sont le plus souvent également vulnérables à cause du rejet social et institutionnel et de la discrimination.
<b>Filles et les femmes</b>	Normes sociales et culturelles préjudiciables limitent souvent l'accès des filles et des femmes aux informations relatives à la santé sexuelle et reproductive ou limitent leur capacité de prise de décisions concernant leur vie sexuelle.
	Normes limitant l'autonomie des filles et des femmes et les empêcher d'insister sur l'abstinence ou l'utilisation du préservatif par leurs partenaires de sexe masculin.
<b>Adolescents et jeunes hommes</b>	Les normes sociales et culturelles liées à la masculinité peuvent aussi impliquer que dans certaines sociétés, les pairs des garçons et des hommes s'attendent à ce que ces derniers affichent un comportement dominant, parfois violent, à l'égard des femmes et des filles.
	Les concepts préjudiciables de la masculinité peuvent, par ailleurs, dissuader les hommes de rechercher des services de santé et les encourager à adopter des comportements à risque, tels que la consommation de substances et de drogues ou les relations sexuelles occasionnelles multiples.

### **Prise en charge de la femme enceinte VIH+. Soins cliniques prioritaires pour les populations clés, les professionnelles de sexe, les HARSAH, les personnes transgenres et personnes qui s'injectent des drogues**

La prise en charge pour un PVVIH est la même que ce soit pour les populations clés (HARSAH, transgenre, TS) ou vulnérables (femmes enceintes, jeunes et adolescents). Les prestataires de santé ont pour responsabilité de dispenser des soins de qualité, complet et non-stigmatisants.

#### **Prise en charge femme enceinte VIH+**

- La prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH varie selon leur état de santé au moment de la conception.
- Si la future mère n'est pas traitée contre le VIH la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant consiste à administrer systématiquement un traitement antirétroviral à la mère au moment de la consultation ou lors de l'accouchement. (à confirmer)
- Si la future mère VIH+ n'est pas traitée, le médecin choisit les médicaments antirétroviraux

les plus compatibles avec une grossesse (se référer au protocole thérapeutique du PNL5). Si cela est possible, il est préférable de s'assurer de la tolérance et de l'efficacité de ce traitement avant le début de la grossesse.

- Si la future mère est traitée et que son traitement est efficace et compatible avec la grossesse, il doit être poursuivi tout au long de la grossesse.
- Si la future mère est traitée mais les résultats de ce traitement ne sont pas optimaux (charge virale non contrôlée, immunité toujours affaiblie), le médecin évalue les causes de l'échec (manque de régularité des prises, résistances du VIH, interactions avec d'autres médicaments, etc.) et adapte le traitement au besoin.
- Si la future mère reçoit un traitement déconseillé lors d'une grossesse, le médecin le remplace par un traitement compatible avec la grossesse, en le choisissant en fonction des traitements déjà reçus et du profil de résistance du VIH de la patiente, pour une efficacité optimale
- Dépistage de la TB

La prévention et la prise en charge des femmes sont parfois compromises par des opinions fausses de plus en plus répandues sur la transmission et l'épidémiologie du VIH. Il y a une tendance à stigmatiser les femmes comme les «vecteurs de la maladie,» quelle que soit la source d'infection. En conséquence, les femmes séropositives ou soupçonnées de l'être tout comme les PS sont confrontées à la violence et à la discrimination dans les sphères publiques comme privée.

La protection des droits sexuels et reproductifs de la femme et de la jeune fille est un aspect crucial et comporte le droit de la femme de contrôler les questions liées à sa sexualité, et de prendre des décisions libres et responsables sur ces questions.

### **Jeune et adolescent VIH+**

Les jeunes sont définis comme étant ceux qui sont âgés de 10–24 ans, y compris les enfants de 10–17 ans et les adultes de 18–24 ans (Organisation mondiale de la Santé).

- La plupart des personnes deviennent sexuellement actives durant cette période
- Il est important de reconnaître la diversité des âges et des expériences car il ne s'agit pas d'un groupe homogène

Le VIH est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents à travers le monde.

- En Afrique, le VIH est la première cause de mortalité chez les jeunes avec 40% de nouvelles infections par le VIH au sein de la tranche d'âge 14–24 ans

Les jeunes ont un accès limité aux services de santé sexuelle et reproductive de haute qualité, non-stigmatisants.

- Impliquer activement les jeunes dans la conception de programme et la prestation de services adaptés aux jeunes.
- Offrir un programme qui n'exige pas que les jeunes cessent la prostitution ou la consommation de drogues pour pouvoir accéder aux services.
- Développer les directives pour fournir des services différenciés, adaptés à l'âge des jeunes. Par exemple :
  - Supports d'information, d'éducation et de communication adaptés à l'âge

- Conseils adaptés à l'âge
- Veiller à la protection des enfants et des adolescents.
- Envisager de travailler avec les nouvelles technologies pour mobiliser les jeunes avec des messages adaptés en fonction de l'âge.

### **Normes cliniques prioritaires pour les populations clés**

- Fournir des services complets de dépistage et de prévention du VIH (y compris des préservatifs et lubrifiants, des conseils relatifs aux risques du VIH et à leur minimisation, les interventions comportementales, le soutien en petit groupe).
- Fournir des soins et traitements liés au VIH
- Offrir et orienter vers des services pour la prophylaxie avant et après exposition au VIH (PrEP ou PPE)
- Dépister, tester et traiter les infections sexuellement transmissibles vaginales et/ou anales.
- Fournir ou orienter les clientes vers des services de planification familiale/de contraception.
- Dépister la tuberculose.
- Dépister l'hépatite virale et fournir des informations sur la prévention.
- Dépister la toxicomanie et fournir ou orienter vers les services de réduction des risques.
- Dépister et prendre en charge les cas de violence basée sur le genre.
- Promouvoir la santé mentale.

### **Professionnelles de sexe – services complémentaires**

- PrEP (si/quand disponible)
- Planification familiale
- Test de grossesse
- Offrir des soins liés à l'avortement ou orienter vers des services qui en proposent
- Dépister le cancer du col de l'utérus ou de l'anus
- Services de prévention de la transmission verticale du VIH (prévention de la transmission de la mère à l'enfant [PTME])
- Services adaptés aux jeunes pour les jeunes travailleuses du sexe

### **HARSAH – services complémentaires**

- PrEP (si/quand disponible)
- Utilisation du préservatif et lubrifiant
- Dépistage de l'hépatite B et C
- Dépistage du cancer de l'anus
- Groupes de soutien et services pour aider à révéler son homosexualité, consultations relationnelles, et autres services de santé et de droits sexuels et reproductifs
- Services adaptés aux jeunes pour les jeunes HARSAH
- Inclure les consultations qui reconnaissent que les jeunes explorent leur orientation sexuelle et peuvent répondre à des comportements plutôt qu'à des catégories

### **Personnes transgenres – services complémentaires**

- Dépistage du VIH et de la Syphilis offerts à toute femme enceinte ou allaitante.
- Évaluation des besoins cliniques (peuvent être en phase post-opératoire et ceux qui sont déjà sous thérapie hormonale)
- Offrir une thérapie hormonale ou orienter vers une structure qui la propose
- Offrir l'option chirurgicale ou orienter vers une structure qui la propose
- Services adaptés aux jeunes pour les jeunes personnes transgenres :
- Inclure les services de conseils qui reconnaissent que les jeunes personnes explorent leur identité de genre et prennent en compte les implications liées à la puberté.

### **Personnes qui s'injectent des drogues – services complémentaires**

- Planification familiale, test de grossesse, orientation vers des consultations liées à l'avortement et aux soins après avortement pour les consommatrices de drogues injectables ;
- Services adaptés aux jeunes usagers de drogues injectables ;
- Lien vers les services de santé primaire, y compris les services pour les victimes de violences physiques, émotionnelles et sexuelles

### **Enseignements tirés**

Il n'existe pas réellement de rapports disponibles relatifs aux jeunes membres des populations clés car les jeunes sont souvent exclus des recherches sur les groupes de population clés. L'accès à des services adaptés aux jeunes est difficile pour tous les jeunes qui peuvent être confrontés au jugement ou au refus de services s'ils sont sexuellement actifs et/ou en dehors du mariage et/ou s'ils n'ont pas atteint la majorité sexuelle. Les jeunes associés aux populations clés peuvent être confrontés à des obstacles supplémentaires lors de leur accès aux services, en raison de la législation ou de valeurs. Les personnes issues des populations clés sont diversifiées et ont des besoins divers en matière de santé.

Les lois, les politiques et la discrimination sociale, ainsi que l'auto-stigmatisation, peuvent créer des barrières à l'accès des populations clés aux services de santé. Certaines de ces barrières et expériences naissent au sein-même du système de santé. L'accès aux normes de santé les plus élevées possibles est un droit fondamental universel. Les utilisateurs de services et les clients peuvent s'identifier à plus d'une population clé. La prestation de services de santé de qualité, passe par une approche adaptée aux besoins particuliers des individus.

Avant d'être des membres de populations clés, les gens sont avant tout des êtres humains. Les prestataires de services qui ont su graduellement gagner la confiance de différents groupes de populations clés et communautés ont une grande importance. Les prestataires peuvent aussi faire l'objet de stigmatisation et/ou de discrimination sur le lieu de travail parce qu'ils dispensent des services aux populations clés. Quels que soient leur propre code moral ou leurs opinions personnelles, les prestataires de services doivent dispenser des services complets et de qualité. Le changement commence avec chacun d'entre nous. L'objectif premier est d'accroître l'accès aux services liés au VIH et à des services complets et de qualité pour les populations clés.

## ANNEXE II - FICHES PRATIQUES

### 1.- L'annonce du diagnostic

Les modalités d'annonce du diagnostic d'une maladie chronique comme le VIH, influence fortement la capacité des PVVIH à intégrer leur diagnostic et à devenir acteurs de leur suivi médical futur. L'annonce du diagnostic est la porte d'entrée dans les soins. Si la personne est mal accueillie, mal informée, mal conseillée ou mal soutenue à cette étape, elle peut soit ne jamais intégrer le dispositif de soins, soit ne pas adhérer de façon optimale au traitement. D'où l'intérêt de proposer un entretien de counseling post personnalisé. Le counseling post test permet pour l'essentiel de : (i) explorer ce que sait, pense, ressent la personne par rapport à l'infection par le VIH ; (ii) informer la personne sur le dispositif de soins et le traitement en insistant sur les bénéfices, la gratuité et la confidentialité ; (iii) atténuer le choc psychologique en soulignant les bénéfices du TAR ; (iv) explorer avec la personne les facteurs qui peuvent favoriser ou à l'inverse freiner son adhésion au projet de soin proposé ; (v) planifier l'entrée dans le dispositif de soin.

Etapas	Modalités pratiques
<b>Counseling pré test : accueil et mise en contexte</b>	Souhaiter la bienvenue à la personne Se présenter Demander à la personne de se présenter L'installer confortablement Lui préciser le caractère confidentiel de l'entretien Lui demander le motif de sa visite Tester et renforcer ses connaissances sur le VIH Lui demander si elle a des questions à poser
<b>Counseling post test : annonce du diagnostic</b>	Accueil et vérification de l'identité Bref rappel du pré test Annoncer le résultat du (résultat) diagnostic « Votre test est positif au VIH. Cela veut dire que vous avez le virus dans votre sang » » "Tès ou pozitif nan VIH. Sa vle di ke ou gen viris la nan san'w " S'assurer que la personne a bien compris le résultat et lui donner la possibilité d'exprimer son ressenti en respectant ses silences et ses émotions S'assurer que la personne a la capacité d'entendre, de comprendre les informations relatives aux modalités de prise en charge thérapeutiques. Sinon, différer l'apport d'information à la consultation de mise sous traitement. Etre attentif aux réactions psychologiques de la personne
<b>Exploration des retentissements potentiels de l'infection sur la vie de la personne et des réseaux de soutien disponibles</b>	Inviter la personne à exprimer ses sentiments et à préciser ses craintes /peurs par rapports aux conséquences du VIH sur sa vie. Qu'est-ce qui vous inquiète le plus ? Qu'est ce qui peut changer dans votre vie ? Comment comptez faire face ? Qu'est ce qui peut vous aider ? Qui peut vous aider ? Planification d'un plan d'action avec la personne

## 2.- Groupe de parole et Groupe d'entraide/auto-support

Les groupes de paroles et d'auto-support sont des séances collectives qui regroupent entre 6 et 15 personnes qui partagent une même problématique : difficulté à partager le statut avec le conjoint, rejet de la famille, problème d'observance, Soins et traitement, PTME, etc.

Les groupes de parole sont animés par des acteurs professionnels, concernés ou non par l'infection par le VIH. Les groupes d'entraide/auto-supports sont facilités par des personnes concernées par l'infection à VIH : personnes infectées ou affectées (proches). Les modalités de déroulement elles sont similaires.

Etapas	Modalités pratiques
<b>Préparation de l'activité</b>	Définir le thème et les objectifs de l'activité Détailler les contenus/informations à apporter pour réaliser les objectifs définis Choisir les méthodes d'animation qui vont faciliter la transmission des contenus Définir les modalités d'évaluation de l'activité Préparer le matériel et les supports nécessaires pour la réalisation de l'activité
<b>Accueil et définition de fonctionnement du groupe</b>	Se présenter et inviter les personnes à se présenter en déclinant leur prénom, leur statut, le motif de leur présence et leurs attentes par rapport au groupe
	Expliquer le plan de déroulement et les règles de fonctionnement du groupe
<b>Exploration des besoins et des attentes des participants</b>	Inviter les personnes qui le souhaitent à prendre la parole pour exposer la situation qui motive leur participation au groupe.
<b>Exploration des représentations sociales des participants</b>	Utiliser la méthode choisie (brainstorming, photo langage, ) pour explorer les savoirs, croyances, ressentis, besoins, problèmes des participants sur le thème abordé
<b>Reformulation et synthèse</b>	Résumer les principaux résultats de l'exploration des représentations sociales sur le thème/problématique abordée
<b>Discussion</b>	Inviter les personnes à exposer leur point de vue par rapport aux problèmes, besoins, et les encourager à trouver ensemble en partant de leurs propres expériences des solutions communes
<b>Synthèse des solutions possibles et apport d'informations</b>	Résumer les solutions évoquées et lister les appuis éventuels internes ou externes à la structure de soins qui peuvent faciliter la mise en œuvre des solutions identifiées
<b>Discussion</b>	Inviter les personnes qui le souhaitent à poser des questions ou faire des commentaires sur les solutions envisagées
<b>Evaluation à chaud de l'activité</b>	Inviter les participants à exprimer leur ressenti et leur point de vue sur l'activité
<b>Clôture</b>	Clôturer la séance en demandant aux personnes de choisir un thème pour la prochaine séance de groupe et les informer de la date et du lieu éventuel de cette rencontre.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Pauline Begue et Zona Zaric (2017). Agir avec compassion, penser un soin (en) commun. *Elsevier Masson SAS*. France.
2. Moudatsou M, Stavropoulou A and Koukouli S (2020). The rôle of empathy in health and social care professionals. *Journal Healthcare* (8) 26. <https://doi:10.3390/helathcare 8010026>
3. Pinto et al. (2019) A client-centered relational fraerwork on barriers to the integration of HIV and substance use services: a systematic review. *Harm Reduction journal*, (16) 71. <https://doi.org/10/1186/s12954-019-0347-x>.
4. MSPP/PNLS (2015). Formation en Communication interpersonnelle et Counseling : Guide du facilitateur.
5. Latifa IMANE (2017). Manuel sur l'accompagnement psychologique des PVVIH centré sur le patient. Programme national de lutte contre le VIH. Haïti.
6. Brigitte CHOUZENOUX (2017). Manuel national et d'outils d'éducation thérapeutique centrée sur les PVVIH en Haïti. Programme national de lutte contre le VIH. Haïti.
7. FORMARIER Monique (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2 (N° 89), p. 33-42.
8. Malabeuf, L. (1992). La relation soignant-soigné : du discours au passage à l'acte. *Soins Formation-Pédagogie-Encadrement* (4), pp. 4-6.

## ANNEXE III- FORMULAIRE D'ÉVALUATION JOURNALIÈRE DE LA FORMATION

Titre de la formation : .....

Jour: .....

Date: .....

Evaluation (modules, session, contenu, lunch, salle)	Très satisfaisant	Satisfaisant	Non Satisfaisant
La journée a été (Entourez le chiffre qui vous convient)	10 9	8 7	6 5 4
Ce que vous avez le plus aimé ? (Précisez)			
Ce que vous avez le moins aimé ? (Précisez)			
Contenus les plus pertinents			
Commentaires et suggestions			

## ANNEXE IV - FORMULAIRE D'ÉVALUATION FINALE DE LA FORMATION

Titre de la formation : .....

Dates:.....

Lieu:.....

Veuillez évaluer les éléments ci-dessous en dessinant un cercle autour d'une des notes sur l'échelle donnée ci-après.

Très Satisfaisant      Surpasse les attentes des participants/participant(e)s (10, 9)

Satisfaisant            Satisfait les attentes des participants (8, 7)

Non satisfaisant        En dessous des attentes des participants/participant(e)s (6, 5, 4)

**Très Satisfaisant   Satisfaisant   Non satisfaisant**

### DÉROULEMENT DE LA FORMATION

1.	Connaissance des sujets par les facilitateurs/trices	10	9	8	7	6	5	4
2.	Atteinte des objectifs de la formation.....	10	9	8	7	6	5	4
3.	Pertinence des sujets.....	10	9	8	7	6	5	4
4.	Contenu de la formation.....	10	9	8	7	6	5	4
5.	Méthodes/techniques de formation	10	9	8	7	6	5	4
6.	Travaux de groupe.....	10	9	8	7	6	5	4
7.	Utilité du matériel.....	10	9	8	7	6	5	4

### QUALITÉ DES INTERVENTIONS

1.	Efficacité des facilitateurs/trices.....	10	9	8	7	6	5	4
2.	Interactivité des facilitateurs avec les participants	10	9	8	7	6	5	4

### CADRE DE LA FORMATION

1.	Confort de la salle de cours..	10	9	8	7	6	5	4
2.	Horaire de fonctionnement.....	10	9	8	7	6	5	4
3.	Support Logistique .....	10	9	8	7	6	5	4



## ANNEXE V- QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES (PRE & POST-TEST)

Veillez répondre aux questions suivantes en fonction de vos connaissances antérieures. Il vous sera demandé de remplir ce questionnaire au début et à la fin de l'atelier. Le but de ce questionnaire est de pouvoir tester vos connaissances avant et après la session de formation. Il ne constitue nullement en une évaluation des compétences, d'autres évaluations de suivi post formation sont prévues à cet effet. Le participant remplit ce questionnaire en utilisant un identifiant unique. Ce numéro ou signe d'identification doit être conservé et utilisé à chaque fois que vous répondez à un questionnaire dans le cadre de cette session de formation.

Date : ..... Identifiant Unique : .....

### Choisir la ou les bonnes réponses

#### 1. La fourniture de soins VIH centrés sur le patient se traduit par:

- a) La réalisation des activités axées sur la cible
- b) Les stratégies pour soutenir l'environnement social de la cible et la communauté
- c) Un matériel éducatif adéquat
- d) Par un personnel formé
- e) b et d

#### f) Toutes les réponses

#### 2. Les différences dans la manière dont les hommes et les femmes doivent en théorie agir et s'habiller sont déterminées par \_\_\_\_\_.

- a. La culture
- b. La biologie
- c. Les deux

#### 3. Des affirmations comme « les filles n'aiment pas les sciences » et « les vrais hommes ne pleurent pas » sont des exemples relevant des : (Choisir une seule réponse)

- a) Identités de genre
- b) Stéréotypes liés au genre**
- c) Identités sexuelles
- d) Comportements liés aux rôles de genre

#### 4. Qu'est-ce que la stigmatisation ? (Choisir une seule réponse)

- a) Un ensemble de croyances négatives et souvent injustes ou la désapprobation à l'égard d'une personne ou d'un groupe spécifique**
- b) Traiter quelqu'un différemment et ne pas lui offrir un service de même qualité à cause de son comportement, sa religion, sa race etc.
- c) Se sentir déprimé et malheureux

d) Faire des déclarations généralisées concernant une personne ou un groupe de personne en fonction d'un certain nombre de caractéristiques

**5. Quel exemple ci-dessous illustre le mieux comment la stigmatisation affecte la façon dont un homme qui a des relations sexuelles avec des hommes (HSH) bénéficie de services liés au VIH ?**

a) La réceptionniste se plaint des jeunes clients HSH qui viennent à la clinique juste avant la fermeture.

b) Une professionnelle de santé qui généralise et dit à son collègue que tous les HSH doivent fréquemment subir des tests de dépistage des IST.

**c) Pendant une évaluation des risques, un homme marié dit qu'il est mécontent de sa vie à la maison, mais il ne révèle pas qu'il a des relations sexuelles avec des hommes.**

d) Un professionnel de santé dit à un HSH : « il est de mon devoir éthique et juridique en tant que prestataire de soins de protéger votre vie privée ».

**6. L'accueil des clients dans une institution de santé, est l'affaire :**

a) de l'agent de sécurité

b) de l'infirmière chef de service

c) du garçon ou le personnel de surface

d) du médecin aux services d'urgence

**e) de tout le personnel œuvrant dans l'institution**

**7. L'accueil des institutions dans les établissements de santé veut dire :**

a) Dire bonjour

b) Offrir une chaise

c) Faire connaissance

d) Remercier le client

e) Faire le tri des clients

**f) toutes les réponses sont correctes**

g) Les réponses a, b, c et d sont bonnes

**8. Un bon conseiller doit être tout ce qui suit, sauf : (Choisir une seule réponse)**

a) Honnête et empathique avec tous les clients

b) Attentif envers tous les clients quel que soit leur niveau social, leur statut sérologique et leur orientation sexuelle ;

**c) Directif dans son style d'entretien avec le client**

d) Patient et être capable d'assurer une bonne gestion de son temps ;

e) Peut ne pas pouvoir répondre à toutes les questions posées par le client

**9. Les personnes victimes de violences sexuelles sont également victimes de stigmatisation. Comment respecter la confidentialité des informations ?**

- a) Il ne faut pas divulguer le nom de la victime, son histoire vécue et les raisons de la visite aux autres collègues
- b) La confidentialité concerne l'équipe professionnelle
- c) Le dossier de la victime ne doit pas circuler dans l'institution
- d) Il est déconseillé de discuter au client de sa situation hors de l'établissement sanitaire
- e) Toutes les réponses sont correctes**
- f) Les réponses a, b et c sont correctes

**10. Faites correspondre en mettant les chiffres derrière les lettres :**

- a) Éléments qui bloquent la relation soignant-soigné : **1, 3, 4, 5**
- b) Éléments qui facilitent la relation soignant-soigné : **2, 6**

1. Tenir des propos désobligeants à l'encontre des clients par les prestataires de soins
2. Accepter la personne telle qu'elle est : son mode de vie, son orientation et ses pratiques sexuelles
3. Refus des soins aux clients en raison de leur statut VIH,
4. Accompagner le patient au changement de sa singularité en fonction des croyances du prestataire
5. Partager des sentiments et établir de liens affectifs avec le patient
6. Chercher à comprendre l'état affectif de l'autre

**Vrai ou Faux**

11. Montrer de l'intérêt à la personne, peut se manifester de façon verbale et non verbale **Vrai**
12. La relation d'aide repose en effet sur le postulat qu'une personne fragilisée par le VIH possède en un potentiel et de ressources lui permettant de gérer tous les aspects de sa vie **Faux**
13. Le patient et son entourage doivent bénéficier de toutes les informations nécessaires (savoirs sur les modalités de diagnostic, de suivi, sur le traitement, les bénéfices et les inconvénients éventuels du soin/appui proposé) pour leur permettre de décider en toute autonomie et liberté des solutions les plus adaptées à leurs besoins/réalités **Vrai**
14. Les patients et leur entourage doivent être bien accueillis, respectés et traités avec dignité, aussi bien au niveau du langage utilisé, que dans les attitudes et les comportements des soignants. Ce respect peut se traduire notamment par la ponctualité **Vrai**

**Bon succès !**

## ANNEXE VI - DEBRIEFING POST-FORMATION

### Séance de travail de mise au point après la formation entre les facilitatrices/facilitateurs

Il est important que les facilitateurs/facilitatrices se réunissent en groupe à la fin d'une session de formation pour faire le bilan de la session, réfléchir sur le déroulement de la session et faire des plans pour les prochaines étapes ou tout ajustement nécessaire. Vous trouverez ci-dessous une liste de contrôle qui peut être utilisée pour ce débriefing post-formation.

#### **A.- Qu'est-ce qui s'est bien passé pendant la session d'aujourd'hui ?**

Demandez à chaque membre de l'équipe de résumer un point positif/quelque chose qu'il a aimé dans le déroulement de la session/journée, et une chose sur laquelle il souhaite se concentrer ou s'améliorer au cours de la journée/session suivante.

#### **B.- Que peut-on améliorer ?**

Les participantes/participants ont-ils cerné tous les sujets abordés ? Y avait-il des sujets ou des problèmes sur lesquels les participantes/participants semblaient confus et qui pourraient devoir être abordés lors de futures sessions de formation ? Si oui, comment seront-ils intégrés à la journée/session suivante ?

#### **C.- Le public cible était-il capable d'intégrer le matériel développé ?**

Il s'agit de passer en revue les critères de sélection du public cible, de réfléchir autour de la qualité et de la quantité des participants pour répondre aux besoins de l'équipe de formation.

#### **D.- Comment se trouve l'état émotionnel de l'équipe de formation ?**

Il est bon de vérifier si l'équipe se porte bien émotionnellement. Les formations avec la participation de PVVIH, de populations clés et vulnérables au risque de contracter le VIH peuvent être émotionnellement difficiles, non seulement pour les participants/participantes, mais aussi pour les facilitatrices/facilitateurs.

#### **E.- Quelles sont les changements de manière globale à opérer pour les formations futures ?**

Des changements de calendrier ou de contenu sont-ils nécessaires ?

Des problèmes logistiques à résoudre ?