



Initiative Privée et Communautaire
de lutte contre le sida



Le Petit village de l'Oasis

DIEUDONNE BASSONON
PATRICE SANON

AOUT 2012



Initiative Privée et Communautaire
de lutte contre le sida



Le Petit village de l'Oasis

DIEUDONNE BASSONON
PATRICE SANON



Le projet a été réalisé avec le soutien de l'initiative Allemande BACKUP, mise en oeuvre par la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) et commissionné par le Ministère Fédéral Allemand de la Coopération Economique et du Développement.

AOUT 2012

Remerciements

L'IPC/BF remercie toute les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette documentation. Il s'agit principalement de :

L'initiative Allemande BACKUP (GIZ) qui a soutenu financièrement la réalisation de la documentation et l'impression du document

Le Pôle d'appui technique de l'Alliance Internationale qui a conduit cette documentation

Les consultants BASSONON Dieudonné, SANON Patrice, ZIDA Boureima qui ont réalisé ces missions de documentations

Les personnes ressources de l'Association African Solidarité qui ont produit la matière de base et participé à l'atelier d'écriture, accordé les interviews réalisés dans le cadre de cette documentation notamment : Aziz Traoré, Patrice Koblavi, Pascal Ouédraogo, Justine Ilboudo, Issoufou Tiendrebeogo, Marcelline Yameogo, Compaoré Adama, Ouedraogo Joseph, Dr DA, Ouedraogo Philomon, les leaders HSH qui ont contribué directement ou indirectement dans la réalisation de cette documentation.

Les personnes clé qui ont lu et formulé des commentaires et conseils pour la finalisation du document notamment Reine Lydia SALOUCOU, expert sur le genre, la SR, le plaidoyer, l'engagement communautaire et Directrice Exécutive de l'IPC/BF, Sylvestre BASSONO consultant en matière d'écriture des document techniques ; Julia Katzan de l'Initiative Allemande BACKUP (GIZ), Abdoulaye Ki, coordonnateur du Pôle d'Appui Technique de l'Alliance Internationale, Dr Jean Baptiste GUIARD SHMID, expert VIH de l'équipe Interpays de l'OMS AOC basé au Burkina

AVANT PROPOS

Définir le concept de « bonne pratique » n'est pas chose aisée car il recoupe plusieurs réalités. On a pu dire que les « bonnes pratiques » étaient des exemples de procédés et de conduites ayant débouché sur des réussites : « Bonnes pratiques » est alors à rapprocher de « meilleures pratiques » (best practices), terme très en vogue dans les pays anglo-saxons (notamment aux Etats-Unis) où il est défini tout simplement comme une chose qui fonctionne

Ailleurs, on a défini de manière plus complète une « bonne pratique » comme une approche souvent innovatrice qui a été expérimentée, évaluée et dont on peut se présumer de la réussite. C'est l'innovation qui permet d'améliorer le présent et qui, de ce fait, a (ou peut avoir) valeur de modèle ou de standard dans un système donné. De ce fait, il existe une certaine proximité entre « bonne pratique » et innovation qui fait qu'on les assimile dans un bon nombre de programmes.

Ainsi la « bonne pratique » semble être une façon de faire qui donnerait des résultats probants et qui dans sa mise en œuvre peut révéler une innovation comparée à ce qui se faisait jusque-là.

Cela dit, on recense toujours des « bonnes pratiques » selon des critères précis définis et d'après des standards donnés. Ce choix arbitraire peut poser quelques interrogations sur la légitimité des critères mais aussi sur celles des institutions et/ou personnes qui font ces choix.

En s'engageant dans la documentation des expériences communautaires avec le soutien financier de l'initiative Allemande BACKUP (GIZ), l'IPC/BF veut d'abord mettre sur écrit, capitaliser un certain nombre de réalisations au niveau de la société civile afin de :

1. Promouvoir l'expérimentation, l'innovation, les meilleures pratiques
2. Faciliter la circulation de l'information et l'échange d'expériences entre les organisations de la société civile mais aussi avec les acteurs clé des autres secteurs au Burkina et à travers le monde

Il s'agit finalement de réduire le gap en termes de documentations des initiatives et actions communautaires, ce qui devrait permettre leur validation ou non comme étant bonnes ou meilleures pratiques par les personnes et institutions accréditées.

Acronyme

AAS	: Association african solidarité
AGR	: Activité génératrice de revenus
BMS	: Bristol-Myers Squibb
CDV	: Conseil Dépistage Volontaire
CDC	: Center For Deseases Control (centre fédéral Américain de surveillance des maladies)
CNLS-IST	: Conseil national de lutte contre le Sida et les infections sexuellement transmissibles
CNSPE	: Coalition nationale du secteur privé et des entreprises de lutte contre le VIH/SIDA et les IST au Burkina Faso
CORAB	: Coalition des réseaux et associations burkinabè de lutte contre le Sida et de promotion de la santé
CSLS	: Cadre stratégique de lutte contre le VIH, le Sida et les IST
FEBAH	: Fédération burkinabè des associations pour les personnes handicapées
GRID	: gay-relatedimmunodeficiencydisease
GTZ /GIZ	: Coopération technique allemande
IO	: Infection opportuniste
IPC/BF	: Initiative privée et communautaire de lutte contre le Sida au Burkina Faso
IST	: Infection sexuellement transmissible
LGBT	: Lesbiennes, Gay, Bisexuels, Transsexuel
OBC	: Organisation à base communautaire
OEV	: Orphelin et enfant vulnérable
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OSC	: Organisation de la société civile
PAMAC	: Programme d'appui au monde associatif et communautaire
PA PMLS	: Projet d'appui au programme national multisectoriel de lutte contre le Sida
PE	: Pair Educateur
PECC	: Prise en charge communautaire
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNUD NY	: Programme des Nations Unies pour le développement New York
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RDV	: Rendez-vous
REGIPIV	: Réseau pour une plus grande implication des personnes infectées par le VIH
REV+	: Association espoir et vie
RSC	: Renforcement des systèmes communautaires
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquis
SP/CNLS-IST	: Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le SIDA et les IST
SR	: Santé de la reproduction
SSR	: Santé sexuelle et reproductive
TARV	: Traitement par les antirétroviraux
TS	: Travailleur de sexe
UDI	: Usagers de drogue injectable
URCB	: Union des religieux et coutumiers burkinabè contre le Sida, le paludisme et la tuberculose
USAID	: Agence Américaine de coopération Internationale
VAD/SAD	: Visite à domicile/Soins à domicile
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Remerciements	1
AVANT PROPOS	3
Pourquoi la documentation de l'expérience de Petit village ?	6
Définitions notionnelles	6
VIH et Homosexualité	8
La situation au Burkina	9
Pourquoi petit Village ?	11
Qu'est-ce que « petit village » ?	11
Quels sont les changements que AAS a opéré en son sein pour intégrer le programme HSH	13
De l'initiative de petit village à la réponse multisectorielle d'envergure nationale	16
Leçons tirées de l'expérience et recommandations pour la répliation	20
Que retenir ?	23

Pourquoi la documentation de l'expérience de Petit village ?

Cette documentation a été réalisée pour contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie des populations dans les pays faisant face à l'épidémie du VIH, par l'amélioration de la santé et la qualité de vie populations les plus à risque d'infection à VIH notamment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Elle a été effectuée dans le but de servir de mémoire au démarrage du premier programme avec les HSH au Burkina.

Les organisations de la société civile ou les programmes VIH qui souhaitent intégrer la problématique HSH pourront également trouver dans cette documentation, comment AAS a réagi face à un certain nombre de difficultés liées à l'homophobie, à l'absence de ressources directes, aux défis de la mobilisation de la communauté HSH elle-même sans susciter l'adversité.

Elle fait voir comment l'initiative de petit village a contribué à la mise en place d'une réponse coordonnée, orientée vers l'accès universel à la prévention, aux soins et traitements, un domaine clé du CSLS-IST 2011-2015 du Burkina avec un budget et des indicateurs spécifiques.

Définitions notionnelles

L'homosexualité est le désir, l'amour, l'attraction et/ou les relations sexuelles entre personnes de même sexe, selon une perspective comportementaliste ou empirique. C'est également un goût, une orientation sexuelle, selon une perspective psychologique ou sociologique. Le 17 mai 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) retire l'homosexualité de la liste des maladies mentales

Parmi les personnes ayant une part d'homosexualité, on établit des distinctions :

- **Lesbienne** : Une femme qui est exclusivement attirée par une personne de même sexe.
- **Un gay** : un homme qui est exclusivement attiré par une personne de même sexe
- **Un homme bisexuel** ou **une femme bisexuelle** est aussi attiré par une personne de sexe opposé.

Aujourd'hui, ces personnes sont parfois désignées sous les termes de communauté homosexuelle, ou **LGBT** (Lesbiennes, Gay, Bisexuels, Transsexuels qui comprennent également les hommes transgenres et les femmes transgenres).

Sexe : Le mot désigne souvent l'appareil reproducteur, ou l'acte sexuel et la sexualité dans un sens plus global, mais se réfère aussi aux différences physiques distinguant les hommes et les femmes.

Genre : le genre est utilisé pour faire référence aux différences non anatomiques, aux constructions psychologiques, mentales, sociales, économiques, démographiques, politiques liées au sexe ; il fait références aux contenus donnés par chaque société, collectivités humaine à la masculinité, à la féminité.

Transgenre : personnes dont le genre – l'identité psychique et sociale reliée aux concepts d'homme et de femme, ou identité sexuelle complète – entre en conflit avec (est différent de) leur sexe biologique. Un homme trans- (transgenre) se ressent et s'identifie à un homme bien qu'il soit né avec des organes sexuels femelles. Une femme trans- (transgenre) se ressent et s'identifie à une femme bien qu'elle soit née avec des organes sexuels mâles

Travesti : est un homme ou une femme qui s'habille et se sent dans les tenues, habillement généralement propre au sexe opposé. Un homme qui se sent dans l'habillement / tenue de femme, ou une femme qui se sent dans l'habillement / tenues d'homme.

L'orientation sexuelle désigne le genre (homme ou femme) des attractions naturelles amoureuses ou érotiques d'une personne. L'orientation sexuelle d'une personne est classée en fonction du sexe du ou des partenaires désirés :

- Hétérosexuelle, si elle porte sur des personnes de l'autre sexe.
- Homosexuelle, si elle porte sur des personnes du même sexe.
- Bisexuelle si elle porte indifféremment sur des personnes des deux sexes.
- Pan sexuelle, si elle porte sur toute personne, quel que soit son sexe.
- Auto sexuelle, si elle porte sur soi-même.
- Asexuelle, s'il y a absence d'inclinaison sexuelle particulière.
- Alter sexuelle, s'il s'agit du refus de catégorisation sexuelle (spécifiquement dans une sexualité ou orientation ou une autre).

L'identité sexuelle (ou identité de genre ou identité sexuée) se réfère au genre par lequel une personne est socialement reconnue ; c'est-à-dire que certaines personnes parlent d'elles-mêmes comme étant un homme ou une femme ou se décrivent de façon moins conventionnelle, mais ce terme peut aussi faire référence au genre que les autres personnes attribuent à quelqu'un sur la base de ce qu'ils connaissent des indicateurs sociaux de genre (vêtements, coiffure, démarche, etc.).

L'homophobie est l'hostilité, explicite ou implicite, mais violente et agressive envers des individus dont les préférences amoureuses ou sexuelles concernent des individus de même sexe. Cette hostilité relèverait de la peur, de la haine, de l'aversion ou encore de la désapprobation intellectuelle intolérante envers l'homosexualité. L'homophobie englobe donc les préjugés sur l'homosexualité, lorsqu'ils se traduisent par des attitudes violentes, et les discriminations (emploi, logement, services) envers les homosexuels. « De même que la xénophobie, le racisme ou l'antisémitisme, l'homophobie paraît être une désignation de l'autre comme le mauvais contraire, inférieur ou anormal. » L'homophobie peut aller jusqu'au meurtre ou, plus souvent, à la condamnation à mort institutionnalisée.

Le contexte hostile : C'est l'absence de la mention de besoins spécifiques de certains groupes dans les politiques et les programmes ; l'absence de réponse claire et structurée dans les systèmes de santé ; c'est la faiblesse de la demande des services lorsque les besoins estimés ou non sont importants. Les pays sont classés en 3 catégories en fonction des dispositions juridiques, des pratiques liées à l'homosexualité :

- **L'existence de lois punitives /criminalisantes** d'une façon générale comme au Cameroun, en Uganda : les initiatives d'offre de services et de création de la demande se heurtent au risque de dénonciation et d'exposition des individus aux officiers de justice et aux populations sans possibilité de recours à une protection juridique et sociale adéquate. Est considérée comme crime, soit la pratique homosexuelle, soit la présomption d'être homosexuel, y compris le fait de connaître l'identité d'un homosexuel et ne pas le dénoncer. De sorte que les prestataires de services VIH intervenant en faveur de cette communauté sont exposés aux mêmes sanctions que les HSH eux-mêmes.

- **L'existence d'abus de droits « légalisés » et « intériorisés »** malgré l'absence de lois punitives et criminalisantes : c'est le cas de nombreux pays de la sous-région Ouest africaine, il n'existe pas dans les textes de lois des dispositions condamnant clairement le fait d'avoir des relations sexuelles entre hommes.

- **L'inexistence de lois qui protègent** : au regard des abus constatés dans la situation des pays où la loi est criminalisante, dans les pays où la loi n'est pas criminalisante mais silencieuse, il est indiqué de tendre vers des lois qui protègent, qui garantissent la pleine jouissance des droits des MSM, et autres populations clé ; des lois qui autorisent la citoyenneté pleine afin de donner la garantie d'un accès équitable aux services de santé, juridiques, ... à toutes les personnes vivant au niveau d'un pays donné, « sans distinction aucune... » telle que proclamé par la majorité des constitutions de pays de la région, et par la déclaration universelle des droits de l'homme à laquelle ces pays ont souscrit.

- **Qu'entend-on par réponses au VIH sensibles au genre ou contribuant à transformer les rapports de genre ?**

Les programmes sensibles au genre s'efforcent de redresser les inégalités existant entre les sexes en s'attaquant aux normes, rôles et conditions sexospécifiques d'accès aux ressources, dans la mesure où ces aspects sont nécessaires pour atteindre les objectifs du projet. Les programmes qui contribuent à transformer les rapports de genre visent à redéfinir les rôles et relations entre hommes et femmes en transformant des disparités existant entre les sexes de manière à promouvoir le partage du pouvoir, du contrôle des ressources et de la prise de décisions et à soutenir l'autonomisation des femmes.

VIH et Homosexualité

L'homosexualité a été associée directement au début de l'épidémie de l'infection à VIH. En effet, C'est le 5 juin 1981 que commence officiellement l'épidémie de Sida, lorsque le CDC note dans sa revue *Morbidity and Mortality Weekly Report* une recrudescence de cas de pneumocystose chez cinq hommes homosexuels à Los Angeles. Dans les mois qui suivent, de plus en plus de cas sont recensés dans plusieurs autres villes du pays et il est noté chez plusieurs de ces personnes un état d'immuno-dépression. En raison du fait que nombre de patients ont eu de nombreuses relations sexuelles, il est suggéré en juin 1982 qu'un agent infectieux transmis sexuellement pourrait être la cause de cette immunodépression, mais rien n'est vraiment sûr à ce moment. Comme les premiers malades sont exclusivement homosexuels, le syndrome est appelé par certains le *gay-related immunodeficiency disease* (GRID), mais les autorités sanitaires se rendent compte rapidement que d'autres personnes sont

touchées, comme les hémophiles, les usagers de drogues par injection intraveineuse, hétérosexuels, ou encore des immigrants haïtiens. En vue d'abandonner cette dénomination erronée, le CDC créé le terme Acquired immune deficiency syndrome (AIDS), qui est ensuite traduit en français : syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La découverte en 1983 de l'agent infectieux, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), marque le début de la recherche sur ce virus qui en décembre 2007 est la cause de la contamination de plus de 30 millions de personnes depuis la découverte du Sida en 1981.

En Afrique de l'Ouest, les premiers cas ont été notifiés dès 1983. De cette date jusqu'à nos jours, les études ont montré que le mode de transmission le plus dominant est la transmission hétérosexuelle, lorsque en Amérique et en Europe, elle est perçue comme essentiellement homosexuelle.

Les premières études qui ont attiré l'attention de la communauté de l'Afrique de l'Ouest dans la lutte contre le Sida n'interviennent qu'en début des années 2000 (Cheick Niang et coll 2001). Réalisée dans une demi-douzaine de pays de la région, les pays « découvrent » à la parution des résultats, l'existence d'une communauté HSH, avec des pratiques sexuelles répandues et confirmées dans l'ensemble des pays, pratiques qualifiées de haut risque d'infection à VIH. A la suite de ces études, des pays comme la Côte d'Ivoire, ou le Sénégal vont entreprendre des études plus poussées pour évaluer le phénomène, ce qui a abouti à la mise en place des premiers programmes de lutte contre le VIH avec les HSH à partir de 2000 dans ces pays.

La situation au Burkina

Depuis la notification officielle du premier cas de VIH au Burkina en mars 1987, le pays s'est résolument engagé dans le développement de plans et cadres stratégiques de lutte contre le VIH avec pour objectif de réduire la propagation de l'épidémie tout en assurant une prise en charge effective et efficace des personnes infectées et affectées. L'évolution de la riposte au Burkina a été ponctuée et marquée par des évaluations, revues des plans et cadres stratégiques successifs. Ces revues et évaluations ont fourni les bases (informations nouvelles/recommandations) des nouvelles orientations de la riposte.

C'est en 2010, que les HSH ont été intégrés comme groupe cible prioritaire dans le cadre stratégique national CSLS-11-15, consacrant la reconnaissance officielle du Burkina de l'existence d'une communauté HSH à haut risque d'infection à VIH au Burkina, presque 25 ans après la notification officielle du premier cas VIH.

Pourtant, on retrouve les premières initiatives sur la question des HSH dans le domaine du VIH au Burkina au début des années 2000. Il s'agit de personnes reçues au centre de traitement ambulatoire, mais aussi de personnes référées au niveau d'associations de lutte contre le Sida notamment l'Association African Solidarité (AAS).

En 2001, l'étude exploratoire régionale du professeur Cheick Niang permettra de rencontrer officiellement des informateurs clés de HSH dans le cadre de l'étude. AAS, multiplie les rencontres et le plaidoyer au niveau international pour soutenir un programme au Burkina sans créer l'adversité. La mise en œuvre du projet Orange en partenariat avec l'IPC/BF et le secrétariat de l'Alliance Internationale (www.aidsalliance.org) va permettre aux premiers responsables de AAS de rencontrer des partenaires canadiens pour se former sur la manière travailler avec les HSH au Burkina.

En 2003, l'IPC/BF participe à la rencontre internationale sur la revue des stratégies de prévention dans le contexte de basse prévalence en Afrique du Sud organisée par le secrétariat de l'Alliance qui encourage les pays à travers les organisations de Liaison à aller au-delà des interventions de masse pour le développement de programmes structurés de prévention focalisée avec pour priorités les HSH, les TS, les UDI et autres populations à haut risque. IPC/BF inscrit l'initiative AAS dans l'agenda du Secrétariat de l'Alliance. Il est organisé en 2004, le premier atelier de formation des acteurs de la société civile sur la mobilisation communautaire et le développement d'interventions avec les HSH. 5 leaders HSH, des participants d'AAS, de Vie Positive, de Population Council, du PNUD et de l'IPC/BF s'engagent à la fin de l'atelier à la mise en place d'un premier groupe de travail pour la mobilisation des ressources et le soutien aux initiatives des HSH du Burkina.

L'opportunité est offerte par BMS qui lance un appel à proposition ; Population Council et IPC/BF s'engagent sur l'expérience commune à l'Alliance et Population Council au Sénégal pour proposer à BMS une requête devant permettre de démarrer un programme d'envergure avec les HSH au Burkina. Le projet est accepté par BMS mais il n'aura pas la caution du Ministère de la Santé.

IPC/BF s'engage dans un programme de lutte contre la stigmatisation et la discrimination avec les autres partenaires sur 2 axes majeurs : 1) Le plaidoyer national pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination en collaboration avec l'ONUSIDA, le PAMAC, et sous l'égide du Ministère de la promotion des droits humains. 2) Le renforcement des capacités des acteurs communautaires sur les interventions communautaires de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à travers la facilitation de la formation de formateurs nationaux Burkinabè et la mobilisation de ressources pour la formation de formateurs dans les régions du Burkina avec l'appui régional stigma Project de Zambie.

Parallèlement, Population Council tente de soutenir l'intégration des HSH dans le programme de l'intervention ciblée de la Banque Mondiale lancé au Burkina en lien avec le programme en faveur des travailleuses de sexe, mais le protocole ne sera pas validé.

AAS a ouvert ses portes aux HSH et travaille avec les moyens de bord pour fournir en services essentiels de base notamment avec l'appui d'AIDES.

Le PNUD soutient le PAMAC pour la mise à disposition des premières subventions en 2008 qui vont permettre de renforcer le programme au niveau de Ouagadougou mais aussi au niveau de Bobo Dioulasso.

A partir de 2007 commencent véritablement les premières explorations récentes qui vont permettre de donner des arguments au renforcement de l'intervention au sein de cette communauté :

Le rapport d'enquête de surveillance comportementale (les sites sentinelles au Burkina Faso) réalisé par le SP/CNLS-IST en 2008, il ressort que 2,6% des hommes enquêtés ont affirmé avoir eu des rapports sexuels avec d'autres hommes. En 2008, une campagne de dépistage ciblée réalisée par AAS a donné les résultats suivants : 38 cas positifs sur 200 HSH testés, soit un taux de séropositivité de 19% ; source AAS 2008).

Le rapport d'étude du PNUD 2010 (Moreau 2010) montre que les HSH au Burkina se caractérisent par des comportements et pratiques sexuelles à haut risque d'infection par le VIH. En effet, : 79,9% des MSM enquêtés sont bisexuels (entretiennent des rapports sexuels à la fois avec des hommes et avec des femmes) 15,4% des HSH sont mariés à des femmes ; par ailleurs, l'étude révèle une activité sexuelle intense dominée par le multi partenariat : 28,9% des HSH enquêtés ont eu entre 3 et 5 partenaires sexuels hommes différents au cours des 6 derniers mois avant l'enquête (N = 263) dans un contexte de faible utilisation des préservatifs (50% des enquêtés Soulama, 2008), de stigmatisation et de discrimination.

Le lancement du mécanisme de financement à double voies va consacrer le renforcement de la participation de la société civile à l'élaboration des propositions du Burkina au Fonds Mondial, avec pour effet, l'adoption d'un check List de priorités parmi lesquelles figurent en bonne place les HSH. Les rapports d'AAS, les personnes ressources, les HSH eux-mêmes sont mis à profit pour soutenir le contenu et la forme des interventions dans la proposition.

L'élaboration concomitante du nouveau CSLS pour la période 2011-2015 va permettre de pousser l'agenda de la société civile dans le document national de référence. Mais, la validation de cette priorité dans le document final est à rechercher dans l'allusion aux HSH comme priorité faite par le Président du Faso, Président du CNLS en personne à la session en 2010

Pourquoi petit Village ?

« Nous sommes arrivés dans la lutte contre le Sida au moment où, au nord, la question des HSH se posait avec acuité mais qu'au sud elle ne se posait pas. Ceux qui étaient au nord les plus stigmatisés, les plus discriminés ont réagi; ils ont défendu leurs droits, ils se sont mobilisés pour eux-mêmes mais aussi pour ouvrir la porte aux Africains. Lorsque nous étions obligés d'aller nous soigner, ceux qui nous accueillait dans les hôpitaux du nord étaient des HSH, ceux qui nous hébergeaient, c'étaient encore les HSH. Nous avons connu les HSH au nord qui ne nous ont jamais dit, nous allons soigner ceux qui sont HSH et laisser les autres. Ils ne nous ont jamais demandé d'être des HSH avant d'être soignés. Aujourd'hui, pourquoi nous allons faire des différences ? Ici on refuse même l'idée qu'ils existent. Pourtant, ce sont des citoyens Burkinabè qui sont de plus en plus affectés par le VIH; donc des citoyens comme les autres à qui la constitution et les lois reconnaissent le droit à la santé. Notre action en tant que OSC est intimement liée, disons née presque au Nord et continue d'être supportée par le nord. La différence au Burkina, c'est que, ce ne sont plus les ONG du Nord qui sont installées dans notre pays pour intervenir, mais des initiatives nationales portées par des acteurs nationaux qui sont en train de développer de véritables entreprises sociales. L'essence des ONG, leur raison d'être, c'est d'apporter une réponse adaptée aux minorités, aux couches défavorisées du système, aux groupes marginalisées y compris les HSH. » Issoufou Tiendrebeogo, Président de AAS.

Qu'est-ce que « petit village » ?

Petit village est **une niche créée en 2004 au centre Oasis de AAS** (www.aasbf.com) avec et pour les HSH de la ville de Ouagadougou et du Burkina en général suivant les mêmes principes, les mêmes raisons qui avaient présidé à la création du centre Oasis pour les Personnes vivant avec le VIH en 1998. Comme le centre Oasis pour les PVVIH, la mission de petit village est d'offrir un espace de refuge, de sécurité et de protection aux nombreux HSH en proie à la violence verbale et physique, aux souffrances diverses, des personnes traquées de toute part du fait de leurs apparences d'efféminées de leur orientation sexuelle. A l'image de « petit village de Montréal » au Canada dont il tire le nom et le modèle, le programme HSH se présente comme la traduction concrète de la volonté des responsables du centre Oasis de AAS, de leurs partenaires, des leaders HSH impliqués et responsabilisés depuis sa conception, la mobilisation de ressources et sa mise en place, d'assurer à chaque HSH aujourd'hui :

- Un espace sécurisé et adapté de rencontre et d'échange avec d'autres HSH
- Une égale chance d'avoir accès aux informations, à l'écoute, aux conseils, à l'orientation, aux commodités de prévention, à des consultations médicales sur diverses pathologies, dépistage VIH, traitements y compris la médiation sociale, le soutien psychosocial ;
- Un système de recours pour l'accès au soutien juridique ;
- Des opportunités d'accès aux ressources pour le développement d'activités génératrices de revenus ;
- Opportunité d'être consulté, d'être associé au développement de programmes nationaux et régionaux ;
- Opportunités d'accès à des bourses de formation ou de participation à des rencontres/ conférences nationales et internationales ;
- Opportunités de susciter/orienter, participer à des études et recherches sur le Sida, leur situation dans le contexte du VIH ;

Petit village aujourd'hui est devenu un site école pour les autres organisations de la société civile au Burkina souhaitant développer des programmes avec les HSH.

En 2010, Petit village avait une « population » de plus de 500 HSH bénéficiant d'au moins un service du centre Oasis dont 38 infectés par le VIH et 07 sous traitement ARV, un médecin formé avec un assistant, un infirmier formé, une équipe spécialisée dans l'accueil et l'écoute, le conseil l'orientation des HSH pour différents services : informations, préservatifs, gel, lubrifiant, soins infirmiers, dépistage et traitement IST, des IO, dépistage VIH, le soutien psychosocial, le soutien juridique etc.

Petit village est un modèle de services intégrés

Le centre Oasis qui abrite petit village est un véritable complexe mis en place par AAS pour répondre de manière adéquate aux besoins spécifiques des différentes minorités et groupes avec et pour lesquelles la structure a été mise en place. Il s'agit principalement des PV VIH, des OEV, des TS et leurs clients, des jeunes, des personnes démunies, des adolescents et jeunes en quête d'emploi et les HSH à la faveur de la mise en place du programme... On compte au sein et autour du centre oasis :

- Le centre médical, cadre de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH/sida à Ouagadougou, Le centre Alain BABILLOT, cadre de prise en charge des OEV ; La maison d'observance Augustin ILBOUDO,
- L'unité fixe de dépistage à Ouagadougou ; Trois (3) unités mobiles de prévention/dépistage ; La section de prévention en faveur des travailleurs (ses) de sexe ; La section de prévention en faveur des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes à Ouagadougou ; Le centre d'écoute pour jeune à Ouagadougou ; Les Dix-huit (18) kiosques café santé à travers la ville de Ouagadougou et Zorgho, sensibilisation/orientation de proximité ; La cour des métiers, centre de formation, d'apprentissage basé à Ouagadougou.

*Nous avons un contrat sur la vie de nombreuses personnes. Nous travaillons à assurer la continuité des services, en particulier l'offre de services adaptés aux besoins spécifiques de chaque groupe. Le succès des programmes de soins et traitements doit être pérennisé par un réel accompagnement à la réinsertion sociale des personnes marginalisées. **Issoufou Tiendrebeogo, Président d'AAS***

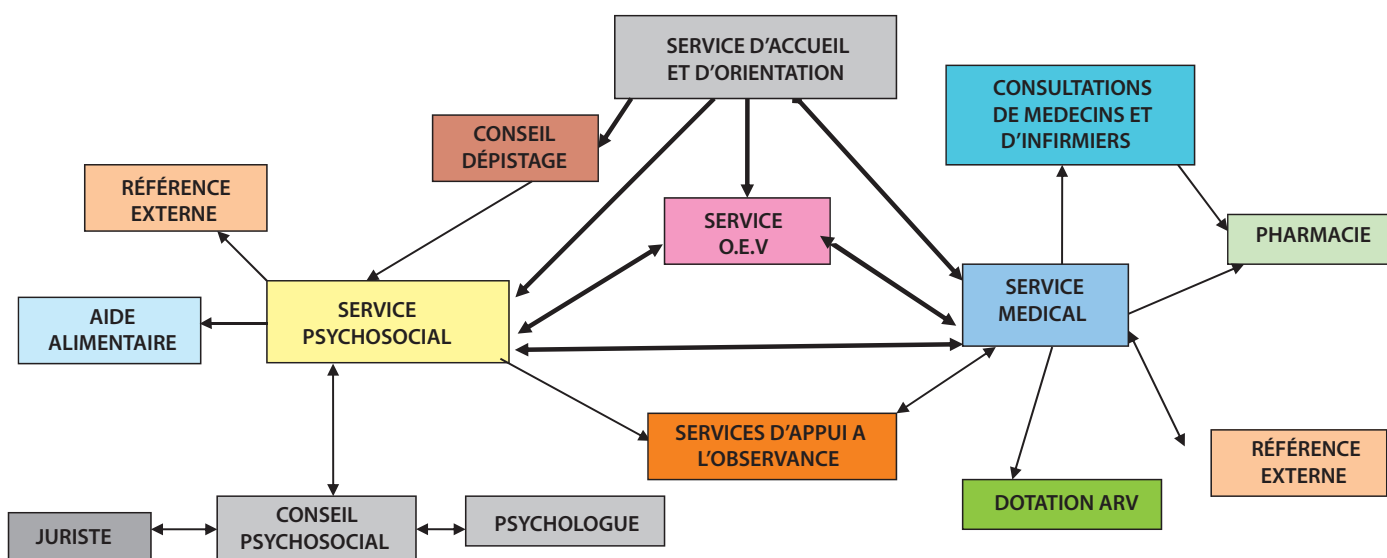
Au-delà de la volonté de regrouper les programmes sur un même site ; la localisation de petit village au sein du centre Oasis répond à des impératifs stratégiques clairs :

- Eviter d'exposer les HSH en les regroupant seuls sur un site : le centre oasis compte un centre de santé en son sein fréquenté par la population environnante, mais aussi et surtout les groupes avec lesquels la structure travaille. Ainsi, les HSH fréquentent aisément ce centre au même titre que toute autre personne.

Assurer que le programme HSH bénéficie des acquis des programmes passés : L'intégration du programme HSH sur le même site que les autres programmes qui bénéficient d'une plus grande tolérance, constitue transitoirement une réponse appropriée à la peur d'être découvert des HSH, mais aussi de gagner en temps et ressources pour la mise en place des services en faveur

de ce groupe ; **Par exemple, les ressources humaines existantes au centre Oasis** (médecins, pharmaciens, infirmiers, accoucheuses, psychologues, sociologues, juristes, techniciens de laboratoire) et des agents sociaux formés, chargés du conseil dépistage volontaires et de l'accompagnement psychosocial des PVVIH adultes et des orphelins et enfants vulnérables, les pairs éducateurs des groupes spécifiques et le personnel administratif) **sont déjà sensibilisés pour offrir des services conviviaux aux PV VIH, aux TS, aux adolescents et jeunes. Ils sont de ce fait plus faciles à mobiliser pour élargir leurs services aux HSH**

Quels sont les changements que AAS a opérés en son sein pour intégrer le programme HSH



Le modèle de base d'offre de services de AAS-2008

A la différence de l'action en faveur des TS, les interventions en milieu HSH ont nécessité beaucoup d'effort entre autres, une section à part, une organisation spécifique, un bureau où les pairs viennent permanemment pour les vacances.

Au niveau du personnel :

Le centre OASIS a connu quelques cas d'homophobie. Cela a constitué au départ un frein au bon déroulement des activités à l'endroit des HSH. L'organisation a réagi en intéressant spécifiquement les personnes sensibles au sujet à l'offre des services, en lieu et place d'une démarche officielle d'intégration qui aurait suscité des réticences pour des personnes non averties. Pour ce faire, des personnes clé ont été cooptées au sein de la communauté des HSH pour être intégrées au sein de l'équipe, parallèlement, certaines personnes ouvertes sur la question au sein du staff ont été cooptées pour être impliquées dans les activités en faveur des HSH.

En 2010, un atelier a permis d'aborder le sujet de l'homophobie avec une vingtaine d'acteurs intervenant dans les autres sections (médicales, services psychosociaux, OEV) ; En 2011 également toujours en impliquant les HSH. A l'issue de cette dernière, des propositions concrètes ont été faites pour amoindrir cette homophobie. Il s'agit :

- D'impliquer davantage les HSH dans les services de prise en charge du centre.
- organiser une formation des HSH pour soutenir cette décision
- aller progressivement vers l'intégration effective des HSH dans le circuit normal du centre pour augmenter l'accès aux autres services disponibles au niveau du centre etc.

Au niveau de l'accès et l'utilisation des services : la discrimination positive

Pour briser les réticences des HSH à utiliser les services de santé au sein d'AAS et dépasser les regards des autres clients du centre, il a été appliqué un certain nombre de mesures :

- Un accueil spécifique (au deuxième étage du centre) : Les HSH étaient considérés comme de supers bénéficiaires quant à l'accès à certains services (notamment le service médical) ; Ceux qui venaient pour voir le médecin y parvenaient sans passer

par le box d'accueil. Cela permettait d'éviter le mauvais accueil à leur endroit/ peur, la gêne et les autres raisons. Ils ne sont pas enregistrés à l'accueil ; ils sont prioritaires, passent avant certains malades sans suivre l'ordre d'attente etc.

Principales mesures pour accroître l'utilisation des services par les HSH au centre Oasis :

Activités	Circuit spécifique pour les MSM
Accueil et orientation	<ul style="list-style-type: none"> Ils montent directement au 2^{ème} et les animateurs de services les orientent pour le service indiqué. HSH infecté par le VIH qui vient pour la première fois se renseigne en demandant le nom d'un membre de la section et le personnel de l'accueil l'oriente au 2^{ème} étage
Distribution de préservatifs, gel et lubrifiants	<ul style="list-style-type: none"> Revue du type des préservatifs distribués pour des préservatifs plus conviviaux et mieux adaptés Intégration du gel et lubrifiant dans les paquets de distribution de manière systématique Mise en place d'un réseau de distribution de préservatifs et gels y compris pour les HSH qui ne sont pas à même de venir au siège de l'association
Conseil dépistage	<ul style="list-style-type: none"> Ils passent directement au service du conseil dépistage Ils montent directement au 2^{ème} et les animateurs de services les orientent au conseil dépistage, soit lors d'une campagne en stratégie fixe au 2^{ème} ou en stratégie mobile avec l'unité mobile. Beaucoup de HSH sont référés au CDV par le médecin lors de leur ouverture de dossier HSH Organisation de séance de conseil dépistage en en dehors des heures d'ouvertures, en nocturne,
Conseil psychosocial	HSH infecté passe et se fait orienter pour le conseil psychosocial ; mais son orientation sexuelle n'est pas dévoilée ; c'est à lui de le faire à lui de le faire s'il le souhaite. Autrement, il est reçu comme les autres personnes vivant avec le VIH. Pour ceux qui ne sont pas infectés, ils sont reçus par des personnes cooptées au sein de l'équipe de soutien psychosociale sur orientation des PE
Consultation en soins infirmiers	Ils passent au 2 ^{ème} et on les oriente chez l'infirmier D'autres passent directement chez l'infirmier Le HSH infecté passe par l'accueil et se fait orienter à l'infirmerie comme les autres.
Consultation médicale	Ils passent au 2 ^{ème} et on les oriente chez le médecin D'autres passent directement chez le médecin Le HSH infecté passe par l'accueil et se fait orienter à l'infirmerie et ensuite chez le médecin Certains appellent pour un RDV hors des heures de service. Ils ne s'alignent pas pour voir le médecin ils sont prioritaires et ont des dossiers médicaux qui sont différents du dossier global de la PEC des personnes vivant avec le VIH En plus un médecin est formé pour la consultation des HSH, ils encadrent les autres dans ce sens.
Aide alimentaire	HSH infecté passe par l'accueil et se fait orienter au service social Il faut dire que les HSH qui ne sont pas infectés sont également dans le besoin mais ils ne remplissent pas les conditions
Dotation ARV	HSH infecté passe par l'accueil et continue dans le bureau de consultation d'observance et ensuite dans le bureau de la dotation mensuelle
Conseil juridique	Passe au 2 ^{ème} et se fait orienter par le biais de la juriste du centre
Entretien Psychologue	Passe au 2 ^{ème} et se fait orienter chez le Psychologue Et d'autres partent directement chez le Psychologue Il faut noter que le Psychologue a son bureau collé au bureau HSH et est familiarisé aux membres de la section donc les entretiens sont faits souvent sans que les membres de la section ne soit au courant
Section OEV	Les enfants des HSH infectés passent directement à l'accueil et se font orienter par rapport à leur besoin

L'intégration progressive du programme dans les services classiques du centre oasis a permis de contourner momentanément les problèmes d'homophobie en attendant de pouvoir mettre en place des initiatives de lutte contre l'homophobie au sein du centre. Cela a également permis de réduire les coûts de mise en place du programme, en utilisant les ressources déjà existantes au sein du centre. La gestion du programme à travers à la fois les membres de la communauté de HSH et le personnel du centre sensibilisé a permis de réussir à intéresser les HSH à l'utilisation des services de santé VIH et non VIH.

De l'initiative de petit village à la réponse multisectorielle d'envergure nationale

Depuis la notification des premiers cas jusqu'au début des années 2000, des « certitudes » partagées au sein de la communauté internationale engagée dans la lutte contre le Sida font état de la différence fondamentale entre l'épidémie au nord, essentiellement concentrée au sein des minorités notamment homosexuelles et l'épidémie au sud, essentiellement hétérosexuelle. De fait, le phénomène homosexuel, les populations homosexuelles, les pratiques sexuelles anales sont peu ou pas du tout le centre d'intérêt des recherches sur le Sida en Afrique subsaharienne.

AAS et Vie Positive, deux structures associatives de lutte contre le Sida, avec l'appui de partenaires, tentent d'ouvrir une fenêtre entre 1999 et 2001 sur les HSH dans leurs programmes. Des points focaux HSH sont mis en place dans les structures de soin pour l'accueil, l'orientation et le suivi des HSH.

L'étude de Cheick Niang et collaborateur de l'Université Cheick Anta Diop du Sénégal dans la sous-région fait office de l'une des premières initiatives de recherche sur l'homosexualité et le VIH en Afrique de l'Ouest Francophone. Les missions de collecte de données et les sessions de restitutions conduites au Burkina Faso ouvrent une fenêtre sur un sujet « tabou », mais aussi donne l'occasion de faire des interviews avec certains HSH. On découvre à travers cette recherche, une communauté qui souffre de l'ignorance et de la marginalisation dont elle a été l'objet dans la riposte nationale. Des récits et témoignages poignants sur la vie des HSH sont présentés au grand jour.

L'atelier de Cape Town (Afrique du Sud) de l'Alliance Internationale sur la réorientation des programmes en matière de prévention (focus Sed prevention, 2003) et de prise en charge (2004). Cette réunion qui réunit les organisations de liaison de l'Alliance, les partenaires institutionnels comme l'ONUSIDA, l'USAID a fait un point sur les meilleures pratiques et approches de prévention focalisée, en faveur des populations clé a procédé à une analyse des épidémies des différents pays et formuler des recommandations. Dans la cartographie des pays ayant commencé à initier des interventions en direction des HSH, figure le Burkina Faso, sur la base des démarches et initiatives développées par AAS.

Le premier atelier sur la planification des interventions en direction des HSH au Burkina (2004) organisé par l'IPC/BF avec l'appui technique et financier de l'Alliance internationale : 15 participants issus d'AAS, Vie Positive, de l'IPC/BF du PNUD, de Population Council, et 5 leaders issus de la Communauté des HSH au Burkina. L'atelier a abouti à la définition d'un paquet de services, mais aussi des stratégies et activités de mobilisation et d'interventions efficaces pour travailler avec les HSH dans des contextes hostiles.

Le Projet Orange de l'Alliance Internationale / IPC/BF offre l'occasion d'intégrer les soins et traitements des HSH dans le centre Oasis : Face aux tergiversations de la communauté internationale sur l'efficacité des traitements ARV en Afrique au Sud du Sahara, l'Alliance Internationale lance une initiative de recherche action en Afrique : en Afrique Australe, c'est l'Alliance Zambia, en Afrique de l'Ouest, c'est IPC/BF au Burkina qui obtient de conduire l'expérience au niveau du centre Oasis portée par AAS. Le traitement par les ARV prend en compte les populations clé notamment la formation des prestataires des services de santé d'AAS sur la gestion des cas de TS et HSH infectés.

La première subvention d'interventions HSH est une donation du facilitateur de l'atelier pour soutenir l'organisation de rencontres périodiques dans le but de maintenir le groupe ensemble en attendant la mise en place d'un programme structuré.

Le groupe de travail et de plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur des HSH mis en place en 2004 à la suite de l'atelier et la mobilisation des ressources ; ce groupe composé leaders HSH, de AAS, Vie Positive, Population Council, IPC/BF et le PNUD. Ce groupe de travail se réunissait de manière périodique sur le suivi des recommandations de l'atelier.

Le forum 2006 des organisations de la société civile sur les approches de prévention dans le contexte de basse prévalence organisé par l'IPC/BF en collaboration avec les réseaux, ONG et Associations au Burkina avec le Soutien du programme régional de l'Alliance a fait une analyse des pratiques d'intervention en direction des populations clé au Burkina et formuler des recommandations à tous les acteurs sur l'amélioration de la qualité des programmes.

La première proposition d'intervention élaborée par le groupe de travail est une réponse à un appel à proposition de BMS. D'un budget initial d'environ 300 000 USD, elle est acceptée pour financement par le bailleur mais un blocage survient dans le processus de signature de la convention ; il s'agissait du tout premier programme qui devait se construire sur un partenariat

entre une structure de recherche qui a soutenu la mise en place du programme HSH au Sénégal (Population Council) ; une structure de renforcement de capacités et de développement programmatique (IPC/BF) qui bénéficiait du soutien du réseau des organisations de la famille alliance internationale reconnue pour son expertise dans le développement des approches communautaires avec les populations clé ; des structures d'offres de services de santé et VIH au niveau communautaire et bénéficiant de la confiance des HSH (AAS et Vie Positive) et une agence du SNU (PNUD).

Population Council répond à l'appel à proposition pour la mise en œuvre du MAP (Interventions ciblées PA/PMLS) dans son volet « travailleuses de sexe », avec un protocole qui prend aussi en compte une recherche sur les travailleurs de sexe masculin ; ce dernier volet sera retiré suite à la négociation du programme fermant la porte du coup à une opportunité d'intégrer les HSH TS au programme national TS.

Faire face à la stigmatisation et à la discrimination avec le soutien du Programme régional de l'Alliance en Afrique (ARP) : face à la résistance rencontrée dans le développement d'interventions structurée en faveur des HSH, l'IPC/BF réalise avec le soutien de l'Alliance une exploration sur les barrières à l'amélioration des programmes en direction des populations clé ; la stigmatisation et la discrimination sont ressorties comme étant la barrière clé. L'IPC/BF propose pour financement au programme ARP la réorientation de la stratégie vers la lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au Burkina. Un partenariat est développé avec le Régional Stigma Project de l'Alliance basé en Zambie spécialisée et dédiée au développement des outils et à la formation régionale sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. Au Niveau National, l'IPC/BF sollicite le soutien du Ministère de la Promotion des Droits humains, du bureau de l'ONUSIDA, du SPCNLS-IST, du SP/CNLS-IST à travers le PAMAC pour la réalisation de la première étude sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au Burkina ; le Ministère initie la mise en place d'un comité technique élargie au Ministère de la justice, et d'autres organisations de la société civiles et gouvernementales ; le comité décide de la réalisation d'un état des lieux au niveau national sur la question. Le Ministère obtiendra, en plus des ressources de l'IPC/BF, le soutien financier du PAMAC et de l'ONUSIDA. L'étude est réalisée et restituée, le rapport édité par l'ONUSIDA, le Ministère de la Promotion des droits humains se voit confier le leadership sur les questions de stigmatisation de discrimination liées au VIH au Burkina par le SPCNLS.

Parallèlement, l'IPC/BF obtient en 2007 la participation de 5 représentants du comité à l'atelier régional de formation de formateurs francophones de l'Afrique de l'ouest sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : Aux représentants de l'IPC/BF s'ajoutent ceux du Ministère de la promotion des droits humains, de AAS, et du PAMAC qui finance la participation d'un deuxième représentant de son organisation. En 2008, l'IPC/BF organise la formation de 15 formateurs burkinabè et la dissémination des outils à Koubri sur la stigmatisation la discrimination après un exercice d'adaptation de ces outils.

Le programme avec AIDES France a soutenu techniquement petit village dans la formation des ressources humaines : le coordinateur, le porteur de projet et 6 animateurs/ pair éducateurs à travers des visites d'échanges au Cameroun, des ateliers de formation en Côte d'Ivoire, au Mali, au Togo ; la participation à des conférences internationales; il a été organisé une formation sur la représentation de HSH dans l'organisation pour mesurer l'homophobie et développer des stratégies pour y faire face. Petit village a été intégré dans le réseau Africa gay mis en place par Aides pour assurer le partage d'expérience et la mise en relations des organisations travaillant avec les HSH et les réseaux HSH en Afrique. Le réseau a une vocation de plaider et d'activisme en faveur des droits et la protection des HSH en Afrique. Des regroupements annuels du réseau sont organisés.

Le programme de Sidaction France qui apporte un soutien technique et financier notamment sur la gestion de projets en Côte d'Ivoire, la mise en position de stage notamment au Cameroun, et l'octroi de subventions depuis 2008 pour la mise en place de services en direction des HSH;

Le Programme PNUD/PAMAC a soutenu techniquement et financièrement petit village à partir de 2008 à travers le financement des vacances de pairs éducateurs (10) ; le financement des ateliers diététiques, la dotation en gels et préservatifs ; l'organisation d'un atelier de partage des organisations intervenant en direction des HSH au Burkina, l'organisation d'atelier de partage entre les médecins prestataires de services en direction des HSH ;

Le programme PNUD / PAMAC a surtout permis d'étendre les interventions terrains en faveur des HSH à d'autres villes du Burkina en mettant à la disposition d'autres organisations de la société civile de Bobo Dioulasso les subventions pour la mobilisation et l'offre de services aux HSH.

La réalisation d'une étude situationnelle sur les HSH en 2010 au Burkina (PNUD et ONUSIDA) suivi d'un atelier de restitution avec les acteurs clé au niveau national.

Le développement d'un module régional de formation de formateurs sur la problématique HSH dans le contexte VIH en Afrique de l'ouest et du centre par le RAF/VIH ; le développement de ce module a permis de réunir les personnes ressources clé intervenant sur les questions de HSH dans la région, mais aussi de faire appel à des universitaires anthropologues, médecins, psychiatres, spécialiste des questions HSH ; pour structurer un contenu sur la base des connaissances actuelles sur la question ; le processus de développement a également comporter un atelier régional de formation test, qui a permis de mettre en situations les anciens étudiants du DIU de prise en charge des personnes vivant avec le VIH afin de mesurer les compétences en matière d'intégration des questions HSH dans les programmes VIH ; le processus a enfin permis de mettre en place un pool d'experts régionaux sur la formations des formateurs et un cours régional. En tenant l'atelier de développement du module et l'atelier test avec les anciens du RAF/VIH a contribuer à accroître les ressources humaines disponible au Burkina, mais aussi à donner des orientations en termes de qualité des interventions en faveur des HSH.

Vers un programme national multisectoriel

Rayonnement de l'expérience au niveau d'autres organisations de la société civile : Petit village a inspiré et accompagné la mise en place de programmes HSH au niveau d'autres organisations de la société civile notamment le programme de l'association REV+ à Bobo Dioulasso. Parallèlement, le programme de Vie Positive, Alavi ont mis en place des interventions structurées l'endroit des HSH. Ainsi, trois sites d'offre des services sont mis en place au sein des OSC de Ouagadougou et un site à Bobo Dioulasso.

Le Fond Mondial offre l'occasion de revoir en profondeur les approches mais aussi les données, les cibles des programmes en faveur des populations clé, en particulier les HSH :

Le processus de mobilisation des subventions des séries 8, 9, 10 du Fonds Mondial contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM) Le FM est l'un des partenaires clé du programme national de lutte contre le VIH et le Sida au Burkina. A partir de la série 8, le lancement du système de financement à double voie a consacré l'implication et une plus grande responsabilisation de la société civile dans l'élaboration, l'arbitrage des priorités et la gestion des subventions. L'écriture de la série 8 a connu la revendication de cette position vis-à-vis du secteur public, marqué par :

- La tentative de mise en place d'un cadre de concertation des OSC avec un agenda commun sur les priorités de la proposition ; le développement d'un document commun de la société civile (atelier d'écriture de CORAB/URCB/secteur Privé ; Atelier d'écriture des ONG Nationales et internationales ; retraite de la société civile à Kaya).
- La suspension de la participation de la société civile avec pour revendications majeures : une meilleure prise en compte des priorités de la société civile dans la proposition, une augmentation de la proportion des ressources pour les interventions de renforcement des systèmes communautaires ; une meilleure prise en compte des points de vue et des propositions de la société civile dans les décisions du CCM)
- Les dissensions au sein de la société civile sur les rôles et responsabilités dans la gestion de la subvention qui ont entaché la qualité de la proposition

Le FM interroge le Burkina sur ses stratégies et ses ambitions en matière d'interventions avec les Populations clé en particulier les HSH. Le classement de la proposition de la série 8 en catégorie 3 est principalement justifié par l'inadaptation des approches et stratégies planifiées en direction des populations clé d'une part, et d'autre part, les ambitions de ciblage des populations de HSH en deçà des attentes.

La mise en place de la plateforme de la société civile intervenant dans le domaine de la santé et du VIH : la crise de 2008 et ses conséquences ont entraîné une nouvelle démarche de concertations des acteurs de la société civile sur le programme du fonds mondial mais aussi sur la participation de la société civile dans la réponse nationale en général. Des concertations entre les différentes entités, est née la Plateforme des Organisations de la Société Civile intervenant dans le domaine du VIH et de la Santé composée : du Consortium des ONG nationales et Internationales (Co ONG), de l'Union des Religieux et Coutumiers du Burkina (URCB), de la Coordination des organisations, réseaux et associations de lutte contre le Sida au Burkina (CORAB), de la Fédération Burkinabè des associations de personnes en situation de Handicap (FEBAH).

En vue d'accompagner l'élaboration des propositions au fonds mondial, et l'écriture du CSLS 11-15, le PNDS, la plateforme a mis en place une commission de travail sur le renforcement des systèmes communautaires au Burkina qui a élaboré et validé avec la plateforme un document de vision du RSC ; deux équipes issues de cette commission ont accompagné l'une la rédaction du volet RSS, l'autre, la rédaction du volet VIH sur la base du document de vision.

Le programme IPC/BF et l'initiative Allemande BACKUP (GIZ) a permis de développer un programme structuré d'appui de l'action de la plateforme de la société civile pour le suivi de la prise en compte des recommandations de la société civile en particulier les questions de genre et de populations clé dans le CSLS et les propositions du fonds mondial. Ce programme a permis de mettre en œuvre un programme de formation des organisations de la société civile sur la planification de qualité en direction des populations clé notamment les HSH, les TS.

Les programmes en cours

La mise en place d'un groupe de travail sur les interventions en faveur des HSH au Burkina (PNUD, PAMAC, IPC/BF, AAS, Vie Positive, Rev+, ALAVI, ONUSIDA, OMS, leaders HSH...). Il s'agit de partager l'information sur les initiatives en cours, de développer, de se concerter sur les actions à entreprendre, de veiller sur la complémentarité des interventions de faciliter les recherches, actions de plaidoyer nationales sur la question.

Le CSLS-IST 2011-2015 du Burkina

A travers le Domaine d'action prioritaire 9 : Promotion des activités ciblées au profit des groupes vulnérables et/ou spécifiques le Burkina s'engage à consacrer autour de 500 millions de francs sur la période 2011-2015 aux activités de prévention. Le Burkina ambitionne d'assurer d'ici à 2015 que 95% des 3000 HSH ciblés ont accès à l'information sur le VIH, le Sida, les IST et la SSR, et à l'orientation vers les services de dépistage et prise en charge médicale et communautaire adapté ; avec le résultat attendu que la proportion des HSH utilisant systématiquement le préservatif atteint 50%. L'inscription des HSH dans le cadre stratégique national a eu pour effet de mobiliser des ressources avec les partenaires du Burkina pour intervenir en direction des HSH :

- **La subvention de la série 10 du fonds mondial** contre le sida, la tuberculose et le paludisme au Burkina. A travers l'accord de subvention signé entre le Burkina et le Fond Mondial c'est plus de 200 000 euros (deux cent mille Euros) mobilisés pour toucher 80% de la cible nationale pour les interventions de prévention, le paquet de services de prise en charge étant intégré au programme national.
- **L'élaboration d'un projet VIH et Villes par la commune d'Ouagadougou** avec l'appui du PNUD NY à travers le PAMAC constitue la première initiative d'intégration de la question des HSH dans le programme des collectivités.
- **L'Alliance Internationale et Future Group ont soumis des propositions à la suite de l'appel de l'USAID** pour soutenir des programmes en faveur des HSH et des TS dans la région Afrique de l'Ouest. Le Burkina figure en bonne place dans les deux documents de sorte qu'il est probable de bénéficier ultérieurement des ressources complémentaires avec l'USAID pour les HSH et les TS au Burkina
- **L'Initiative de renforcement de l'accès aux services juridiques de l'IPC/BF et ses partenaires (REGIPIV, AAS, Association des Femmes Juristes au Burkina (AFJ)) soutenue techniquement et financièrement par OIDD (Rome) ;** il s'agit d'un partenariat entre une ONG de renforcement de capacités, des organisations de personnes vivant avec le VIH, travaillant avec les HSH, les TS, et des professionnels du droit sur l'amélioration de l'offre de services juridiques aux PvVIH, TS, HSH. Un modèle a été adapté au contexte société civile du Burkina, un guide élaboré avec la contribution de l'ensemble des acteurs, des personnes ressources formées tant au niveau de l'AFJ qu'au niveau des ONG/réseaux, Associations ; des outils mis en place ; des dossiers sont en cours d'instruction pour permettre à des personnes spoliées de recouvrer leurs droits ; il reste à mobiliser les ressources pour poursuivre l'initiative et passé à l'échelle.

Leçons tirées de l'expérience et recommandations pour la répliation

Mise en place d'un système efficace d'approvisionnement et de distribution de préservatifs et lubrifiants adaptés

Il ressort de l'expérience la première demande et la plus importante de la communauté est le préservatif et le gel. Cette demande est motivée d'une part par la conscient du groupe de l'existence des risques d'infection et d'autres part par l'absence dans l'environnement de gels et préservatifs adaptés et accessibles. Il est essentiel que le programme de mobilisation commence, s'articule autour de la distribution du gel et lubrifiant adaptés. Le préservatif adapté est un préservatif convivial, léger et pratique à porter sur soi. Au niveau du gel, il n'y a pas de programme d'approvisionnement en gel et lubrifiant à base d'eau au niveau national ; les gels existant sont généralement vendus en pharmacie à des prix très élevés, mais également dans des tubes non adaptés pour être portés sur soi. Les HSH demande des gels à dose unique dans des emballages plus conviviaux et facile à transporter et à utiliser.

De l'avis de nombreux HSH, le rôle des programmes devrait focaliser sur l'approvisionnement et la distribution des gels et lubrifiants, et moins dans le changement de comportements ou l'éducation sur le VIH, dans la mesure où il existerait un gap important dans la perception des besoins de cette communauté par les responsables des politiques et des programmes.

Réduction des violences

La violence est le quotidien des HSH. Violence verbale, physique, psychologique liées à la perception du groupe par les membres de la famille, la communauté, les collègues de travail, ou les promotionnaires d'école et d'université. Les agents de santé, la police figurent parmi les groupes les plus cités par les HSH comme les agents de la violence après les familles et les communautés. Sous la forme de la stigmatisation et de la discrimination, ou des abus de tous ordres, la violence est à la base de l'adoption des comportements à haut risque d'infection à VIH et IST en général. La violence devrait prise en compte dans les programmes, dans leur planification, leur mise en œuvre, leur suivi et leur évaluation.

Contre les violences, des observatoires de cas de violence et d'abus de droits ; à coté des structures de soutiens et d'offre de services juridiques ; il est utile de mettre en place des programmes d'écoute de conseil, de protection juridiques, des sites de replis, la mise en place de système pour la récupération d'urgence de certains HSH, l'établissement de contacts, de partenariat avec des ambassades, institutions et organismes régionaux de protection des droits en vue d'assurer l'expatriation en cas de nécessité.

Il s'agit aussi de mettre en place un vaste programme de lutte contre la stigmatisation notamment dans les services de santé, les associations, les familles, les entreprises.

Il s'agit enfin de développer des programmes de renforcement de l'estime de soi et du pouvoir d'agir des HSH afin de leur permettre de faire face à la stigmatisation et à la discrimination.

Mise en place d'un système de prise en charge médicale des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

1. il faut d'abord avoir un bureau de consultation approprié équipé, en chaise, en blouse, en thermomètre, en tensiomètre, en gel lubrifiant à base d'eau, en préservatifs, en gant d'examen, en table d'examen avec des antiseptiques comme l'alcool, en anoscopie, en torche.
2. Ouvrir un dossier médical pour tous les HSH fréquentant votre structure, ce dossier décrit la manière de consulter et est différent du dossier des personnes vivant avec le VIH, ce dossier permet de suivre les HSH en se rappelant des étapes de ses

Cas N°1

Pour la première consultation, on ouvre un dossier médical pour HSH qui consiste à faire un bilan sanguin, un examen complet. Un HSH est venu et on a conduit la consultation jusqu'à arriver à l'examen de la marge anale, il me demande si je suis HSH, je lui répons non et il me dit qu'il ne peut pas se déshabiller mais j'ai collaboré en essayant de lui faire comprendre que je suis là pour tout le monde. Ce jour j'ai pas pu faire l'examen de la marge anale, une deuxième fois quand il est venu, j'ai relancé et j'ai pu le convaincre. A son troisième passage il vient et me dit que je suis pas là pour la consultation, je viens pour te dire merci, j'ai toujours mis dans ma tête qu'un hétérosexuel soignant ne me fera pas l'examen de la marge anale mais votre patience, votre collaboration et surtout l'accueil et la manière de conduire la consultation, votre non jugement, votre manière de me regarder, de me poser les questions m'ont mis en confiance. J'ai plusieurs fois été en consultation générale mais j'ai jamais été reçu et écouté comme vous.

infections et tous les examens qu'il a déjà faits, ce volet implique les connaissances sur l'individu, sa vie, il vit en couple avec une femme ou un homme, il a des relations sexuelles avec des femmes et des hommes, il a des relations avec des hommes uniquement, il se protège à quelle fréquence, il mange combien de fois par jour, il travail, il vit en famille ou hors de la famille, la famille est-elle au courant de vie sexuelle si oui on l'accepte, toutes ses informations dans le dossier nous permettra de nous situer et d'adapter nos questions lors de toutes les consultations

Cas N°2 :

Un HSH est venu en consultation lors de l'examen, il est excité le pénis en érection, je fais mes examens en ignorant qu'il est excité, collaborer correctement, à la deuxième consultation, il était excité encore, j'ai conduit la consultation comme ça se doit, sans le mettre mal à l'aise, après plusieurs passages, il ne s'excitait plus et il m'a félicité et que réellement je fais bien mon boulot et a pris des RDV de consultation avec moi pour d'autres amis. Savoir gérer cette gêne est important pour revoir le client. On n'y pense pas en général entre homme lorsqu'on n'est pas HSH.

3. Etre formé sur la prise en charge médicale des infections des HSH, c'est-à-dire appliquer la méthode de consultation (inspection, suivre le cheminement adapté qui est pareil pour une consultation générale mais plus approfondie de l'anus et du sexe)
4. Connaître les infections les plus fréquentes chez les HSH et aussi connaître leur traitement, ceci pour dire que la plupart des consultations est syndromique. Donc en maîtrisant ses infections typiquement HSH, nous pourrions travailler à l'aise
5. Etre accueillant, courtois, poli. L'accueil est la base de tout, vous devriez être très concentré, écouter attentivement, éviter de le regarder d'une manière étrange, l'encourager à parler, être humble, ne pas se prendre supérieur aux HSH
6. -Ne jamais porter de jugement, encourage le plutôt à l'utiliser le préservatif sans le vexer
7. Reconnaître ses limites c'est-à-dire devant des cas d'infection qui nécessitent l'avis d'un spécialiste il faut savoir référer le HSH en consultation et ne pas tâtonner en lui donnant des traitements inadaptés. Il s'agit également de savoir se remettre en question afin de continuer à se mettre à niveau pour répondre de façon adéquate à leurs attentes spécifiques.

La prise en charge psychosociale

L'accompagnement psychosociale nécessite un engagement personnel parce qu'il faut être disponible, et porter un intérêt à la personne que l'on soutient. Il faut l'aider à exprimer ses besoins, à les prioriser afin de pouvoir orienter l'accompagnement. On ne décide pas à la place du bénéficiaire mais il faut l'aider à prendre une décision qu'elle peut mettre en pratique et l'accompagner dans la mise en œuvre de cette décision. L'acteur n'est pas toujours garant de la mauvaise application de la décision du bénéficiaire. Ex : pendant des activités psychosociales (groupe de parole, entretiens personnalisés...) nous encourageons les clients à partager leur statut sérologique ou leur orientation sexuelle avec leurs conjoints, partenaires ou leur entourage pour mieux les protéger et se protéger eux-mêmes. La stigmatisation et la discrimination restent une raison de leur silence. Il faut préparer la personne à affronter et l'aider aussi à préparer la personne à qui elle veut annoncer. L'entourage du client joue un rôle important dans l'accompagnement psychosocial et même irremplaçable par le conseiller. Surtout dans le domaine de l'aide à l'observance ou le traitement est à vie et que le bénéficiaire passe plus de temps dans sa communauté qu'avec les acteurs. Pour ne pas se retrouver un jour en abandon de traitement ou en résistance du virus aux ARV, il doit avoir un accompagnant de traitement.

Pour mieux exercer ce métier, il faut une formation de base sur l'accompagnement psychosociale. Il faut savoir quelles sont les activités à mener, comment il faut les mener et quand il faut les faire. Dans le cas du VIH/sida, il faut transmettre la bonne information pour permettre aux clients en particulier les HSH d'avoir confiance en eux-mêmes et être des relais dans leur communauté. Il faut aussi savoir reconnaître ses limites : lors qu'un bénéficiaire expose un besoin qui ne relève pas de mes compétences, je dois pouvoir le référer à une personne compétente. La satisfaction morale reste la première motivation du conseiller. Lorsque l'on voit son bénéficiaire retrouver l'envie de vivre, de se battre, nous sommes soulagés.

Exemple de problèmes :

x est HSH marié et père de 2 enfants. Il est issu d'une famille musulmane dont un père El Adj. Il dit qu'au niveau de relations sexuelles avec sa femme, il ne se sent pas. Il se force. Il n'est pas heureux mais ne peut pas s'exprimer. Il n'a plus envie de faire un troisième enfant car il a peur que ses enfants n'emboîtent ses pas. Dans son quartier, les gens disent à sa femme qu'il est HSH mais elle ne les croit pas.

Y est HSH. Il a un enfant avec sa copine. Il fait semblant avec elle juste pour se cacher. Avec sa copine il ne s'excite jamais. Quand sa copine doit venir chez lui, il est obligé de visionner des cassettes porno HSH pour se préparer. Il n'est jamais satisfait avec elle. Sa copine se plaint qu'il ne l'aime pas. Son ami est au courant de sa situation avec sa copine. Il est jaloux car il ne veut pas le partager avec une femme.

Le contexte actuel est à prendre en compte dans l'accompagnement psychosocial : au début de l'épidémie, on n'avait pas beaucoup de patients, tout était gratuit, les besoins étaient satisfaits à la hauteur de la demande. Maintenant les ressources sont rares et le nombre des clients ne fait qu'augmenter. Avec les traitements ils sont en bonne santé, leurs besoins aussi ont évolué. Ex : on ne jurait que d'avoir la santé, maintenant on a la santé, on veut des enfants, on veut se marier, on veut du travail. Le rôle du conseiller est d'accompagner les clients mais en les responsabilisant dans le processus de réinsertion socio professionnelle. Les acteurs psychosociaux ont aussi besoin d'une attention particulière parce que tous les jours, ils sont appelés à «encaisser» les problèmes des autres en plus de leurs propres problèmes quotidiens et ce fait, depuis plusieurs années. Ce qui peut les amener à ne plus être rentables ou à souffrir physiquement et moralement. Il faut initier des activités de distraction, les motiver moralement et les accompagner psychologiquement. Vu l'importance du soutien psychosocial, le conseiller doit avoir un statut et être reconnu par les autorités compétentes.

La gestion des PE et animateurs

1. Il faut savoir écouter : en apport avec les bénéficiaires, quand ils viennent, ils ont besoin d'être écoutés, il faut éviter de les interrompre, il faut les laisser se décharger
2. Il faut savoir se comporter : nous avons un programme d'éducation pour le changement de comportement ; nous leur disons qu'il faut savoir s'habiller par exemple en fonction du milieu ou on va ; robes pour les soirées ; mais différemment lorsqu'on vient pour les services de santé au centre; respecter les autres, ne pas prêter le flanc ;
3. Il faut savoir manager (gérer une équipe) : il y a certains qui ont un tempérament pas facile à gérer ; ils n'arrivent pas à dissocier leur vie privée de leur vie professionnelle ; le coordonnateur doit savoir se contrôler ; ne pas jouer au même jeu ; savoir supporter les humeurs des uns et des autres ; éviter de mettre une barrière pour avoir la confiance des collaborateurs ; tout le monde est dans le même bureau qui sert en même temps de salle d'accueil ;
4. Il faut savoir s'imposer : il n'avait pas une considération pour la section, il ne participait pas aux rencontres des coordonnateurs de section, j'ai dû m'imposer pour pouvoir commencer à participer aux rencontres internes au même titre que les autres coordonnateurs de section
5. Il faut amener l'équipe du programme à se sentir concernée de ce qu'ils font : aller vers eux, gagner leur confiance, cela a entraîné au départ des mécontents mais qui aujourd'hui sont contents
6. Il faut savoir accepter les autres et leur choix : il ne faut pas juger ; lorsqu'il te pose un problème, il faut savoir l'écouter, l'aider à trouver une solution sans le culpabiliser.
7. Il faut savoir se remettre en cause : il y a des problèmes qui arrivent et le plus souvent on aime voir les causes ailleurs ; il faut savoir trouver sa part de responsabilité dans ce problème et non pas charger le pair éducateur seul ou le HSH.
8. Il faut savoir gérer et supporter les humeurs des membres de l'équipe
9. Il faut savoir garder la confidentialité surtout pour le HSH vivant avec le VIH ; la confidentialité sur leur orientation sexuelle, mais aussi la confidentialité sur leur statut sérologique ; le fait de divulguer le statut dans le milieu, augmente la peur de perdre toute relation avec les autres ;
10. Il faut savoir accepter d'être draguer et y répondre adéquatement : le plus souvent, certains viennent à des activités parce qu'ils savent qu'un tel sera présent, donc une opportunité de le rencontrer et de le draguer !

« Un PE est parti en étude, un autre a été recruté pour le remplacer temporairement ; mais il y a eu un froid entre le nouveau recrue et un ancien ; il criait dans la salle, je n'étais pas en mesure de le raisonner dans l'état. Je croyais que c'est le premier responsable qui recrute, mais c'est vous qui le faites ; il y a eu une enquête qui a montré qu'ils avaient eu des antécédents entre les deux qu'ils n'ont pas pu résoudre qu'ils viennent gérer dans le cadre du service. Cela existe dans tous les services mais au niveau des HSH, ce sont des problèmes récurrents qu'il faut savoir gérer»
le coordonnateur de la section HSH

Que retenir ?

Un article scientifique publié dans la revue le Lancet du 03 juin 2011 a montré comment investir dans le VIH pour avoir des résultats. C'est l'une des premières bases scientifiquement validée dans l'orientation des politiques et programmes santé et VIH à ce jour. Dans l'article, il est ressorti clairement la nécessité pour les pays de mettre l'accent sur 6 interventions clé :

Activités programmatiques de base

1. Les programmes ciblant les populations clés les plus exposées au risque d'infection VIH (en particulier les professionnels (le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables) ;
2. L'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants ;
3. Les programmes axés sur la réduction du risque VIH au moyen d'un changement des comportements et des normes sociales ;
4. L'approvisionnement, la distribution et la promotion de préservatifs masculins et féminins ;
5. Le traitement, les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH ; et
6. La circoncision masculine médicale et volontaire dans les pays à forte prévalence et où le taux actuel de circoncision masculine est faible.

Facteurs déterminants

- Les facteurs sociaux qui influent sur l'accès au dépistage du VIH, la réduction de la stigmatisation, le plaidoyer pour les droits de l'homme, et une mobilisation communautaire.
- Les facteurs programmatiques comprennent la planification stratégique, la gestion programmatique et le renforcement des capacités des organisations communautaires. La mobilisation communautaire est un élément crucial du cadre d'investissement car elle entraîne une meilleure utilisation des programmes liés au VIH et favorise le plaidoyer, la transparence et la responsabilisation au niveau local. La mobilisation de la communauté a été reconnue comme la pierre angulaire des programmes concernant le VIH.

L'article scientifique a été la base de l'élaboration du nouveau cadre d'investissement de l'ONUSIDA. Ce sont les orientations futures des programmes VIH. En travaillant sur la mobilisation communautaire et en se focalisant sur les populations clé à haut risque d'infection à VIH, le Burkina s'engage résolument dans une perspective de l'atteinte des objectifs de l'accès universel et du millénaire pour le développement, mais aussi et surtout se donnent les meilleures chances d'utiliser de manière optimum les ressources dans un contexte de raréfaction. L'article scientifique vient donc valider l'intervention du Petit village comme une bonne pratique.

Bibliographie

1. Qu'est-ce qui rend les programmes de lutte contre le VIH sensible au genre ? Directives publiées par l'initiative allemande BACKUP- Septembre 2010
2. Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles [archive], Centers for Disease Control and Prevention, 5 juin 1981.
3. Lawrence K. Altman, « Clue Found on Homosexuals' Precancer Syndrome », The New York Times, 18 juin 1982.
4. UnmeshKher, « July 27, 1982 - A Name for the Plague [archive] », Time.
5. Population Council, 2002 www.popcouncil.org/pdfs/horizons/msmsenegalfr.pdf
6. Rapport annuel 2010 AAS
7. Rapport annuel 2011 AAS
8. CSLS11-2015 - CNLS-IST
9. Un nouveau cadre d'investissement pour la riposte mondiale au VIH - ONUSIDA 2011
10. The Lancet, Volume 377, Issue 9782, Pages 2031 - 2041, 11 June 2011

