

A red textile with a repeating geometric pattern. The pattern includes stylized white birds, horizontal white lines, and large blue and white diamond shapes with triangular borders.



**DISPOSITIF  
NATIONAL  
DE PRISE EN CHARGE  
PSYCHOLOGIQUE  
ET SOCIALE DES PVVIH  
EN TUNISIE  
ÉDITION 2009**

# Dispositif National

de prise en charge  
psychologique  
et sociale des personnes vivant avec  
le VIH en Tunisie

édition 2009

## Abréviations

<b>ARV</b>	Anti-Rétroviral (Médicament), Anti-Rétroviraux
<b>ATSR</b>	Association Tunisienne de la Santé de la Reproduction
<b>ATIOS</b>	Association Tunisienne d'Information et d'Orientation sur le SIDA
<b>ATLMST/SIDA</b>	Association Tunisienne de Lutte contre les MST et le SIDA
<b>ATLS</b>	Association Tunisienne de Lutte contre le SIDA
<b>ATUPRET</b>	Association Tunisienne de Prévention de la Toxicomanie
<b>CCC</b>	Communication pour le changement de comportement
<b>CCDAG</b>	Centre de Conseil et de Dépistage Anonyme et Gratuit
<b>CDV</b>	Conseil et Dépistage Volontaire
<b>CPN</b>	Consultation Prénatale
<b>CRT</b>	Croissant Rouge Tunisien
<b>CSSB</b>	Centre des Soins de Santé de Base
<b>DSSB</b>	Direction des Soins de Santé de Base (Ministère de la Santé Publique)
<b>DT</b>	Dinar Tunisien
<b>IEC</b>	Information-Education-Communication
<b>JST</b>	Jeunesse Scolaire Tunisie
<b>GFATM</b>	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
<b>IO</b>	Infection(s) Opportuniste(s)
<b>IST</b>	Infection(s) Sexuellement Transmissible(s)
<b>JMSF</b>	Jeunes Médecins Sans Frontières
<b>MAFFEPA</b>	Ministère des Affaires de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Agées
<b>MAR</b>	Ministère des Affaires Religieuses
<b>MASSTE</b>	Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l'Etranger
<b>MEF</b>	Ministère de l'Education et de la Formation
<b>MENA</b>	Middle East and North Africa
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>MST</b>	Maladies Sexuellement Transmissibles
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONFP</b>	Office National de la Famille et de la Population
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>PNLS/MST</b>	Programme National de Lutte contre le SIDA et les MST
<b>PTME</b>	Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH
<b>RANCS</b>	Réseau Associatif National Contre le SIDA
<b>SIDA</b>	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
<b>SNU</b>	Système des Nations Unies
<b>SR</b>	Santé de la Reproduction
<b>SRSSB</b>	Service Régional des Soins de Santé de Base
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Sommaire

### I. Contexte régional et national de l'épidémie de Sida en Tunisie et dans la région MENA

1. Vue d'ensemble de la situation épidémiologique de la région MENA
2. Vue d'ensemble de la situation épidémiologique de la Tunisie
3. Profil, besoins et contexte des Personnes vivant avec le VIH en Tunisie
4. Mesures d'accompagnement social en Tunisie

### II. « Dispositif National de prise en charge Psychosociale des PVVIH en Tunisie »

1. Introduction
2. Objectif du programme
3. Comment atteindre les objectifs du dispositif national de prise en charge psychosociale ?
4. Liens entre prise en charge psychosociale et prévention

### III. Les référentiels

1. Référentiels des missions
2. Interventions d'accompagnement social, économique et juridique aux PVVIH et leurs familles
3. L'auto support
4. Référentiels des compétences de prise en charge psychologique et sociale
5. Référentiel des connaissances cognitives
6. Description des modules de formation

### IV. Système de référence et de contre référence pour la prise en charge psychosociale

1. Identifier les services offerts par tous les partenaires
2. Articuler les interventions des prestataires

## Méthodologie

Des entretiens individuels et de groupe ont été menés avec les principaux acteurs associatifs et professionnels de santé, au sein des centres associatifs et des services des maladies infectieuses de Tunis, Sousse Monastir et Sfax.

Les activités des ONG ont été discutées et analysées durant les visites de terrain ainsi que les visites de centres référents.

La mission a apprécié le lien entre les besoins identifiés et les objectifs des prochaines étapes, ainsi que les résultats attendus. Elle a également apprécié la viabilité à long terme et les moyens à mobiliser pour mettre en œuvre un dispositif national de prise en charge psychosociale aux personnes vivant avec le VIH Tunisie.

Notre démarche s'inscrit dans le souci constant d'une prise en charge optimale dans l'intérêt du patient, à travers la complémentarité des acteurs, si bien qu'au-delà des rencontres il est de notre responsabilité de restituer dans la forme et le fond l'ensemble des préoccupations de nos interlocuteurs.

L'élaboration des référentiels a été réalisée dans le cadre de plusieurs étapes selon la logique suivante :

- Bibliographie sélective de la littérature scientifique et grise dans le domaine de la prise en charge psychosociale en France en Europe et dans certains pays d'Afrique Subsaharienne.
- L'identification des situations emblématiques, problématiques et spécifiques à partir de la consultation sur le terrain (durant l'année 2008 avec les consultants Kémal Chérabi et Hassen Mohsen). Les professionnels sanitaires et sociaux (médecins, psychologues et assistants sociaux) seront mis à la disposition par le Ministère de la Santé et sa Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), interviendront au côté des associations Tunisiennes, du Groupe de soutien des personnes vivant avec le VIH, l'ATLMST/SIDA, l'ATIOS, l'ATLS, l'ATUPRET, le réseau national des ONG RANCS, l'AJMF, le Croissant Rouge, l'ATSR dans les quatre sites de référence hospitaliers (Tunis, Sfax, Sousse et Monastir) et les associations auprès des professionnels sanitaires et sociaux, dans les 4 villes où se situent ces sites référents.

Enfin des entretiens avec les équipes de la DSSB, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA du PNUD et également de la pratique des intervenants de notre propre pratique.

L'élaboration du référentiel des compétences pour traiter les situations recensées, de champ problématique, ce document a été réalisé entre autres à partir des documents existants disponibles au Maroc conçus et rédigés par **Amina Ayouch Boda et Kemal Cherabi**.

Entretiens avec Monsieur Oussama Tawil et Mme Iris Semini de l'équipe Régionale ONUSIDA/MENA

Entretiens avec les Dr Mongi Hamrouni et Dr Ahmed Maâmouri (PNLS/DSSB/MSP), Dr Mounira Garbouj (DMSU), Dr Myriam Ben Mamou (ONUSIDA Tunisie), Dr Akthem Fourati (UNICEF Tunisie)

Nous adressons nos remerciements à toutes les personnes au sein des associations, des institutions nationales et des organisations du système des Nations Unies qui nous ont reçus et ont contribué à la réalisation de cette mission. Plus particulièrement à l'équipe de la DSSB, de l'UNICEF et de l'ONUSIDA qui nous ont accompagnés à Sfax, Sousse et Monastir

## I. Contexte régional et national de l'épidémie de Sida en Tunisie et dans la région MENA

Les pays de la région du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord (MENA)<sup>1</sup>, bien qu'ayant des niveaux de développement économiques différents, ont plusieurs caractéristiques socioculturelles communes.

Environ 431 millions de personnes vivent dans la région, dont plus de 20% sont âgés de moins de 15 ans.

### 1. Vue d'ensemble de la situation épidémiologique de la région MENA

Selon les estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS, 40.000 [16.000 – 65.000]<sup>2</sup> personnes dans la région MENA ont été infectées par le VIH en 2008, portant le total des personnes vivant avec le VIH à 380.000 [270.000 – 500.000], avec environ 27.000 [20.000 – 34.000] décès causés par des infections liées au VIH durant la même année<sup>3</sup>.

Toutefois, il existe encore une certaine incertitude quant aux tendances de l'épidémie dans certains pays en raison du manque de données pertinentes.

Alors que certains pays signalent un taux de prévalence bas parmi la population générale, il est probable que le manque de données épidémiologiques et des données relatives aux

comportements masquent une plus haute prévalence, notamment parmi des populations les plus exposées au risque.

De manière générale, les cas d'infections par le VIH sont enregistrés parmi les jeunes adultes, dont la majorité est constituée d'hommes, bien que dans certains pays la différence des taux de prévalence entre hommes et femmes soit de plus en plus réduite<sup>4</sup>. La majorité des cas d'infection par le

VIH chez les femmes sont associés aux rapports sexuels non protégés avec des partenaires stables.



<sup>1</sup>Selon la définition de l'ONUSIDA, la région MENA comprend les pays suivants : l'Afghanistan, l'Algérie, Bahreïn, le Djibouti, l'Égypte, la République Islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, le Koweït, le Liban, La Jamahiriya Arabe de la Libye, le Maroc, les territoires palestiniens occupés, Oman, Qatar, l'Arabie Saoudite, la Somalie, le Soudan, la Syrie, la Tunisie, les Emirats Arabes Unis et le Yémen. La présente situation régionale a été réalisée par l'équipe inter-pays ONUSIDA MENA sous la direction de Oussama Tawil et Iris Semini.

<sup>2</sup>Les projections déterminent les paramètres des chiffres réels, se basant sur les meilleures données disponibles sur le VIH/sida

<sup>3</sup>ONUSIDA/OMS (2008). AIDS Epidemic Update: December 2008. UNAIDS, Geneva, 2008.

<sup>4</sup>L'Algérie, Djibouti, le Maroc, le Soudan, et le Yémen.



## Facteurs de risque

Les comportements à risque ont été spécifiquement notés parmi certains groupes tels que les usagers de drogues injectables et les professionnelles du sexe, dont les pratiques de prévention sont limitées, notamment à cause des difficultés d'accès aux services préventifs et de soins.

Malgré le manque de données relatives aux professionnels du sexe dans la région, certaines informations pertinentes ont été documentées sur les travailleurs (ses) du sexe parmi les femmes et les hommes. Les études réalisées ou en cours de réalisation en Algérie<sup>5</sup>, à Djibouti, en Egypte<sup>6</sup>, en Jordanie<sup>7</sup>, au Liban<sup>8</sup>, au Maroc<sup>9</sup>, en Somalie, au Soudan<sup>10</sup> et en Syrie<sup>11</sup> et en Tunisie<sup>12</sup>, révèlent des risques croissants d'infection par le VIH parmi les professionnel(le)s du sexe. De telles données interpellent tous les acteurs de la lutte contre le VIH de la région MENA sur l'urgence de mettre en place des programmes adaptés aux besoins des populations hautement exposés au risque et autres populations vulnérables tant en ce qui concerne la prévention que l'accès aux soins et au soutien psychologique et social.

Des enquêtes ont été réalisées sur les risques de transmission du VIH parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes, elles précisent la prépondérance de relations sexuelles non protégées avec des partenaires multiples, ainsi qu'un recours limité au préservatif<sup>13</sup>.

Les hommes mariés qui ont des relations sexuelles avec des hommes contribuent également à accroître le risque d'infection des épouses. Plusieurs associations dans différents pays parmi lesquels l'Algérie, le Liban, le Maroc et la Tunisie ont lancé des programmes de proximité pour mettre à la disposition de ces populations des prestations de prévention des risques de transmission du VIH. Les données récentes interpellent également les acteurs de terrain pour qu'ils entreprennent des actions de prévention du VIH en milieu carcéral également identifié comme un contexte d'exposition au risque.



Algérie, UNAIDS/P. Viro

<sup>5</sup>AIDS Algérie/UNAIDS/UNFPA. Travail du Sexe et VIH/sida en Algérie; Enquête qualitative sur le travail du sexe et le VIH/sida. AIDS Algérie/UNAIDS/UNFPA. 2006.

<sup>6</sup>UNAIDS/UNDP/UNIFEM (2007). The Context of Vulnerability: Qualitative Study of HIV Risk for Female Sex Workers in Cairo. Novembre 2007.

<sup>7</sup>Ministère de la Santé, Jordanie. (2005). Proposed National HIV/AIDS Strategy for Jordan 2005-2009. Janvier 2005.

<sup>8</sup>SIDC/NAP Lebanon/UNAIDS. Outreach HIV/AIDS Prevention Targeting Population at Risk in Lebanon, Decembre 2005. Présentation PowerPoint.

<sup>9</sup>Huygens P. (2005). Revue externe des approches de proximité auprès des Professionnels du Sexe au Maroc: étude exploratoire; Rapport de Mission. Juin-Juillet 2005.

<sup>10</sup>ACORD/UNAIDS Sudan (2005). Socio Economic Research on HIV/AIDS Prevention among Informal Sex Workers. Octobre 2005.

<sup>11</sup>National AIDS Programme Syria/UNFPA (2004). HIV/AIDS Female Sex Workers KABP Survey in Syria. 2004.

<sup>12</sup>Sénim Ben Abdallah, ATUPRET / OMS / ONUSIDA (2009). Enquête comportementale nationale auprès des professionnelles du sexe clandestines en Tunisie.

<sup>13</sup>Mohamed Hsairi, Sénim Ben Abdallah, ATL MST sida section Tunis / ONUSIDA Tunisie (2007). Analyse de la situation de vulnérabilité vis à vis de l'infection par le VIH des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

## Facteurs de vulnérabilité

En plus des facteurs de risque, des dynamiques socio-économiques jouent un rôle important dans la détermination de la vulnérabilité à l'infection par le VIH. Les femmes sont généralement plus vulnérables vu le caractère relativement limité de leur accès à l'information et aux services de prévention. Dans la région MENA les femmes ont également un revenu plus bas que les hommes, elles souffrent d'un taux d'analphabétisme plus élevé et sont victimes de différentes pratiques socioculturelles néfastes. Quant aux jeunes, ils sont confrontés à des facteurs qui exacerbent leur vulnérabilité au VIH, y compris des taux élevés de chômage, le recul de l'âge du mariage, une plus grande mobilité, les changements des modes de vie, en plus d'une perception limitée du risque et une adoption insuffisante des mesures de prévention.

La mobilité est également un important facteur de vulnérabilité dans la région MENA au regard de sa position géographique charnière entre les continents Africain et Asiatique, dont certains pays connaissent des taux de prévalence élevés.

L'Organisation

Internationale pour les Migrations a estimé le nombre des immigrants internationaux à 14 millions dans la région du moyen orient<sup>14</sup>. Cette population, qui comprend un grand nombre de femmes, est particulièrement défavorisée en termes d'accès à l'information, aux services de santé, et à l'assistance économique, sociale et juridique.

Dans la région du MENA, la stigmatisation et la discrimination vis à vis des personnes vivant avec le VIH entravent les efforts de prévention et bloquent l'accès aux différents services, y compris les services de conseil et de dépistage volontaire et les services de traitement. Pour que les gouvernements concernés puissent réaliser leur objectif de garantir l'Accès Universel aux services de prévention, de traitement, de soins, et d'appui aux PVVIH, il est nécessaire de permettre aux populations les plus vulnérables et les plus défavorisées d'être également couvertes par les services disponibles.

*La disponibilité croissante des ressources financières, à travers les budgets de l'Etat et les contributions des donateurs internationaux, en particulier ceux du Fonds Mondial, ont donné naissance à de nouvelles opportunités pour parer aux carences majeures à travers :*

- l'adoption de pratiques de réduction des impacts néfastes du VIH,
- l'expansion des services de conseil et de dépistage volontaire,
- la provision de traitement ARV,
- des soins médicaux,
- l'accompagnement psychologique et social en faveur des populations vivant avec le VIH.

<sup>14</sup> Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) (2005). World Migration: Costs and Benefits of International Migration. OIM. Genève. 2005.

## 2. Vue d'ensemble de la situation épidémiologique de la Tunisie

Depuis la notification du premier cas d'infection au VIH, en décembre 1985, jusqu'à la fin 2008, 1499 cas ont été enregistrés, parmi lesquels 490 sont déclarés décédés. Il y avait ainsi en fin 2008, 1009 cas vivants, soit une proportion de prévalence de 0.9 cas/10 000 habitants.

### Facteurs de vulnérabilité

Certains facteurs de vulnérabilité apparaissent dans la société tunisienne qui pourraient influencer la dynamique de l'épidémie. Ces facteurs sont:

- la prédominance des jeunes parmi la population, avec en 2004, 37.1% âgés de moins de 24 ans (20.2% âgés de moins de 15 ans et 16.9% âgés entre 15 et 24 ans – Source INSP. D'autre part, cette population est à majorité urbaine, généralement plus exposée aux IST et à l'infection au VIH (65% Source : INSP).

- le recul de l'âge au mariage : en 2001, l'âge moyen au mariage a atteint 27 ans pour la population féminine et 33 ans pour la population masculine. Au début des années 1980, l'âge moyen au mariage était respectivement de 23,6 ans et de 29 ans. Durant les dernières années, l'âge moyen au mariage a reculé en moyenne d'un an tous les 4 ans. L'émancipation des jeunes et l'émergence de comportements les exposent aux risques d'infection dont la précocité des premiers rapports sexuels, la faible utilisation des préservatifs et un niveau faible de perception des risques

- l'importance de la mobilité de la population. Le flux migratoire entre les gouvernorats demeure relativement important principalement de l'Ouest vers de l'Est du pays. Les raisons professionnelles (recherche d'un emploi ou mutation professionnelle) constituent le principal motif de cette migration ; ce qui pourrait constituer un risque pour la transmission des IST en général. En effet, il est probable que certains travailleurs, en particulier exerçant dans le secteur du bâtiment, se trouvant isolés, pourraient adopter des comportements à risque vis-à-vis de la transmission des IST. D'autre part, l'installation de certains migrants dans des quartiers « difficiles » à risque pour ce qui est de la prostitution et de l'usage de drogues pourrait favoriser la transmission de l'infection. Par ailleurs, Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres pour quantifier l'ampleur du phénomène ; des études plus approfondies seraient très recommandées à ce sujet.

- l'« augmentation » du phénomène de travail du sexe, principalement non déclaré. Ce phénomène est assez visible, constitue également un facteur important de vulnérabilité.

Au total, la population en situation de risque est principalement constituée par les travailleuses du sexe et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (MSM), les usagers de drogues injectables et les détenus. Les besoins spécifiques des groupes vulnérables sont aussi à considérer : les personnes atteintes d'IST, les détenus, les jeunes (notamment les chômeurs et ceux en situation de précarité et de marginalité), les personnes mobiles, les nouvelles recrues dans les services de l'armée et de la police et des personnes handicapées, d'où la nécessité de mener des actions notamment avec l'association « Basma » .(Rapport sur la situation du VIH/SIDA en Tunisie, MSP 2005).

## 3. Profil, besoins et contexte des Personnes vivant avec le VIH en Tunisie

Selon une étude<sup>15</sup> réalisée en 1999, les principales caractéristiques analysées à partir de 60 patients infectés par le VIH étaient les suivantes :

- Population jeune avec un âge moyen de 33,1 ± 7,0 ans (21-60), 86,6% situés dans la tranche d'âge de 20 à 39 ans, prédominance masculine (sex ratio 2,3).
- Origine géographique du nord de la Tunisie dans 81% des cas; 10% proviennent du sud et 9% du centre du pays.
- Echec scolaire dans 55 cas sur 60; quatre patients sont analphabètes, 28 (46,6%) n'ont pas franchi le niveau primaire et 27 n'ont pas achevé leurs études secondaires; une seule patiente est universitaire.
- Situation matrimoniale : Vingt-cinq patients (41,7%) célibataires (22 hommes et 3 femmes), 26 mariés (19 hommes et 7 femmes), 4 divorcés (1 homme et 3 femmes) et 5 veuves dont les conjoints étaient infectés par le VIH.
- Situation sociale : Quarante patients (2/3) sont des chômeurs exerçant occasionnellement une activité. Dix sont des ouvriers qualifiés, deux sont cadres moyens (un homme et une femme) et huit, dont une femme, détiennent un petit commerce.

*Plusieurs programmes et divers organismes concourent à l'allègement de la pauvreté en Tunisie. Les différents programmes orientés vers la lutte contre la pauvreté peuvent être classés en quatre catégories :*

1. Les programmes d'aide et d'assistance sociale (aide et soutien aux familles socialement vulnérables, aide à la scolarité et à l'éducation, assistance pour améliorer l'accès aux soins)
2. Les programmes de soutien à l'emploi et à la création de sources de revenus (mesures de réduction du chômage et d'amélioration des revenus)
3. Les programmes d'amélioration des conditions et du cadre de vie (Logements et cadre de vie)
4. Les programmes de défense et d'intégration sociale (Exclusion et délinquance)

<sup>15</sup> Étude réalisée par les services de Rabta (Tiouiri et al 1999) auprès de 60 patients infectés par le VIH, recensés entre Juin 1995 et Octobre 1997

Le niveau socio-économique des parents est défavorisé chez la plupart des patients. Vingt-quatre, soit 40%, ont effectué au moins un séjour pénitencier pour trafic de stupéfiants et/ou délinquance et/ou prostitution clandestine, avec une durée moyenne de séjour de 20 mois (3-60 mois).

Séjour à l'étranger : Parmi les 60 patients, 40 (36 hommes et 4 femmes) ont émigré à l'étranger pour regroupement familial (6 cas) ou à la quête d'emploi (34 cas). Parmi eux, 20 sont partis à un âge n'excédant pas la vingtaine d'années, la moyenne d'âge étant de 16 ans (7-19 ans). La durée moyenne de leur séjour a été de 8 ans (2-38 ans). Par ailleurs, le vécu et les besoins des personnes vivant avec le VIH, ainsi que les déterminants de l'observance de la thérapie antirétrovirale ont été explorés par deux études récentes réalisées en 2008 en Tunisie<sup>1718</sup>.

Ces deux études confirment et actualisent les données de l'étude de 1999 sur plusieurs aspects :

L'âge moyen des personnes vivant avec le VIH est de 37,9 ans. La majorité de ces personnes est célibataire et les deux tiers d'entre eux (61%) demeurent dans le grand Tunis.

Du point de vue du niveau scolaire, 39% des personnes enquêtées (66) sont d'un niveau d'études secondaires et primaires et leur statut professionnel semble avoir été influencé par l'apparition de la maladie puisque la proportion des personnes sans activité professionnelle est passée de 27% à 67%, ce qui constitue une source de vulnérabilité sociale.

Enfin s'agissant du vécu des personnes vivant avec le VIH enquêtées dans le cadre de l'étude qualitative : « Vécu et besoins des personnes vivant avec le VIH en Tunisie » :

*« En dépit d'un profil sociodémographique assez hétérogène, femmes et hommes, jeunes et moins jeunes, analphabètes et instruits, actives et inactives, urbaines et rurales, hétérosexuelles et/ou homosexuelles, célibataires et mariées, avec ou sans enfants, infectées par le VIH en Tunisie ou à l'étranger, ces personnes ont des attitudes différentes vis-à-vis de la maladie. Toutefois l'élément réunissant les personnes vivant avec le VIH est leur contamination avec le VIH. Il s'agit d'un élément fédérateur qui ne doit en aucun cas masquer la grande diversité de leur trajectoire. Qu'elles soient infectées par voie sexuelle, par voie sanguine ou par la mère (au cours de la grossesse ou de l'allaitement), il importe de distinguer trois catégories de personnes vivant avec le VIH rencontrées lors de cette étude :*

*- Les personnes vivant avec le VIH qui ont réussi à se redéfinir et à accepter, dans une certaine mesure, leur contamination par le VIH. Il s'agit de personnes qui n'ont pas quitté tôt l'école, qui ont, parfois, résidé à l'étranger et qui ont souvent bénéficié d'un certain accompagnement des mécanismes mis en place œuvrant dans le domaine de la lutte contre le sida. Elles ont appartenu ou appartiennent encore au réseau des personnes vivant avec le VIH initié par l'ATL MST/SIDA – section de Tunis. Nombre parmi elles s'investissent dans la vie associative pour défendre les intérêts des séropositifs et participer à la riposte au sida en Tunisie. Cette catégorie de personnes vivant avec le VIH veut être actrice par le biais de l'engagement dans la vie associative et, dans la mesure du possible, être reconnue par l'obtention d'un emploi.*

<sup>16</sup>Sénim Ben Abdallah, ATL MST sida section de Tunis. Vécu et besoins des personnes vivant avec le VIH en Tunisie, Etude qualitative 2008.

<sup>17</sup>Atf Gherissi, Francine Tinsa, ATL MST sida section de Tunis. Etude des déterminants de l'observance de la trithérapie auprès des personnes vivant avec le VIH en Tunisie. 2008.

*- Les personnes vivant avec le VIH qui se cherchent. Elles sont encore méfiantes dans leur démarche à cause de la peur du rejet de l'autre. Elles ont besoin de s'exprimer davantage sur leur expérience. Elles sont prédisposées à développer leurs liens avec leurs pairs mais elles ont du mal à faire le premier pas. Cette hésitation s'explique par le manque de courage ou par les difficultés des accompagnateurs non gouvernementaux à attirer les personnes vivant avec le VIH dans leur diversité. Le manque de confiance en soi, le niveau d'instruction, parfois, modeste, la précarité économique... augmenteraient la vulnérabilité de cette catégorie.*

*- Les personnes vivant avec le VIH isolées qui se cachent et qui se sentent mal à cause de leur isolement même si ce malaise n'est pas toujours exprimé ouvertement. Elles ont honte de leur infection par le VIH. Elles ont du mal à parler de leur expérience avec le VIH. Elles ne bénéficient pas du soutien de leur famille qui dans plusieurs cas n'a pas été informée de l'infection par le VIH. Elles s'orientent vers la religion dans l'espoir d'apaiser leur souffrance. Elles ont peu de contact avec le monde extérieur.*

*Leurs rapports avec les structures hospitalières sont très limités. L'isolement fragilise cette catégorie de personnes vivant avec le VIH. Dans cette catégorie, les femmes, les personnes analphabètes ou peu instruites, les résidants à l'intérieur du pays... connaîtraient une vulnérabilité dure à supporter.*

*Dans le parcours des personnes vivant avec le VIH, la famille n'est pas toujours informée de la contamination par le VIH. Son attitude varie entre le rejet et le soutien, une fois informée de l'infection par le VIH. Les personnes vivant avec le VIH contaminées par voie sanguine, parce qu'ils sont hémophiles, bénéficient du soutien de leur entourage familial, voire extrafamilial. Les personnes vivant avec le VIH de sexe féminin se montrent plus discrètes sur leur infection par le VIH au sein de leur famille par peur de représailles, en dépit des progrès accomplis en matière d'émancipation des femmes.*

*En ce qui concerne les amis des personnes vivant avec le VIH, ils sont dans peu de cas informés de la contamination par le VIH. En effet, ils ne font pas l'objet de confiance des personnes vivant avec le VIH, notamment pour les amitiés développées dans le cadre du quartier. Les rencontres de nombre de personnes vivant avec le VIH avec des pairs les aident souvent dans leur redéfinition identitaire. Ainsi, des amitiés entre des personnes vivant avec le VIH ont vu le jour autour de liens affinitaires. Des pratiques d'entraide et de solidarité ne cessent de se développer chez les personnes vivant avec le VIH. Leur formalisation ne constitue pas encore une priorité dans les stratégies des intervenants. Dans ce contexte, la vie associative pour et avec les personnes vivant avec le VIH continue à se chercher.*

*Dans le vécu des personnes vivant avec le VIH, l'institution hospitalière occupe une place principale. Ainsi, leurs attentes envers le corps médical et paramédical sont importantes. Dans leurs déclarations, les personnes vivant avec le VIH sont moins critiques envers le corps médical que le corps paramédical.*

*Par ailleurs, la séropositivité semble avoir participé à la dégradation des conditions et du niveau de vie de plusieurs personnes vivant avec le VIH. Ces dernières déclarent souvent ne pas disposer des moyens nécessaires pour subvenir à leurs besoins. Leur refus de dévoiler leur séropositivité dans leurs régions les empêche, dans plusieurs cas, de bénéficier des mécanismes de soutien mis en place au profit des populations aux besoins spécifiques.*



En dépit de leur précarité socioéconomique, nombre de personnes vivant avec le VIH, qui ont réussi à accepter leur « maladie », oeuvrent pour s’affirmer dans la vie par la recherche d’un emploi, la recherche de l’âme sœur, la constitution d’une famille, la participation à la riposte au sida... Pour certaines personnes vivant avec le VIH, les projets de vie se développent témoignant de leurs capacités d’adaptation. Dans ce contexte, les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux auraient à gagner en efficacité en renforçant leur partenariat avec les personnes vivant avec le VIH».

Devant ces figures inédites de séropositivité, ces différents parcours sociaux et ces vulnérabilités multiples, le dispositif national d’appui psychologique et social prend toute son importance dans la réponse associative et gouvernementale, s’appuyant sur le droit commun.

### 4. Mesures d’accompagnement social en Tunisie

L’amélioration des conditions de vie et la réduction de la pauvreté ont toujours été au centre des préoccupations des pouvoirs publics en Tunisie. L’État consacre aux secteurs sociaux plus de la moitié de son budget. Les dépenses publiques d’éducation et de formation, d’intervention dans le domaine social, de soutien aux agriculteurs et au monde rural, de santé publique et de sécurité sociale continuent de représenter environ le cinquième du PIB et n’ont pas été affectées ni par les difficultés conjoncturelles ni par les programmes d’ajustement structurel.

Plusieurs programmes et divers organismes concourent à l’allègement de la pauvreté en Tunisie. Les différents programmes orientés vers la lutte contre la pauvreté peuvent être classés en quatre catégories :

- 1. Les programmes d’aide et d’assistance sociale (aide et soutien aux familles socialement vulnérables, aide à la scolarité et à l’éducation, assistance pour améliorer l’accès aux soins)
- 2. Les programmes de soutien à l’emploi et à la création de sources de revenus (mesures de réduction du chômage et d’amélioration des revenus)
- 3. Les programmes d’amélioration des conditions et du cadre de vie (Logements et cadre de vie)
- 4. Les programmes de défense et d’intégration sociale (Exclusion et délinquance)

### LES LIENS ENTRE LES PROGRAMMES, LES ACTEURS ET LES FORMES DE PAUVRETE

Vocation principale de l'acteur/programme				Vocation secondaire de l'acteur/programme				
Besoins/Pauvreté	Milieu		Aides Soutien	Scolarité éducation	Assistance Santé	Chômage Revenus	Logemnt Cadre de vie	Exclusion délinquance
Programmes / Acteurs	Urbain	Rural						
Programmes d'aides et d'assistance sociale								
MASSTE (PNAFN) <sup>18</sup>								
MASSTE (P. âgées, handicapés)								
UTTS <sup>19</sup>								
Associations <sup>20</sup>								
Fonds National de Solidarité								
Programmes de soutien à l'emploi et à la création de sources de revenus								
CGDR (PDUI) <sup>21</sup>								
UTSS (microprojets)								
MFPE (SIVP, FIAP, CEF) <sup>22</sup>								
PRD <sup>23</sup> , PDRI <sup>24</sup>								
Banque Tunisienne de Solidarité								
Fonds National de l'Emploi								
Fonds National de Solidarité								
Chantiers et PCRD <sup>25</sup>								
Programmes d'amélioration des conditions et du cadre de vie								
Municipalités (PNRQP) <sup>26</sup>								
ONAS (PNAQP) <sup>27</sup>								
CGDR (PDUI)								
Fonds National de Solidarité								
PNRLR <sup>28</sup>								
Programmes de défense et d'intégration sociale								
MASSTE (CDIS) <sup>29</sup>								
CASS <sup>30</sup>								
PNEA <sup>31</sup>								

<sup>18</sup>Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et des Tunisiens à l’Étranger, Programme national d’aide aux familles nécessiteuses  
<sup>19</sup>Union Tunisienne de Solidarité Sociale - <sup>20</sup>Dont notamment : Croissant Rouge Tunisien, UTAIM, A.A. Souds-Muets, AAGHD, UNAT  
<sup>21</sup>Commissariat Général de développement régional, programme de développement urbain intégré  
<sup>22</sup>Ministère de la formation professionnelle et de l’emploi, stage d’initiative à la vie professionnelle; Fonds d’initiation et d’adaptation professionnelle ; Contrat d’emploi-formation  
<sup>23</sup>Programme régional de développement - <sup>24</sup>Programme de développement régional intégré  
<sup>25</sup>Programme des chantiers régionaux de développement - <sup>26</sup>Programme national de réhabilitation des quartiers populaires  
<sup>27</sup>Programme national d’assainissement des quartiers populaires - <sup>28</sup>Programme national de résorption des logements rudimentaires  
<sup>29</sup>Centres de défense et d’intégration sociale - <sup>30</sup>Cellules d’action sociale scolaire - <sup>31</sup>Programme national d’éducation des adultes

## II. « Dispositif National de prise en charge Psychologique et sociale des PVVIH en Tunisie »

### 1. Introduction

Le « **Dispositif National de prise en charge psychologique et sociale des PVVIH en Tunisie** » s'inscrit dans les orientations du Plan Stratégique National de lutte contre le Sida 2006-2010 ainsi que l'initiative internationale de l'OMS/ONUSIDA de l'« Accès Universel ». « *Accès universel* » signifie créer un environnement dans lequel les interventions de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH sont disponibles, accessibles et abordables pour tous ceux qui en ont besoin.

Cette notion couvre une vaste gamme d'interventions destinées aux individus, aux familles, aux communautés et aux pays. Interventions prioritaires Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA avril 2009

Les efforts de lutte contre l'infection par le VIH, déployés en Tunisie s'insèrent dans ce cadre global d'intervention et de prise en charge des situations de vulnérabilité économiques et sociales.

Grâce aux interventions de proximité et des mesures d'accompagnement qui seront développées au bénéfice des Personnes Vivant avec le VIH et leur famille pour leur fournir des prestations de qualité en matière de prévention, traitement et soins, soutien psychosocial et de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, la qualité de vie des PVVIH sera considérablement améliorée.

Les professionnels sanitaires et sociaux (médecins, psychologues et assistants sociaux) seront mis à la disposition par le ministère de la Santé et sa Direction des Soins de Santé de Base (DSSB), interviendront au côté des associations, **dans les quatre sites de référence hospitaliers (Tunis, Sousse, Monastir et Sfax).**

Le présent document présente les principales orientations pour la mise en œuvre du « **Dispositif National de prise en charge Psychologique et sociale de PVVIH en Tunisie** », qui s'accompagne du renforcement des capacités des acteurs associatifs et des professionnels sanitaires et sociaux partenaires de ce dispositif national.

**Associations partenaires du Dispositif National de Prise en charge Psychologique et Sociale des PVVIH en Tunisie. (DNPPSP)**

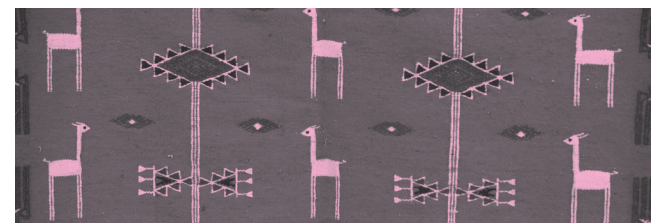
**Association Rahma (PVVIH), l'ATLMST/ SIDA, l'ATIOS, l'ATLS, l'ATUPRET, le réseau national des ONG RANCS, l'AJMF, le Croissant Rouge, l'ATSR, Association Basma.**

L'adhésion des professionnels sanitaires et sociaux et des acteurs associatifs, à la proposition de la DSSB de mettre en place ce dispositif est remarquable, ainsi que leur ouverture vers l'acquisition de nouveaux moyens matériels et humains.

Leur investissement de terrain est important et s'accompagne d'un élément très positif, celui de leur capacité à interroger leur fonctionnement et leurs pratiques. Il se dégage de la part des intervenants un authentique intérêt envers la réalité des personnes vivant avec le VIH, un souci certain d'approfondir la compréhension de l'expérience de vie des PVVIH accompagnée d'une volonté de se doter de moyens pour parvenir à répondre au mieux à leurs besoins pour optimiser leur prise en charge globale. Les rencontres avec les responsables associatifs et les professionnels de sanitaires et sociaux en particuliers des services des maladies infectieuses des quatre centres de référence impliqués dans la prise en charge médicale, la prévention et l'appui psychosocial ont permis de faire le point sur l'état des besoins et d'identifier les éléments à prendre en compte dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif national. Le renforcement des capacités et des compétences dans le domaine de la prise en charge psychologique et sociale des personnes vivant avec le VIH en Tunisie constitue un préalable nécessaire au démarrage des interventions d'appui psychologique et social.

Le ministère de la santé (DSSB/PNLS), assume la responsabilité globale des interventions du secteur de la santé en matière de VIH et plus particulièrement en ce qui concerne le « **Dispositif National de prise en charge Psychologique et sociale de PVVIH en Tunisie** », en partenariat avec les associations.

La mobilisation communautaire est déterminante pour promouvoir le conseil et le dépistage ainsi que la prévention du VIH, pour préparer les patients au traitement et pour les aider à le suivre scrupuleusement. Les contributions de la société civile complètent et enrichissent les services formels de santé en jouant des rôles clés dans l'éducation et la prévention du VIH, particulièrement pour atteindre les populations les plus exposées ; en créant une demande de services du VIH ; en veillant à ce que ces services soient acceptables et de bonne qualité ; en préparant les patients à leur traitement par l'information et l'éducation ; en soutenant l'observance du traitement et en apportant d'autres formes de prévention, de soins et de soutien. Ces rôles doivent être renforcés autant que possible en dotant de ressources suffisantes les activités de santé communautaire et en nouant des liens solides entre les services de santé et les organisations communautaires. (Interventions prioritaires Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA avril 2009)



## Associer les personnes vivant avec le VIH

Les personnes vivant avec le VIH sont une ressource essentielle dans la riposte nationale. Il existe déjà une large expérience sur leur participation aux activités de plaidoyer, au dialogue politique, à la prestation de services et à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Des mécanismes novateurs seront mis en place dans le cadre de ce programme national pour les impliquer dans les services relatifs au VIH, par exemple dans les équipes de prise en charge cliniques, comme liens avec les communautés et comme **accompagnateurs socio-sanitaires**.

## 2. Objectifs du programme

Sur le plan psychologique et social, le VIH/SIDA a généralement d'importantes répercussions psychologiques sur la personne atteinte et son entourage. Toutefois, contrairement à d'autres pathologies qui attirent la compréhension et le soutien de la communauté pour celui qui souffre, l'infection par le VIH continue à entraîner parfois des réactions de discrimination tant à l'encontre de la personne atteinte que de ses proches. Ceci cause des troubles psychologiques encore plus graves et provoque des conséquences très négatives sur le plan social. Le VIH touche toutes les catégories de population, mais encore plus durement ceux qui sont les plus vulnérables et les plus démunis avec un risque de renforcer l'auto exclusion sociale.

Les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA ont donc de multiples besoins en termes de prise en charge psychosociale. Celle-ci consiste à donner aux personnes touchées les moyens de faire face à l'infection à VIH sur les plans psychologique et social et à atténuer les conséquences négatives de l'épidémie.

### Objectif principal:

**Amélioration de la qualité de vie des personnes vivant  
avec le VIH et leur famille**

### Objectif spécifiques:

- Une meilleure connaissance des droits sanitaires, sociaux et juridiques.
- Une amélioration de l'accès à la prévention aux soins et au soutien psychologique et social.
- Une amélioration de la continuité des soins et la réduction des « perdus de vue ».
- L'optimisation de l'observance des traitements et de l'adhésion aux soins.
- L'amélioration de la communication entre soignants et soignés avec le VIH et leur famille

Les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA peuvent être prises en charge dans des structures de santé (centre de référence des hôpitaux), au siège des associations de lutte contre le SIDA, mais aussi à domicile et au sein de la famille.

Diverses catégories de personnel interviennent dans la prise en charge psychologique et sociale des personnes infectées et affectées par le VIH : les professionnels sanitaires et sociaux, les membres des associations, mais aussi les familles, ainsi que les personnes vivant avec le VIH qui sont au centre de ce dispositif de prise en charge et pas seulement en tant que patients mais également en tant qu'acteurs.

#### *Composantes de la prise en charge psychologique et sociale :*

- *Le soutien psychologique*
- *Le soutien à l'observance thérapeutique*
- *Le soutien social ou socio-économique*
- *Le soutien à l'enfant et à sa famille*
- *Auto-soutien*
- *Le soutien pour la réinsertion socio-professionnelle*
- *Le soutien juridique et la lutte contre la discrimination*
- *Le soutien spirituel*
- *Les conseils nutritionnels*
- *La médiation familiale et/ou sociale et thérapeutique*



### 3. Comment atteindre les objectifs du dispositif national en charge psychosociale?

- ◆ Par la conception un dispositif innovant de santé publique intégrant les institutions sanitaires et sociales et les associations tunisiennes de lutte contre le Sida y compris l'association RAHMA regroupant les PVVIH.
- ◆ Par la définition des normes et des standards nationaux assurant la qualité des interventions de prise en charge psychosociales
- ◆ Par la promotion d'initiatives et de réponses concrètes, associatives et institutionnelles, œuvrant dans le sens de l'amélioration de l'accès aux soins et de la prévention et à la prise en charge psychosociale des PVVIH
- ◆ Par l'affectation de psychologues, d'assistants sociaux et d'accompagnateurs psychosociaux issus des associations pour réaliser les missions de santé publique du dispositif.
- ◆ Par la mise en place d'un système de référence et de contre référence
- ◆ Par la mise en oeuvre d'indicateurs de suivi et d'évaluation assurer la mise en œuvre et le suivi évaluation des interventions du dispositif

Il s'agit à travers la création du « Dispositif National de Prise en Charge Psychologique et sociale de PVVIH en Tunisie » d'optimiser la prévention, le dépistage la prise en charge thérapeutique et le soutien psychosocial dans le cadre de « l'Accès Universel ». A travers cette approche multidimensionnelle et multidisciplinaire, les besoins médicaux, sociaux et psychologiques des PVVIH seront pris en compte.

En effet la prise en charge psychosociale est intégrée à la prise en charge globale des PVVIH à travers les interventions coordonnées et cohérentes des psychologues, des assistants(tes) sociaux affectés dans les centres de référence de la prise en charge thérapeutique de l'infection par le VIH. A coté des professionnels les acteurs associatifs issus des principales associations tunisiennes de lutte contre le Sida dont celles qui regroupent les personnes vivant avec le VIH, et de prévention des toxicomanies s'associeront pour mettre en oeuvre l'accompagnement psychosocial des PVVIH.

Ainsi, les PVVIH seront placées au cœur du dispositif en tant que bénéficiaires et acteurs de la continuité entre la prévention et les soins.

Toute rupture dans la chaîne de prévention et de soins communément appelée continuum peut nuire à la prise en charge globale des personnes.

La prise en charge psychologique et sociale fait donc partie intégrante de la prise en charge globale, au sein de laquelle elle occupe une place essentielle

Il est donc crucial qu'il existe une véritable communication et une collaboration entre les différents prestataires de la prise en charge globale.

#### *Qu'est ce qu'une prise en charge globale ?*

*La globalité des soins s'inscrit dans une définition globale de la santé incluant le bien-être des personnes, leur qualité de vie et leur environnement familial et social. Une prise en charge centrée sur les besoins du patient inclut les aspects suivants:*

- *Le patient et ses proches sont informés et activement impliqués dans la décision de traitement et dans la gestion quotidienne du traitement.*
- *La prise en charge est coordonnée et intégrée au sein de l'équipe des soignants*
- *Le système de prise en charge offre à la fois un support préventif, médical, psychologique et social.*
- *Les prestataires de soins comprennent le point de vue des patients et leur manière de vivre avec le VIH.*
- *Les prestataires de soins comprennent et appliquent les principes de prévention et de changement de comportement adaptés à la population concernée.*

#### *Le soutien psychosocial :*

- *Renforce la prise en charge globale*
- *Permet une meilleure utilisation de l'offre de soins*
- *Permet une meilleure prévention primaire (dépistage partenaires) et secondaire ainsi qu'une articulation avec les centres de dépistage qui vont être ouverts très prochainement*
- *Réduit les perdus de vue*
- *Favorise l'adhésion aux soins, donc assure leur continuité*
- *Assure une meilleure communication entre soignants et entre soignants et soignés*
- *Optimise l'alliance thérapeutique pour prévenir les échecs et l'inobservance*

### 4. Liens entre prise en charge psychosociale et prévention

La prise en charge psychosociale ne peut pas être dissociée de la prévention. En effet, lorsqu'une personne séropositive reçoit un soutien psychologique d'un professionnel sanitaire et social ou d'un acteur associatif, une grande partie de ce soutien est en fait une information ciblée suivant les besoins du consultant. Parce que les relations entre les prestataires et les consultants doivent être des relations de confiance, les personnes infectées et affectées par le VIH peuvent discuter des problèmes personnels et chercher les solutions à ces problèmes, solutions qui passent souvent par des changements de comportements. Les PVVIH sont des personnes clés dans la prévention de l'épidémie. Si elles se protègent, elles protègent aussi les autres.



La prise en charge psychosociale permet aussi de toucher non seulement des individus mais leur famille. Les visites à domicile par exemple sont des moments privilégiés pour faire passer des messages de prévention et encourager les changements.

Dans bien des cas, les techniques de communication utilisées dans la prise en charge psychosociale et les relations qui se tissent entre bénéficiaires et ceux qui les soutiennent permettent une prévention plus efficace que de grandes campagnes d'information, car lire une affiche sur le SIDA ne signifie pas qu'on va changer les comportements qui nous rendent vulnérables à la transmission du VIH. Ces méthodes sont complémentaires.

Le soutien psychologique et social permet donc d'intégrer parfaitement la prévention et la prise en charge (on parle d'ailleurs d'approche intégrée).



### III. Les référentiels

#### 1. Référentiels des missions des psychologues, des assistantes sociales et des accompagnateurs socio-sanitaires

Les personnes vivant avec le VIH ou les personnes en situation de vulnérabilité traversent de multiples épreuves, dont la première commence lors de l'attente du résultat du test de dépistage. Ces épreuves peuvent altérer sa qualité de vie mais également, la réussite des soins médicaux et la prévention primaire et secondaire.

Toutes les interventions s'inscrivent dans une démarche de qualité s'appuyant sur des référentiels de compétences et de ressources qui déterminent l'exercice de cette mission en respectant des principes éthiques et déontologiques

#### Prévention de la transmission sexuelle du VIH

Les interventions comportementales à un niveau individuel, de groupe ou communautaire peuvent induire un comportement sexuel à moindre risque. Il est néanmoins essentiel de maintenir ces interventions sur de longues périodes et de les accompagner de la distribution de moyens de prévention. Le conseil, c'est-à-dire un dialogue confidentiel entre un patient et un accompagnateur socio-sanitaire, peut permettre à la personne de prendre des décisions personnelles liées au VIH et d'adopter des comportements sexuels qui réduiront le risque personnel de transmettre ou de contracter le VIH. Le processus de consultation devra inclure l'évaluation du risque personnel de transmission, les moyens de prévenir l'infection tout en aidant à identifier et à surmonter les obstacles à un comportement moindre risque.

Répondre aux besoins de prévention des personnes vivant avec le VIH est un défi capital pour le secteur de la santé. Élargir l'accès au dépistage du VIH et au traitement antirétroviral augmentera le nombre de personnes vivant avec le VIH qui peuvent bénéficier de services complets de prévention, de traitement et de soins du VIH dans le secteur de la santé.

La plupart des personnes vivant avec le VIH demeurent sexuellement actives et les soignants ainsi que les accompagnateurs socio-sanitaires, doivent respecter leur droit à agir ainsi et les aider, ainsi que leurs partenaires, à prévenir de nouvelles infections par le VIH, notamment en leur remettant des préservatifs. Pour certaines personnes, la connaissance de leur statut sérologique ne suffira pas à déclencher un changement de comportement visant à réduire les nouvelles infections et un soutien supplémentaire sera peut-être nécessaire.



Une forte proportion des infections par le VIH se produit dans les couples stables sérodifférents. Les partenaires séronégatifs dans les couples sérodifférents. (Lorsqu'un partenaire est séropositif et l'autre séronégatif) courent un risque élevé d'infection par le VIH et représentent un groupe important pour les activités de prévention secondaire. Les données d'études auprès de l'un des partenaires et des deux partenaires dans les couples sérodifférents montrent que le conseil, joint à la distribution de préservatifs, est efficace pour prévenir la transmission du VIH. (Extrait d'Interventions prioritaires Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA avril 2009)

Les messages de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables doivent aborder tous les modes de transmission du VIH, notamment la prise de risques sexuels. Les messages sur la réduction des risques au cours de l'injection doivent être fondés sur une hiérarchie de réduction des risques et ils encourageront les consommateurs à adopter progressivement des comportements moins risqués : passer d'un partage sans discernement de l'équipement d'injection à une réduction du nombre de partenaires d'injection et de la fréquence des injections, puis à une décontamination du matériel utilisé, suivie de l'utilisation exclusive de matériel stérile, pour se tourner ensuite vers une consommation sans injection (par exemple en fumant ou en avalant les substances) et finir par renoncer complètement aux drogues. (Extrait d'Interventions prioritaires Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA avril 2009)

*prévention de la transmission sexuelle du VIH*

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Prévention primaire du VIH et autres IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir les personnes dans une dynamique de prévention</li> <li>• Prévenir les comportements à risque</li> <li>• Rendre accessible et mettre à la disposition de toutes les personnes sexuellement actives des préservatifs</li> </ul>

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Prévention secondaire du VIH et autres IST	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien dans l'adoption d'une conduite de prévention adaptée (ex. intégrer psychiquement la réalité du risque, connaître le degré et la nature du risque selon les différents types d'activité sexuelle, vivre la prévention autrement que comme un obstacle au plaisir, savoir négocier le préservatif, etc.)</li> <li>• Maintenir les personnes dans une dynamique de prévention</li> </ul>

Soutien psychologique

Le soutien psychologique à une personnes vivant avec le VIH est un ensemble d'interventions qui visent à apporter une aider à une personne ressentant des difficultés, en lui permettant d'élaborer des réponses propres à lui assurer soulagement et autonomie et de trouver en elle-même des ressources ou des moyens pour s'en sortir. le soutien psychologique s'appuie sur une écoute active de différents niveaux.

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Soutien Psychologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intra psychique : Il s'agit du soutien psychologique de la personne, dans son expérience intérieure (ex. traumatisme de l'annonce, réactivation de traumatismes, angoisse de mort, perte de l'estime de soi, désinvestissement, deuil, bouleversement identitaire, etc.)</li> <li>• Inter-personnel : soutien psychologique de la personne, dans ses relations avec son entourage (ex. révéler sa séropositivité au partenaire, à la famille, à qui, comment et quand la révéler, comment ne pas être relégué dans un statut de malade, affirmation de soi face au groupe d'appartenance, reposi-tionnement dans le couple, dans la société, etc.)</li> </ul>

## Soutien à l’observance et éducation thérapeutique

L’éducation thérapeutique est un ensemble de pratiques visant à permettre au patient l’acquisition de compétences, afin de pouvoir prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec ses soignants. Elle renforce son adhésion et son observance, l’autonomisent dans ses soins propres, renforcent ses capacités d’auto support, évitent la survenue de résistances aux traitements. (Définition de l’OMS)

En partenariat avec les médecins des centres de référence, prescripteurs des traitements antirétroviraux, **les psychologues, des assistantes sociales et des accompagnateurs socio-sanitaires participeront au soutien à l’observance et à l’éducation thérapeutique.**

Les médecins assureront une information adaptée afin de préparer les patients à l’initiation d’un traitement ARV. L’information, l’éducation thérapeutique des patients, les encouragent à mieux les observer et optimisent l’efficacité du traitement antirétroviral en prévenant les risques de résistance.  
Aider les patients à se préparer à prendre un traitement et à suivre les recommandations des soignants est un facteur majeur qui peut être abordé par l’information, l’éducation et le conseil.

Pour préparer les enfants au traitement et les aider à le respecter, il est nécessaire de compter sur le concours de leurs parents ou d’autres dispensateurs de soins primaires. Les enfants proches de l’adolescence et les jeunes ont besoin d’une attention particulière puisqu’ils sont à des étapes de la vie où ils peuvent être tentés d’ignorer le conseil des adultes ou de se rebeller, à moins que les adultes ne respectent leur autonomie naissante. (Extrait d’Interventions prioritaires Organisation Mondiale de la Santé, Département VIH/SIDA avril 2009).

**Les psychologues, des assistantes sociales et des accompagnateurs socio-sanitaires ainsi que les PVVIH peuvent jouer un rôle important dans le soutien à l’observance.**

Domaine d’intervention	Type d’intervention
Soutien à l’observance et à l’éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adapter les informations sur l’observance aux besoins particuliers de chaque patient en fonction de sa situation et de son niveau de compréhension</li><li>• Mettre en place des interventions efficaces de soutien à l’observance à travers des conseils qui s’appuient sur l’expérience des pairs éducateurs ( PVVIH)</li><li>• Mettre à la disposition des personnes des outils didactiques pour assurer une meilleure information et une meilleure compréhension</li><li>• Mettre à la disposition des personnes des outils qui facilitent les prises de traitements (carnet de traitement, piluliers...)</li></ul>

## 2. Interventions d'accompagnement social, économique et juridique aux PVVIH et leurs familles

### L'accompagnement social

Les assistants sociaux et les accompagnateurs socio-sanitaires trouvent naturellement leur place dans le cadre du dispositif national de prise en charge psychologique et sociale des PVVIH.

L'accompagnement social des personnes séropositives mobilise les compétences générales des assistants sociaux et les accompagnateurs socio-sanitaires et celles liées à la spécificité de leur champ d'intervention : écoute et compréhension de la personne, de ce qui peut aider à la mobilisation de ses ressources personnelles, et de celles de son entourage, pour faire face à sa situation ; connaissance des équipements, des dispositifs législatifs, ou réglementaires, des groupes sociaux d'appui, des réseaux associatifs et communautaires, etc.

Du point de vue ethnique et déontologique il est essentiel que les **accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations** dans le cadre de leurs interventions auprès et avec les PVVIH favorisent l'autonomisation des personnes qu'ils accompagnent vers une démarche de réinsertion socio-économique.

Les **accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations** ont identifié les réalités de vie des PVVIH qui s'expriment par des demandes de soutien social, économique et juridique. A partir des prestations sociales de droit commun et des celles proposées par les associations partenaires, les **accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations** répondent aux demandes multiples et variées des PVVIH et de leurs familles. Ils définissent avec les personnes accueillies les besoins et les objectifs de la prise en charge psychosociale.

- **Les relations interpersonnelles**, par rapport à la situation matérielle et morale des personnes et de leurs familles
- **L'accès aux services de prévention et de prise en charge** offerts par les structures de santé et les associations.
- **L'accès aux droits sociaux et juridiques conformément à la législation nationale.**

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Soutien social	• Soutien face aux besoins sociaux, économiques et juridiques de la personne (ex. insertion professionnelle, scolaire, aide pour soins, bourse d'études, examens ou médicaments non gratuits, défense en cas de retrait d'enfants ou de divorce pour maladie, etc.)

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Soutien économique <i>(différentes stratégies peuvent être utilisées pour l'appui socio-économique aux personnes et familles affectées par le VIH)</i>	• Soutien face aux besoins sociaux immédiats : aide pour l'accès aux soins dans le cadre des dispositifs étatiques et associatifs, appui à la scolarité des enfants, aide à l'hébergement, aide au transport , aide à l'amélioration de la qualité de vie au sein de la famille...

Domaine d'intervention	Type d'intervention
<p><b>Soutien économique</b>  <i>(différentes stratégies peuvent être utilisées pour l'appui socio-économique aux personnes et familles affectées par le VIH)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'augmentation ou l'amélioration des ressources de la personne ou de sa famille: développement ou consolidation d'une activité génératrice de revenus (AGR).</li> <li>• Accès à la formation professionnelle qualifiante et à l'apprentissage des métiers : par l'orientation des PVVIH, vers les dispositifs d'emploi ou de formation professionnelle permettant de se former à un métier avec une aide pour acquérir le matériel nécessaire aux métiers envisagés.</li> <li>• Accès aux mesures de micro-crédit proposées par le ministère des affaires sociales et permettant aux PVVIH d'envisager une activité génératrice de revenus.</li> <li>• L'accès au dispositif de micro-crédit nécessite un suivi des personnes non seulement pour l'élaboration de leur projet mais également pour la mise en œuvre, ce travail devrait être confié à une personne formée qui sera chargé de l'accompagnement des bénéficiaires</li> </ul>

Domaine d'intervention	Type d'intervention
<p><b>Soutien économique</b>  <i>(différentes stratégies peuvent être utilisées pour l'appui socio-économique aux personnes et familles affectées par le VIH)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour permettre aux PVVIH dont l'état de santé a freiné l'insertion professionnelle ou qui ne disposaient pas d'une formation professionnelle, les associations devront proposer en fonction des besoins des PVVIH, des stages de redynamisation et de motivation afin de les aider à se préparer au retour à une activité professionnelle</li> </ul>
<p><b>Aide à l'orientation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien dans le parcours de soin, dans les démarches d'insertion (repérage de ses propres limites dans l'accompagnement de la personne, localisation du type d'aide spécialisée, acheminement du patient vers cette aide, liaison entre les différents interlocuteurs, travail de médiation, d'interface, inscription dans le système référence/contre référence.)</li> </ul>

### La médiation socio-sanitaire

La démarche de médiation a toujours existé mais elle prend aujourd'hui une forme particulière, et exige un important effort de compréhension pour définir le cadre de l'intervention dans le domaine de la prise en charge psychosociale. S'inspirant de la médiation sociale et culturelle, la médiation en santé se propose de développer l'écoute mutuelle des parties en présence et une transformation des représentations mutuelles et une prévention des conflits. Cette médiation est sociale parce qu'elle se place dans des situations sociales particulièrement difficiles, et elle est culturelle parce qu'elle tend à faire se rencontrer des personnes n'ayant pas les mêmes références culturelles,

en particulier les professionnels de santé et les usagers des soins et de la prévention La médiation en santé est un outil permanent, de dialogue, de participation au processus de décision, d'exercice de la fonction de veille et de partage de l'information pour optimiser les priorités de santé publique

Les accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations interviennent en amont auprès des personnes dont ils sont issus ou en proximité à travers des actions de sensibilisation, d'information, de promotion des dispositifs sanitaires et sociaux existants, toujours en donnant du sens tant en ce qui concerne la démarche d'accès aux soins que celle de la dynamique de la prévention.

En aval, dès lors que les publics trouvent effectivement une inscription dans les dispositifs socio-sanitaires, ils veillent à la continuité des soins en appréhendant les risques de ruptures dont l'origine est le plus souvent liée à des obstacles administratifs, sociaux et culturels.

Il est important de se maintenir en position de « veille sociale » pour lutter contre les risques d'exclusion et de stigmatisation des bénéficiaires et de leurs familles. Ces interventions s'élaborent à partir du « droit commun » (droit civil, social, administratif, économique et juridique). Elles s'enrichissent également de la pratique, du savoir-faire des intervenants qui ont acquis une expérience dans ce domaine.

Cette intervention s'inscrit dans une démarche de qualité s'appuyant sur des référentiels de compétences et de ressources qui déterminent l'exercice de cette mission en respectant des principes éthiques et déontologiques.

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Médiation socio-sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La démarche de médiation doit permettre le passage à l'échelle de la prévention et de la prise en charge pour faire face à la demande croissante</li> <li>• La démarche de médiation apporte des solutions pratiques qui visent à réduire les carences dans la prévention, le dépistage ,la prise en charge tardive et la communication.</li> <li>• Elle assure une meilleure compréhension entre les partenaires, soignants et les soignés</li> <li>• Elle vise à assurer le lien et le continuum dans la prévention et les soins</li> <li>• L'accompagnateur socio-sanitaire ne se substitue pas aux fonctions des différents professionnels de santé ou de l'action sociale, il intervient dans la complémentarité.</li> <li>• L'accompagnateur socio-sanitaire développe une fonction de veille pour mieux prévenir les risques de discrimination et d'exclusion</li> <li>• Médiation intrafamiliale</li> <li>•Médiation intra-communautaire</li> <li>• Médiation auprès des professionnels de santé</li> </ul>



## Lutte contre la stigmatisation et la discrimination et soutien juridique

Développer des actions pour prévenir les risques de stigmatisation et de discrimination constitue une intervention essentielle pour permettre aux PVVIH de se maintenir dans une dynamique de prévention et d’accéder aux soins et au soutien sans discontinuité. Les PVVIH peuvent connaître des situations de violation de leurs droits (droit à la santé, droit au travail et à la protection sociale, droit au secret ...), il s’agit ici de conseiller la personne vivant avec le VIH et sa famille sur les décisions à prendre en matière juridique. Pour plus d’information se référer au guide juridique.

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Lutte contre la stigmatisation et la discrimination et soutien juridique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L’organisation des focus-groups sur les lois qui protègent les droits des personnes infectées par le VIH/SIDA et sur la nécessité de respecter et de faire respecter les droits des personnes infectées par le VIH/SIDA ;</li> <li>• Des visites à domicile pour sensibiliser les personnes infectées par le VIH et leurs familles sur les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH, et sur la procédure judiciaire en cas de violation ou d’abus de droit ;</li> <li>• L’insertion dans les administrations publiques et privées des programmes de sensibilisation du personnel et des employeurs, visant la lutte contre les discriminations et les abus dont sont victimes les travailleurs infectés par le VIH/SIDA.</li> <li>• Renforcer la diffusion d’informations exactes qui apaisent les craintes et dissipent les idées erronées sur le VIH et sur la manière dont le virus est ou n’est pas transmis</li> </ul>

Domaine d'intervention	Type d'intervention
Lutte contre la stigmatisation et la discrimination et soutien juridique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les actions de plaidoyer avec les leaders d’opinions pour encourager le respect des PVVIH et leur acceptation sociale</li> <li>• Mise en place de permanences (dans les structures d’accueil ou dans des lieux susceptibles de recevoir les personnes infectées par le VIH/SIDA) en vue d’apporter une assistance socio juridique (accueil, écoute, orientations juridiques et accompagnement) aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA confrontées aux problèmes de droit ou victimes d’abus de droits.</li> <li>• Services d’un avocat pour plaider en justice (représentation judiciaire) les affaires des personnes infectées par le VIH/SIDA.</li> </ul>

### 3. L’auto support

L’auto support est une démarche selon laquelle des personnes qui vivent une situation similaires, se réunissent pour dialoguer entre elles et chercher en commun des solutions aux situations ou aux problèmes qu’elles rencontrent. L’auto support suppose que chaque personne impliquée prenne part activement à la recherche de solutions à son ou ses problèmes. Il suppose aussi que le partage d’informations, d’expériences et de savoir-faire entre les personnes touchées permet de trouver des solutions plus facilement L’auto support peut prendre différentes formes :

- **Le conseil entre pairs**, qui permet à une personne séropositive de rencontrer une autre personne pour dialoguer sur sa situation singulière et trouver des solutions qui se basent sur des compétences mutuelles.
- **Le conseil collectif**, qui permet à plusieurs personnes de se rencontrer régulièrement pour dialoguer, se soutenir mutuellement en se basant sur les expériences de chacune d’entre elles.

Les principales règles sont :

- La confidentialité doit être respectée (ce qui est dit pendant les réunions ne peut pas être répété à l'extérieur), ce qui est dit sur le groupe à l'extérieur du groupe doit être restitué au groupe pendant les réunions, les discussions ne peuvent pas se focaliser sur les problèmes d'un participant (il ne s'agit pas d'une thérapie individuelle) les participants doivent parler à la première personne du singulier (« je ») et ne pas dire « on », « nous », « ils » les participants peuvent être en désaccord avec les opinions des autres participants mais ils doivent respecter les émotions de chacun et n'ont pas à les juger.

Domaine d'intervention	Type d'intervention
L'auto-support	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueillir chaque participant individuellement avant de commencer</li> <li>• Si le groupe est déjà constitué, inviter les participants à s'exprimer sur ce qui a pu se passer depuis la réunion précédente</li> <li>• Demander aux participants ce dont ils veulent parler pendant la réunion</li> <li>• Amener les personnes à exprimer leurs sentiments</li> <li>• Distribuer la parole aux participants de façon à ce que chaque personne qui souhaite s'exprimer puisse le faire</li> <li>• Permettre aux participants d'exprimer leurs désaccords à l'égard des opinions exprimées</li> <li>• Ne pas couper la parole aux participants</li> <li>• Ecouter activement et observer attentivement la communication non verbale dans le groupe</li> <li>• Expliquer régulièrement ce qui se passe dans le groupe, par exemple s'il y a des blocages, des silences, des conflits</li> <li>• Aider le groupe à dépasser les conflits en les extériorisant</li> <li>• Ne pas imposer de parler à quelqu'un qui ne souhaite pas prendre la parole</li> </ul>

Ces mesures sont additionnelles et une même personne peut bénéficier de l'une ou de l'autre en fonction de son parcours de réinsertion socioprofessionnelle.

#### 4. Référentiels des compétences de prise en charge psychologique et sociale

Les psychologues, les assistants(tes) sociaux et les accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations doivent maîtriser différentes techniques pour fournir un soutien efficace aux personnes infectées et affectées, que ce soutien soit psychologique, socio-économique, juridique ou spirituel

1. Etre capable d'utiliser les connaissances théoriques et pratiques, pour accompagner et soutenir les PVVIH et autres personnes vulnérables sur le plan psychologique et social. Etre capable d'appréhender l'impact psychologique et social de l'infection par le VIH sur les comportements des personnes concernées afin d'être de se situer comme acteur de la médiation dans le continuum de la prévention et de la prise en charge. Il s'agit en outre de mieux prendre en compte les difficultés des PVVIH et singulièrement celles qui interrogent le système de santé.

2. Etre capable d'utiliser des ressources et les mesures socio-sanitaires pour l'accompagnement des personnes accueillies ou suivies. Il s'agit de bien connaître les dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun, afin d'y inscrire les personnes concernées. les accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations doivent pouvoir se construire et/ou s'insérer dans un réseau de partenaires. Au-delà du simple carnet d'adresses ou d'orientation, il s'agit de construire une démarche personnalisée qui sensibilise les professionnels aux différentes problématiques vécues par les personnes qu'ils accueillent. Ces accompagnateurs doivent se centrer sur les différentes attentes des personnes et pouvoir les faire partager aux intervenants impliqués dans la prise en charge et la prévention.

3. Etre capable de développer des interventions de médiation individuelle et collective dans la démarche de santé publique. Il s'agit de promouvoir une approche permettant d'instaurer un dialogue permanent entre les professionnels sanitaires et sociaux et les publics afin de faire évoluer les représentations et les pratiques de part et d'autre. La position d'interface qu'occupe la médiation en santé publique lui donne accès à des informations sur les modalités de fonctionnement et de dysfonctionnements du système de santé et des réseaux qui s'y rattachent. L'intervention de la médiation est aussi nécessaire dans la documentation des observations du terrain et l'interpellation des institutions pour réguler et interroger ses fonctionnements.

4. Etre capable de développer des interventions de prévention de proximité avec et auprès des populations clés dont le niveau d'exposition au risque IST/VIH est sensiblement plus élevé.

## 5. Référentiel des connaissances cognitives

Tous les accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations, les psychologues et les assistants sociaux qui interviennent régulièrement dans la prise en charge psychosociale des personnes infectées et affectées par le VIH, doivent avoir des connaissances, développées et approfondies suivant le niveau d'intervention. Il est indispensable que ces connaissances soient régulièrement mises à jour et actualisées à la lumière des enjeux contemporains de santé publique et de l'évolution constante des connaissances scientifiques.

## 6. Référentiels des missions, des compétences et des connaissances

- Module 1 :**Connaissances générales de l'infection par le VIH/Sida ; aspects épidémiologiques, préventifs et dépistage volontaire
- Module 2 :**Initiation à la prise en charge thérapeutique des personnes vivant avec le VIH
- Module 3 :**Continuité des soins, prise en charge psychosociale et réinsertion socioprofessionnelle des PVVIH
- Module 4 :**Counselling et médiation en santé
- Module 5 :**Système de référence et de contre référence et tables rondes avec les acteurs médicaux et associatifs
- Module 6 :**Suivi et évaluation, et recueil des données qualitatives et quantitatives



Référentiels des missions, des compétences et des connaissances		
missions	compétences	connaissances
Accueillir une personne vivant avec le VIH et autres personnes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compétences générales de prise en charge et à l'entretien interpersonnel et le counselling</li><li>• Compétences spécifiques VIH/sida</li><li>• Compétences en médiation</li></ul>	Module 1 et Module 4
Soutien à la prévention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compétences dans la promotion du dépistages volontaires du VIH</li><li>• Compétences dans la prévention primaire et la prévention secondaire</li><li>• Compétences dans l'accompagnement des personnes vis-à-vis des questions de la sexualité</li><li>• Soutien à la PTME et la Santé de la Reproduction</li><li>• Précautions universelles et prophylaxie post-expositions</li><li>• CCC, prévention des comportements à risque</li><li>• Rendre accessible le préservatif féminin et masculin</li></ul>	Module 1 Module 2 et Module 3
Soutien psychologique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mobiliser les compétences de la personne, ses ressources personnelles et celles de son entourage</li><li>• Compétences pour repérer les situations qui relèvent de l'Intrapsychique et les situations qui relèvent de l'intersubjectif (interpersonnel)</li></ul>	Module 3 et Module 4
Auto-support/Groupe de parole ou aide mutuelle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accueillir les membres du groupe</li><li>• Amener les personnes à exprimer leurs sentiments</li><li>• Écouter activement les membres du groupe de parole</li><li>• Aider les groupes à dépasser les conflits</li><li>• Aborder les thèmes que le groupe souhaite échanger</li></ul>	Module 3 Module 4

Référentiels des missions, des compétences et des connaissances		
missions	compétences	connaissances
Observance/éducation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter les informations aux besoins des personnes accueillies et en fonction du niveau de compréhension</li> <li>• Mettre en place des interventions à travers des conseils des pairs</li> <li>• Mettre à la disposition des personnes des outils qui facilitent la prise des traitements</li> </ul>	Module 3 Module 4
Soutien social Soutien économique Soutien juridique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner : mettre en œuvre une démarche d'accompagnement social, économique et juridique. -</li> <li>• Informer sur les droits sanitaires, sociaux, économiques et juridiques</li> <li>• Conseiller sur les démarches sociales, économiques et juridiques</li> <li>• Soutenir les projets sociaux, économiques et juridiques</li> <li>• Elaborer avec la personne une démarche d'accompagnement, en définir les étapes en respectant le rythme de la personne.</li> <li>• Accompagner la personne dans l'accès aux moyens de répondre à ses besoins sociaux.</li> <li>• Intervenir auprès des structures adaptées pour faciliter l'accès aux moyens matériels que nécessitent les soins (transport améliorant l'accès géographique au centre de référence et de prise en charge thérapeutique, hébergement pour patients éloignés, examens complémentaires non pris en charge...)</li> <li>• Développer des interventions de médiation intra familiale liée aux problématiques sociales (administrations, entreprises, écoles...)</li> <li>• Intervenir pour prévenir et réduire les risques de stigmatisation et de discrimination sociale</li> </ul>	Module 2 et Module 3

Référentiels des missions, des compétences et des connaissances		
missions	compétences	connaissances
Référence et contre référence	Se concerter avec les équipes de soignants et d'accompagnateurs : l'accompagnateur s'inscrit dans une intervention de prise en charge globale qui nécessite la remontée des informations et la concertation entre tous les partenaires de la prise en charge	Module 5

## IV. Système de référence et de contre référence pour la prise en charge psychosociale

Le système de référence et de contre-référence s'inscrit dans le principe de la continuité de la prévention, des soins, et de la lutte contre la stigmatisation, parties intégrantes de la prise en charge globale des personnes infectées et affectées par le VIH.

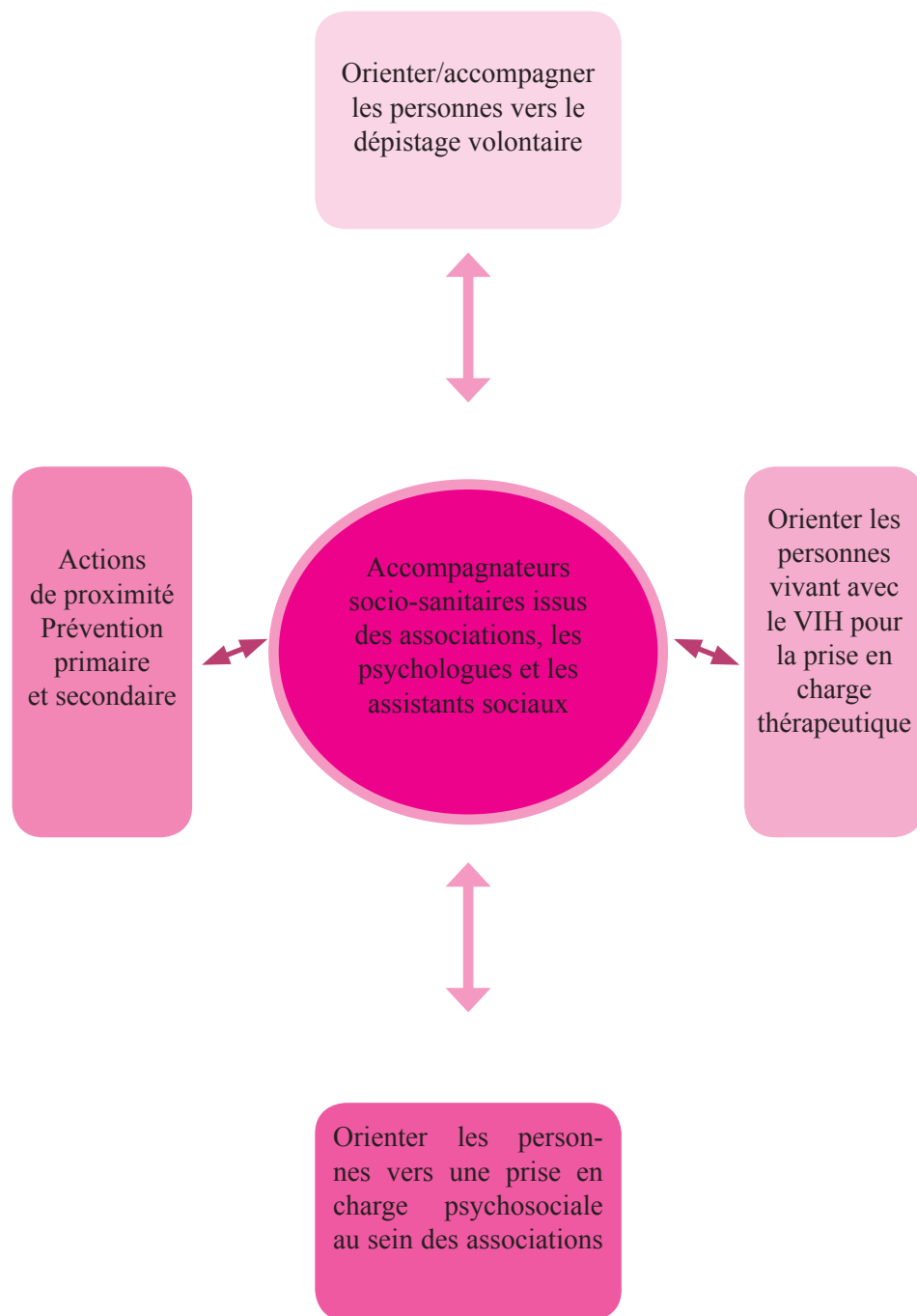
Le système de référence et de contre-référence implique l'engagement des acteurs de prise en charge qui vont soutenir, accompagner et référer les personnes accueillies vers les autres structures, en fonction des besoins de celles-ci et des compétences que les différents prestataires offrent.

Les structures vers lesquelles les accompagnateurs, les psychologues et les assistants sociaux réfèrent sont :

- Les CCDAG
- Les associations
- Les sites référents

Le système de référence fonctionne au niveau local, par exemple d'une structure vers une autre qui offre un paquet d'activités plus large.

L'originalité de ce système est constituée par le partenariat entre les structures de santé, y compris les hôpitaux, et les structures associatives et les CCDAG, qui sont complémentaires et gagnent à développer une synergie pour tirer profit de cette complémentarité.



## 1. Identifier les services offerts par tous les partenaires

Afin d'orienter les personnes accueillies en fonction de leurs besoins et de leurs attentes, il est essentiel que les prestataires se connaissent et se reconnaissent. Il s'agit d'identifier la place occupée par chacun, les missions institutionnelles, les champs d'intervention, les compétences professionnelles et les enjeux qu'implique le partenariat.

Pour cela, un répertoire recensant l'ensemble des partenaires (structures associatives, structures de santé, structures administratives) devrait être constitué et mis à la disposition de tous. Il indiquera :

- Le nom de l'organisme
- Les personnes ressources
- Les services offerts
- Les coordonnées
- Les horaires d'ouverture
- Les conditions d'accès
- Informations sur le circuit de la prise en charge dans les différentes régions de Tunisie (centre de référence)

## 2. Articuler les interventions des prestataires

La complémentarité des compétences implique la prise en compte des besoins des personnes ayant recours à différents intervenants pour la résolution pratique et opérationnelle des situations rencontrées.

Pour bien contribuer à une cohérence dans la prise en charge :

- La référence nécessite une prise de contact préalable avec le prestataire auprès de qui la personne est référée.
- La contre référence nécessite une réponse systématique au prestataire qui a adressé la personne accueillie.

La communication et le partage d'informations doivent être couverts par le secret professionnel. Ceci implique de solliciter systématiquement l'accord de la personne accueillie quant à la transmission de toute information la concernant. Ces informations, après l'accord des personnes accueillies, pourront être données oralement ou par écrit.

La promotion d'une attitude de réflexion commune aux partenaires de la prise en charge globale est un enjeu ultime. Les échanges entre partenaires permettraient la mise en commun d'expériences nouvelles et parfois innovantes. Cela pourrait aller jusqu'à la mise en place de groupes de travail, le partage des expériences, la formation à des pratiques



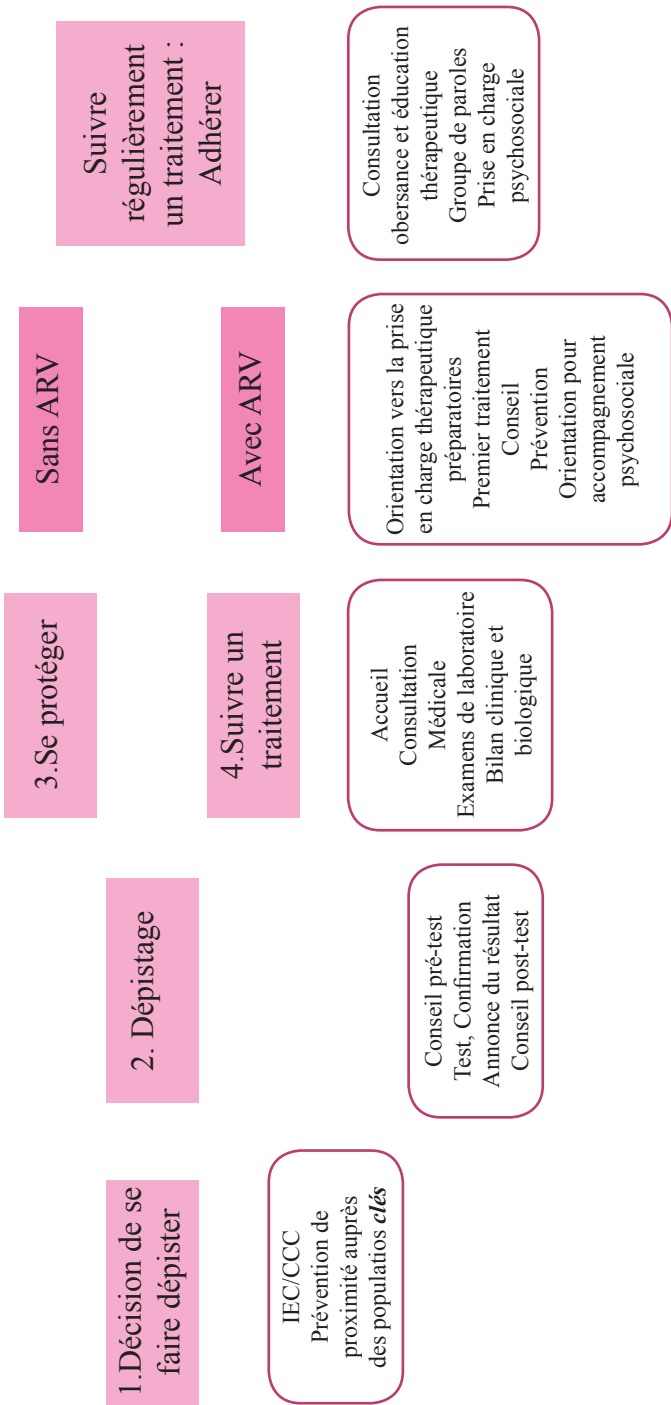
nouvelles, la sensibilisation à des techniques diverses (approche globale) indispensables pour assurer un accompagnement social économique et juridique de qualité. Par exemple, une rencontre annuelle nationale des intervenants de la prise en charge psychologique et sociale serait l’occasion d’échanges sur les pratiques, les dysfonctionnements, les initiatives et, le cas échéant, les modifications à apporter au dispositif.

Afin d’optimiser la complémentarité dans les réponses apportées aux personnes vivant avec le VIH, des réunions mensuelles de concertation entre tous les partenaires d’une ville sont nécessaires, en plus des fréquents échanges informels. Ces réunions permettront :

- De trouver chez un partenaire le service complémentaire que nécessite la résolution des problèmes posés par une situation dont la prise est partagée
- De créer une culture commune et une solidarité entre les intervenants face à la gestion de situations complexes
- D’éviter le «double emploi»
- De prévenir les tensions que peuvent générer les situations
- De partager des expériences et des techniques
- De communiquer sur les dysfonctionnements et les faire remonter
- D’assurer un système de veille
- De développer l’information sur la documentation

Chaque réunion de concertation doit être documentée par un procès verbal élaboré à tour de rôle par les participants.

Activités proposées pour chaque étape du parcours des personnes accueillies



## Lieux et cadre d'intervention des accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations, les psychologues et les assistants sociaux

### Organisation de la prise en charge psychosociale

- Créer un climat de confiance et de respect de la confidentialité
- Assurer la disponibilité de locaux adéquats pour l'accueil, le conseil, la consultation psychosociale, dans chaque hôpital et dans chaque structure associative
- Renforcer l'équipe pluridisciplinaire par des formations, des stages pratiques, la mise à disposition de guides; de protocoles et d'instructions précises.
- Assurer la disponibilité des médicaments et faciliter le circuit de dispensation
- Organiser le partenariat inter-associatif.
- Organiser la communication au sein de l'équipe : les différents corps professionnels doivent travailler en synergie.
- Organisation de réunions communes, fluidité de l'information
- Mettre en place dès le démarrage, les « mécanismes » permettant le suivi de l'observance
- Mettre en place une consultation d' « éducation thérapeutique » apportant tous les éléments nécessaires pour une bonne compréhension du patient.

### Résultats attendus de la prise en charge globale et répartition des tâches.

- Les activités telles qu'elles sont définies au chapitre précédent s'adressent à différentes populations cibles. La prise en charge globale s'adresse en particulier aux personnes séropositives. La prise en charge globale permet d'améliorer la survie et la qualité de vie des PVVIH. Plusieurs activités sont prévues mais aucune d'entreprise isolément ne peut réellement améliorer la situation des PVVIH. La PEC n'est efficace que si l'ensemble des activités sont disponibles et accessibles.
- Une activité peut-être soit un acte médical, un examen de laboratoire, un traitement médicamenteux, ou un appui non-médical comme le conseil, l'information, l'éducation, l'appui nutritionnel.
- Chaque activité apporte un bénéfice appréciable pour les personnes concernées. Les différentes activités peuvent être menées par différents types de personnel selon le niveau de compétence requis et aussi selon la disponibilité des ressources.

- Les interventions des différentes catégories devront se coordonner autour de la prise en charge globale des personnes accueillies au sein de structures hospitalières et associatives. L'ensemble des soignants forme une équipe cohérente qui s'articule autour du patient.

### Principes éthiques et déontologique de l'intervention des accompagnateurs socio-sanitaires issus des associations, les psychologues et les assistants sociaux

#### Le secret professionnel

#### Le respect du secret professionnel est un droit fondamental.

Confidentialité et discrétion : la confidentialité d'un diagnostic médical relève du secret professionnel. Celui-ci ne peut être transgressé. Les intervenants du dispositif ne peuvent aller à l'encontre de la décision des personnes qui veulent garder le secret sur leur infection ou celle d'une personne de leur entourage, y compris après leur décès.

- Les psychologues et les assistants sociaux s'inscrivent dans la déontologie de leur profession.
- Les accompagnateurs psychosociaux issus des associations, s'inscrivent dans la déontologie et les chartes éthiques de leurs associations respectives.
- Les intervenants de la prise en charge globale ne se substituent ni à la personne accueillie, ni à sa famille ni au médecin... etc
- Ils respectent le secret professionnel, les missions qu'ils assument les amenant à détenir des informations intimes confiées par les personnes accueillies

## La démarche de qualité et d'accréditation

L'accréditation est la démarche par laquelle le Ministère de la Santé et la DSSB, en charge du « **Dispositif National de Prise en Charge Psychosociale des PVVIH** » confirme et reconnaît qu'un intervenant, une structure associative, un service hospitalier, est compétent pour effectuer les missions de prise en charge psychologique et sociale spécifiées dans les référentiels du programme.

Les services de santé qui ont introduit un système de management de la qualité montrent que l'accréditation est un instrument qui permet d'améliorer l'efficacité et les performances. L'accréditation que le ministère de la santé assurera est une procédure d'évaluation et de reconnaissance qu'il confiera à un comité national d'experts.

- L'appréciation de la capacité des accompagnateurs psychosociaux issus des associations, les psychologues et les assistants sociaux, des institutions hospitalières et associatives à mettre en œuvre une réponse de qualité dans le cadre de la prise en charge psychosociale.
- L'amélioration de la qualité de cette prise en charge, qui met en œuvre des normes et procédures conformes aux référentiels.
- La valorisation de la démarche de qualité dans le domaine de la prise en charge psychologique et sociale des PVVIH.
- Cette accréditation s'inscrit donc dans une démarche d'amélioration constante de la qualité de l'intervention dans les domaines de la prise en charge psychologique et sociale relevant des missions du ministère et prodiguée aux PVVIH, en partenariat avec les associations thématiques.
- Les critères pour cette reconnaissance sont définis à l'échelle de la Tunisie dans le cadre des normes et standards nationaux inscrits dans le programme national de prise en charge psychologique et sociale et conformes aux recommandations internationales.

