

42830

WHO/GPA/IDS/HCS/92.2

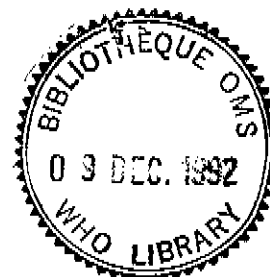
Français seulement

Distr.: Limitée

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

ATELIER INTERAFRICAIN FRANCOPHONE
SUR L'APPUI PSYCHOLOGIQUE ET MEDICO-SOCIAL
AUX PERSONNES ATTEINTES DU VIH/SIDA,
DE L'HOPITAL AU DOMICILE

KIGALI, RWANDA
8-13 MARS 1992



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

**ATELIER INTERAFRICAIN FRANCOPHONE SUR
L'APPUI PSYCHOLOGIQUE ET MEDICO-SOCIAL AUX PERSONNES ATTEINTES
DU VIH/SIDA, DE L'HOPITAL AU DOMICILE**

Kigali, Rwanda, 8-13 mars 1992

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Introduction	1
2. Objectifs	1
3. Historique	1
4. Participation	2
5. Ouverture de l'atelier	2
6. Méthode de travail	3
7. Déroulement de l'atelier	3
7.1 Situations mondiale et africaine de l'épidémie de VIH/SIDA	3
7.2 Conséquences sociales du VIH/SIDA	3
7.3 Aspects spécifiques de l'épidémie de VIH/SIDA au Rwanda	4
7.4 Impact économique du VIH/SIDA	4
7.5 Programmes d'APMS au Rwanda	5
7.6 Exemples de soins à assise communautaire en Zambie et en Ouganda	7

7.7	Visites sur le terrain	7
7.8	Présentations par les pays	8
8.	Recommandations	8
8.1	Recommandations aux gouvernements	8
8.2	Recommandations aux organisations régionales	10
8.3	Recommandations aux organisations internationales	11
8.4	Recommandations aux organisations non gouvernementales	11
9.	Activités futures dans les pays	11
10.	Conclusions	15
10.1	Suivi des activités dans les pays	15
10.2	Evaluation de l'atelier	15
11.	Clôture de l'atelier	15
Tableau 1.	16
Tableau 2.	17
Tableau 3.	18
Figure 1.	19
Annexe 1.	Liste des participants	20
Annexe 2.	Références bibliographiques	24

1. Introduction

De nombreux pays en développement doivent faire face à l'accroissement des demandes et aux conséquences de l'épidémie de VIH/SIDA sur l'individu et la société. Dans les pays fortement affectés et dont les ressources sont limitées, les structures sociales et sanitaires sont débordées par les affections liées au SIDA et par leurs conséquences sur l'individu et la famille. Les centres hospitaliers des grandes villes africaines regroupent la majorité des patients atteints du VIH/SIDA. Ces patients occupent plus de 60 % des lits de médecine interne dans les hôpitaux et les coûts de la santé sont de ce fait accrus par les affections liées au VIH/SIDA, notamment la tuberculose. Au niveau périphérique, la capacité des structures de santé à faire face aux besoins surajoutés peut s'en trouver réduite. Les soins à assise communautaire qui fournissent un appui psychologique et médico-social (APMS) aux personnes atteintes du VIH/SIDA et à leur famille sont considérés par de nombreux pays comme une alternative de choix aux soins hospitaliers. Toutefois, cette prise en charge à assise communautaire est souvent une initiative isolée, qui demande à être développée et diffusée. C'est dans ce but de développement de la prise en charge à assise communautaire que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a organisé un atelier interafricain francophone du 8 au 13 mars 1992 à Kigali, Rwanda.

2. Objectifs

Les objectifs de l'atelier étaient les suivants:

- a) Examiner les activités de soins mises en oeuvre contre le VIH/SIDA et identifier les besoins éventuels de chaque pays.
- b) Discuter les différents modèles de soins liés au VIH/SIDA au sein du système de santé, de l'hôpital au domicile, avec une attention particulière sur la participation communautaire et les soins à domicile.
- c) Visiter et étudier les exemples de soins existant au Rwanda pour les patients atteints du VIH/SIDA et leur famille.
- d) Développer les étapes pour l'évaluation des besoins, la planification et la mise en oeuvre des soins communautaires liés au VIH/SIDA et explorer les mécanismes de financement possibles.
- e) Identifier les moyens de renforcer la collaboration entre gouvernements, organisations non gouvernementales (ONG) et associations professionnelles, afin de développer et de fournir des soins à assise communautaire ou à domicile.
- f) Développer les circuits de collaboration à l'intérieur de chaque pays et entre les pays, afin de renforcer les activités d'APMS liées au VIH/SIDA.

3. Historique

Des activités d'APMS à assise communautaire ont spontanément vu le jour en Ouganda et en Zambie dès 1987, année de la création du Programme mondial OMS de Lutte contre le SIDA (GPA). Six programmes de soins à assise communautaire ont été évalués par GPA en 1989 et sont résumés au tableau 1. Le développement de l'APMS au sein des programmes nationaux de lutte contre le SIDA

(PNLS) a été envisagé à partir de ces expériences pilotes, l'accent étant mis en priorité sur les pays les plus affectés par l'épidémie. Des guides étant réclamés par les pays, des réunions de travail ont été organisées pour identifier les besoins et planifier les activités.

Un premier atelier réunissant des pays anglophones d'Afrique orientale et australe a été organisé à Entebbe en Ouganda en octobre 1991, afin d'échanger les connaissances sur l'APMS et les soins communautaires et de présenter les modèles existants. Cet atelier, organisé conjointement par l'OMS et le Secrétariat du Commonwealth, devait aider les pays invités à développer un programme national de soins à assise communautaire. Cette première étape s'étant avérée fructueuse, il a été décidé d'organiser un atelier similaire pour les pays africains francophones affectés par l'épidémie de VIH/SIDA.

Une visite initiale au Rwanda a permis d'identifier les différents modèles de prise en charge existant dans ce pays, tout en notant la prédominance des institutions privées. L'existence de plusieurs modèles de soins ayant des approches variées justifiait l'organisation d'un atelier interafricain francophone au Rwanda, et avec l'accord des autorités, il s'est déroulé à Kigali du 8 au 13 mars 1992.

4. Participation

Trente-trois participants venant de huit pays africains francophones (Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, République centrafricaine, Rwanda et Zaïre), dont des médecins, des infirmières, des assistants sociaux et des administrateurs représentant les programmes nationaux ou les comités de lutte contre le SIDA, les unités de soins de santé primaires ou de soins curatifs des ministères de la santé et des organisations non gouvernementales, ont pris part à l'atelier. Cette répartition reflète bien l'approche multidisciplinaire de l'APMS. L'atelier a été encadré par des professionnels d'OMS/GPA (siège et AFRO) et par des facilitateurs recrutés au Rwanda et un consultant en économie de la santé (voir annexe 1). Ont aussi participé à cet atelier des observateurs des organisations suivantes: le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), la Banque Mondiale, la Croix-Rouge rwandaise, et Caritas.

5. Ouverture de l'atelier

Dans son discours d'inauguration, le Dr Jean-Baptiste Ndalihoranye, Ministre de la Santé du Rwanda, a mis l'accent sur le retentissement complexe de la pandémie de SIDA: "C'est cette augmentation du nombre de personnes atteintes du SIDA qui aggrave le déséquilibre fonctionnel déjà important des systèmes de santé publique et engendre de graves problèmes de prise en charge et de soins. Pour cette raison, nous nous rassemblons ici pour étudier quelle peut être l'approche globale de terrain à mettre en place dans nos différents pays pour que les séropositifs et les personnes atteintes du SIDA ne soient pas coupés du reste de la société et soient entourés des soins médicaux, sociaux et psychologiques nécessaires, par des actions de collaboration et coopération mutuellement utiles. Le coût du SIDA pèse lourd sur l'économie nationale de nos pays: coûts directs des soins et de la prévention; coûts indirects de la perte de la productivité des hommes au meilleur âge de leur potentiel de travail; coûts non évaluables mais démesurés de la souffrance, de l'angoisse de la mort, de la perte des êtres jeunes, bâtisseurs de la société de demain."

Un message du Dr G. L. Monekosso, Directeur du Bureau régional OMS de l'Afrique, a été délivré par le Dr P. Fasan, Directeur du Programme GPA au Bureau régional (AFRO/GPA), et les premiers résultats de l'atelier d'Entebbe pour les pays africains anglophones ont été décrits. Les priorités

du Bureau régional pour la lutte contre le SIDA ont ensuite été développées:

- renforcer la gestion des programmes;
- mettre en place des activités de surveillance épidémiologique jusqu'au niveau du district;
- intensifier les programmes d'information, d'éducation et de communication destinés au grand public;
- assurer la sécurité du sang;
- renforcer la prise en charge des malades, les services de soins infirmiers et de soutien psychologique;
- mobiliser les groupes spécifiques (jeunes, femmes, travailleurs);
- organiser les soins à domicile et à assise communautaire pour les malades du SIDA et apporter un soutien à leur famille, y compris aux orphelins.

Cette inauguration a également été marquée par les interventions du Dr Hélène Mambu-ma-Disu, Représentant de l'OMS au Rwanda, et du Dr Jean-Baptiste Butera, Directeur du Programme national de Lutte contre le SIDA (PNLS) au Rwanda.

6. Méthode de travail

L'atelier a débuté par des séances plénières consacrées aux communications sur les conséquences de l'épidémie de VIH/SIDA et à la description des soins à assise communautaire. Un calendrier détaillé a été élaboré, ainsi que les objectifs des diverses sessions (visites sur le terrain et travaux de groupes). Des documents de référence ont été distribués à tous les participants et aux facilitateurs (voir annexe 2). Les activités d'APMS existant au Rwanda ont été développées, suivies d'une description des besoins et des activités des pays participants. Une journée a été consacrée aux visites sur le terrain, puis les participants ont préparé un plan d'action adapté à la situation nationale de chacun de leur pays. Des séances plénières ont synthétisé les discussions, mettant l'accent sur l'importance du développement de programmes d'APMS à assise communautaire au sein des PNLS. Des recommandations ont finalement été formulées et adoptées.

7. Déroulement de l'atelier

7.1 La situation mondiale de l'épidémie de VIH/SIDA a été décrite par le Dr Emil Fox, Chef d'équipe GPA du PNLS au Rwanda, qui a mis l'accent sur les données épidémiologiques du VIH dans le continent africain. Les cas de VIH/SIDA notifiés et estimés parmi les adultes et les enfants ont été précisés. Les prévisions mondiales ont été commentées, en particulier le nombre prévu d'orphelins de moins de 10 ans qui pourrait atteindre les dix millions au cours de cette décennie.

7.2 Les conséquences sociales du VIH/SIDA sur l'individu, la famille et la société ont ensuite été développées par M. Michel Caraël, sociologue (OMS/GPA/Genève). Les réactions de crainte, d'anxiété

et de refus de la société confrontée au SIDA ont été analysées: "Les réactions observées en Afrique subsaharienne sont surtout dues à la peur et à la méconnaissance des modes de transmission du VIH. La transmission hétérosexuelle du VIH en Afrique subsaharienne réduit la réprobation qui est essentiellement observée dans les régions où la transmission est liée à l'homosexualité ou à la toxicomanie.

"Jusqu'ici, les mécanismes de solidarité devant la maladie ont fonctionné en Afrique. Toutefois, en raison de la décomposition des liens familiaux dans les grandes villes, des réactions d'indifférence, d'hostilité, de peur ou de ségrégation à l'égard des personnes affectées par le SIDA ont été observées. Les villes sont généralement plus touchées: contrôle social plus faible, unions plus libres, déséquilibre du rapport homme/femme en milieu urbain. La fécondité et la nuptialité varient également, avec une tendance au retour aux schémas traditionnels: mariage précoce des filles et réduction de la durée de scolarité féminine. Enfin, l'ampleur du phénomène des orphelins confronte les sociétés africaines au problème jusque-là inconnu de l'adoption. Les enfants orphelins en Ouganda sont souvent livrés à eux-mêmes ou confiés à des personnes âgées, qui ne peuvent assurer leur subsistance et leur éducation. Le contexte politico-économique de crise aggrave l'expansion du SIDA et appauvrit les liens communautaires: urbanisation accélérée, pauvreté, maldéveloppement, et famine".

Mme Evelyn Isaacs, OMS/AFRO/GPA, a mis ensuite l'accent sur les orphelins et certaines implications culturelles: "Sur le plan de la démographie, en raison du nombre important de femmes en âge de procréer et infectées par le VIH, la fertilité, la reproduction et la structure de la population pourraient changer. Au niveau culturel, la discrimination liée au VIH/SIDA pourrait amener certains hommes à changer de partenaire dans l'espoir d'avoir des enfants (le refus d'une femme mariée d'avoir des rapports sexuels avec son époux est une cause légale de divorce en Afrique)".

7.3 Les aspects spécifiques de l'épidémie de VIH/SIDA au Rwanda ont été exposés par le Dr Etienne Karita, Directeur adjoint du Laboratoire du PNLS à Kigali. Entre 1983 et 1991, 5525 cas de SIDA ont été déclarés au Rwanda. Une enquête de surveillance sentinelle parmi les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales à Kigali indique que 30 % d'entre elles sont infectées par le VIH. Le nombre total de personnes atteintes du VIH/SIDA au Rwanda est estimé, à partir de ces données, entre 200 000 et 400 000 en 1991. Une enquête effectuée parmi les orphelins de moins de 10 ans montre que 14 % des ménages sont composés d'orphelins dans les trois communes de Kigali les plus affectées par le VIH/SIDA.

7.4 L'impact économique du VIH/SIDA, développé par M. Yves-Antoine Flori, Economiste de la santé, est, pour plusieurs raisons, plus important que celui d'autres maladies:

- le SIDA est une maladie jusqu'à présent mortelle;
- il touche des adultes jeunes et productifs;
- il n'épargne pas les élites ou les populations les plus favorisées;
- un nombre important de personnes sont infectées sans le savoir.

L'impact micro-économique du SIDA a été étudié selon quatre étapes: avant la maladie, pendant la maladie, immédiatement après le décès et à long terme après le décès (voir tableau 2). L'analyse dans le secteur sanitaire montre que les coûts du traitement d'un patient atteint du SIDA peuvent varier de US\$ 1200 par an (coûts hospitaliers, utilisation d'antiviraux) à US\$ 75 par an (soins à domicile). L'impact macro-économique de l'épidémie a également été abordé.

Le Dr Jean Batungwanayo, Service de Médecine interne, Centre hospitalier de Kigali, a développé ensuite les résultats d'une analyse effectuée en 1990 sur les coûts du SIDA dans les structures hospitalières du Rwanda: le coût d'un épisode d'hospitalisation pour un patient affecté par le VIH/SIDA s'élevait alors en moyenne à US\$ 397 à l'hôpital de Kigali et à US\$ 196 dans l'ensemble des hôpitaux rwandais. La durée moyenne de séjour d'un patient dans un hôpital variait de 12 jours (patients non-VIH/SIDA) à 25 jours (patients VIH/SIDA).

7.5 Les programmes d'APMS au Rwanda ont ensuite été décrits par les représentants des institutions concernées et visités par les participants. Ces programmes sont basés dans des structures sociales ou sanitaires des concentrations urbaines de Kigali et de Butare. Les programmes, les résultats et les problèmes des institutions ont été détaillés. La description ci-dessous résume les interventions orales ainsi que les autres programmes qui n'ont pas fait l'objet d'une communication en séance plénière.

Centre hospitalier de Kigali (présentation du Dr Jean Batungwanayo)

Le service de médecine interne possède 130 lits occupés à 200 %. En 1991, 60 % des adultes hospitalisés dans ce service étaient séropositifs à VIH et 20 % avaient un SIDA déclaré. Les besoins hospitaliers sont accrus en raison du nombre grandissant de patients atteints du VIH/SIDA et des infections opportunistes (notamment la tuberculose). Les coûts sont également de plus en plus élevés. Les patients hospitalisés sont systématiquement testés pour l'infection à VIH, mais la majorité d'entre eux ne sont pas mis au courant de la réalisation du test ni de son résultat, vu l'absence de personnel qualifié pour le conseil où deux assistantes sociales formées en 1991 débutent. Les besoins en matière d'APMS sont nombreux et comprennent la formation de personnel supplémentaire pour le conseil, la mise en place d'une équipe hospitalière chargée de l'appui social et psychologique et la création d'un réseau de référence entre l'hôpital et les centres sanitaires ou sociaux extérieurs.

Centre de santé de Biryogo, Kigali (présentation de Mme Odette Mukase)

Centre privé dépendant de l'Eglise, Biryogo offre des soins préventifs et curatifs classiques. Les services fournis en matière d'APMS aux personnes atteintes du VIH/SIDA sont organisés à partir du centre vers le domicile:

- a) Conseil avant et après un test VIH (le test est volontaire).
- b) Appui psychologique au patient et à son entourage, au dispensaire et au domicile.
- c) Soins médicaux au dispensaire ou à domicile selon l'état du patient (toilette, pansements, injections, médicaments, nutrition, etc.).
- d) Assistance sociale: démarches juridiques, contact avec les bureaux sociaux (Caritas), recherche d'activités génératrices de revenus, enregistrement des enfants nés de mères célibataires, recherche de la famille et du village d'origine pour mettre en contact ces enfants avec leurs familles éloignées (favorisant ainsi le retour au village, avant ou après le décès de la mère), aide pour les frais scolaires (école primaire), soins domestiques, assistance ménagère, nutritionnelle, matérielle, préparation psychologique et juridique au décès, frais d'enterrement, appui à la famille après le décès, recherche de familles d'accueil lorsque les orphelins ne peuvent être envoyés au village, etc.

- e) Les visites à domicile sont un moyen d'éducation de la famille et de la communauté, montrant, par l'exemple, le respect du patient et l'absence de crainte des contacts quotidiens.

Ces activités sont réalisées en collaboration avec Caritas, les Soeurs de la Charité et le PNLS. Le budget spécifique à l'APMS représentait 10 % du budget annuel de Biryogo en 1991. Le financement pour les prochaines années, l'établissement de réseaux avec le centre hospitalier de Kigali et les autres structures socio-sanitaires de Kigali, enfin les orphelins, restent les problèmes majeurs.

Le centre de santé de Gikondo, Kigali est un centre agréé comparable à celui de Biryogo où les activités d'APMS sont sensiblement les mêmes mais plus récentes. L'appui spirituel est plus marqué, les activités de conseil sont réduites (formation très récente des assistantes sociales). Les mécanismes de collaboration sont les mêmes qu'à Biryogo.

Caritas, Kigali (présentation du Père Descombes, Directeur)

Antérieurement, Caritas fournissait un appui social aux indigents et aux handicapés, par l'intermédiaire de huit bureaux sociaux. Ces bureaux ont progressivement élargi leurs activités aux soins relatifs au SIDA. Les indigents atteints du VIH/SIDA ne sont pas différenciés des autres personnes. Les bureaux d'aide sociale fournissent un appui psychologique (par les assistantes sociales), un appui médical direct (achat de médicaments) ou indirect (visites à domicile par les Soeurs de la Charité) et l'appui social traditionnel de Caritas (nourriture, logement, métier). Caritas possède des logements sociaux qui hébergent des sans-abri (indigents, personnes atteintes du SIDA incapables de payer leur loyer). Les activités génératrices de revenus et les distributions de vivres se font en collaboration avec d'autres organisations. Un projet d'assistance aux orphelins est orienté vers la création de centres d'hébergement de mères de remplacement, leur donnant à la fois une activité génératrice de revenu, une position sociale et un appui psychologique soutenu. Par ailleurs, avec l'appui d'autres institutions, Caritas demande une attitude cohérente et un consensus vis-à-vis de la prise en charge de ces orphelins qui représentent un souci majeur à Kigali. De nombreux problèmes restent en suspens, notamment les problèmes financiers, de coordination et d'établissement de réseaux, en particulier avec les structures publiques.

Croix-Rouge rwandaise et paroisse de Muhima, quartier de Kigali (présentation de Mme Bodil Ravn)

Des volontaires de la Croix-Rouge rwandaise et d'autres institutions ont reçu une formation sur les soins à domicile pour les malades chroniques, formation organisée par la Croix-Rouge rwandaise et appuyée par sa consœur norvégienne. Un pasteur de Muhima, qui a suivi cette formation, a récemment créé dans sa paroisse des activités de soutien psychologique et social aux personnes atteintes du VIH/SIDA et à leur famille.

Activités à Butare (présentation de Soeur Franca)

En 1991, cette soeur mariste a eu l'initiative de prendre en charge les personnes atteintes du SIDA en utilisant les structures sanitaires et sociales de l'hôpital de Butare, hôpital de référence de la région sud du Rwanda, et des institutions sociales avoisinantes. L'identification des patients se fait par des assistantes sociales au centre hospitalier, ou dans les centres de santé.

Soeur Franca apporte aux patients et à leur famille un appui psychologique, matériel (vivres, vêtements), médical (achat des médicaments prescrits à la sortie de l'hôpital) et une aide à domicile pour

les invalides. Cent soixante familles sont régulièrement suivies deux fois par mois. Entre mai et novembre 1991, 80 à 90 orphelins étaient recensés parmi ces 160 foyers. Le coût total des activités s'élevait à US\$ 2800 pour 9 mois. Il s'agit d'une initiative individuelle respectée de tous. Le financement de cette opération est limité, une majorité de dons étant apportés par Caritas. Soeur Franca travaillant seule, la question de la pérennisation de son action a été soulevée.

7.6 Des exemples de soins à assise communautaire en Zambie et en Ouganda ont ensuite été présentés:

Zambie (Dr Alphonse Ciza et Mme Consolate Nduwarugira, participants du Burundi)

Ces deux participants ayant visité des institutions en Zambie, ont présenté les activités d'APMS réalisées à Chikankata, Monze et au centre hospitalier de Lusaka. Les approches ont été commentées et les problèmes soulignés. L'approche de Monze, qui allie des modèles verticaux et horizontaux, a été soulignée comme étant le modèle le plus approprié à long terme.

Ouganda (Dr Sandra Anderson, OMS/GPA/Genève)

Trois modèles d'APMS en Ouganda ont été décrits et leur approche détaillée: TASO, Nsambya et Kitovu. Une présentation plus globale a ensuite été effectuée, axée sur la continuité des soins de l'hôpital au domicile (voir tableau 3). L'intégration de l'APMS dans les autres secteurs sanitaires a également été soulignée comme étant une condition essentielle de la pérennisation d'un programme (voir figure 1). Le développement de projets à l'échelon national a ensuite été mentionné en décrivant les diverses approches possibles.

7.7 Visites sur le terrain

Les institutions publiques ou privées pratiquant des activités d'APMS au Rwanda (voir paragraphe 7.5) ont été visitées. Afin de permettre à chaque participant de découvrir un éventail d'activités suffisamment large, les équipes nationales ont été dissociées, les affiliations et les pays mêlés. Chaque groupe a visité deux institutions dont les objectifs étaient complémentaires, par exemple un service hospitalier et une paroisse sociale. Des patients et leur famille ont été visités à leur domicile, et ces visites ont ensuite été analysées et commentées.

Tous les participants ont été fortement intéressés et impressionnés par ces visites qui se sont révélées comme autant d'exemples d'APMS et de collaboration possibles dans leur pays. Elles ont également souligné l'ampleur considérable du problème de l'épidémie de VIH/SIDA.

- a) Les *besoins* en matière d'APMS au Rwanda ont été identifiés: nombre de cas de SIDA, séroprévalence de l'infection à VIH, charge hospitalière, contraintes liées au caractère chronique du SIDA, limites des consultations médicales et nombre croissant d'orphelins. La formation du personnel a été notée comme un besoin capital.
- b) Les *activités* et les *stratégies* mises en oeuvre ont été décrites et quelques points soulignés: avantages des visites à domicile, rôle primordial des assistantes sociales, nécessité d'établir une continuité dans la chaîne de soins à partir des centres médico-sociaux, enfin, variété des objectifs et des moyens en fonction des institutions. Quelques groupes ont recommandé une stratégie uniforme et la réorganisation des tâches du personnel.

- c) *L'utilisation des ressources existantes* a été étudiée, en particulier la redistribution des ressources financières reflétant une adaptation aux besoins nouveaux. Quelques groupes ont noté que les problèmes financiers n'étaient pas nécessairement une contrainte majeure, certains programmes fonctionnant bien avec relativement peu de moyens.
- d) *L'évaluation* des projets existants a été considérée comme importante, tout en étant probablement prématurée dans la plupart des cas.
- e) Des *suggestions* à l'intention du Rwanda ont été faites par les participants à l'issue de ces visites:
- formation du personnel, surtout pour le conseil;
 - création d'un réseau de liaison fonctionnel entre les hôpitaux et la communauté;
 - renforcement de l'engagement communautaire;
 - renforcement de la politique nationale;
 - recherche d'une stratégie d'action uniforme, standardisée.

7.8 Présentations par les pays

La situation épidémiologique du VIH/SIDA et les activités d'APMS réalisées au niveau local ou national ont été décrites par chacun des pays participants. Peu de programmes d'APMS à l'échelon national ont pu être dégagés de ces présentations. Certains pays ont décrit quelques initiatives privées. Dans l'ensemble, la volonté d'entreprendre des activités d'APMS à assise communautaire était fortement exprimée par les pays, en raison de la charge croissante que représente le VIH/SIDA. Il est apparu qu'une réflexion sur l'APMS était souhaitée, en particulier pour l'approche pluridisciplinaire, l'engagement communautaire et la mise en oeuvre d'expériences pilotes appuyées par les ONG. Le renforcement de l'action des PNLS par la création d'un volet de prise en charge opérationnel est apparu comme une priorité essentielle (les descriptions par pays sont synthétisées au paragraphe 9).

8. Recommandations

8.1 Recommandations aux gouvernements

Politique en matière d'appui psychologique et médico-social

1. Renforcer la volonté politique, à tous les niveaux, pour un appui psychologique et médico-social à assise communautaire aux personnes atteintes du VIH/SIDA, afin de garantir que cet appui soit prioritaire et d'y apporter les ressources nécessaires.
2. Promouvoir les approches plurisectorielles pour la prévention et le contrôle du SIDA et pour l'APMS aux personnes atteintes du VIH/SIDA.
3. Formuler une politique en vue d'établir ou de renforcer une chaîne de soins, de l'hôpital au domicile, pour les personnes atteintes du VIH/SIDA.

4. Etablir ou renforcer la législation visant à la protection des droits des personnes atteintes du VIH/SIDA et leurs ayants droit.
5. Décentraliser les activités de prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA ainsi que les moyens matériels et financiers nécessaires à leur mise en oeuvre.
6. Renforcer les systèmes de soins, et surtout les structures de soins de santé primaires, pour y inclure des activités communautaires de prévention et de lutte contre le SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles (MST).
7. Mettre en place ou renforcer les programmes de marketing social des préservatifs pour permettre à la population de se les procurer facilement et à moindre coût.
8. Créer ou renforcer au sein du PNLS une unité responsable de l'APMS et identifier un point focal pour coordonner les politiques des différents partenaires à la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA, des veuf(ve)s et des orphelins.
9. Etablir des politiques claires et des guides précis sur la prise en charge des malades dans les structures sanitaires et sur la continuité des soins dans la communauté ou à domicile.
10. Renforcer ou créer un système de référence entre les différents niveaux de services.
11. Identifier, puis encourager et coordonner les efforts des organisations non gouvernementales locales et nationales qui travaillent au sein de la communauté.

Services d'appui psychologique et médico-social

12. Développer une politique sur le conseil, le test volontaire et la confidentialité dans le but de fournir des soins de meilleure qualité en évitant la stigmatisation ou le rejet de l'individu atteint du VIH/SIDA.
13. Améliorer l'ensemble de la qualité des soins hospitaliers et extrahospitaliers pour les personnes atteintes du VIH/SIDA, renforcer les services de soins existants et établir des réseaux efficaces d'APMS à assise communautaire.
14. Incorporer la planification, l'acquisition et la gestion des médicaments contre les affections liées au VIH dans les systèmes d'approvisionnement et dans les guides de distribution des médicaments essentiels.
15. Renforcer les politiques des médicaments essentiels et les mettre en application.

Soins à assise communautaire et soins à domicile

16. Renforcer les capacités de la communauté en matière de gestion et de contrôle du VIH/SIDA, à travers une décentralisation efficace des activités.
17. Faire participer les travailleurs sociaux, les enseignants, les tradipraticiens et les matrones ainsi que les femmes, les jeunes, les chefs communautaires et religieux et les autres personnalités importantes lors de la planification et la mise en place d'activités à assise communautaire.

18. Encourager les communautés à développer ou à rétablir des traditions positives (fidélité, abstinence sexuelle et virginité) et à désapprouver les traditions qui risquent de favoriser la transmission du VIH.
19. Renforcer la solidarité des groupes communautaires afin de réduire la discrimination des personnes atteintes du VIH/SIDA ou de leur famille.
20. Etudier de nouveaux modes de financement des soins à assise communautaire en tenant compte des ressources disponibles.
21. Intégrer les actions en faveur des orphelins aux autres activités à assise communautaire.

Formation

22. Former, à tous les niveaux, des formateurs chargés d'éduquer le personnel sanitaire, y compris le personnel social, pour la prise en charge des malades du SIDA.
23. Former les agents de santé et les volontaires de la communauté au conseil ainsi qu'à l'appui psychologique et médico-social, à la fois dans la communauté et au domicile.
24. Planifier et mettre en oeuvre la formation continue des agents de santé et intégrer cette formation aux autres programmes de formation aussi souvent que possible.
25. Produire des guides, manuels ou autres matériels éducatifs sur l'APMS, les soins communautaires et à domicile, qui soient adaptés à chaque pays et utilisables par les personnes travaillant sur le terrain.
26. Intégrer la formation sur l'APMS dans les cursus des écoles de formation médicale, paramédicale et d'assistance sociale.

Surveillance et évaluation

27. Mettre en place un système de surveillance et d'évaluation des activités d'APMS à assise communautaire.
28. Conduire des études dans la communauté pour déterminer les besoins des personnes atteintes du VIH/SIDA et de leur famille, étudier l'étendue du problème des orphelins et l'impact économique du SIDA.

8.2 Recommandations aux organisations régionales

1. Assister les Etats Membres en vue de mobiliser les ressources financières dans le domaine de l'APMS aux personnes atteintes du VIH/SIDA.
2. Développer des mécanismes de surveillance et d'évaluation des activités d'APMS, au niveau communautaire ou à domicile, pour les pays africains et jouer un rôle de catalyseur dans une telle activité.

3. Etablir des mécanismes d'échange, d'information et de visites entre les pays de la région, afin d'encourager la coopération technique en matière d'APMS.
4. Organiser des programmes régionaux de formation de professionnels pour l'évaluation des programmes d'APMS.
5. Aider les gouvernements à identifier les priorités de recherche sur l'APMS.
6. Assurer le suivi des ateliers pour un appui technique en matière d'APMS aux personnes atteintes du VIH/SIDA, de l'hôpital au domicile.

8.3 Recommandations aux organisations internationales

1. Fournir un appui technique et logistique aux programmes d'APMS.
2. Aider au financement des activités de formation et des visites d'échanges entre pays et régions, en vue de partager les expériences et les approches nouvelles.
3. Aider à la production de matériel éducatif sur l'APMS.
4. Appuyer la recherche afin d'améliorer les activités d'APMS à assise communautaire.
5. Appuyer les gouvernements dans la promotion des activités génératrices de revenus pour améliorer la qualité de vie et favoriser l'insertion sociale des personnes démunies atteintes du VIH/SIDA.

8.4 Recommandations aux organisations non gouvernementales (ONG)

1. Continuer à jouer un rôle important dans le soutien aux communautés, au niveau local, et appuyer les activités à assise communautaire.
2. Développer des mécanismes de coordination et de collaboration au sein de la communauté, de manière à utiliser au mieux les ressources existantes pour l'APMS aux personnes atteintes du VIH/SIDA.
3. Renforcer la collaboration avec les PNLS par des réunions périodiques pour la mise en commun des activités, particulièrement en matière de prévention et d'APMS.

9. Activités futures dans les pays

Les plans d'action proposés par les participants, basés sur la situation actuelle de l'épidémie à VIH dans leur pays, ont été développés au cours de l'atelier et sont synthétisés ci-après. Ces plans varient selon les caractéristiques propres à chaque pays, mais quelques points communs ont été dégagés:

- Les pays doivent créer ou développer un volet de prise en charge ou d'APMS au sein des PNLS.
- L'intégration aux soins de santé primaires et la décentralisation des actions sont recommandées par la majorité des pays.

- Les organisations non gouvernementales jouent un rôle important dont il devrait être tenu compte.
- La formation est un élément indispensable dans le développement de l'APMS.

9.1 Burkina Faso

Depuis 1986, 1270 cas de SIDA ont été répertoriés par le Burkina Faso. En 1989, les enquêtes de séroprévalence indiquaient que 0 à 32,9 % des femmes enceintes étaient infectées par le VIH, selon les zones géographiques. Par ailleurs, en 1986, 25 % des personnes consultant pour des MST étaient infectées par le VIH. Les activités d'APMS sont nouvelles au Burkina Faso et comportent surtout la prise en charge hospitalière et le conseil. Les besoins sont nombreux, surtout en termes de ressources matérielles et financières, de programmes d'assistance sociale et de personnel (nombre et formation).

Le groupe Burkinabé a proposé un projet pilote d'intervention sur une province où la prévalence de l'infection à VIH est la plus élevée, pour une durée initiale de deux ans. Trois objectifs ont été développés: soins, appui moral et psychosocial, et prise en charge des orphelins. Ce projet préconise l'organisation de la prise en charge dans la zone pilote après une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et pratiques, la création d'un groupe de conseil, la formation du personnel, et la recherche de fonds. Des activités ont été détaillées pour répondre à ces objectifs spécifiques.

9.2 Burundi

Entre 1984 et 1991, 6052 cas de SIDA ont été notifiés. Les enquêtes de séroprévalence indiquent 8 à 15 % de séropositifs (respectivement chez les donneurs de sang et dans une cohorte d'adultes). L'APMS a fait l'objet de nombreux documents sur la planification ou l'exécution des soins médicaux, le conseil et la formation du personnel. Toutefois, l'exécution des activités reste très limitée. Il y a peu d'activités d'APMS hors du milieu hospitalier à Bujumbura. L'Association d'Aide aux Victimes du SIDA (AVISI) a préparé un projet pilote, et un représentant de cette organisation a participé à l'atelier (voir annexe 1).

Dans son document préliminaire, le Burundi a proposé d'améliorer la prise en charge clinique, de réduire l'impact par un appui psychologique et social, de prévenir la transmission du VIH à travers les visites à domicile, et de prendre en charge les orphelins. Une liste des besoins a été dressée et les étapes prioritaires identifiées. Les stratégies d'approche sur l'intégration des activités au sein des autres structures de soins, voire dans des structures non sanitaires (programmes d'agriculture, d'hygiène, d'assainissement), ont été envisagées avec une attention particulière.

9.3 Cameroun

Des objectifs généraux ont été proposés par le Cameroun:

- a) réduire l'incidence d'infection à VIH dans la population;
- b) prendre en charge les personnes atteintes et leur entourage;
- c) intégrer les activités d'APMS dans les structures sanitaires, sociales et communautaires existantes.

En réponse à ces objectifs prioritaires, des activités comprenant la formation du personnel, l'utilisation des ressources existantes, la décentralisation, et le renforcement des structures sanitaires et sociales ont été détaillées.

9.4 Congo

Entre 1986 et 1991, 3482 cas de SIDA ont été notifiés au Congo. La séroprévalence moyenne en zone urbaine atteint 7,5 %. Dix à trente pour cent des services de médecine interne sont occupés par des patients atteints du VIH/SIDA. Les besoins du Congo concernent surtout les ressources humaines et matérielles et la nécessité de créer une unité d'APMS au sein du PNLS. Quelques activités de prise en charge peuvent être individualisées à Brazzaville: un service de consultation spécialisée à l'hôpital de Brazzaville, une expérience pilote parmi les femmes en consultation prénatale avec test VIH, conseil et APMS, une prise en charge à assise communautaire par des tradithérapeutes, des religieux et des ONG dont deux sont appuyées par le PNLS.

Le Congo a proposé un plan spécifiquement basé dans les centres urbains en raison de la forte prévalence d'infection à VIH. Une liste des ressources existantes et additionnelles a été dressée, et un plan d'action a été détaillé pour les cinq objectifs spécifiques suivants: organiser la prise en charge des malades aux différents niveaux de soins et à un coût abordable, apporter un appui aux personnes les plus démunies (malades, veuves, orphelins), éduquer les familles à la prise en charge de leurs malades, aider les malades à une meilleure réinsertion sociale, coordonner les activités des intervenants (état, ONG, associations) pour une meilleure utilisation des ressources existantes. L'évaluation a également été proposée.

9.5 Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire regroupe un nombre important de cas de SIDA en Afrique occidentale avec 8292 cas notifiés entre 1985 et juin 1991. Les enquêtes indiquent que 12 % des femmes enceintes et 17 % des patients consultant pour des MST sont infectés par le VIH. La tuberculose est notée comme une infection concomitante importante. Les activités d'APMS sont limitées: prise en charge clinique des patients hospitalisés dans les services de maladies infectieuses et projet de création d'une véritable structure d'APMS au sein du PNLS. Les ONG entreprennent des activités surtout sociales qui ont besoin d'être développées et étendues.

Deux objectifs généraux ont été identifiés pour la période 1992-1995: améliorer la prise en charge clinique et psychosociale des personnes atteintes du VIH/SIDA et assurer la prise en charge des orphelins. Des objectifs spécifiques et des activités correspondantes ont été développés, mettant l'accent sur les activités cliniques, ainsi que sur l'engagement et la motivation communautaires. Toutefois, l'intégration aux structures de soins de santé primaires n'a pas été développée.

9.6 République centrafricaine

Entre 1984 et 1990, 2474 cas de SIDA ont été recensés. En 1990, la séroprévalence atteignait 8 % en milieu urbain et 1,5 % dans les zones rurales. La prise en charge se limite à l'action clinique: traitement des infections opportunistes et soins palliatifs. Quelques projets sont à l'étude: une évaluation du volet prise en charge du PNLS par un consultant, un séminaire national, des réunions d'information et de sensibilisation. Une expérience existe à Gamboula (zone rurale) avec la prise en charge d'une dizaine de patients. Ce projet, initié par des missionnaires, comprend un soutien moral et la prise en charge à l'hôpital et/ou à domicile. Un représentant de Gamboula a participé à l'atelier (voir annexe 1).

Le nouveau plan national a été préparé en 1991 et devrait être révisé suite à l'atelier, afin de développer les activités d'APMS sur une durée de trois ans, d'abord à Bangui puis dans les autres provinces. Les objectifs proposés sont: améliorer la prise en charge des personnes atteintes du SIDA sur le plan médical, apporter un soutien psychosocial et spirituel aux malades et aux personnes infectées par le VIH, développer des activités d'APMS dans les formations hospitalières et extra-hospitalières, déterminer par une enquête le nombre d'orphelins et les besoins des malades atteints du SIDA susceptibles de bénéficier d'un APMS à Bangui.

9.7 Rwanda

Aucun programme n'a encore été préparé à l'échelon national. Des projets sont en préparation au niveau du PNLS et des objectifs spécifiques ont été développés au cours de l'atelier:

- a) former les agents de santé sur les principes de la prise en charge pour assurer un meilleur traitement médical et éviter les hospitalisations prolongées;
- b) élaborer des guides techniques sur le diagnostic et les protocoles de traitement des infections opportunistes;
- c) créer un organe national et des structures pour le conseil;
- d) mobiliser la communauté et encourager les associations et autres initiatives sur le plan national;
- e) organiser et encourager les soins à domicile;
- f) créer des coopératives économiques, des microprojets et organiser la prise en charge des orphelins.

Un plan d'action sérié en fonction de chaque objectif et de chaque niveau d'intervention (national, PNLS, soins cliniques, engagement communautaire) a été détaillé, y compris les moyens nécessaires et le suivi.

9.8 Zaïre

Entre 1983 et 1991, 16 324 cas de SIDA ont été notifiés, concentrés surtout à Kinshasa et dans le bas-Zaïre. La séroprévalence est très variable selon la région concernée. Le plan à moyen terme, révisé en 1991, prévoit de réduire l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA sur l'individu, la famille et la communauté dans 60 % des zones de santé d'ici trois ans. Les activités concrètes n'ont toutefois pas commencé en raison de la situation économique du pays. Néanmoins, il y a quelques ébauches de soins communautaires et de soins à domicile qui se font à titre expérimental, ou souvent sans spécificité pour les malades du SIDA, notamment par les ONG. Si l'appui psychosocial semble bien amorcé, l'appui médical est plus concentré à l'hôpital. Les stratégies de soins à domicile restent à définir.

Le Zaïre a défini ses objectifs pour 60 % des zones sanitaires du pays: renforcer la capacité de diagnostic et le stock de médicaments essentiels, assurer la prise en charge de 80 % des patients au niveau communautaire, assurer un conseil à tous les porteurs de VIH asymptomatiques dépistés passivement, susciter les actions de soutien matériel et financier aux familles et institutions qui s'occupent des orphelins. Un certain nombre d'activités ont été développées pour répondre à ces objectifs, de même que quelques indicateurs.

10. Conclusions

10.1 Suivi des activités dans les pays

Il a été précisé que le travail devait se poursuivre au retour des participants dans leur pays, afin de mettre au point les propositions préliminaires et d'obtenir l'appui des autorités nationales. Il a ainsi été demandé à tous les participants d'organiser une réunion d'information de retour dans leur pays, de mobiliser les responsables pour la création ou le renforcement du volet APMS au sein des PNLs et d'informer AFRO/GPA et OMS/GPA des demandes d'aide éventuelle. Cette aide pourrait porter sur la fourniture de matériels éducatifs, la formation de personnel qualifié, des fonds, etc.

10.2 Evaluation de l'atelier

Dans l'ensemble, les participants ont été très satisfaits de l'atelier qui leur a apporté des connaissances nouvelles. Les aspects relatifs aux orphelins, au côté pluridisciplinaire de l'APMS, à l'intégration aux structures de soins de santé primaires ont été les plus appréciés. Le suivi a été une fois de plus développé.

11. Clôture de l'atelier

La clôture de l'atelier s'est déroulée en présence du Dr Jean-Baptiste Ndalihoranye, Ministre de la Santé du Rwanda, du Dr Hélène Mambu-ma-Disu, Représentant de l'OMS, et du Dr Peter Fasan, Directeur du Programme OMS/AFRO/GPA. Le déroulement des activités a été synthétisé par Soeur Godeliève du Ministère de la Santé et facilitatrice présente toute la durée de l'atelier, et les recommandations ont été lues par une participante. Le Dr Fasan a ensuite remercié les personnes invitées, les facilitateurs et le Gouvernement du Rwanda de leurs efforts et a souhaité que des plans nationaux sur l'APMS à assise communautaire soient élaborés dans les meilleurs délais. Enfin, après avoir souligné l'importance de l'engagement de toutes les parties concernées et remercié l'ensemble des personnes présentes, le Dr Jean-Baptiste Ndalihoranye, Ministre de la Santé, a déclaré l'atelier officiellement clos.

Tableau 1. Récapitulatif de six programmes de soins à domicile pour les personnes atteintes du VIH/SIDA en Ouganda et en Zambie

Programme	Affiliation	Initié par la communauté	Population desservie	Assise hospitalière ou communautaire
CHIKANKATA Zambie	ONG	non	rurale	hôpital
HOPITAL UNIVERSITAIRE Zambie	gouvernement/ ONG	non	urbaine	hôpital
TASO-KAMPALA Ouganda	ONG	oui	urbaine	communauté
NSAMBYA, EQUIPE MOBILE Kampala, Ouganda	ONG	non	urbaine	hôpital
KITOVU, EQUIPE MOBILE Ouganda	ONG	non	rurale	hôpital
TASO-MASAKA Ouganda	ONG	oui	rurale	communauté

D'après: Infection à VIH/SIDA: étude de six programmes de soins à domicile en Ouganda et en Zambie (Document non publié OMS/GPA/IDS/HCS/91.3).

Tableau 2. Impact économique du SIDA chez l'adulte

Type d'impact économique	AVANT LA MALADIE	PENDANT LA MALADIE	IMMEDIATEMENT APRES LE DECES	IMPACT DU DECES A LONG TERME
Production et revenu	Organisation de l'activité économique; choix du mode de résidence.	Productivité réduite de la personne affectée; réallocation du travail.	Perte de production de la personne décédée.	Réallocation des terres et du travail.
Consommation et investissement	Assurance, soins préventifs, épargne de précaution, transferts.	Coût du traitement médical; changement de la structure, de la consommation et des investissements.	Coût des funérailles; transferts reçus; paiement des frais de succession.	Changement dans la nature et le montant de la consommation et des investissements.
Santé et composition du ménage	Taille du ménage; fertilité.	Réallocation du temps destiné aux soins.	Perte d'un membre de la famille.	Dissolution ou reconstitution du ménage; migration; mauvaise santé des enfants.
Coûts psychologiques		Perte de motivation du malade.	Choc psychologique des survivants.	

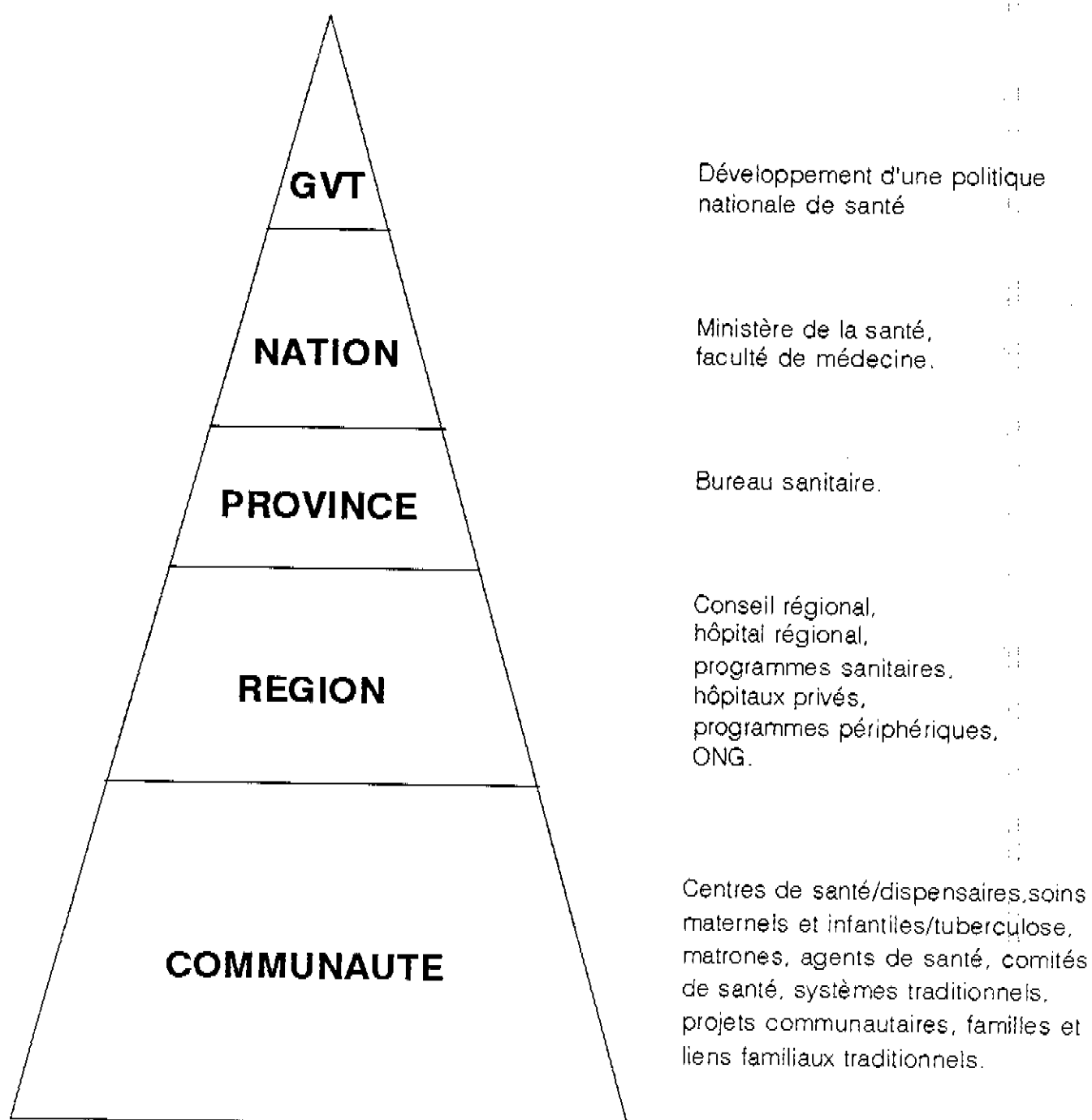
D'après: "Mesure des coûts directs du SIDA dans les pays en développement", de Nathalie Béchu et Miloud Kaddar, 1991, Centre International de l'Enfance, document non publié.

Tableau 3. Répartition optimale des services et des ressources humaines au sein de la chaîne de soins pour les personnes atteintes du VIH/SIDA.

++++ Besoins importants + Besoins mineurs

SERVICE:	LIEU:	HOPITAL (SEJOUR)	HOPITAL (CONSULTATIONS EXTERNES)	CENTRE DE SANTE	SOINS A ASSISE COMMUNAUTAIRE	SOINS A DOMICILE
Examen clinique et diagnostic de laboratoire	++++	++	+++	++	++	++
Traitement	++++	++	+++	++	++	+
Conseils préventif et de soutien	+++	+	+++	++	+++	++
Services sociaux (nourriture, activités génératrices de revenus, transport)	++	+	++	+	+++	++
RESSOURCES HUMAINES						
Médecins	++++	++	++	++	+	+
Infirmières	++++	++	++	++	+++	+
Conseillers/assistants sociaux	+++	+	++	++	+++	+
Volontaires/agents communautaires	+	+	++	++	+++	+++
Famille	++	+	+	+	+	++++

Figure 1. Ressources sanitaires pour le développement des activités communautaires



Annexe 1

Liste des participants

BURKINA FASO

Dr Sophar HIEN, B.P. 7022, Ouagadougou.

Dr Bouema OUEDRAOGO, Médecin chef, Dispensaire de la police nationale, Membre du sous-comité de prise en charge du SIDA, DC SSFAP, Ouagadougou.

Mme Marie-Suzanne SOMDA, Assistante sociale, Secrétariat d'Etat à l'Action sociale et à la Famille, Membre du sous-comité d'Information, Education et Communication (IEC) du SIDA, 01 B.P. 515, Ouagadougou.

Mme Azara YAGO, Sage-femme, Maternité Yennenga, Membre du sous-comité de prise en charge du SIDA, Ouagadougou.

BURUNDI

Dr Alphonse CIZA, Directeur, Département des Soins de Santé, Ministère de la Santé publique, B.P. 1820, Bujumbura.

M. Samuel CIZA, Représentant légal de l'Association d'Aide aux Victimes du SIDA (AVISI) (ONG), B.P. 3475 bis, Bujumbura.

Mme Consolate NDUWARUGIRA, Assistante sociale, PNLS, B.P. 3424, Bujumbura.

Mme Gloriose NYANKUSA, Infirmière, Musaga, Bujumbura.

CAMEROUN

M. Joseph BETIMA NDONGO, Assistant principal aux Affaires sociales, PNLS, B.P. 155, Yaoundé.

Dr Anne DABAN, Service catholique de la Santé (ONG), B.P. 767, Yaoundé.

Dr Jeremias INROMBE, Chef, Projet soins de santé communautaires, Care International (ONG), Mokolo.

Dr Chouaibou NCHARRE, Directeur adjoint, Médecine préventive, Ministère de la Santé (D.M.P.R.), Yaoundé.

CONGO

Mme Cécile MAKOSSO, Sage-femme, Vice-Présidente, Association Femmes/Santé-SIDA (ONG), Case No 1 Asecna Maya Maya, B.P. 13507, Brazzaville.

Dr Juliette MUKAKA, PNLS, Volet prise en charge, B.P. 1186, Brazzaville.

Mme Séraphine ONDONGO, Assistante sociale chargée des soins à domicile, PNLS, 1792 rue Makoko Ouenze, Brazzaville.

Dr Théodore SOUNDA, Coordonnateur national des soins de santé primaires, 35, rue Massoukou, Brazzaville.

COTE D'IVOIRE

Dr Malick COULIBALY, Médecin chef, Centre antituberculeux d'Abidjan, 03 B.P. 237, Abidjan 03.

Dr Théodore DOUKROU, Médecin, Service des Maladies infectieuses, CHU de Treichville, B.P. V3, Abidjan.

Mme Paule-Annick MADY, Coordonnatrice de projet (ONG), Responsable du soutien pour l'auto-promotion sanitaire urbaine, 08 B.P. 1786, Abidjan 08.

Dr Joseph NIANGUE, Sous-Directeur, Soins de Santé primaires et Endémies, Direction de la Santé communautaire, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, 06 B.P. 861, Abidjan 06.

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

M. Salvador M'BIOKO-MANGUE, Technicien supérieur de la santé, Centre médical privé de Gamboula (ONG), B.P. 13, Berberati.

Dr Philémon NAMKONA, Chef de cellule des soins de santé primaires, Ministère de la Santé publique, B.P. 883, Bangui.

M. Roger-Antoine NDOULOU, Direction générale des Affaires sociales, Ministère de la Santé publique, Bangui.

Professeur Michel-Dieudonné VOHITO, Médecin chef, Clinique médicale de Bangui, Responsable du comité d'éthique, CHN, Bangui.

RWANDA

Dr Jean-Baptiste BUTERA, Directeur, PNLS, B.P. 84, Kigali.

Soeur FRANCA, Soeurs Maristes, B.P. 524, Butare.

Dr Léonard HITIMANA, Hôpital de Ruhengeri, B.P. 57, Ruhengeri.

Mme Odette MUKASE, Assistante sociale, Centre de Santé de Biryogo, Kigali.

Mme Béatrice UZAMUREBA, Assistante sociale, Projet SIDA/CARITAS (ONG), B.P. 1797, Kigali.

ZAIRE

Dr Béni BONGO, Coordonnateur technique, Soins de santé primaires en milieu rural (Projet SANRU), B.P. 3555, Kinshasa-Gombe.

Dr Cécile EDJO-ENEHESE TOKO, Chef, Division Education/Communication, Bureau central de Coordination de la Lutte contre le SIDA, B.P. 5806, Kinshasa-Gombe.

Dr Philomène KAKANDA, Membre de la Society for Women and AIDS in Africa (SWAA), Zaire (ONG), Projet SIDA/ZAIRE, B.P. 8502, Kinshasa.

Dr Crépin MBALA NSIMBA, Chef, Division de la planification des soins de santé primaires au FONADES, B.P. 3726, Kinshasa-Gombe.

Responsables/facilitateurs**1. RWANDA**

Dr Emil FOX, Chef d'équipe GPA, PNLS, B.P. 84, Kigali.

Soeur GODELIEVE, Chargée de la formation, Ministère de la Santé, Kigali.

Dr Etienne KARITA, Directeur adjoint, Laboratoire du PNLS, B.P. 84, Kigali.

M. Mody KONE, Responsable du secteur d'Information, Education et Communication (IEC), PNLS, B.P. 84, Kigali.

Dr Dominique LANDREAU, Chargé des soins de santé primaires, Coopération franco-rwandaise, Kigali.

Dr Helène MAMBU-MA-DISU, Représentant de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, B.P. 1324, Kigali.

Mme Marianne NYIRABARINDA, Chargée de la formation, Croix-Rouge rwandaise, Kigali.

2. OMS/GPA

Dr Sandra ANDERSON, OMS, GPA/IDS, 20, avenue Appia, CH - 1211 Genève 27.

Dr Dounia BITAR, OMS, GPA/IDS, 20, avenue Appia, CH - 1211 Genève 27.

M. Michel CARAEL, OMS, GPA/CNP, 20, avenue Appia, CH - 1211 Genève 27.

M. Yves-Antoine FLORI, Maître de Conférence, Laboratoire d'Economie sociale, Université Paris I, 90, rue de Tolbiac, F - 75534 Paris Cédex 13.

3. AFRO/GPA

Dr Peter FASAN, Directeur, Programme OMS/AFRO/GPA, Bureau régional de l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, Congo.

Mme Evelyn ISAACS, Responsable des Soins communautaires, OMS, Bureau régional de l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, Congo.

Mme Rose-Isabelle LOUYA, OMS/AFRO/Burundi, B.P. 1450, Bujumbura, Burundi.

Annexe 2

Références bibliographiques

DOCUMENTS OMS

Infection à VIH/SIDA. Etude de six programmes de soins à domicile en Ouganda et en Zambie (document non publié WHO/GPA/IDS/HCS/91.3).

Draft report of the WHO/Commonwealth Secretariat: Regional workshop on HIV/AIDS community-based care and control. 6-11 October 1991, Entebbe, Uganda.

Pandémie d'infection à VIH/SIDA: situation actuelle et tendances futures - Récapitulation, janvier 1992 (document non publié WHO/GPA/RES/SFI/92.1).

Shepard, D., Bail, R., & Bucyendore, A. *Costs of AIDS care in Rwanda*. Bigel Institute for Health Policy. Rapport préliminaire, février 1992.

Subventions de partenariat pour les activités d'organisations non gouvernementales dans le domaine du SIDA (document OMS non publié GPA/DIR/92).

Rapport de la consultation sur le SIDA et la médecine traditionnelle: contribution possible des tradipraticiens (document non publié WHO/TRM/GPA/90.1).

Guide pour la prise en charge clinique de l'infection à VIH chez l'adulte (document non publié WHO/GPA/IDS/HCS/91.6).

Janovski, K. *Formulation d'un projet et rédaction de propositions* (document non publié OMS/EDUC/87.187).

The care and support of children of HIV-infected parents (document non publié WHO/GPA/CNP/IDS/91.1).

PUBLICATIONS OMS

Guide pour les méthodes de stérilisation et désinfection efficaces contre le VIH. Genève, OMS, 1990 (Série OMS SIDA No 2).

Guide pour la prise en charge par les services infirmiers des porteurs du VIH. Genève, OMS, 1989 (Série OMS SIDA No 3).

Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le SIDA. Genève, OMS, 1991 (Série OMS SIDA No 8).

AIDS home care handbook (en préparation).

AUTRES DOCUMENTS

Ankrah, E. M. AIDS and social side of health. *In: Social science and medicine*, 32(9): 967-980, 1991.

Foster, S. Affordable clinical care for HIV-related illness in developing countries. *In: Tropical disease bulletin*, 87(11): R1-9, 1990.

Les enfants et le SIDA: un désastre imminent. UNICEF, 1990.

AIDS and orphans in Africa. Report on a Meeting in Florence. UNICEF, 1991.

Living with AIDS in the community (publication ougandaise), 1991.

Série "Stratégies pour l'espoir". St Albans, Royaume-Uni, ACTION AID, 1991:

1. *De la peur à l'espoir: la prise en charge et la prévention du SIDA à l'hôpital de Chikankata, Zambie.*
2. *Vivre avec le SIDA: organisation ougandaise d'aide aux sidéens.*
3. *La prise en charge du SIDA: une approche intégrée.*
4. *Le SIDA: une approche humaine. La prise en charge et la prévention du SIDA à Agomanya, Ghana.*
5. *Orphelins du SIDA: une perspective communautaire en Tanzanie.*
6. *La Communauté d'entraide: faire face au SIDA en milieu urbain ougandais.*

CASSETTES VIDEOS

Série "Stratégies pour l'espoir", par ACTION AID et TALC, P.O. Box 49, St Albans, Hertfordshire AL1 4AX, Royaume-Uni:

"TASO: vivre avec le SIDA", vidéo sur les soins, l'aide et le conseil apportés aux séropositifs et sidéens:

- Partie I : L'histoire de TASO (25 minutes),
- Partie II : Le conseil et le SIDA: l'expérience de TASO (30 minutes).

"La génération des orphelins", vidéo sur les soins communautaires apportés aux orphelins:

- Partie I : Ce sont nos enfants (10 minutes),
- Partie II : La génération des orphelins (40 minutes).

* * *