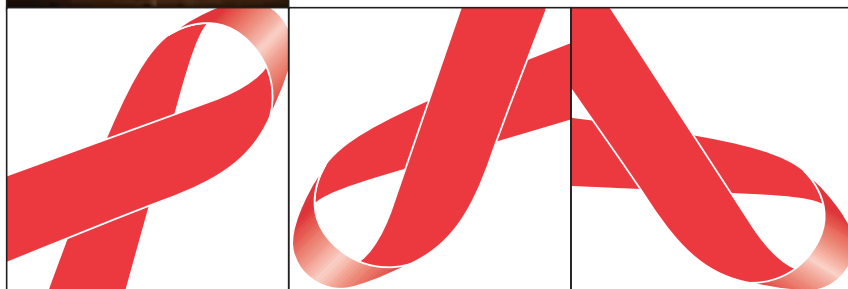


VIH et réforme des soins de santé à Phayao

De la crise aux possibilités



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Etude de cas

novembre 2000

**Photos de :
Shezhad Noorani**

**Illustrations :
Bureau de la santé de la province de Phayao**

*Photo de la couverture : Mère séropositive dont la fille a échappé à la contamination par le virus.
ONUSIDA/Shezhad Noorani*

**ONUSIDA/00.04F (version française, novembre 2000)
ISBN : 92-9173-015-7**

Version originale anglaise, UNAIDS/00.04E, avril 2000 :
HIV and health care reform in Phayao : From crisis to opportunity.
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2000. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres.

Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
tél.: (+41 22) 791 46 51 – fax: (+41 22) 791 41 87
Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

VIH et réforme des soins de santé à Phayao

De la crise aux possibilités



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • FNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Genève, Suisse
2000

Préface	4
Remerciements	6
Résumé d'orientation	8
«Le VIH à l'heure des réformes de la santé»	10
Le VIH/SIDA à Phayao: la crise	14
La province de Phayao	14
Le VIH se propage dans la province de Phayao	17
Un impact énorme sur la population	21
La population de Phayao fait de gros progrès	27
Les individus adaptent leur comportement sexuel	27
Les communautés réagissent	34
La riposte du gouvernement et des ONG	36
Transformer la crise en une chance pour l'avenir	45
Intégrer le SIDA	45
Le VIH et l'étude sur la réforme des soins de santé	45
Les secrets d'une «compréhension intégrée» du VIH/SIDA	46
Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse	57
Changements dans la dynamique de transmission du VIH	58
Beaucoup reste à faire sur le front social	62
Et maintenant le plus difficile	63

Passer le test VIH	75
Faire le lien entre VIH et réforme des soins de santé	75
Pourquoi le VIH/SIDA représente un défi pour la réforme des soins de santé	76
Transformer le centre de santé en pierre angulaire du succès	85
Conclusion et étapes ultérieures	89
Une expérience riche d'enseignements	89
Agir sans tarder	89
Se préparer à l'avenir	89
Combiner deux niveaux de réflexion	92
Annexe 1: Réforme des soins de santé à Phayao	94
Le système de soins de santé à Phayao	94
Au carrefour des besoins et des occasions	96
Les plans de réforme des services de santé	100
Annexe 2: Cadre utilisé pour l'analyse de la riposte au VIH/SIDA dans la province de Phayao	102
La riposte privée	102
La riposte des institutions	103
Références	107

Préface

Comment réagissons-nous lorsque nous constatons que nous ne pouvons pas résoudre certains problèmes de santé auxquels nous sommes confrontés, alors que nous avons à notre disposition des technologies scientifiques de pointe et des institutions très modernes pour fournir les réponses à ces problèmes de santé ? Ou lorsque nous découvrons soudainement qu'il serait possible de remédier à certains problèmes de santé sérieux sans que des solutions soient apportées par les technologies scientifiques de pointe existantes ou les institutions très modernes ? Dans ce monde en rapide évolution, de pareils phénomènes ne sont pas rares.

Le monde doit faire face actuellement à une autre révolution dans le domaine de la santé. De nombreux problèmes de santé nous enseignent que nous devons repenser la politique de santé qui a été mise en œuvre depuis si longtemps. Le temps des solutions miracle qui proviendraient uniquement des technologies scientifiques de pointe ou des institutions modernes est révolu. Désormais l'importance du rôle des personnes et de la communauté est de plus en plus reconnue en tant que facteur essentiel dans la fourniture de solutions. La lutte contre le VIH/SIDA est un bon exemple de ce phénomène. La reconnaissance du rôle des personnes et de la communauté dans le développement de la santé n'est pas une idée nouvelle, elle a été préconisée auparavant dans la déclaration d'Alma Ata. Ne pas tenir compte de l'engagement des hommes dans le passé ne pouvait que ralentir les progrès dans la résolution des problèmes de santé, mais en ce qui concerne le VIH/SIDA, ne pas prendre les mesures qui s'imposent pour faire participer les personnes se traduira rapidement par une aggravation du problème. La situation sera difficile à maîtriser plus tard. Cette révolution actuelle de la santé ne peut se faire uniquement par la sensibilisation comme dans le passé, mais elle devra avoir lieu en raison de la rapide expansion du problème et nous réaliserons ainsi qu'il est indispensable de repenser et réorganiser la gestion des soins de santé.

Les expériences tirées de la prévention du VIH/SIDA et de la lutte contre l'épidémie dans la province de Phayao sont de bons exemples de la réflexion sur la gestion des soins de santé. Les progrès résultant du combat contre le VIH/SIDA à Phayao nous ont enseigné une bonne leçon: le facteur décisif contribuant au progrès obtenu, ce sont les individus, et non les institutions. Les organisations gouvernementales et non gouvernementales sont décisives lorsqu'elles peuvent aider et non contraindre les gens à riposter au VIH/SIDA.

Lorsque nous avons eu l'idée de lancer le projet sur «Le VIH et la réforme des soins de santé à Phayao», nous avons voulu explorer quelques-uns des mérites de la prévention du VIH/SIDA et de la lutte contre la maladie sur la réforme des soins de santé. Cependant, nous avons finalement réalisé qu'une réforme réelle des soins de santé s'impose si nous voulons combattre efficacement le VIH/SIDA. Ce rapport illustre comment nous en sommes arrivés à ces conclusions.

Je tiens à remercier les gens de Phayao, du Centre d'action contre le SIDA de Phayao, en particulier le Dr Petchsri Sirinirund et le Dr Aree Tanbanjong et leurs équipes, et plus spécialement les membres de la communauté qui jouent tous très activement un rôle majeur dans le progrès obtenu grâce à la prévention du VIH/SIDA et à la lutte contre l'épidémie à Phayao. J'aimerais remercier également l'ONUSIDA, en particulier le Dr Jean-Louis Lamboray et le Dr Agnès Soucat, qui ont apporté sans relâche leur contribution en matière de recherche et de documentation sur les événements qui se sont produits. Toutes ces personnes nous ont fait prendre conscience que nous pouvons apprendre, et ce processus d'apprentissage est important non seulement en ce qui concerne la réforme de la prise en charge du VIH/SIDA, mais aussi pour la réforme des soins de santé elle-même dans tout le système. Nous avons appris que nous devons toujours utiliser le potentiel existant des individus à chaque étape de la réforme pour garantir un développement durable de la réforme. Ce sont là des leçons essentielles que la plupart des réformes admettent mais, souvent, ne prennent pas en considération lorsque démarre le processus de réforme.

Dr Sanguan Nitayarumphong
Directeur du Projet de réforme des soins de santé

Remerciements

Votre système de soins de santé passe-t-il le test VIH ?

Lorsque j'ai étudié cette question, j'ai rencontré de nombreuses personnes qui sont venues à mon aide. Je leur dois de grands remerciements. Tout d'abord Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, qui m'a donné carte blanche. Awa Marie Coll-Seck, Directrice du Département Politiques, Stratégies et Recherche (ONUSIDA) m'a apporté un appui sans réserve. Le Dr Sanguan Nitayarumphong, Directeur du Projet de réforme des soins de santé, a accueilli favorablement le défi et a toujours été prêt à discuter des possibilités qui transformeraient notre entreprise en un succès.

Je remercie également les directeurs de la Division SIDA du Ministère de la santé, les Drs Wiput Phoolcharoen et Chaiyos Kunanusont. Ils m'ont toujours apporté leur soutien et ont toujours répondu présent lorsqu'il s'agissait de discuter de questions cruciales portant sur le VIH/SIDA et la réforme de la santé. Merci aussi aux Drs Daveloose et Soucat pour leurs commentaires et leurs conseils.

J'adresse ma profonde gratitude au Dr Petchsri Sirinirund. Elle nous a accueillis au Bureau de la santé de la province de Phayao pendant toute une année. Nous remettons en question le passé, le présent et l'avenir, posant plus de questions qu'apportant de réponses. Elle était cependant toujours là lorsque l'équipe avait besoin d'elle.

Le Dr Aree Tanbanjong a été la cheville ouvrière de ce rapport. Elle a dirigé l'équipe chargée de l'enquête et composée du personnel du Bureau de la santé de la province de Phayao. Malgré une charge de travail très importante, elle a assumé la correction du rapport d'étude. Un panel national d'experts est venu à Phayao pendant une journée pour discuter des résultats et des recommandations de l'étude et pour examiner le rapport.

Le Dr Toru Chosa et son équipe de l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA), le Dr Masami Fujita et Mme Yuko Kondo ont discuté du soutien de leur agence à Phayao pendant l'élaboration du rapport. Dans une remarquable démonstration de souplesse et de compréhension, ils ont adapté le soutien de la JICA aux conclusions du rapport et ils soutiennent maintenant Phayao dans l'application de ses recommandations.

Le Dr Brian Doberstyn, Représentant de l'OMS et chef du groupe thématique des Nations Unies, a toujours répondu présent pour échanger des idées. Trois équipes d'experts thaïlandais sont venues soutenir l'équipe de Phayao chargée de l'enquête. Le Dr Narumol Silarug a dirigé l'équipe épidémiologique composée de M. Chatchawan Boonreong, Mmes Chamchun Leongwitchajareon et Pattiya Jeerajariyakul et M. Reunrom Kochang; le Dr Aree

Tanbanjong a dirigé l'équipe de sciences sociales composée de Mmes Saowanee Panpattanakul, Suttiporn Chompoonsri, Somsorn Sookguy et Jureerat Saipang; les Drs Kaemthong Indaratna et Mingkwan Suphanaphong ont dirigé l'équipe économique composée de M. Suwat Lertchayantee, Mme Sujit Sittiyuno et M. Somchai Sapankaew. En outre, le Dr Napaporn Havanon nous a prodigué d'excellents conseils et informations sur les aspects quantitatifs de ce rapport.

Le Dr Heidi Larson a interrogé des acteurs clés et nous a apporté une aide judicieuse pour structurer notre approche. L'enquête n'a pas été une mince affaire en matière de logistique. Elle a été possible grâce à Mmes Piyanat J. Kimnual à Phayao, Lawan Sarovat à Bangkok et Marthe Mpendubundi à l'ONUSIDA.

Finalement j'aimerais remercier Robert Walgate, David FitzSimons et Krittayawan Boonto pour la révision du rapport, Andrea Verwohlt pour la coordination de tous les aspects de la production et Marlou de Rouw pour le soutien administratif.

Jean-Louis Lamboray,
*Conseiller principal auprès du Directeur du Département Politiques,
Stratégies et Recherche,
ONUSIDA Genève*

Résumé d'orientation

Quel est le secret qui se cache derrière les progrès observés en matière de VIH/SIDA en Thaïlande du Nord ? Alors qu'au début le VIH/SIDA a frappé très gravement la population de la province de Phayao (500 000 habitants), cette dernière a réagi d'une manière remarquable. La séroprévalence du VIH parmi les femmes enceintes est passée de 11% en 1992 à 4,9% en 1997. Chez les conscrits, la séroprévalence du VIH a diminué de 20% en 1992 à environ 5 à 7% en 1997. En 1997, 66% des travailleurs masculins affirmaient utiliser toujours un préservatif avec les professionnel(le)s du sexe. Le recours aux services du commerce du sexe semble avoir diminué, comme le montrent le déclin du nombre d'établissements directement ou indirectement liés au commerce du sexe et le déclin parallèle du nombre total de professionnel(le)s du sexe. Les communautés adaptent leur culture à la présence du VIH/SIDA. Les personnes touchées par le VIH/SIDA reconnaissent que leur qualité de vie s'est améliorée. Les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux ont été très actifs: en 1996, la province de Phayao affectait US\$ 2 par habitant pour 75 projets de riposte au VIH/SIDA. En 1994, elle créait le Centre Action SIDA de Phayao (CASP) pour permettre l'application d'une réponse multisectorielle.

Récemment, le CASP a examiné les données existantes et a réfléchi sur son expérience pour identifier les leçons apprises et

pour exprimer les «facteurs de progrès» ou les ingrédients clés destinés à soutenir la gestion de l'action contre le VIH/SIDA. Le Centre pourrait alors encourager d'autres progrès sur le VIH/SIDA et avoir une influence sur la conception d'une réforme des soins de santé dans la province.

Quelle est la principale leçon retenue par la province de Phayao au cours des dix dernières années ?

Le résultat de la lutte contre le SIDA est décidé au sein de la communauté. Les personnes, et non les institutions, décident en dernier lieu si elles doivent adapter leur comportement sexuel, économique et social à l'existence du SIDA. Les organisations gouvernementales et non gouvernementales peuvent simplement influencer sur la riposte des personnes face au VIH/SIDA, soit en les contraignant, soit en les aidant. C'est pourquoi leur rôle exclusif, et le plus important, consiste à renforcer la capacité des individus à évaluer les répercussions du SIDA sur leur vie afin qu'ils agissent si cela est nécessaire et qu'ils tirent des leçons de leurs actions. Aider la communauté dans ce processus représente un véritable défi pour les institutions concernées. Le CASP estime que les facteurs institutionnels suivants peuvent avoir contribué aux progrès constatés au cours des dix dernières années:

- la combinaison d'une action à court terme pour réduire les risques et d'une action à long terme pour diminuer la vulnérabilité,

- l'établissement de partenariats intersectoriels grâce auxquels la planification, les prises de décision et les ressources sont mises en commun,
- l'adaptation continue de la stratégie car la province apprenait à aborder le SIDA, et
- une stratégie de développement humain mettant en valeur non seulement les compétences techniques mais aussi des attitudes tournées vers l'individu.

Bien que les progrès dans la manière de réagir face au VIH/SIDA à Phayao soient évidents, il n'est pas encore l'heure de célébrer la victoire. En fait le progrès est même en perte de vitesse depuis quelques années. Après une diminution rapide au début des années 90, les niveaux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes et les conscrits se nivellent à 7 et 5% respectivement depuis le début de l'année 1995. Un progrès supplémentaire sur le front social est également nécessaire. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS) remarquent que les gens qui ne sont pas touchés les regardent toujours avec mépris. Les causes principales de la vulnérabilité persistent. Très peu de personnes sont informées sur leur propre statut sérologique vis-à-vis du VIH. La communication au sein des familles sur les questions sexuelles demeure difficile. L'abus d'alcool, bien qu'on dispose de peu de données, semble très répandu. Le manque de débouchés entraîne encore beaucoup d'hommes et de femmes hors de la province. Certaines normes sociales, à la fois anciennes et récentes, sont mal adap-

tées au VIH/SIDA. Le soutien des institutions aux individus, aux familles et aux communautés est encore fragmenté. Des situations présentant des risques spécifiques, tels que les rapports sexuels anaux et l'injection de drogues, ne sont pas abordées. Dans seulement deux districts sur sept, les jeunes ont accès à un apprentissage des compétences psychosociales. Environ 5% des couples font appel aux services de conseil pré-nuptial.

Nous en arrivons au plus difficile. Pour passer de la notion de progrès à la notion de succès face au VIH/SIDA, la province va réunir ses efforts pour appuyer les principaux acteurs de la riposte au VIH/SIDA. Parmi ceux-ci, les personnes touchées par le VIH et le SIDA pourraient largement contribuer à renforcer les progrès à court terme. Cette contribution dépend de la généralisation de l'accès au dépistage et aux services de conseil précoce et au soutien conjoint et efficace de divers secteurs pour répondre au problème. Le défi à long terme consiste à aider les jeunes à adopter un changement de comportement durable pour agir contre le VIH et le SIDA.

Pour permettre davantage de progrès en matière de lutte contre le VIH/SIDA, de profondes réformes de santé sont nécessaires. L'arrivée du SIDA lance un défi au secteur de la santé au niveau des objectifs et des rôles. Le SIDA nous rappelle que la mission du secteur de la santé ne consiste pas seulement à obtenir de meilleurs résultats en instituant un ensemble de mesures

sanitaires. La société n'attend pas seulement du secteur de la santé qu'il fournisse des soins. Le secteur de la santé doit conseiller les individus et les communautés et catalyser les autres secteurs vers une action pour la santé. On a plaidé en faveur de ces derniers rôles depuis Alma Ata. Cependant, désormais, le fait que le secteur de la santé joue réellement ces rôles est une question de vie ou de mort: aucun autre secteur n'interviendra. Ce ne sera pas une tâche facile.

Premièrement, les services de conseil aux individus et aux communautés à travers toute la province exigent des changements majeurs dans la structure et le processus d'un système utilisé pour lutter contre la maladie plutôt que pour influencer le comportement des personnes.

Deuxièmement, atteindre les autorités et les collègues d'autres secteurs constitue une tâche difficile pour les professionnels de la santé qui sont habitués à des hiérarchies verticales.

Troisièmement, l'incorporation de procédures liées au VIH/SIDA au «cœur du service de la santé», les normes pour un système de soins de santé à Phayao, restent un défi. La clé pour cette triple adaptation du secteur de la santé doit être le centre de santé. A la liaison entre les communautés et proche du *tambon* (sous-district), le centre de santé se trouve dans une position idéale pour appliquer efficacement les changements requis. Pour établir des centres de santé compétents en matière de SIDA,

Phayao va procéder à la restructuration des systèmes de santé de son district et continuer à développer sa stratégie en matière de ressources humaines.

«Le VIH à l'heure des réformes de la santé»

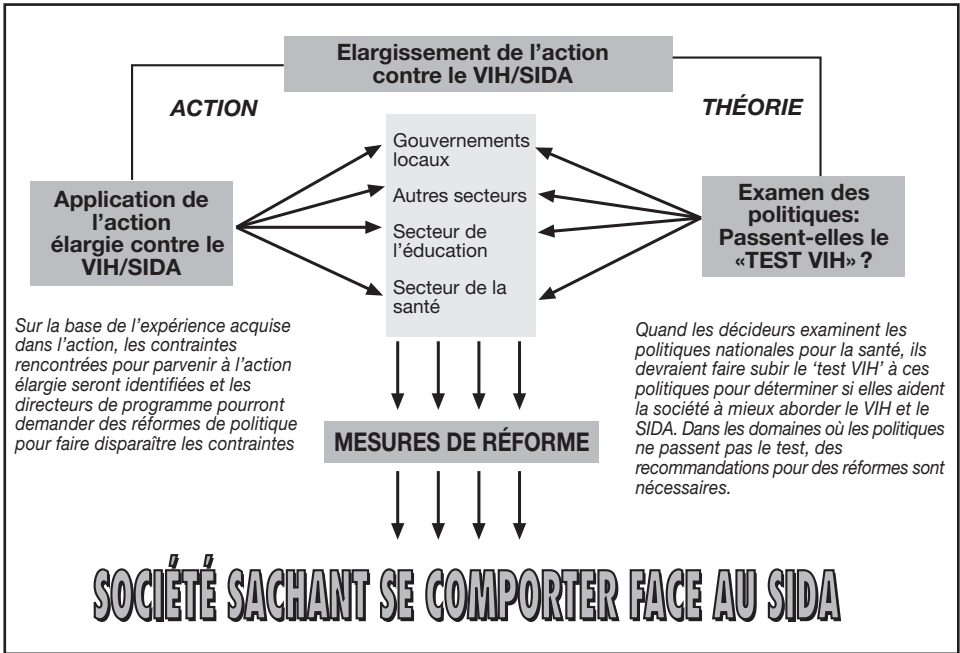
L'ordre du jour des réformes de la santé de l'ONUSIDA, mis au point à partir des expériences de Phayao et de l'Initiative de Bamako (pour la gestion, l'achat et la livraison de produits pharmaceutiques à assise communautaire), est basé sur deux approches complémentaires (voir figure 1):

- la mise en œuvre locale d'une action élargie efficace et durable contre le VIH/SIDA, et
- un examen des réformes en cours pour la santé en ce qui concerne le 'test VIH'.

Le 'test VIH' consisterait en un ensemble de critères pour lesquels il est nécessaire d'étudier des réformes nationales. Par exemple, pour le secteur de la santé, le test VIH comprendrait les questions suivantes:

- La réforme de la santé couvre-t-elle les trois objectifs (taux de mortalité et de morbidité en baisse; moins de souffrances; moins de dépendance, plus d'autonomie) ?
- Le secteur de la santé assume-t-il les trois rôles: assurer les soins de santé,

Figure 1: Deux approches complémentaires (action et théorie) pour parvenir à une société sachant se comporter face au SIDA



catalyser l'action communautaire; soutenir l'intégration des problèmes de santé dans la société ?

- Les trois principes de l'organisation des soins de santé ont-ils été abordés: intégration, continuité, intérêt centré sur les personnes ?
- Le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé prend-il en compte les questions techniques, comportementales, spirituelles ?

- Les processus servant à mener les réformes sont-ils aussi bien documentés que les résultats ?



VIH/SIDA à Phayao: la crise



VIH/SIDA à Phayao: la crise

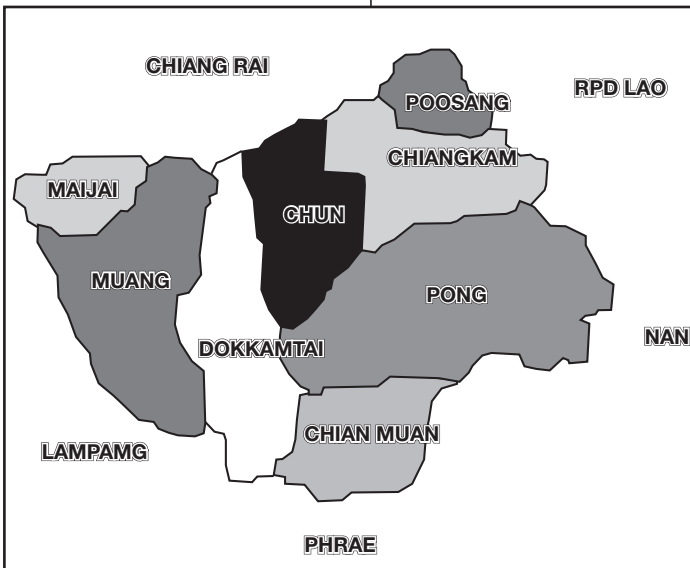
Bienvenue dans la province de Phayao ! Les habitants de cette belle province rurale, frappés par le désastre du SIDA, sont en train de renverser la situation vers une amélioration. En fait cette province a connu les plus hauts niveaux de VIH de toute l'Asie. Elle est également témoin des plus grands déclinés dans les niveaux de VIH. Cependant, le progrès ne se limite pas à des réductions des niveaux de séro-prévalence du VIH. Les individus, les communautés et les institutions ont riposté à la crise de manière remarquable.

La province de Phayao

Phayao est une province relativement petite. Elle jouxte la République démocratique populaire lao (RDP lao) et les provinces de Chiang Rai, Lampang, Nan et

Phrae. Chiang Rai est à 90 minutes en voiture. En arrivant de Chiang Rai, après un trajet de trois heures sur une route de montagne, on découvre la municipalité de Phayao qui s'étend le long du Kwan Phayao, un beau lac au milieu de champs de riz avec comme toile de fond les majestueuses montagnes de Doi Mae Jai. En fait, observer le coucher de soleil au-

Figure 2:
Carte de la province de Phayao



dessus des montagnes de l'autre côté du lac est une expérience rare de la beauté à l'état pur.

Faisant partie du bassin du Mékong, Phayao a été une porte d'entrée pendant une bonne part de son histoire. Elle a été construite en 1095 par le roi de Chiang Saen, et les habitants menaient une vie prospère au cœur de ce royaume. Phayao est devenu un royaume indépendant en 1340 pour une période de 245 ans. Entre 1558 et 1843, Phayao a disparu de l'histoire

à la suite de l'invasion birmane. Certaines chroniques rapportent qu'à un moment quelconque pendant cette période sa population a été envoyée à Vientiane, dans l'actuelle RDP lao. Le roi Rama III a ensuite reconstruit Phayao en 1843 pour servir de poste frontière au royaume thaïlandais. Le statut administratif de Phayao a beaucoup changé pendant le siècle suivant pour devenir la province de Phayao en 1977. De nos jours, près d'un demi-million de personnes vivent dans ses huit districts (figure 2, tableau 1).

Tableau 1: Répartition de la population par district

District	Tambon	Village	Ménages	Population totale	Population des montagnes
Muang	18	176	46 164	153 115	430
-Zone municipale	2	-	7 495	21 757	-
-Zone non municipale	16	-	38 669	131 358	-
Maejai	6	61	10 888	38 892	597
Dokkamtai	12	117	22 268	77 717	311
Jun	7	68	15 915	55 288	-
Pong	7	79	14 042	54 317	7 659
Chiangkam	10	110	22 397	81 334	3 982
Chiangmuan	3	29	6 216	20 257	1 117
Poosang	5	48	9 646	36 928	368
Les 8 districts	68	688	147 536	517 848	14 464

Figure 3: Pyramide démographique de la province de Phayao

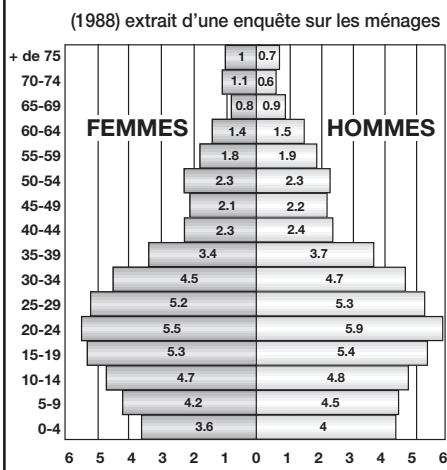
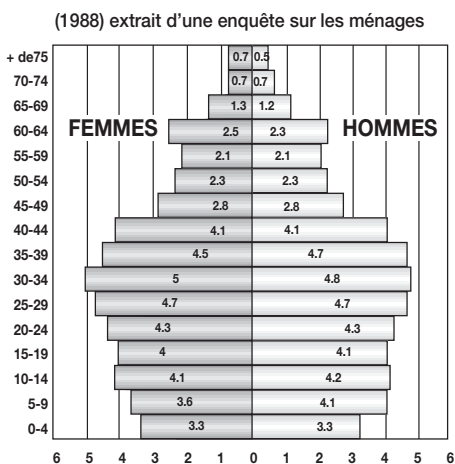


Figure 4: Pyramide démographique de la province de Phayao



Source: Bureau de la santé de la province de Phayao

La population de Phayao vieillit. Les pyramides des âges des figures 3 et 4 indiquent que la population vieillit, et cela est le résultat à la fois d'un taux de mortalité et d'un taux de natalité peu élevés. Les enfants de moins de 15 ans,⁽¹⁾ qui représentaient 25,6% de la population en 1988, n'en représentent plus que 22,1% en 1996. En 1986, avant que le SIDA ne touche la province, le taux de mortalité brut s'élevait à 5,3 pour 1000. Le taux de natalité brut était stable aux environs de 12,7 pour 1000. Environ 90% des couples utilisent

des moyens de contraception (mais pas de préservatifs).⁽²⁾

L'infrastructure de Phayao est bonne. Plus de 99% des villages ont accès à l'électricité. Le réseau routier est excellent, et très peu de villages sont situés en dehors d'une route pavée. La province compte 313 écoles, 3381 classes, 4803 enseignants et 86 948 étudiants.

Les gens travaillent dur à Phayao: 70% des 255 794 personnes constituant la main-

^a Pendant la période couverte par ce rapport, 1 \$ US = 25 babt, mais ensuite le taux a considérablement varié, il est actuellement de 1 \$ US = 35 babt.

d'oeuvre travaillent 50 heures et plus par semaine. Le revenu par ménage est bas: 28,7% de la population rurale gagnent moins de 6 000 baht par an.^a

La principale source de revenus est l'agriculture, qui emploie 44% de la main-d'oeuvre. Le riz est la principale culture. Les producteurs de riz obtiennent un rendement de moins de 600 kg par raï et environ 18 baht par kg. Il n'est pas étonnant alors que 33% des exploitants de moins de cinq raïs (qui forment 32% de tous les exploitants) comptent principalement sur des revenus de sources non agricoles. En moyenne, les ménages de Phayao (3,3 membres) ont dépensé 4340 baht par mois en 1994, dont 193 étaient consacrés aux soins médicaux et personnels⁽²⁾.

Pour parvenir à joindre les deux bouts, une option est de migrer. Dans quelques villages, cependant, ce pourcentage est beaucoup plus élevé. Selon une enquête détaillée dans quatre villages en 1994⁽³⁾, presque 50% des hommes et des femmes âgés de 17 à 24 ans avaient vécu hors du village pendant au moins un mois au cours de l'année précédente. Environ un quart des migrants part pour des raisons liées au système éducatif. Le reste part pour trouver des emplois de courte durée, la plupart du temps lorsque l'agriculture locale n'offre pas assez de travail. Les hommes partent pour occuper des emplois de cols-bleus tels que travailleur dans le bâtiment ou chauffeur de taxi. Ils partent habituellement en groupes. Les hommes mariés partent sans leur femme.

Pour les femmes, une option fréquente est de devenir professionnelle du sexe. Le nombre de femmes de Phayao se livrant au commerce du sexe est inconnu. Cependant, on estime que les chiffres sont assez élevés. Une enquête dans 63 villages du district de Chun en 1991 a révélé que 1692 femmes âgées de 15 à 34 ans, soit 14,6% de la population féminine de ce groupe d'âge, travaillaient comme professionnelles du sexe. Parmi ces femmes, 245, soit 14,5%, travaillaient dans d'autres pays d'Asie ou en Europe. La plupart de ces femmes partent «volontairement» après avoir perçu ce qu'était leur rôle dans la société. Elles se comportent comme leurs parents, leur communauté et comme elles-mêmes considèrent qu'elles devraient se comporter. Aux yeux des parents, la fille est responsable de la survie de la famille. Les communautés condamnent moins les filles qui se prostituent que celles qui n'aident pas leurs parents⁽⁴⁾. Les filles intériorisent ce rôle et beaucoup de femmes réalisent leur rêve: aider la famille à construire une nouvelle maison et acheter des biens de consommation, aider les frères pendant leurs études supérieures, et revenir se marier. Comme nous allons le voir, le SIDA est en train de modifier ce modèle.

Le VIH se propage dans la province de Phayao

Le VIH s'est propagé silencieusement jusqu'à Phayao, probablement depuis la fin

VIH/SIDA à Phayao: la crise

des années 80. A l'époque, les gens n'apportaient guère d'attention au virus:

«Nous craignons la famine, mais pas le SIDA»

fut la réponse aux premiers efforts d'infor-

mation et d'éducation. En 1993 le SIDA commençait à apparaître dans la plupart des communautés. Pour de nombreuses personnes, il était trop tard. Les niveaux de prévalence du VIH parmi les conscrits et les femmes enceintes avaient déjà atteint respectivement 20 et 10%.

Tableau 2: Cas symptomatiques de VIH et cas de SIDA recensés, par an, province de Phayao, 1989-1997 (mai)

Année	Cas de SIDA	Cas symptomatiques de VIH	Total	Ratio hommes/femmes à Phayao	Ratio hommes/femmes au niveau national
1989-1990	3	0	3	3:00	11,0:1
1991	7	9	16	4,3:1	6,8:1
1992	79	41	120	5:01	6,1:1
1993	212	151	363	4,7:1	6,6:1
1994	456	256	712	3,7:1	5,5:1
1995	1082	416	1498	3,0:1	4,7:1
1996	1256	264	1520	2,7:1	4,0:1
Total	3095	1137	4232	3,1:1	4,8:1

Source: Bureau de la santé de la province de Phayao

Le nombre des cas de SIDA recensés a augmenté régulièrement. Le VIH et le SIDA se sont répandus chez les deux sexes, le ratio hommes/femmes évoluant de 5 pour 1 en

1992 à 2,7 pour 1 en 1996, les femmes étant relativement plus représentées à Phayao qu'au niveau national (tableau 2) parmi les cas de SIDA.

Tableau 3: Cas de SIDA recensés de 1984 à 1997 (février), par région

Région	Nombre de cas recensés (pour 100 000 habitants)
Nord	25 082 (212)
Nord-Est	7738 (38)
Centre	19 060 (101)
Sud	3564 (48)
Total	55 444 (95)

Source: Division d'épidémiologie, Ministère de la santé publique

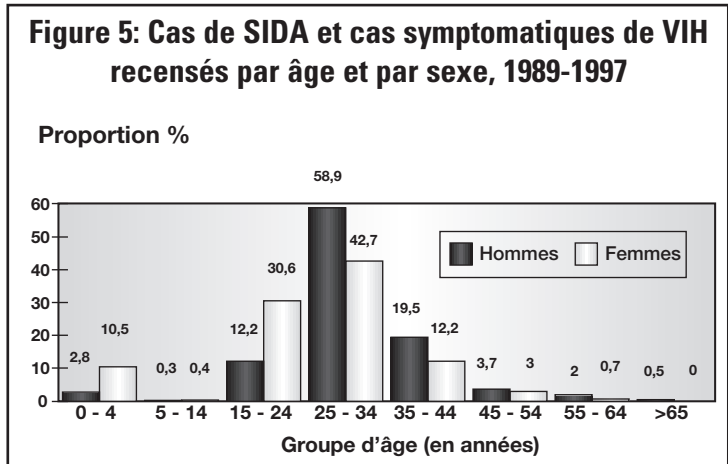
Tableau 4: Cas de SIDA recensés pour 100 000 habitants, par province, dans la région Nord supérieure, en Thaïlande, 1984-1997 (février)

Province	Nombre de cas recensés (pour 100 000 habitants)
Phayao	3 252 (629)
Chiang Mai	7 401 (477)
Chiang Rai	5 771 (462)
Lamphoon	1 570 (388)
Lampang	2 633 (328)
Mae Hongson	361 (170)

Source: Bureau de la santé de la province de Phayao

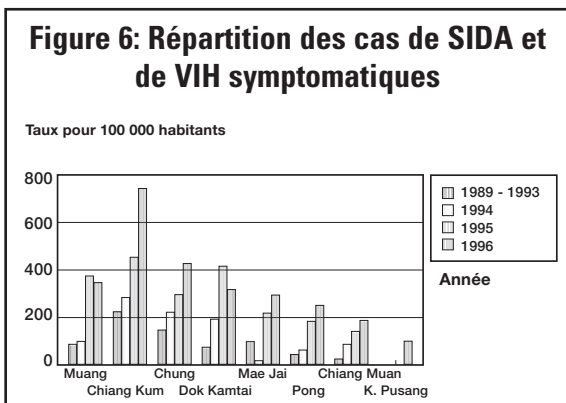
Phayao est devenue la province de Thaïlande ayant le taux le plus élevé de cas recensés. Avec 212 cas pour 100 000 habitants, la région Nord de la Thaïlande a le taux le plus élevé de cas de SIDA recensés. Dans le Nord, les provinces

constituant la région Nord supérieure recensent les niveaux les plus élevés, Phayao en tête, enregistrant 629 cas de SIDA pour 100 000 habitants depuis le début de l'épidémie jusqu'en février 1997 (tableau 4).



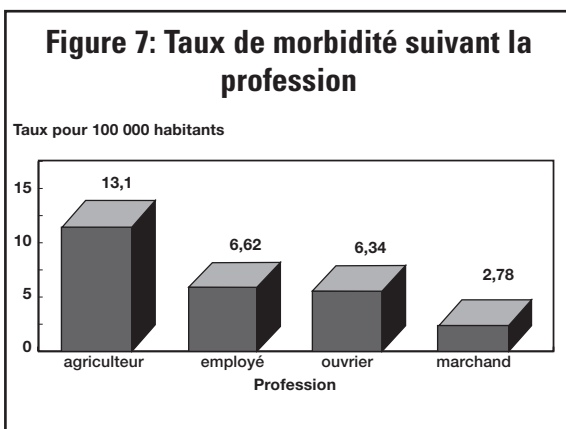
Source: Bureau de la santé de la province de Phayao

Les femmes touchées par le VIH/SIDA sont légèrement plus jeunes que les hommes. La majorité des cas pour chaque sexe se produit dans le groupe d'âge 25-34 ans (figure 5).



Source: Bureau de la santé de la province de Phayao

Dans tous les districts, les gens ont commencé à rechercher une aide médicale pour les symptômes associés au VIH.



Source: Bureau de la santé de la province de Phayao

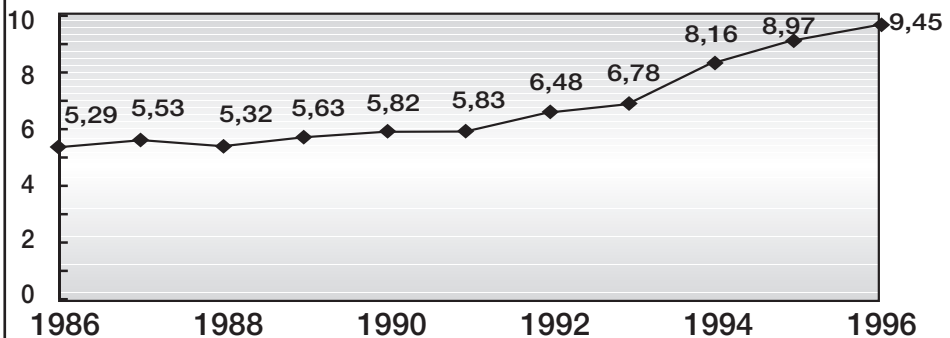
Le taux de morbidité semble plus élevé parmi les personnes indiquant l'agriculture comme leur profession principale (figure 7). Les travailleurs agricoles sont plus susceptibles de chercher un travail temporaire hors de la province lorsque la demande pour leur type d'activité est faible à Phayao.

Un impact énorme sur la population

Le taux de mortalité brut a augmenté de manière significative, passant de 5,3 pour

1000 en 1986 à 6,8 en 1993 et 9,5 en 1996 (voir figure 8). Aucune autre affection que le VIH/SIDA ne peut expliquer cette augmentation. En 1994, le SIDA était devenu la première cause de mortalité dans la province. Il représentait 11,3% de tous les décès et 18,2% de tous les décès si on inclut les cas où on suspecte que le SIDA est la cause du décès mais où cela n'a pas été médicalement confirmé. Le taux de mortalité due au SIDA en 1994 était de 1,53 pour 1000, frappant 5,2 fois plus les hommes que les femmes entre 25 et 34 ans (55,3% du total). Environ 40% d'entre eux étaient célibataires⁽¹⁾.

Figure 8: Taux de mortalité brut dans la province de Phayao pour 1000 habitants

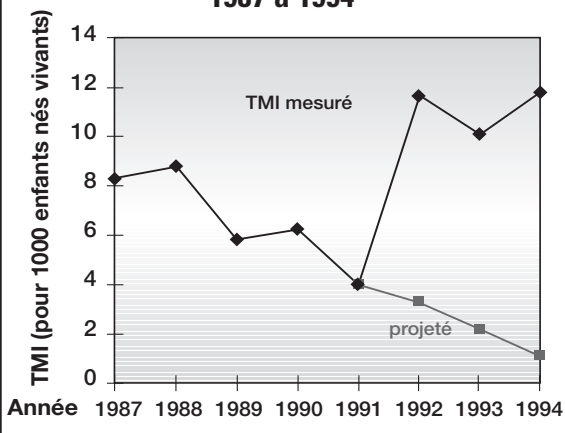


Entre 1986 et 1996, la mortalité chez les hommes entre 25 et 34 ans et chez les femmes entre 20 et 29 ans s'est multipliée par huit ou neuf⁽⁵⁾.

Nous ne disposons pas d'informations pré-

cises sur le taux de mortalité infantile à Phayao. Le taux de décès parmi les enfants nés vivants enregistré dans la province montre une augmentation significative au lieu de la diminution continue à laquelle on s'attendait (figure 9)⁽⁶⁾.

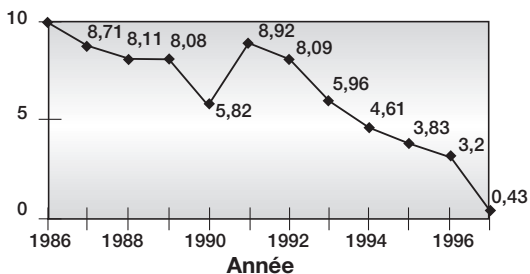
Figure 9: Taux de mortalité infantile (TMI) mesuré et projeté à Phayao de 1987 à 1994



Le taux de croissance démographique (figure 10) a baissé pour atteindre pratiquement le niveau zéro. On s'attend maintenant à ce que la population de la province de Phayao décline, en raison de l'accroissement de la mortalité et de la baisse de fécondité chez les femmes séropositives.

Figure 10: Taux de croissance démographique à Phayao, 1986-1997

Croissance démographique pour 1000



Les femmes sachant qu'elles sont séropositives sont moins susceptibles de vouloir un enfant. En outre, il semble qu'il existe une diminution biologique de la fécondité chez les femmes séropositives ^(6,7).

Le SIDA a fait profondément ressentir son impact économique. Les coûts de traitement des infections opportunistes sont très élevés. Les coûts des thérapies antirétrovirales sont encore plus élevés (voir tableaux 5-8) ⁽⁸⁾.

Tableau 5: Coût du traitement des infections opportunistes selon les Directives nationales ⁽⁸⁾

Infection opportuniste	Coût par épisode (baht)
Tuberculose	3200
Méningite à <i>Cryptococcus</i>	68 668
Autres infections fongiques générales	22 889
Candidose	300
Pneumonie à <i>Pneumocystis carinii</i>	25 200
Infection à cytomégalovirus	118 000

Tableau 6: Coûts des agents antirétroviraux

Médicament	Coût à l'unité (en baht)	Dose quotidienne (nombre de fois)	Coût quotidien (en baht)
Zidovudine (100 mg)	12,0	3 x 2	72,0
Didanosine (100 mg)	45,5	2 x 2	181,9
Zalcitabine (0.75 mg)	64,4	1 x 3	193,1
Stavudine (40 mg)	97,0	1 x 2	194,0
Lamivudine (150 mg)	99,0	1 x 2	198,0
Indinavir (400 mg)	83,3	2 x 3	500,0
Ritonavir (100 mg)	50,0	6 x 2	600,0
Saquinavir (200 mg)	54,4	3 x 3	490,0

Tableau 7: Coût de la bithérapie

Bithérapie	Coût par jour (en baht)	Coût par mois (en baht)
Zidovudine/didanosine	253,9	7617,0
Zidovudine /zalcitabine	265,1	7953,0
Zidovudine /lamivudine	270,0	8100,0
Stavudine/didanosine	375,9	11 277,0
Stavudine/lamivudine	392,0	11 760,0
<i>Coût moyen</i>	<i>311,4</i>	<i>9341,4</i>

Tableau 8: Coût de la trithérapie

Trithérapie	Coût par jour (en baht)	Coût par mois (en baht)
Zidovudine/ didanosine/ indinavir	753,9	22 617,0
Zidovudine/ didanosine/ ritonavir	853,9	25 617,0
Zidovudine/ didanosine/ saquinavir	743,9	22 317,0
Zidovudine/ lamivudine/ indinavir	770,0	23 100,0
Zidovudine/ lamivudine/ ritonavir	870,0	26 100,0
Zidovudine/ lamivudine/ saquinavir	760,0	22 800,0
<i>Coût moyen</i>	<i>792,0</i>	<i>23 758,5</i>

Les coûts directs ne sont pas toujours liés à la médecine occidentale. Ayant entendu de la bouche de médecins et d'infirmières «qu'il n'existe pas de remède contre le SIDA», les personnes vivant avec le VIH/SIDA pensent que la médecine moderne ne peut rien faire pour elles. Elles se tournent alors vers d'autres sources de traitement et elles ont tendance à dépenser toutes leurs économies, à vendre leurs biens ou à s'endetter. Il en résulte que les personnes disposant de quelques moyens financiers dépensent souvent des dizaines ou des centaines de milliers de baht pour leur traitement ^(9,10).

En outre, le SIDA est la cause de pertes importantes de revenu, car il affecte la

population de la tranche d'âge de 25 à 34 ans, au sommet de leurs années productives. Et, comme si les conséquences directes n'étaient pas suffisantes, la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA s'ajoute aux pertes économiques subies par ces personnes, ainsi que leurs familles. Cette discrimination a été – au moins partiellement – déclenchée par les attitudes et les pratiques du personnel de santé. A cause de cela, des individus ont perdu leur travail, leurs clients, leurs employés et leurs fournisseurs. Des enfants ont été renvoyés des garderies.

Les conséquences du SIDA sont allées bien au-delà du monde économique. Lorsque les

gens ont réalisé que le SIDA avait pénétré dans leur communauté, ils ont eu si peur qu'ils ont interrompu leurs relations avec les voisins et amis affectés par le VIH/SIDA et qu'ils ont même refusé d'assister à leurs obsèques ou de se joindre aux cérémonies traditionnelles de la communauté⁽¹¹⁾.

Sacs destinés aux cadavres

Au premier stade de l'épidémie, le rejet des malades du SIDA dans la communauté a été causé en partie par le type de procédures médicales hospitalières liées aux décès dus au SIDA. Lorsqu'un malade décédait à l'hôpital, le corps était enveloppé dans un sac en plastique. On disait à la famille de ne pas effectuer les rites traditionnels du bain mais de procéder immédiatement à la crémation. Ayant constaté à quel point l'hôpital était strict en ce qui concerne le cadavre, les villageois ont craint que le virus ne soit peut-être transmis d'une certaine manière à partir du cadavre.

Extrait de Havanon⁽¹¹⁾

Pas de blessure !

[Mes amis] me demandent de ne plus aller avec eux lorsqu'ils recherchent du travail. Ils ont peur que je ne mange ou que je ne boive avec eux. Je leur ai dit que j'allais bien. Je n'ai pas de blessure dans la bouche.

Le mari de Kampan est mort du SIDA. Elle doit s'occuper elle-même de son fils de neuf ans.

Extrait de Havanon⁽¹¹⁾

Indésirable au mariage

J'ai éclaté en sanglots devant tous les invités. Je portais un bol de riz mais personne ne voulait en prendre. Ils disaient que je n'étais pas obligée de servir et que j'aurais dû laisser d'autres personnes le faire à ma place.

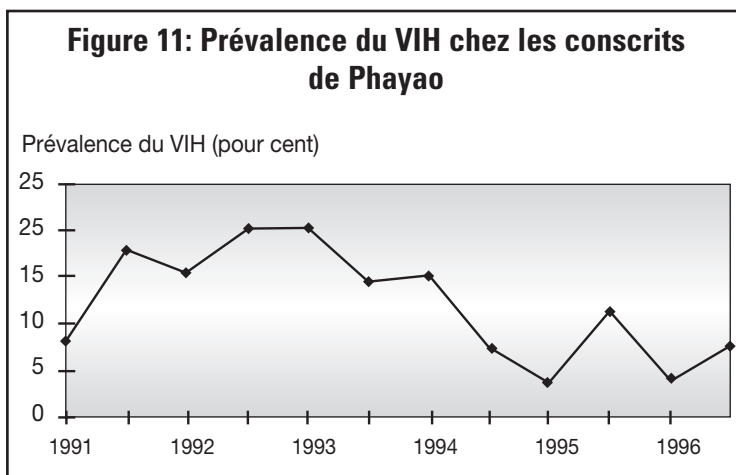
Wan, faisant le service à l'occasion d'un repas de mariage. Elle a appris qu'elle était séropositive lors de sa première grossesse.

Extrait de Havanon⁽¹¹⁾



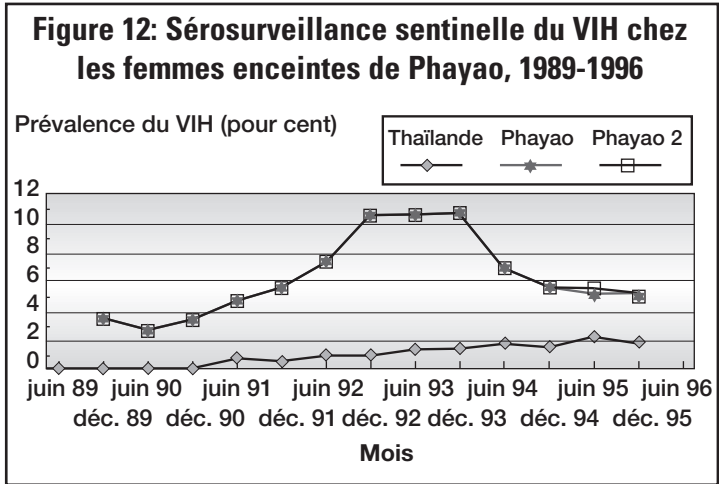
La population de Phayao fait de gros progrès

La population de Phayao n'a pas perdu de temps pour réagir au VIH, individuellement et collectivement.



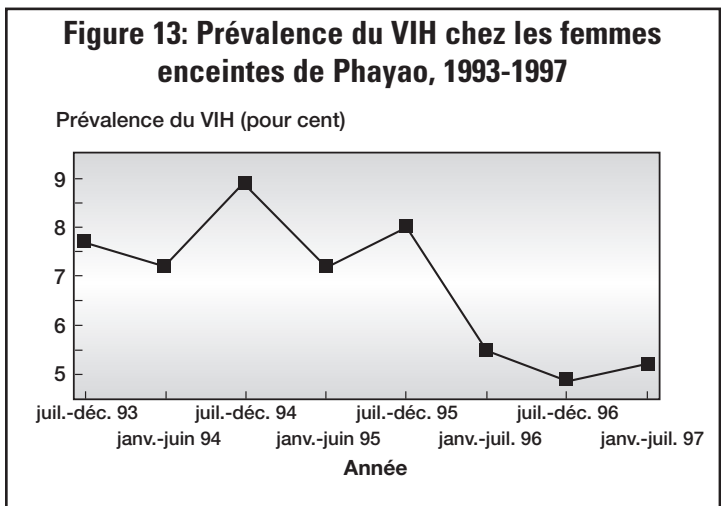
Les individus adaptent leur comportement sexuel

En juin 1993, les niveaux de séroprévalence du VIH parmi les conscrits de la province de Phayao ont commencé à décliner (figure 11). En 1997, ils ont atteint un plateau à environ 7%, soit le tiers des niveaux maxima atteints en juin 1992 et janvier 1993. En règle générale, tous les jeunes gens âgés de 21 ans doivent effectuer un service militaire mais un échantillon est recruté suivant un système de loterie. Tous les conscrits subissent un test de dépistage du VIH. Un résultat positif ne les exclut pas du service militaire.



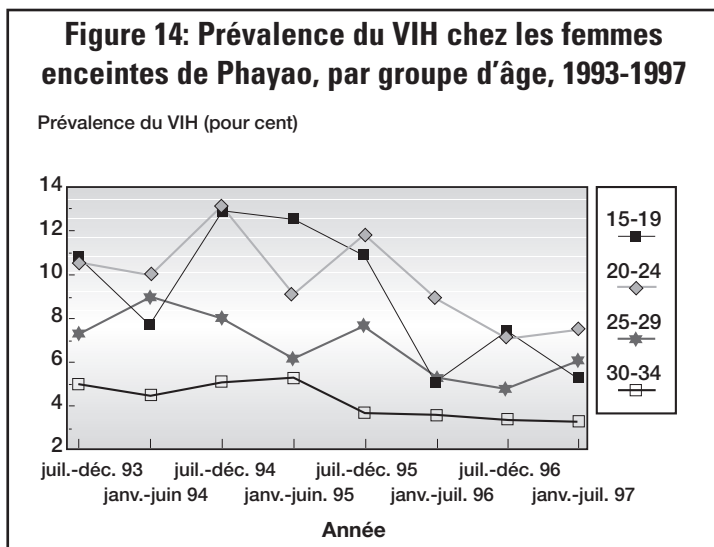
Source: Division d'épidémiologie, Ministère de la santé publique

En juin 1994, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans la province de Phayao commençait à décliner également (voir figure 12, remarque: les résultats de Phayao 2 n'incluent pas le district de Pong).



Source: Dossier prénatal de l'hôpital

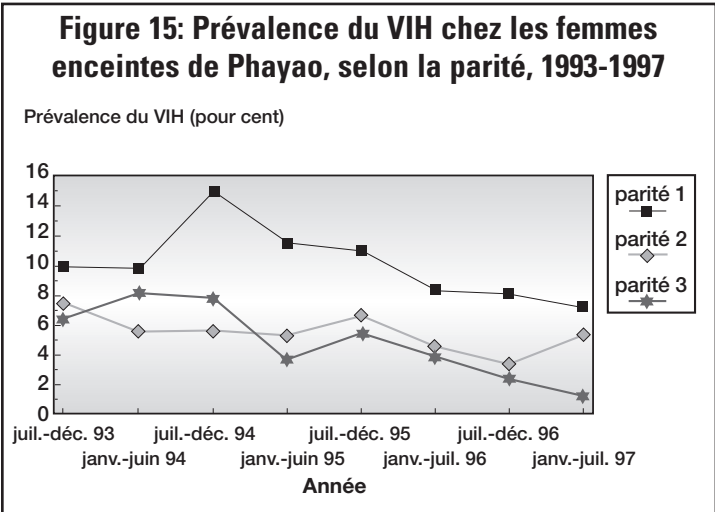
Les données des hôpitaux recueillies dans les dossiers des consultations prénatales de 1993 à 1997 (figure 13) révèlent la même tendance. La participation au test est volontaire. Plus de 90% des femmes enceintes passent le test.



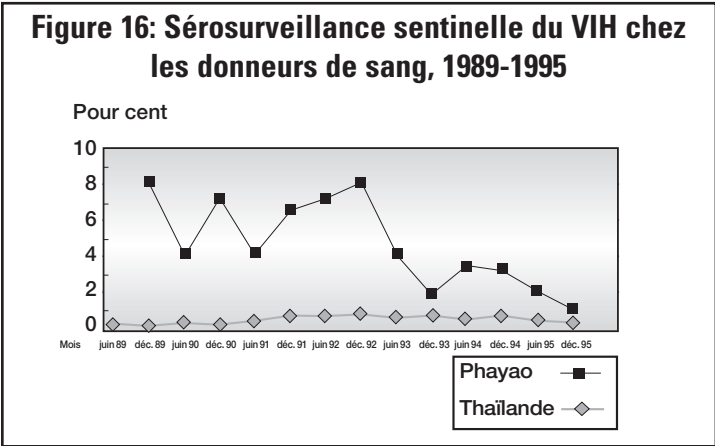
Source: Dossier prénatal de l'hôpital

La même tendance vers la baisse est observée lorsqu'on décompose les données de prévalence du VIH par groupe d'âge (figure 14). Comme l'on s'y attendait, le déclin est plus important chez les femmes plus jeunes.

Les chiffres des primipares montrent aussi des baisses importantes de la prévalence du VIH (figure 15). Le conseil prénuptial a débuté en 1996 à Phayao et ne peut expliquer la tendance à la baisse chez les primipares qui a commencé en décembre 1993. En outre, seulement 5% environ des couples font appel aux services de conseil prénuptial. La baisse plus lente (lorsqu'il y en a une) parmi les deuxièmes grossesses peut être le résultat d'une transmission à l'intérieur des couples mariés.



Source: Dossier prénatal de l'hôpital



Source: Division d'épidémiologie

La population de Phayao fait de gros progrès

En 1994, les jeunes gens approuvent le commerce du sexe...

C'est quelque chose qu'on rencontre tous les jours.

La beauté des femmes attire les hommes comme un aimant, cela a vraiment une grande influence.

C'est une pratique «cool».

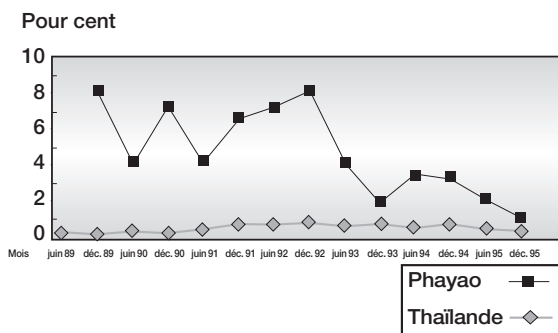
Jeunes gens de Chiang Kham en 1994 au sujet du commerce du sexe avant le mariage

Source: Pramualratana et al ⁽¹²⁾

L'infection à VIH chez les donneurs de sang montre une tendance à la baisse similaire (figure 16). Cette tendance pourrait cependant être le résultat de l'exclusion volontaire de donneurs potentiels qui craignent que le test VIH ne soit positif.

Dans le passé, la population de Phayao considérait que la pratique masculine consistant à acheter du sexe était normale. Presque tous les hommes non mariés avaient l'habitude de fréquenter les professionnelles du sexe. Beaucoup d'hommes mariés allaient en cachette dans les maisons de passe, peut-être pas aussi régulièrement que lorsqu'ils étaient célibataires. Pour les hommes qui travaillaient dans d'autres provinces, aller voir des professionnelles du sexe était considéré comme une expérience qui donnait du piment à la vie. Auparavant, les jeunes gens avaient normalement leur première expérience sexuelle avec une prostituée.

Figure 17: Proportion des conscrits, travailleurs masculins, et élèves masculins des écoles secondaires ayant eu des rapports sexuels avec des professionnelles du sexe au cours des 12 derniers mois



Source: Division d'épidémiologie

... mais maintenant les maisons de passe ont fermé par manque de clientèle

Les hommes du village avaient l'habitude de rendre visite aux professionnelles du sexe à proximité du village. Ils n'étaient pas obligés de se rendre à la ville.

Tous les hommes, des adolescents aux hommes d'âge moyen, allaient voir les professionnelles du sexe. Pendant une période de 6 ou 7 ans, depuis l'arrivée du SIDA, ces établissements de commerce du sexe n'ont pas gagné assez d'argent pour pouvoir continuer à fonctionner. Les maisons de passe avaient des femmes et devaient payer toutes les dépenses sans avoir de clients, donc elles ont dû fermer.

Un chef de village

Source: Havanon ⁽¹¹⁾

Mais, lorsque les villageois ont commencé à comprendre que le SIDA est une maladie meurtrière transmise lors des rapports sexuels, les normes de la communauté face à la sexualité ont sensiblement changé. Maintenant, les hommes vont voir les professionnelles du sexe beaucoup moins souvent qu'auparavant (figure 17). Le type de première relation sexuelle des jeunes gens s'est également modifié. Désormais la plupart des jeunes pensent qu'il est trop risqué d'avoir des rapports sexuels avec des prostituées. Les adolescents repoussent souvent la première expérience sexuelle jusqu'à ce qu'ils aient trouvé une petite amie ⁽¹¹⁾.

Les données de surveillance du comportement sexuel tendent à indiquer que les jeunes hommes vont voir les professionnelles du sexe moins souvent. En 1997, 40,2% des conscrits de Phayao déclaraient avoir rendu visite à une professionnelle du sexe pendant l'année écoulée contre 65% en 1995 ⁽¹³⁾. En 1996 et en 1997, moins de 4% des étudiants masculins des écoles secondaires s'étaient rendus dans un établissement de commerce du sexe au cours de l'année précédente. La province de Phayao ayant commencé à appliquer un système de surveillance du comportement sexuel en 1995, la tendance ne peut pas être retracée avec précision avant cette date. Mais il est possible d'avoir un aperçu des changements spectaculaires qui ont eu lieu en comparant les données de surveillance du comportement à Phayao avec des estimations ponctuelles antérieures. Par exemple, en 1991, 85% des étudiants des écoles secondaires d'un district déclaraient qu'ils se rendaient régulièrement dans les établissements de commerce du sexe.

En conséquence de ces changements, des maisons de passe ont dû fermer. En 1990, il y avait 78 établissements de commerce du sexe dans la province de Phayao avec 449 professionnelles du sexe. En 1996, il ne restait plus que 12 établissements et 76 professionnelles du sexe.

Ce déclin est cependant compensé jusqu'à un certain point par une augmentation des professionnelles du sexe dans les restaurants et les bars karaoké, où les hommes rencontrent les femmes et les emmènent pour avoir des rapports sexuels à l'extérieur. Le chiffre connu de professionnelles du sexe indirectes dans la province est passé de 16 en 1994 à 88 en 1996 (figure 19). Ces dernières tendent à vendre leurs services beaucoup moins souvent que des professionnelles du sexe directes ne le feraient ⁽¹⁴⁾. Nous allons voir la signification de ce phénomène.

Figure 18: Evolution des établissements de commerce du sexe dans la province de Phayao

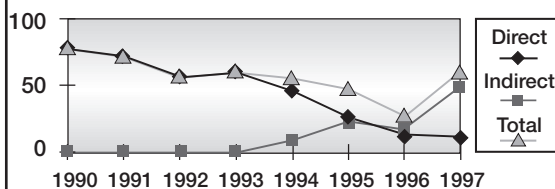
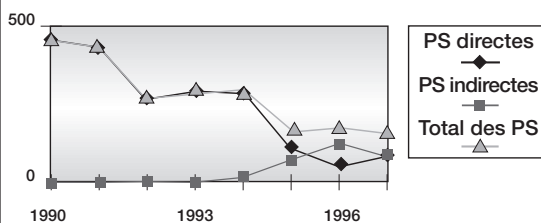


Figure 19: Evolution du nombre de professionnelles du sexe (PS) dans la province de Phayao, 1990-1996

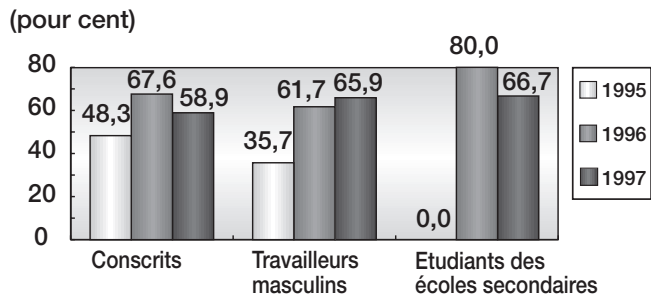


Source: Système de surveillance du comportement de la province de Phayao

Lorsqu'ils se rendent malgré tout chez les professionnelles du sexe, de plus en plus d'hommes utilisent régulièrement des préservatifs. Il y a dix ans, l'utilisation du préservatif avec les professionnelles du sexe était au mieux irrégulier. Mais en 1996, 67,6% des conscrits de Phayao déclaraient utiliser habituellement un préservatif avec les professionnelles du sexe, contre 58,9% en 1997 et 48% en 1995. (figure 20) ⁽⁹⁾.

L'usage régulier d'un préservatif chez les travailleurs fréquentant les professionnelles du sexe s'élevait à 66% en 1997, en nette augmentation par rapport aux 36% de 1995. La majorité des quelques étudiants qui se rendaient dans les maisons de passe utilisaient régulièrement des préservatifs. La distribution de préservatifs par le Bureau de la santé de la province de Phayao s'est accrue de façon spectaculaire, passant de 164 548 unités en 1990 à 942 874 en 1997

Figure 20: Proportion signalée de l'usage régulier du préservatif avec des professionnelles du sexe au cours de l'année écoulée



Les communautés réagissent

D'abord inspirées par la peur, les attitudes de la communauté envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA

(PVS) ont commencé à se modifier. Elles sont maintenant de plus en plus inspirées par la compassion. Dans les interviews de groupes cibles, la plupart des PVS rapportent des attitudes affectueuses de la part de leurs familles, en particulier de leurs parents proches (parents, frères et sœurs). De plus une étude a montré que, lorsque le mari apprenait que sa femme enceinte était infectée, cela n'a jamais provoqué de séparation ⁽¹¹⁾.

** C'est bien d'aider
dans les travaux sans
contact avec la
nourriture
«Comprendre, adapter
et faire reprendre leurs
rôles dans la société»*



Figure 21: Une personne vivant avec le VIH/SIDA aide pendant une fête

En fait, les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont souvent agréablement surprises par le soutien que leur apporte leur famille ⁽¹⁶⁾.

Les communautés ont adapté leurs coutumes pour permettre aux PVS de vivre parmi elles. Les changements dans les traditions sont axés sur la nourriture et les habitudes alimentaires qui sont très importantes dans la société thaïlandaise. Traditionnellement, les familles du

Nord s'assoient en cercle avec les plats au milieu, en utilisant leurs doigts pour faire des boulettes avec de gros morceaux de riz collant et pour les tremper ensuite dans les plats assaisonnés. Au début, les familles n'autorisaient pas les personnes séropositives à participer à leurs repas. Désormais, certaines familles conservent leurs habitudes traditionnelles après s'être rendu compte que le VIH ne pouvait pas être transmis en partageant un repas avec des personnes séropositives⁽¹¹⁾. D'autres familles introduisent l'usage de cuillères de service pour servir les condiments sur des plats séparés pour chaque participant au repas.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont également mieux acceptées dans la société au sens large. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont maintenant invitées à participer aux fêtes et à aider dans les tâches qui ne sont pas liées à la nourriture (figure 21). Le Centre d'action contre le SIDA de Phayao a interrogé 81 entreprises employant plus de dix travailleurs (44% du total dans la province), 131 moines supérieurs (30% du total), 92 directeurs d'école (30% du total), 89 garderies (30% du total). Quatre-vingt-huit pour cent des entreprises affichent ouvertement leur volonté de garder les personnes séropositives à leur travail. Plus de deux sur trois (67%) des moines supérieurs autorisent les PVS à organiser des activités dans le temple – bien que 98% d'entre eux n'acceptent pas les personnes séropositives comme moines, et on demande aux candidats de faire faire une analyse de sang. Parmi les écoles et les garderies interrogées, respectivement 92% et 83% d'entre elles

déclarent ouvertement leur volonté de garder à l'école les enfants séropositifs⁽¹⁶⁾.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA créent leurs propres communautés (figure 22). Indépendamment du soutien psychologique qu'elles reçoivent de leurs familles, elles trouvent une grande consolation dans la solidarité des personnes avec lesquelles elles peuvent partager leur expérience. Il existe 24 groupes de personnes vivant avec le VIH/SIDA à Phayao, comptant 1609 membres. Ce nombre augmente rapidement.

Les communautés ont commencé à s'occuper des causes de leur vulnérabilité face au VIH. Selon une enquête communautaire effectuée par le personnel de santé villageois d'un district, le nombre de femmes (âgées de 15 à 35 ans) quittant le district pour travailler en qualité de professionnelles du sexe est passé de 1692 en 1991, à 299 en 1996. Plutôt que d'envoyer leurs filles à la ville «pour faire un peu d'argent», les parents ont maintenant tendance à les garder à l'école, ce qui est le résultat d'un effort actif de la part du Ministère de l'éducation motivé en partie par le VIH/SIDA⁽¹⁶⁾.

La riposte du gouvernement et des ONG

De 1984 à 1992: l'attention se concentre sur les professionnelles du sexe

Au moment où le VIH fut détecté en Thaïlande, le gouvernement décida que les dispensaires s'occupant des maladies sexuelle-

**«Soutien à l'intérieur des groupes d'entraide»*

Reconnaître les enseignements religieux pour accepter la discrimination, la maladie et la mort, et s'y adapter

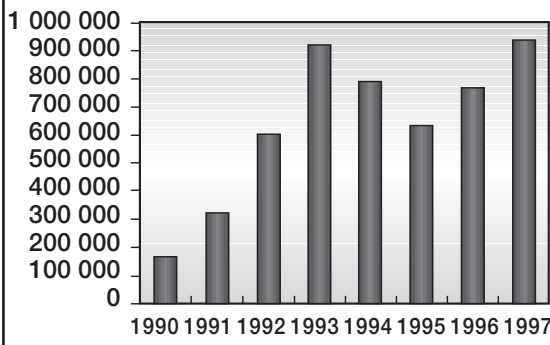


Figure 22: Les séropositifs et les malades du SIDA organisent des groupes d'entraide

ment transmissibles (MST) devraient traiter cette nouvelle maladie.

On les chargea d'une campagne de prévention ciblant les «groupes à risque», principalement les professionnelles du sexe et leurs clients. En 1991, le gouvernement créa le Comité de lutte et de prévention national contre le SIDA (CLPNS) présidé par le Premier ministre. A la fin de cette année-là, le CLPNS annonça la campagne pour l'utilisation systématique du préservatif dans les établissements de commerce du sexe. Le but de cette campagne, qui existe toujours, est de faire en sorte que tout acte sexuel pratiqué dans un établissement de commerce du sexe soit protégé par un préservatif. Le gouvernement a mis en œuvre un important soutien des médias pour la campagne et organise également une distribution de préservatifs.

Figure 23: Distribution de préservatifs, 1990-1997



Source: *Dispensaire pour les MST de la province de Phayao*

A Phayao, comme dans d'autres provinces, le personnel du dispensaire pour les MST s'est chargé d'appliquer la campagne pour l'utilisation systématique du préservatif. Le personnel s'est rendu dans des établissements de commerce du sexe et a informé les professionnel(le)s du sexe tout en ralliant le soutien des propriétaires des établissements. La distribution des préservatifs a augmenté de façon spectaculaire (figure 23).

La branche MST a également collaboré avec d'autres secteurs. Cependant il était difficile d'imaginer au départ quel rôle les autres secteurs pourraient jouer, au-delà de la participation aux campagnes d'information en faveur de la prévention contre le SIDA.

Elargir la riposte

Mais en 1993, le SIDA devenait de plus en plus visible. Et avec le SIDA est apparue la discrimination, alimentée en partie par les campagnes précédentes contre le SIDA – qui étaient basées sur la peur – et aussi par un personnel exagérément prudent, interprétant mal les politiques de précaution universelles. Bientôt les auto-

La population de Phayao fait de gros progrès

rités de la province se rendirent compte que «les soins et non la peur» devaient être au cœur de leur action.

Avec le SIDA, on a également réalisé que tout le monde courait un risque. Le problème ne se limitait pas aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients. Le commerce du sexe est un travail, pas un statut. Les professionnelles du sexe deviennent des épouses. Leurs clients sont des maris et des amants. Le VIH n'est pas seulement transmis dans les établissements de commerce du sexe, il se transmet également à la maison entre des partenaires mariés.

Il apparut également que quelque chose de plus profond que le risque était en jeu. La province était confrontée aux facteurs spécifiques de la «vulnérabilité», la tendance naturelle des êtres humains à s'exposer à des situations à risque. Cela signifiait faire bouger les normes sociales, promouvoir l'éducation des filles, créer des opportunités économiques, en particulier dans les communautés les plus touchées par le VIH/SIDA. Cela signifiait aussi élargir les soins aux malades du SIDA au-delà de la simple prise en charge médicale. Cela signifiait considérer l'ensemble du problème, savoir apporter la contribution des moines, des travailleurs sociaux, du monde du travail et d'autres secteurs.

Il est évident que les fonctionnaires du Ministère de la santé publique ne pouvaient pas accomplir cette tâche seuls. La province

devait se mobiliser dans son ensemble. En 1989, le Comité de province pour la prévention et la lutte contre le SIDA fut fondé, suivi par la création en 1994 du Centre d'action contre le SIDA de Phayao. Le gouverneur de Phayao mène l'action contre le VIH/SIDA. Il préside le Comité contre le SIDA de la province qui décide des politiques, des objectifs et des stratégies, approuve les plans d'action et assure le suivi et l'évaluation.

Le Centre d'action contre le SIDA de la province formule les politiques, objectifs et stratégies devant être approuvés par le Comité de province, fait le lien avec les médias, coordonne l'application des activités liées au VIH/SIDA et aide le Bureau de la santé de la province de Phayao (BSPP) à récolter des fonds et à les distribuer pour les projets VIH/SIDA. Le Centre est constitué des sections suivantes: information, planification et budget, technique et formation, recherche et évaluation, administration. Le Centre d'action contre le SIDA héberge les représentants de l'organisation non gouvernementale (ONG) CARE Thaïlande, qui assure la liaison avec d'autres ONG actives sur le plan du VIH/SIDA dans la province. De plus, dans cinq districts^b, les centres d'action locaux contre le SIDA sont actifs et élargissent le travail du Centre d'action contre le SIDA de Phayao. Le Centre conserve la mémoire institutionnelle de la province sur le SIDA. L'ensemble de son personnel a participé à cette étude.

^b *Chiang Kam, Dokkamtai, Chun, Pusang, Muang*

La population de Phayao fait de gros progrès

Tous les ans, suivant le cycle du budget, le BSPP – aidé par le Centre d'action contre le SIDA – soumet un ensemble de directives pour le développement du projet au Comité de province ⁽¹⁷⁾.

En accord avec le Plan national 1997-2001 ⁽¹⁸⁾, ces directives recommandent un ensemble de stratégies que divers secteurs doivent adopter pour l'élaboration de leurs projets.

La riposte de 1996: bref aperçu

Un niveau intense d'activité

De 1993 à 1996, l'intensité de la riposte des institutions de Phayao au VIH/SIDA était en accroissement constant. En 1996, les institutions publiques et privées de la province mettaient en œuvre 75 projets avec un budget de 30 millions de baht, soit un peu plus de US\$ 2 (au taux de change de l'époque) par habitant.

Les champs d'application de ces projets étaient vastes, car ils visaient à réduire les risques tout en développant les potentiels d'action. Ils bénéficiaient directement à de nombreuses catégories de personnes dans la province. Et de nombreux secteurs étaient impliqués dans leur application, en particulier au niveau du district. Les fonds pour le projet provenaient de diverses sources, mais principalement du Ministère de la santé publique. L'annexe 2 décrit la structure utilisée pour mener à bien l'examen décrit dans les paragraphes suivants.

Les ressources destinées au projet soutiennent directement la riposte privée au VIH/SIDA

Il arrive trop souvent dans le monde entier que des ressources pour des projets contre le VIH/SIDA soient réservées à l'organisation de réunions et de séminaires ou destinées au personnel d'organisations supposées être impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA. Mais ce sont d'abord des hommes et des femmes ordinaires qui ripostent au VIH et au SIDA. A Phayao, ce fait a été reconnu et 41 projets (55% du total, représentant 76% des ressources de 1996 destinées au projet) avaient pour objectif de soutenir la «riposte privée» au VIH/SIDA – la manière dont les individus réagissent contre le SIDA dans leur vie privée.

En outre, la province de Phayao a reconnu que les habitants ne réagissaient pas en tant que personnes privées, mais en tant que membres de familles et de communautés. Ainsi 39% du total des ressources allouées à la riposte privée étaient-ils destinés à des individus, 5% à des familles et 11% à des communautés.

Soutien à la riposte privée: l'attention se concentre sur divers groupes cibles

Les membres de la plupart des groupes en rapport avec l'épidémie ont reçu un soutien par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs projets. Comme l'indiquent les figures 24 et 25, les projets ciblaient les personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs familles ainsi que les jeunes sortis ou non de l'école.

Figure 24: Répartition des projets ciblant la riposte privée, 1996

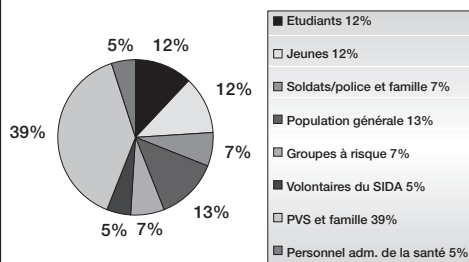
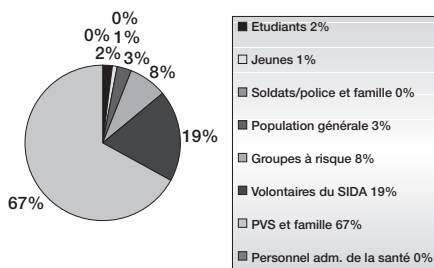


Figure 25: Répartition des ressources pour les projets ciblant la riposte privée, 1996



D'autres cibles incluent les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et la population générale. Les ressources pour un projet soutenant la riposte privée ont été prévues principalement pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Alors que les projets soutenant la riposte institutionnelle ont ciblé le secteur de la santé, ils se sont étendus à d'autres institutions, telles que les comités coordonnateurs, les moines et les enseignants (figures 26 et 27).

Figure 26: Répartition des projets soutenant la riposte institutionnelle, par groupes cibles, 1996

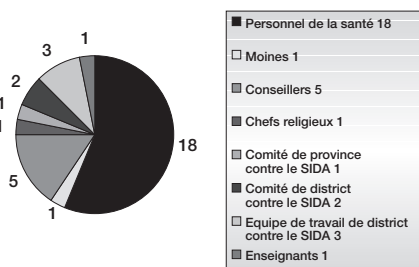


Figure 27: Répartition des ressources pour les projets soutenant la riposte institutionnelle, par groupes cibles, 1996

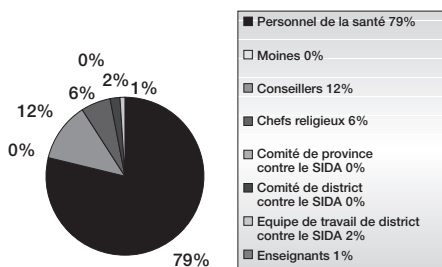


Figure 28: Répartition des projets soutenant l'action privée, 1996

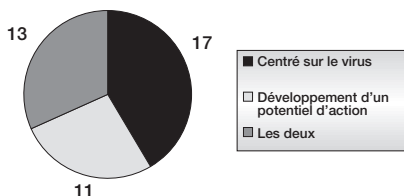
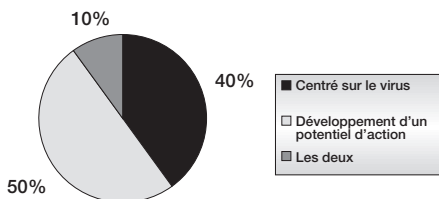


Figure 29: Répartition des ressources pour les projets soutenant l'action privée, 1996



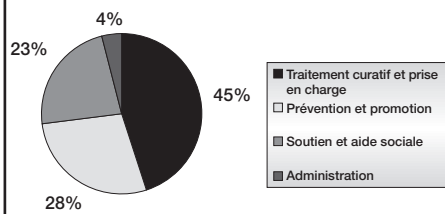
Dans l'ensemble, le champ d'application des projets est complet

Etant donné que les projets s'attaquent à divers facteurs de vulnérabilité et de risque, leur champ d'application est assez complet dans l'ensemble (figures 28 et 29). Les projets abordant les facteurs de risque incluent la distribution de préservatifs et les campagnes d'information. Les activités développant le potentiel d'action incluent le développement du savoir-faire vital chez les jeunes garçons et les jeunes filles; le soutien financier pour les familles des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui ont des revenus peu élevés; et le développement de plans d'action locaux, utilisant la méthode d'«Appréciation rurale participative» (ARP) qui a été employée par tous les sous-districts de la province de Phayao.

En utilisant des critères plus traditionnels, 45% des ressources destinées aux projets

étaient allouées au traitement curatif et à la prise en charge; 28% à la prévention et à la promotion; 23% au soutien et à l'aide sociale. Moins de 4% des ressources ont servi à couvrir les frais administratifs (figure 30).

Figure 30: Répartition des ressources par type, 1996



Un total de 29 projets sur 75 ont été mis en place hors du secteur de la santé, secteur auquel 61% des ressources ont été allouées. Certains projets sont mis en place par les ONG.^c

Les ONG jouent un rôle complémentaire

^c CARE, FARM, World Vision, ACT, the Sisters of Charity, DISAC Phayao, the Church of Christ

très important. Dans les projets à forte densité de main-d'œuvre, elles développent des approches qui seront adoptées par la suite dans le système de santé public. Par exemple, les ONG jouent un rôle important dans la définition plus approfondie de l'ensemble des mesures de soutien apportées aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

De nombreux partenaires des secteurs public et privé mettent les projets en pratique

Figure 31: Répartition des projets par secteur d'application, 1996

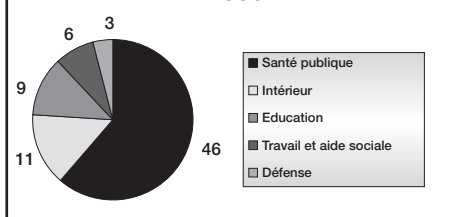
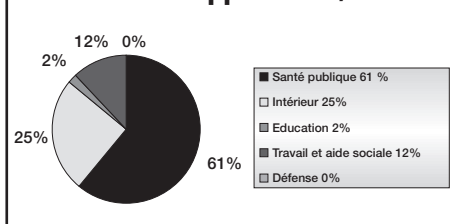
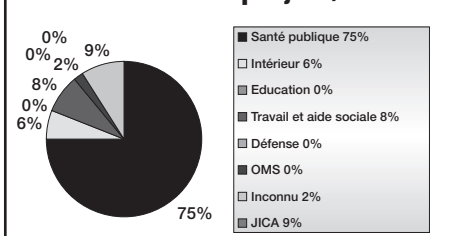


Figure 32: Répartition des ressources pour les projets par secteur d'application, 1996



Des ressources financières substantielles provenant de sources diverses ont été mobilisées

Figure 33: Origine des fonds destinés aux projets, 1996



Le BSPP est l'organisme qui a été choisi pour collecter les fonds dans tous les secteurs. Comme la plupart des ressources publiques destinées au VIH/SIDA proviennent du budget du Ministère de la santé publique, le BSPP est devenu le premier bailleur de fonds pour le compte de tous ses partenaires (voir figure 33). Le Comité de province a ensuite alloué les ressources aux projets proposés par les institutions de différents secteurs (voir figures 31 et 32). Cet effort collectif de la province a conduit à la mobilisation de fonds considérables provenant du budget national. Le budget 1996 pour le VIH/SIDA s'est élevé à 30 millions de baht (à l'époque US\$ 1,2 million^d, soit 60 baht par habitant (soit à l'époque US\$ 2,4). Ce budget représentait 23% du budget de la santé publique de la province (127 635 580 baht) ou 14% de 206 343 980 baht si l'on inclut les paiements privés au système public, et 2,5% du budget de la province (1,2 milliard de baht).

^d Pendant la période correspondant à ce rapport 1 \$ US = 25 baht, mais par la suite, le taux a varié considérablement, il est en ce moment de 1 \$ US = 35 baht.



การพัฒนาบุคลากรภาพ

ปีการศึกษา 2541

กรมบริหารธุรกิจแพทย

30 พฤษภาคม 2541



Transformer la crise en une chance pour l'avenir

Intégrer le SIDA

Au début de l'année 1997, le Bureau de la santé de la province de Phayao (BSPP) s'est trouvé à une croisée des chemins stratégique⁽¹¹⁾. On avait accompli de grands progrès, mais il restait encore beaucoup à faire. On commença à ressentir que continuer à aborder le SIDA comme un «problème spécifique» à l'aide de «projets spécifiques» pourrait aller à l'encontre du but recherché. L'intégration pourrait bien être nécessaire dès à présent, c'est-à-dire l'inclusion du VIH/SIDA en tant que nouvelle dimension de la préoccupation centrale de tous les secteurs concernés.

Au moment où la province allait s'engager dans une réforme des soins de santé, elle avait l'occasion d'explorer ce que cette intégration signifiait pour le secteur de la santé. A cet effet, le BSPP avait besoin d'une définition des leçons qu'il avait tirées de l'action contre le VIH/SIDA au cours des dernières années.

Le VIH et l'étude sur la réforme des soins de santé

C'est pourquoi, au travers de «l'étude sur la réforme des soins de santé» le BSPP a tenté d'exprimer ce qu'il avait appris par le biais de son action contre le VIH/SIDA.

Les objectifs consistaient à:

Adopter une stratégie par laquelle la population de Phayao pourrait passer du progrès au succès en matière de lutte contre le VIH/SIDA et structurer le système de soins de santé de Phayao pour permettre une application efficace de cette stratégie.

Conception de l'étude

Cette étude a été menée par le BSPP du début à la fin. Le Bureau a constitué une équipe pour mener l'enquête, composée des membres du Centre d'action contre le SIDA de Phayao et du personnel de diverses branches du BSPP, notamment ceux qui travaillaient sur la réforme des soins de santé. L'équipe a été organisée en groupes travaillant sur l'épidémiologie, les sciences sociales et l'économie. Elle a mobilisé le soutien d'experts thaïlandais du Ministère de la santé publique dans les domaines précités et d'universités, à savoir Chulalongkorn et Srinakarin. Ce rapport est destiné avant tout au BSPP lui-même et à ses éléments constitutifs. Le principal produit de cette étude consiste en fin de compte en des actions de suivi à Phayao et ailleurs, et en leur impact sur les soins de santé.

Inventaire, et non recherche

L'équipe a fait l'inventaire de l'expérience accumulée en réfléchissant sur sa propre expérience sur le VIH/SIDA pendant les dix dernières années et en exploitant les données existantes comme support de sa réflexion.

L'équipe a organisé plusieurs sessions pour se demander quels pourraient être les facteurs clés d'une action efficace contre le SIDA et dans quelle mesure ces «secrets» ont fonctionné jusqu'à maintenant. En même temps, l'équipe a exploité les données existantes pour examiner les progrès et soutenir sa réflexion. Aucun travail supplémentaire de recherche n'a été effectué, à l'exception de discussions en groupes ciblés auxquels ont participé des acteurs décisifs en ce qui concerne l'action contre le VIH.

Une tentative d'examen complet

Le BSPP étant responsable de la mobilisation pour une riposte générale au VIH/SIDA dans la province, la portée de l'étude est délibérément globale. Le VIH/SIDA remet en question tous les aspects de la société, et passer en revue l'action contre le VIH/SIDA a tendance à devenir une tâche considérable. Pour cette raison, les études sont souvent limitées à de petites entités géographiques (un district, une communauté), à un ensemble d'activités (distribution de préservatifs, soins, etc.) ou à un groupe «cible» (personnes vivant avec le VIH/SIDA, enfants). Par conséquent, les examens portent rarement sur les caractéristiques générales qui peuvent seulement être analysées en considérant l'action contre le VIH/SIDA dans sa totalité⁽²¹⁾. L'équipe a donc résisté à la tentation de limiter la portée de l'étude, car le rapport devait inspirer la ligne stratégique générale à Phayao. Plus précisément, grâce à une réflexion sur sa compréhension du VIH/SIDA, l'équipe a tenté d'iden-

tifier les implications générales d'une riposte efficace au SIDA.

Les secrets d'une «compréhension intégrée» du VIH/SIDA

En analysant son expérience, l'équipe menant l'enquête à Phayao a essayé de développer une «compréhension intégrée» du VIH/SIDA. Cette compréhension est essentielle pour créer une vision commune du progrès et du succès parmi les nombreux partenaires qui doivent collaborer afin que l'action soit efficace (voir encadré).

À partir de la compréhension de l'épidémie et de la riposte à celle-ci, des facteurs clés de progrès – «les secrets» – émergent. Une fois identifiés, ces secrets peuvent servir de critères pour élaborer des ripostes plus efficaces au SIDA.

En outre, le VIH/SIDA est typique des nombreux problèmes socio-comportementaux auxquels les systèmes de santé doivent s'adapter. Une meilleure compréhension de l'action contre le SIDA signifie une meilleure compréhension de la manière dont les individus conservent et améliorent leur santé. Par conséquent, une réforme des soins de santé qui bénéficierait de la compréhension intégrée du VIH/SIDA et de la riposte à l'épidémie serait plus en mesure de traiter les problèmes socio-comportementaux du siècle à venir.

Que signifie «compréhension intégrée» ?

Les personnes et les institutions observant l'épidémie de VIH/SIDA voient des choses différentes et par conséquent réagissent différemment, parfois de manière contradictoire. Les scientifiques biomédicaux se concentrent sur le virus et recherchent des moyens technologiques pour s'en débarrasser. D'autres, adoptant une perspective sociologique, concentrent leur attention sur les déterminants sociaux de l'épidémie et recommandent une refonte de la société. Ces points de vue peuvent être harmonisés en les associant dans un cadre commun élargi, un «paradigme».

«...l'étape suivante du voyage allant de compter à comprendre pour parvenir à la solidarité implique la reconnaissance de perspectives multiples autour du VIH/SIDA... Alors que certains partisans de l'intégration... agissent comme si c'était la seule perspective au monde, ce n'est qu'une perspective parmi tant d'autres. Reconnaître ce fait élargit les chemins existants à toute une gamme de compréhensions possibles et de ripostes au SIDA. Une compréhension intégrée s'impose qui... ouvrirait la voie vers des connexions plus larges et plus synergiques entre les interventions VIH/SIDA et les autres interventions liées de manière moins évidente, quand les murs qui les séparent, au moins en théorie, sont tombés. Il y a maintenant plus de place pour les connexions fondamentales que pour les simples connexions mécaniques ou pour l'intégration...⁽²⁰⁾»

Le premier secret fondamental: c'est l'action de la communauté qui détermine les progrès

Ceux-ci sont examinés plus en détail ci-dessous. Mais la province de Phayao a tiré une leçon plus fondamentale au cours des dix dernières années.

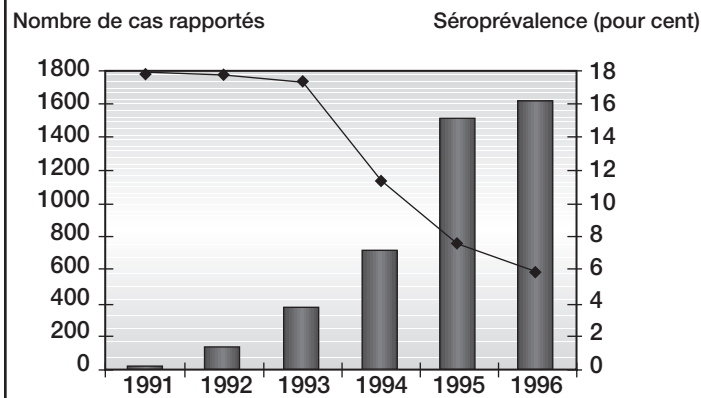
Cette leçon, c'est que le résultat de la lutte contre le SIDA se décide à l'intérieur de la communauté. Ce sont les êtres humains, et non les institutions, qui décident en dernier lieu s'ils doivent adapter leur comportement sexuel, économique et social en fonction de l'émergence du VIH/SIDA. Les organisa-

tions gouvernementales et non gouvernementales peuvent seulement influencer, empêcher ou faciliter les ripostes des individus au VIH et au SIDA. C'est pourquoi le facteur de progrès le plus important se trouve à l'intérieur de la communauté: la capacité des personnes à évaluer l'impact du SIDA sur leurs vies, à agir lorsque c'est nécessaire et à tirer des enseignements de leurs actes. Aider les personnes, les familles et les communautés dans un tel processus constitue à la fois un rôle clé et un défi majeur pour les institutions concernées.

La population de Phayao a démontré sa capacité à s'adapter à la réalité du VIH. Lorsque les gens ont été informés de l'émergence parmi eux d'une nouvelle maladie

meurtrière sexuellement transmissible, ils ont adapté leur comportement sexuel même avant que les communautés ne soient confrontées à des cas de SIDA et à des décès dus au SIDA.

Figure 34: Séroprévalence du VIH chez les conscrits et nombre de cas de VIH/SIDA rapportés



Comme le montre la figure 34, la prévalence du VIH parmi les jeunes gens a diminué de manière notable en 1994, ce qui est le reflet d'un changement de comportement avant 1994, époque où beaucoup de jeunes gens ont réagi aux premières campagnes d'information. C'est aussi l'année où le nombre de cas de VIH/SIDA a augmenté de manière significative. Les hommes avaient déjà modifié leur comportement sexuel, même avant de connaître quelqu'un vivant avec le SIDA.

Par contraste, il est apparu qu'à l'exception de la campagne pour l'utilisation systématique du préservatif, peu de projets étaient susceptibles d'apporter une contribution significative, parce qu'ils devaient encore toucher une proportion suffisante de personnes dans

le besoin. Les étudiants des écoles secondaires bénéficient seulement dans deux districts sur huit d'une formation intensive sur la santé sexuelle et d'une formation sur les compétences vitales. Environ 5% des couples font appel aux services de conseil avant le mariage. Certains groupes clés tels que les migrants à leur départ et à leur retour, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, attendent encore pour bénéficier des ressources destinées aux projets. Et, en dernier lieu, quels que soient l'information ou le soutien apportés par les institutions, la décision finale appartient aux individus. Ce qu'ils décident dépend de leur capacité, réelle et perçue, à se prendre en charge.

Le second secret fondamental: la capacité propre des individus à observer, comprendre et agir détermine leur action

Opportunité commerciale à Baan Tom

Un jour de 1993, Khun S. visitait Tom Dong, un village bordant la forêt, dans le district de Muang. Ce village était particulièrement frappé par le SIDA et avait enregistré de nombreux décès liés à cette maladie. Des jeunes femmes qui avaient quitté le village pour aller travailler dans des établissements de commerce du sexe revenaient avec le VIH et mourraient en fin de compte du SIDA. Il fit la connaissance de Khun S., une jeune femme qui habitait à Bangkok et venait rendre visite à sa mère.

«Que faites-vous à Bangkok ?» demanda Khun S.

«Je travaille dans une fabrique de fleurs artificielles» répondit-elle.

--->

«Vous représentez 'un capital humain' pour ce village», dit Khun S., «Pourquoi n'iriez-vous pas voir votre patron pour lui proposer d'ouvrir une entreprise ici même ?»

«D'accord» dit-elle.

La fabrique fut ouverte quelques années plus tard. Les femmes travaillent chez elles et vendent des matériaux pour les fleurs artificielles à l'entreprise qui investit maintenant 200 000 baht par mois dans l'économie locale.

Suwat Lertchayantee

Selon l'équipe ayant mené l'enquête, *la capacité des individus à évaluer leurs propres facteurs de vulnérabilité et de risque* explique les progrès accomplis jusqu'à maintenant. Cela est valable pour les individus, les familles et les communautés, dans les villages comme dans les groupes d'entraide.

La population de Phayao a fait des progrès parce qu'elle a surmonté sa première réaction de peur pour évaluer sa propre situation face au VIH/SIDA. Les individus ont constaté qu'ils étaient vulnérables au VIH, ils ont été capables de prédire ce qui se passerait s'ils ne faisaient rien et ils ont refusé cette éventualité en agissant sur leurs principaux facteurs de vulnérabilité et de risque. Leur capacité à s'adapter à l'émergence du SIDA était capitale pour parvenir à des progrès. Les progrès ne continueront que si cette capacité est de plus en plus développée. C'est pourquoi, aux yeux de la population de Phayao, *faciliter les ripostes au niveau de la communauté* constitue le rôle clé qui incombe aux institutions engagées dans l'action contre le VIH/SIDA.

Ainsi, que doivent faire les institutions ?

Etant donné ces deux secrets fondamentaux – le fait que la riposte communautaire détermine le progrès et que la capacité de la communauté à observer, comprendre et agir détermine sa riposte – que sont donc les ingrédients clés d'une riposte *institutionnelle* efficace ? Ce doit être de soutenir ces deux points fondamentaux. Dans la pratique, l'équipe menant l'enquête à Phayao a identifié plusieurs facteurs clés de progrès institutionnel, ou «secrets» de la réussite de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le Centre d'action contre le SIDA a conclu que les facteurs *institutionnels* suivants pourraient avoir contribué au progrès pendant les dix dernières années:

- combinaison d'une action à court terme pour réduire les risques et d'une action à long terme pour réduire la vulnérabilité;

- élaboration de partenariats multisectoriels où l'organisation, la prise de décisions et les ressources sont mises en commun;
- adaptation dynamique et continue de la stratégie au fur et à mesure que la province apprend comment se comporter face au SIDA, et
- stratégie de développement humain mettant l'accent non seulement sur les compétences techniques mais aussi sur la compassion et la disponibilité envers les patients.

Premier secret institutionnel: combiner l'action à court terme pour réduire les risques, avec l'action à long terme pour réduire la vulnérabilité

Au cours des dix dernières années, la province de Phayao a appris que cibler seulement les situations à risque avait ses limites (danger immédiat de transmission du VIH) et a progressivement évolué pour s'attaquer aussi aux facteurs de vulnérabilité (conditions entraînant les individus à se mettre dans des situations dangereuses).

Au départ, la province a donné la priorité immédiate à la prévention de la transmission du VIH en encourageant l'utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients. Cependant, cela ne

pouvait être qu'une action à court terme. Même si la majorité des hommes commençaient à utiliser régulièrement des préservatifs et diminuaient la fréquence de leurs visites chez les professionnel(le)s du sexe, le VIH se propagerait finalement à la communauté et la prochaine ligne de combat contre le virus serait l'utilisation de préservatifs chez les couples qui auraient découvert qu'ils sont séropositifs.

Bien que cette approche doive être mise en œuvre, elle présente des limites évidentes. Quels couples doivent passer le test de dépistage du VIH ? A quelle fréquence ?

Il est évident que les stratégies de réduction des risques doivent être complétées par des stratégies encourageant les individus (séropositifs ou non) à éviter les situations à risque.

A l'intérieur des ménages, cela signifie améliorer la communication, apporter davantage d'opportunités commerciales (voir encadré: Opportunité commerciale à Baan Tom), prolonger l'éducation et apporter une formation de savoir-faire vital. A l'intérieur des communautés, cela implique des changements dans les normes sociales, particulièrement dans les attentes concernant la contribution économique des filles à la situation financière de leurs parents – ce qui pousse souvent les filles vers le commerce du sexe.

«Avant, nous ne reconnaissons pas l'importance de la collaboration. Nous pensions que nous pouvions faire le travail nous-mêmes. Lorsque le SIDA est arrivé, nous avons compris qu'il est impossible de travailler seul.»

Dr Aree Tanbanjong, Bureau de la santé de la province de Phayao

«Il faut laisser chaque secteur faire son travail et ne pas être redondant.

Tous les secteurs ne doivent pas avoir un programme d'éducation. Pendant ces trois années nous avons reçu une somme forfaitaire en supplément du budget normal. Cela a provoqué un dialogue sur la manière de l'utiliser et créé une bonne collaboration.»

Dr Petchsri Sirinirund, Médecin-chef, Bureau de la santé de la province de Phayao

Source: Interviews faites par le Dr Heidi Larson ⁽²¹⁾

Deuxième secret institutionnel: la collaboration entre plusieurs secteurs

Dès que les facteurs de vulnérabilité de la société et de l'individu sont reconnus, le besoin d'une collaboration multisectorielle efficace pour réduire cette vulnérabilité devient évident.

Les interventions destinées à réduire le VIH/SIDA touchent l'activité principale de tous les secteurs. Par exemple, les responsables chargés du développement de l'agriculture peuvent donner la priorité aux villages dans lesquels la propriété foncière est peu importante, pour améliorer les chances de travail de villageois sans terre qui migreraient autrement hors de la province. Autre exemple, le Bureau de la santé de la province de Phayao plaide désormais pour une stratégie de réduction de la pauvreté sensible au SIDA: les secteurs économiques de la province doivent prendre en compte l'émergence du SIDA dans leurs projets de développement économique en ciblant les villages les plus vulnérables au VIH.

Troisième secret institutionnel: adaptation dynamique de la planification stratégique

Pour remplir un rôle actif, les institutions de la province ont dû adapter leur action au fur et à mesure que leur compréhension de l'épidémie s'améliorait. Par exemple, au départ, les cours d'hygiène pour les jeunes ont commencé sous la forme de cours de biologie centrés sur le virus et sa transmission. Maintenant le point de mire s'éloigne du virus et même du SIDA lui-même pour être remplacé par une éducation sur le savoir-faire vital. Auparavant la formation était faite en

cours séparés donnés par des travailleurs du secteur de la santé; désormais la stratégie consiste à intégrer le travail dans le programme de l'école et à faire donner ces cours par les enseignants habituels. Le même processus est en marche dans les cours d'hygiène donnés dans les dispensaires: auparavant, le VIH était le point de mire de la formation donnée aux individus, maintenant la stratégie consiste à insister sur le dialogue au sein des familles portant sur la vie et les questions sexuelles.

Quatrième secret institutionnel: le besoin de compassion

La solidarité demande de la compassion ou de l'empathie, processus consistant à se mettre à la place de quelqu'un d'autre sans préjugés. La compassion est une attitude rationnelle et ne doit pas être confondue avec des sentiments tels que la pitié ou la commisération. Etant donné que l'issue de l'épidémie dépend des individus et que la compassion est nécessaire pour comprendre leur situation et avoir une influence sur elle, l'alternative à la compassion est l'échec. Seule la compassion peut amener les personnels de santé et les autres travailleurs de première ligne à apporter leurs conseils en matière de santé dans le contexte adéquat. Les personnels des services de santé qui encouragent l'utilisation du préservatif chez les couples mariés pour une sexualité à moindre risque sans comprendre le point de vue des épouses risquent de les blesser car elles considèrent que le préservatif est un

signe d'infidélité. S'ils comprennent la perspective des épouses, ils peuvent se trouver sur un terrain d'entente, par exemple en encourageant en même temps l'usage du préservatif comme moyen de contraception.

Un kaléidoscope d'anecdotes et d'impressions (voir encadré ci-dessous) illustre plusieurs aspects de la compassion. La difficulté cependant est de mettre en place des incitations générales à la compassion, afin que cette attitude ne soit pas l'apanage de quelques acteurs exceptionnels mais qu'elle devienne une caractéristique fondamentale de toutes les institutions abordant le problème du VIH/SIDA.

Le Bureau de la santé de la province de Phayao a déployé beaucoup d'efforts pour encourager la compassion. Les personnels de santé ont été formés aux techniques de méditation, car il faut être en paix avec soi-même pour aller vers les autres. Ils sont encouragés à penser, à analyser et à agir par eux-mêmes pour s'adapter à la situation des personnes qu'ils doivent aider. Au-delà du secteur de la santé, la compassion a remplacé la peur comme principe directeur dans l'élaboration d'une politique liée au VIH/SIDA dans la province.

Un kaléidoscope de compassion

«Quand mon frère est mort du SIDA», raconte Kaew, infirmière dans un dispensaire, «je lui ai donné le bain rituel avant les funérailles. Avant, personne ne voulait baigner les personnes mortes du SIDA. Peut-être ce geste a-t-il contribué à la diminution de la discrimination que j'ai observée dans le sous-district ?»

«Lorsqu'on va leur rendre visite à domicile, les familles séropositives regardent seulement comment vous tenez leur bébé,» dit Jiab. «Si vous ne portez pas l'enfant ou si vous montrez que vous avez peur, vous êtes éliminés.»

«Je ne peux pas faire grand-chose dans ce village» dit Sœur X qui soutient les groupes d'entraide de personnes séropositives. «Ici, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont beaucoup de mal à s'organiser parce que le personnel du dispensaire local ne les accueille pas bien. Elles ont besoin d'un endroit pour commencer.»

«Nous avons réfléchi sur les conditions de notre guérison psychologique après avoir appris que nous étions séropositifs» raconte le responsable d'un groupe d'entraide. «Dans chacune de nos expériences, la rencontre avec une personne attentionnée a été le facteur décisif qui nous a permis d'accepter notre situation et nous a aidés à continuer.»

Lorsqu'on a demandé à Ying quel rôle jouait le bouddhisme d'après elle dans la riposte de Phayao au VIH/SIDA, elle a répondu: «Il est toujours dans nos esprits.»

Des habitants de Phayao

Bien sûr, aucun de ces facteurs n'est complètement mis en œuvre à Phayao. La section suivante traite des changements stratégiques envisagés par la province à la suite de cette enquête. L'application de ces

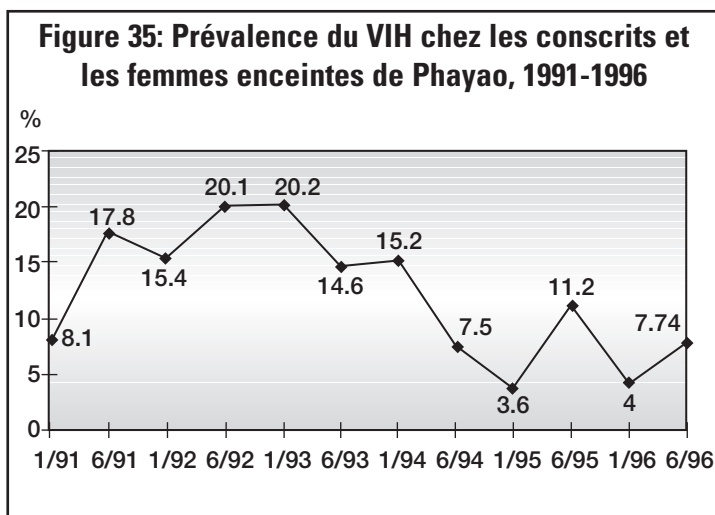
modifications stratégiques imposerait des changements en profondeur dans le secteur de la santé. Ils sont soulevés dans l'annexe 1, «Réforme des soins de santé à Phayao».



Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

Après une baisse rapide enregistrée au début des années 1990, les niveaux de prévalence du VIH parmi les conscrits et parmi les femmes enceintes se sont stabilisés à respectivement 7 et 5% (voir figure 35) depuis le début de l'année 1995.

Ces taux de prévalence sont encore parmi les plus élevés de Thaïlande et d'Asie. Ils se traduisent par des niveaux inacceptables de morbidité, de mortalité et de souffrance. Il est évident que l'autosatisfaction n'est pas de mise. Les dynamiques actuelles de la transmission du VIH pourraient expliquer le manque de progrès récents et fournir des indications stratégiques pour aller de l'avant.



Changements dans la dynamique de transmission du VIH

La dynamique de la transmission du VIH est en train de changer à Phayao alors que l'épidémie évolue et les réseaux de commerce du sexe se transforment. Nous allons décrire ici le scénario le plus probable de transmission du VIH, basé sur un mélange de données et d'information qualitative. Ce scénario sert de base pour des projets futurs tout en étant confirmé et peaufiné au fur et à mesure que la connaissance et la compréhension de l'épidémie à Phayao et ailleurs s'améliorent.

Les infections à VIH se produisent toujours pour une grande partie chez la population ayant migré en dehors de la province. Les premières vagues de malades VIH/SIDA ont été des hommes revenant d'un travail de col bleu à l'extérieur de la province. Puis un nombre en constante augmentation de professionnelles du sexe sont revenues avec le SIDA. Compte tenu de la période d'incubation du VIH, ce schéma décrit les infections contractées il y a cinq ou dix ans et les infections actuelles peuvent suivre une voie différente. Cependant, le schéma risque de rester tout à fait actuel car les hommes continuent de migrer pour chercher du travail, fréquentent toujours les établissements de commerce du sexe et n'utilisent pas régulièrement des préservatifs avec les professionnelles du sexe. Encore 40% des conscrits de 1997 avaient rendu visite à une professionnelle du

sexe au cours des 12 mois précédents. Parmi eux, 41% n'avaient pas utilisé régulièrement des préservatifs. Les chiffres comparables pour les travailleurs masculins sont respectivement de 22 et 34%. En outre, un nombre relativement important d'hommes déclarent avoir eu des rapports sexuels avec des hommes (figure 36) et la plus grande partie de ces rapports sexuels n'étaient pas protégés (figure 37). L'utilisation régulière de préservatifs chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'élevait à 38% chez les travailleurs masculins en 1997 (4% de ces hommes déclaraient avoir eu des relations sexuelles avec des hommes au cours des 12 derniers mois). Les chiffres correspondants pour les conscrits étaient de 29 et 7%.

Quelques femmes ont des MST rectales, signe que les rapports anaux sont également pratiqués avec les femmes. Les femmes ayant quitté la province pour travailler dans le commerce du sexe continuent à revenir d'autres provinces et d'autres pays porteuses du VIH. Lorsqu'on leur a demandé leur profession antérieure, 14% des femmes enceintes séropositives en 1996 ont déclaré avoir travaillé dans le commerce du sexe.

Tout le monde n'a pas été infecté par le VIH à l'extérieur de Phayao. Beaucoup sont contaminés au sein de la province à la suite de rapports sexuels à la fois à l'extérieur et dans le cadre du mariage. Le commerce du sexe existe toujours. La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe de Phayao est d'environ 60%. Ce taux élevé n'est pas vraiment une surprise, car la politique d'uti-

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

lisation du préservatif n'est pas appliquée de manière systématique. On constate en effet que le client qui utilise le préservatif est protégé, tandis que le/la professionnel(le) du sexe est encore dans une situation à risque, car certains clients n'utilisent pas de préservatifs.

(Etant donné la grande mobilité des professionnel(le)s du sexe, ils/elles peuvent avoir été contaminé(e)s dans une autre province.)

Outre les établissements de commerce du sexe, les professionnel(le)s du sexe offrent de plus en plus leurs services dans certains restaurants, bars karaoké, instituts de massage traditionnels et motels. La province n'a pas d'établissement de commerce du sexe connu offrant des services par les hommes. Les hommes emmènent les jeunes hommes rencontrés dans des bars karaoké et des restaurants. C'est une situation nouvelle et il est difficile de se tenir au

courant de tous les nouveaux «points de rencontre». Cependant, bien que le commerce du sexe «indirect» soit une réelle source d'inquiétude, le nombre de clients sera certainement bien inférieur à celui des établissements de commerce du sexe, entraînant donc relativement peu de nouvelles contaminations.

Figure 36: Proportion d'hommes déclarant avoir eu des rapports sexuels avec des hommes durant les 12 derniers mois

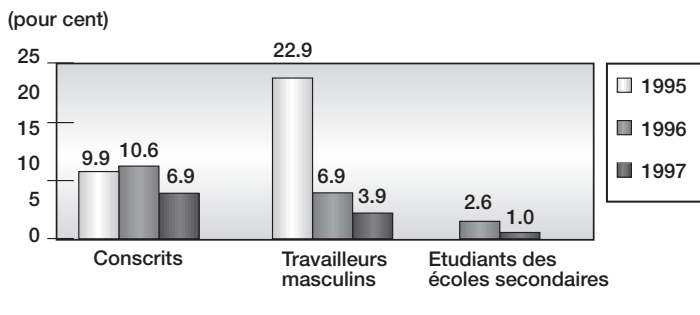
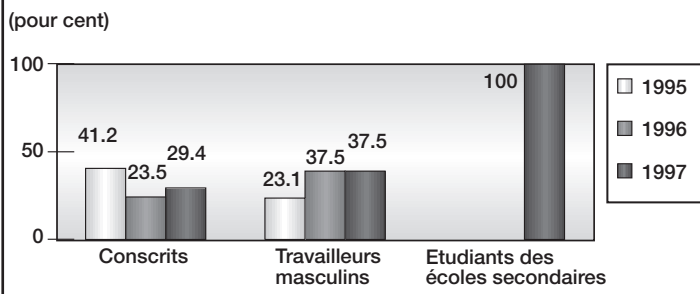
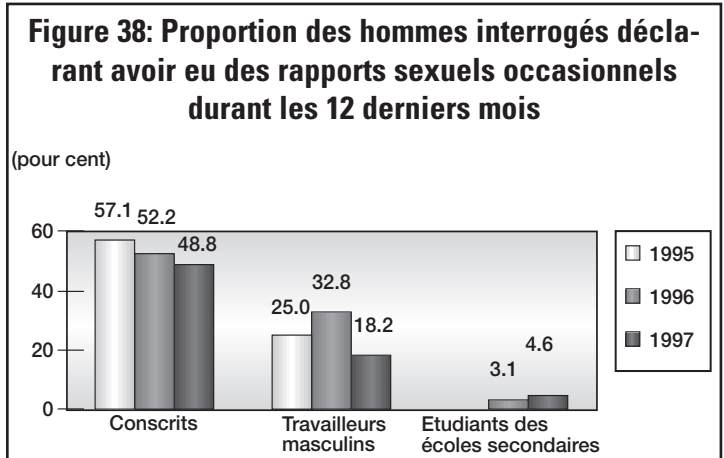


Figure 37: Proportion de l'usage régulier déclaré du préservatif chez les hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes durant les 12 derniers mois





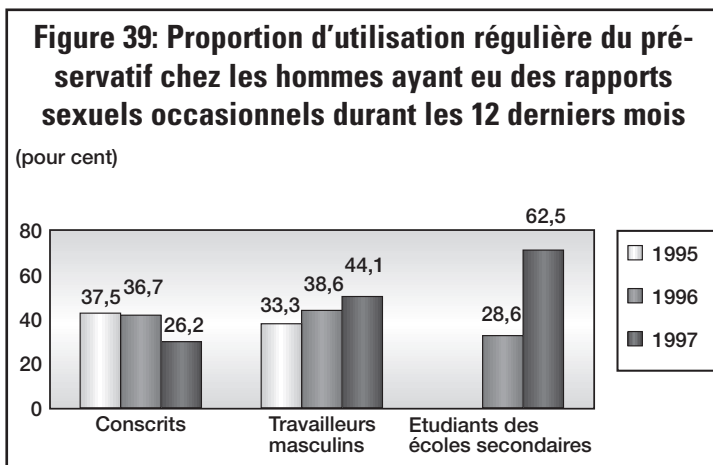
La consommation de drogues par injection existe dans la province de Phayao (elles est rapportée principalement dans les districts de Pong et de Chiang Kam). Quelques infections à VIH ont été attribuées à la consommation de drogues par injection depuis le début de l'épidémie à Phayao. Pendant le dernier trimestre de 1997, 45 héroïnomanes ont été soignés dans l'un des établissements de réhabilitation des toxicomanes. Il n'existe pas de données à base communautaire sur la prévalence de la consommation de drogues par injection. L'usage de drogues non injectables telles que les amphétamines semble assez répandu, ce qui fait craindre que certains utilisateurs ne commencent à s'injecter des drogues.

Certaines infections sont transmises par les rapports occasionnels car d'importantes proportions des hommes et des femmes interrogés au cours des enquêtes comportementales à Phayao déclarent avoir eu ce comportement à risque au cours de l'année écoulée. Contrairement à des spéculations selon lesquelles les hommes se tourneraient davantage vers des partenaires occasionnels lorsqu'ils ne se

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

rendraient plus chez les professionnelles du sexe, les enquêtes comportementales de Phayao n'indiquent pas que les rapports sexuels occasionnels sont en progression – ce serait plutôt l'inverse (figure 38). L'usage du préservatif dans ces conditions reste peu élevé (voir figure 39).

A Phayao, la plupart des nouvelles infections pourraient bien maintenant être transmises au sein des couples mariés.



Il existe une certaine évidence qu'environ 20% des partenaires de femmes séropositives ne sont pas contaminés. En admettant que 50% des 2500 femmes séropositives âgées de 25 à 35 ans (10% de la population, prévalence du VIH 5%) sont mariées, cela se traduirait par 250 hommes vivant avec une femme séropositive. Les mêmes suppositions sur le taux de mariage et le taux de sérodifférence se traduiraient par 500 épouses non contaminées d'hommes séropositifs âgés de 25 à 35 ans. Quelque 750 épouses vivraient avec un mari séropositif dans cette seule tranche d'âge⁽¹⁾.

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

En outre, on estime qu'environ 280 femmes séropositives à Phayao (soit 5% des femmes enceintes) ont donné naissance à 70 enfants contaminés (1997)⁽²²⁾.

Beaucoup reste à faire sur le front social

Des progrès supplémentaires sont également nécessaires sur le front social. Les personnes vivant avec le VIH/SIDA constatent que les familles non contaminées les regardent encore avec mépris. Elles ont des difficultés à obtenir des crédits et des assurances. Elles ne peuvent pas devenir moines, même pour de brèves périodes: seulement 11% des moines supérieurs interrogés autorisent les hommes séropositifs à devenir moines. Dix pour cent des entreprises interrogées utilisent encore le statut sérologique vis-à-vis du VIH comme critère de sélection. Lorsque leur séropositivité est connue, les parents ont encore beaucoup de mal à trouver une école maternelle pour leurs enfants.

Les causes fondamentales de vulnérabilité persistent

La première source de vulnérabilité est le manque d'information sur le statut sérologique vis-à-vis du VIH. La plupart des gens apprennent trop tard qu'ils sont séropositifs: lorsque les symptômes du VIH conduisent les médecins à pratiquer le test VIH. Entre-temps ils peuvent avoir transmis sans le savoir le VIH à une personne aimée. Seuls

les couples se rendant aux consultations prénuptiales, les femmes enceintes et les candidats à un travail outre-mer bénéficient d'un test précoce. De même, les communautés sont seulement informées de la présence du VIH lorsque les personnes sont malades ou meurent. Elles ne voient que le «sommet de l'iceberg» et pourraient prendre des mesures plus énergiques pour agir contre le VIH si elles avaient une idée de la véritable étendue de l'infection à VIH au sein de la communauté.

La deuxième source de vulnérabilité est le silence au sujet des questions sexuelles. «Nous le faisons, nous n'en parlons pas!» Ici, comme dans tant d'autres parties du monde, les hommes et les femmes n'ont pas appris à parler des thèmes relatifs au sexe. D'une certaine manière, chacun vit dans un monde imaginaire. Les pères font semblant de croire que leurs filles travaillent en tant que bonnes ou animatrices, mais non pas comme professionnelles du sexe. Les femmes veulent croire que leur mari est différent et ne les trompe pas. Des jeunes filles qui déclarent dans une interview qu'elles ne travailleraient jamais dans le commerce du sexe racontent quelques minutes plus tard qu'elles ont fait ce travail auparavant. Le problème est de savoir comment briser la barrière du silence sans briser les relations, comment faire face à la réalité sans être submergé par elle.

La troisième source de vulnérabilité est la consommation de drogues, en particulier d'alcool. Bien qu'on ne dispose pas de données précises sur la consommation d'alcool

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

dans la province de Phayao, on sait que l'alcool est consommé à une grande échelle.

Une quatrième source de vulnérabilité est le manque de possibilité de posséder des terres et la migration. Dans les interviews de groupes ciblés, les personnes interrogées établissent un lien certain entre le manque d'accès à la propriété des terres, la migration et le VIH/SIDA. Certains villages peuvent être plus vulnérables au VIH que d'autres, selon que les villageois possèdent les terres ou non.

Une cinquième source de vulnérabilité provient de normes sociales mal adaptées, à la fois anciennes et récentes. Par exemple les filles se lancent dans le commerce du sexe pas nécessairement à cause de la simple pauvreté, mais en raison d'un profond désir d'aider leur famille. Dans notre style de vie matérialiste, ce désir se traduit par la volonté de faire construire une nouvelle maison et/ou d'acheter des biens de consommation. Les traditions apprécient les filles qui soutiennent efficacement leur famille. Dans un tel contexte, les prescriptions habituelles, telles que l'amélioration de l'alphabétisation chez les femmes, peuvent ne pas suffire à modifier leurs attitudes. «Nous aimons venir à l'école et apprendre l'anglais: ainsi nous deviendrons des superstars et nous gagnerons beaucoup d'argent», répond une jeune fille à un universitaire étudiant le lien entre le commerce du sexe et l'éducation scolaire. La pression sur les jeunes filles ne sera relâchée que lorsque la société arrêtera de compter sur les filles pour aider leurs parents sur un plan matériel.

Les nouvelles normes sociales peuvent également être mal adaptées. La politique pour l'utilisation systématique du préservatif dans les établissements de commerce du sexe a donné l'image d'un préservatif qui ne serait utile que dans ces circonstances. En conséquence, la population associe préservatif avec commerce du sexe et trouve son emploi inacceptable dans une relation d'amour. Alors que 90% des couples utilisent un moyen de contraception, les préservatifs ne sont pas utilisés pour des motifs de contraception. Le partenaire proposant d'utiliser un préservatif sera immédiatement soupçonné de promiscuité. Les femmes diront à leur partenaire: «Comment ? Me prendrais-tu pour une prostituée ?»

Et maintenant le plus difficile

Nous voici arrivés au plus difficile. Comme nous l'avons vu dans la section *Comment transformer la crise en une chance pour l'avenir* (pages 45-54), les personnes susceptibles de s'adapter personnellement au VIH/SIDA l'ont fait. Pour de nombreuses personnes cependant, que ce soient des individus ou des communautés, l'information générale sur le SIDA et la distribution de préservatifs sur une large échelle ne sont pas ce dont elles ont besoin. Il leur faut soit une information personnelle sur leur propre statut, soit une information générale d'une autre sorte ou alors elles excluent totalement un changement de comportement.

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

La plupart des personnes séropositives ne réagissent pas à leur situation concrète parce qu'elles ne sont pas conscientes de leur statut. Ce dont elles ont besoin, c'est de pouvoir se faire tester et conseiller rapidement pour évaluer leurs propres facteurs de vulnérabilité qui les exposent eux-mêmes, ainsi que les autres, à des risques.

Certaines personnes peuvent ne pas se considérer elles-mêmes en danger: par exemple elles peuvent ne pas être conscientes que les rapports sexuels occasionnels ou les rapports anaux représentent des situations à risque en ce qui concerne la transmission du VIH.

D'autres acceptent tardivement ou résistent aux changements de comportement et n'ont pas encore réalisé les implications de l'émergence du SIDA sur leurs vies⁽²³⁾. Les consommateurs de drogues injectables et les hommes persistant à avoir des rapports sexuels non protégés dans les établissements de commerce du sexe appartiennent à cette catégorie. Davantage d'émissions à la radio et d'informations de masse n'aideront pas ce type de personnes. Pour aider les individus à faire face à la réalité et à agir, des approches personnelles et basées sur les pairs, plutôt que des approches fondées sur les médias, sont nécessaires, associant des interventions de divers secteurs, et mélangeant informations, services et changements relatifs aux normes sociales.

Du progrès au succès: une triple stratégie

Malgré les progrès évidents sur le VIH/SIDA à

Phayao, ces progrès sont en perte de vitesse depuis quelques années. Pour transformer les progrès en succès, un triple changement est nécessaire:

- cibler les individus, y compris les personnes vivant avec le VIH/SIDA, pour en faire les principaux participants à l'action contre le VIH/SIDA;
- généraliser le dépistage précoce et le conseil pour permettre à plus de personnes de s'adapter à leur propre situation;
- créer des ensembles de mesures associant l'appui de différents secteurs pour les principaux participants à l'action contre le SIDA.

Recentrage sur les individus: qui pourrait bien faire la différence ?

D'après le scénario décrit au chapitre précédent, les principaux participants à l'action contre le SIDA peuvent être identifiés. Pour l'avenir immédiat, il est évident que les personnes suivantes pourraient contribuer énormément aux futurs progrès en matière de VIH/SIDA:

- personnes vivant avec le VIH/SIDA, notamment les femmes enceintes;
- migrants sur le point de partir ou à leur retour, hommes et femmes;
- jeunes;
- hommes ayant des rapports sexuels non protégés dans les établissements de commerce du sexe
- hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes;
- consommateurs de drogues injectables.

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

Personnes vivant avec le VIH/SIDA

Les personnes séropositives ne sont pas un problème; elles peuvent jouer un grand rôle dans la solution⁽²⁴⁾. Nous savons que si elles pratiquent les tests adéquats et si elles sont conseillées en conséquence, les personnes vivant avec le VIH/SIDA empêcheront la transmission du virus aux êtres aimés: leurs partenaires sexuels et, pour les femmes enceintes, leurs futurs enfants⁽²⁵⁾.

Plus les individus connaîtront leur statut, plus leur riposte au VIH sera efficace. Cela suppose cependant que la société joue son rôle à travers ses diverses institutions.

Les femmes enceintes séropositives ont désormais la possibilité d'empêcher la transmission du VIH à leur bébé. A cet effet, le Bureau de la santé de la province de Phayao a organisé un soutien pour les femmes enceintes séropositives avec des résultats encourageants. D'octobre à décembre 1997, près de 100% des 1177 femmes enceintes fréquentant les dispensaires prénatals dans la province de Phayao ont accepté d'être dépistées pour le VIH. Environ 62% des femmes diagnostiquées séropositives ont bénéficié de zidovudine en prophylaxie, empêchant ainsi environ six cas de SIDA pédiatrique sur une période de quatre mois. Il faut arriver à éviter 24 cas de SIDA pédiatrique par an. Cette intervention n'aura cependant aucun impact sur l'incidence du VIH estimée à 7799 nouvelles contaminations à Phayao en 1997.

Migrants sur le départ ou à leur retour

Le meilleur antidote contre le VIH à Phayao serait un développement économique sensible au SIDA qui créerait des opportunités économiques dans la province. La fin des migrations cependant n'est pas prévue de si tôt. C'est pourquoi il faut parler aux migrants avant leur départ ou à leur retour pour les encourager à se protéger eux-mêmes et à protéger ceux qu'ils aiment et la société en général.

Les jeunes

L'avenir de l'épidémie dépend bien sûr de la riposte des jeunes, jeunes gens et jeunes filles, qu'ils soient scolarisés ou non. Phayao ne pourra poursuivre les progrès que si les nouvelles cohortes de jeunes gens et de jeunes filles échappent au VIH. Il faut considérer les jeunes des deux sexes. Même si dans la province de Phayao beaucoup de jeunes filles se livrent au commerce du sexe, un nombre plus élevé de jeunes gens sont contaminés par le VIH. Les jeunes gens des deux sexes devront examiner leurs facteurs spécifiques de vulnérabilité (qui incluront sans aucun doute la consommation de drogues) et réagir en conséquence.

Les hommes persistant à avoir des rapports sexuels non protégés

Les professionnel(le)s du sexe ont joué et jouent encore un rôle important dans les progrès observés jusqu'à ce jour. Ils/elles ne constituent pas le problème. Ils/elles font partie de la solution car ils/elles essaient de se protéger eux-mêmes, leurs futurs enfants

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

et leurs clients. Les professionnel(le)s du sexe direct(e)s ⁽²⁶⁾ peuvent apporter la plus grande contribution au progrès, parce qu'en moyenne, ils/elles ont un plus grand nombre de clients que les professionnel(le)s du sexe indirect(e)s.

Le problème consiste à atteindre les noyaux de résistance à l'utilisation du préservatif parmi leurs clients: des hommes qui malgré des années d'information et malgré leur expérience du SIDA dans la communauté continuent à avoir des rapports sexuels non protégés dans les maisons de passe. C'est encore plus compliqué par le fait que la plupart du commerce du sexe a lieu hors de la province.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Entre-temps les besoins spécifiques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes devront être abordés. En outre, la pratique des rapports sexuels anaux avec les femmes doit être évaluée et il faudra finalement s'attaquer à ce problème.

Consommateurs de drogues injectables

Pour le moment, la province de Phayao ne dispose pas d'informations lui permettant d'évaluer dans quelle mesure la consommation de drogues injectables contribue à l'épidémie dans la province. Cette pratique doit être étudiée et des stratégies de réduction des risques doivent être mises en place ⁽²⁷⁾.

Généraliser le dépistage précoce et les services de conseil

Le dépistage précoce et les services de conseil peuvent avoir lieu à deux niveaux:

- les individus et les couples
- la communauté

Le dépistage précoce et les services de conseil aux individus et aux couples

Actuellement, la plupart des services de dépistage et de conseil sont mis en place pour les personnes séropositives. Ces dernières sont donc dépistées plusieurs années après le début de l'infection et il est très probable alors qu'elles ont déjà transmis l'infection à des personnes aimées, tout simplement parce qu'elles ne savaient pas qu'elles étaient infectées. En conséquence, une proportion non négligeable des nouvelles infections dans la province a probablement lieu à l'intérieur du couple marié.

Pourtant, une proportion importante de ces couples sérodifférents utilisera des préservatifs s'ils connaissent leur situation. Les couples sérodifférents qui ne connaissent pas leur état ne l'utiliseront pas, sauf si tous les couples changent d'attitude face à l'utilisation du préservatif. Un changement d'attitude chez tous les couples à une échelle suffisante est improbable avant longtemps ⁽²⁸⁾.

Les couples sérodifférents ont une très bonne raison pour dépasser les perceptions négatives actuelles contre le préservatif.

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

Le dépistage et le conseil pour les couples sérodifférents pourraient être réalisés à quatre occasions:

- au cours du dépistage et du conseil avant le mariage
- à la consultation de planification familiale
- dans les dispensaires prénatals et postnatals
- dès la première détection de l'infection à VIH

Les avantages du conseil précoce ne seraient pas limités aux couples. En fait le processus de conseil s'applique aussi aux communautés et apporterait de grands bénéfices.

Dépistage et conseil avant le mariage

La pression sociale est grandissante à Phayao pour que les jeunes procèdent au dépistage du VIH avant de se marier pour la première fois. Cette pression ne semble pas exister pour les remariages. La plupart des veufs et des veuves (un grand nombre d'entre eux ayant perdu leur conjoint à cause du SIDA) se remarient sans vérifier leur statut sérologique vis-à-vis du VIH ou celui de leur partenaire. Dans l'ensemble, le dépistage et le conseil avant le mariage couvrent seulement une petite proportion du nombre total de mariages. Les données étant conservées individuellement, et non par couple, il est difficile d'évaluer la proportion de couples sérodifférents parmi les clients d'une part, et d'autre part, leur décision concernant le mariage, une fois qu'ils ont été informés des

résultats du test. La plupart des couples sérodifférents décident cependant de ne pas donner suite à leurs projets de mariage.

Cela soulève un problème de santé publique majeur. Si le dépistage et le conseil avant le mariage concernaient tous les mariages et avaient systématiquement comme résultat que les couples sérodifférents ne se marient pas, les personnes séropositives ne trouveraient alors jamais de partenaire sexuel stable jusqu'à ce qu'elles rencontrent une personne également séropositive. Cela est déjà le cas d'une certaine manière, car certaines personnes séropositives rencontrent leur partenaire dans un groupe d'entraide. Il faudrait aborder la question de la pression sociale qui s'exerce sur les candidats au mariage sérodifférents pour les dissuader de se marier, et des mesures devraient être envisagées pour faciliter les mariages entre personnes vivant avec le virus⁽²⁹⁾.

Consultation de planification familiale

Avec un taux d'utilisation de la contraception avoisinant les 90%, les centres de planification familiale représentent un point d'accès majeur pour détecter les couples sérodifférents. Les conseillers des consultations de planification familiale pourraient encourager systématiquement le conseil et le dépistage du VIH. Le problème cependant réside dans le fait que les femmes viennent seules aux centres de planification familiale. La première étape nécessaire pour appliquer cette stratégie consisterait donc à insister sur la responsabilité conjointe des couples en ce qui

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

concerne leur santé reproductive et par conséquent, à inviter systématiquement les hommes à se joindre à leur partenaire dans les consultations de planification familiale.

Dispensaires prénatals et postnatals

Alors que les femmes refusent généralement de partager avec leur partenaire la nouvelle concernant leur infection au moment où elles l'apprennent, il serait peut-être possible de convaincre les femmes de le faire après la naissance, avant qu'elles ne reprennent leurs relations sexuelles.

A la première détection de l'infection à VIH

Le diagnostic du VIH est une autre occasion où on peut détecter les couples sérodifférents. Cela peut avoir de grands avantages, car l'infection des personnes séropositives est susceptible d'augmenter lorsque la charge virale s'accroît. Une autre possibilité serait de procéder à des tests sanguins dans les dispensaires anonymes.

Conseil aux communautés

Le conseil aux communautés peut être envisagé dans trois contextes:

- villages et environs;
- parmi les groupes de pairs;
- au niveau du *tambon*

Villages et environs

Outre les services de conseil précoce desti-

nés aux couples et aux individus, les communautés pourraient recevoir plus de moyens pour participer à la riposte. Cette habilitation commence par l'information au niveau de la prévalence du VIH. Les communautés sont seulement conscientes de la partie visible de l'iceberg: elles savent généralement qui a le SIDA dans le village mais n'ont aucune idée de la prévalence du VIH. A ce stade de l'épidémie, les cas de SIDA ne représentent que 10% environ de la prévalence du VIH. On pourrait donner cette information aux communautés, sur la base de la prévalence moyenne dans le district. Cependant, les communautés auraient encore plus de moyens si les responsables du système de santé les informaient de la prévalence réelle du VIH (bien entendu sans révéler l'identité des personnes séropositives). Cela peut être utile car on est pratiquement convaincu que les communautés ne sont pas égales en matière de vulnérabilité à l'épidémie. Cette information encouragerait les membres de la communauté à analyser leurs facteurs spécifiques de vulnérabilité et de risque, et à réagir contre ces derniers.

Conseil par les pairs

Le conseil par les pairs est déjà effectué parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui participent également à des groupes d'entraide. La province pourrait soutenir la création de groupes d'entraide de personnes vivant avec le VIH/SIDA plus nombreux et plus forts, à mesure que davantage de personnes connaîtraient leur

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

statut sérologique. En même temps, la province pourrait atteindre – tout en s'appuyant sur eux – les réseaux existants de professionnel(le)s du sexe, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et de consommateurs de drogues injectables afin d'aider à l'analyse conjointe des risques et de la vulnérabilité, et de stimuler l'action permettant de s'attaquer à ces facteurs.

Cela implique que le personnel au niveau du sous-district, des centres de santé et d'autres secteurs a les compétences et les attitudes permettant de faciliter (et non de contrôler) une telle analyse conjointe (voir section suivante). En outre, la responsabilisation implique que les communautés et les groupes d'entraide peuvent disposer de ressources financières et de services à l'appui de leur action contre le VIH/SIDA.

Evaluation, analyse et action conjointes au niveau du tambon (sous-district)

Le personnel du centre de santé jouerait un rôle central dans ce processus, car il a un accès privilégié aux informations liées au VIH/SIDA. Les communautés considéreraient les facteurs généraux de vulnérabilité et de risque tandis que les groupes existants de personnes vivant avec le VIH/SIDA et les jeunes analyseraient la spécificité de leur situation et les besoins précis nécessaires pour soutenir une action efficace. La synthèse se ferait au niveau des organismes administratifs du *tambon*, où les plans d'action des communautés et de groupes spéci-

ifiques seraient examinés et évalués. Les représentants des différents secteurs et les membres de la communauté s'engageraient dans des actions spécifiques à l'appui des plans d'action des divers participants clés à la lutte contre le VIH/SIDA. L'organisme administratif du *tambon* ne contrôlerait pas le processus, mais s'assurerait que chaque partie tienne ses engagements. Le personnel du centre de santé, les chefs de la communauté et les membres des groupes d'entraide aideraient le *tambon* à surveiller la mise en œuvre efficace du plan.

Le processus proposé de conseil au sein de la communauté fonctionnerait de manière optimale si les institutions de divers secteurs soutenaient efficacement l'action communautaire visant à réduire les facteurs de vulnérabilité et de risque. Plutôt que de continuer à élaborer des projets par secteur, les institutions devraient s'efforcer de s'unir pour apporter leur soutien aux acteurs clés de communautés spécifiques dans leur riposte au VIH/SIDA.

Pour adapter les plans d'action aux besoins locaux, les organismes administratifs du *tambon* utiliseraient leur propre budget, pour lequel ils obtiennent de plus en plus d'autonomie. Ils seraient informés des engagements actuels pris par les différents secteurs de la province envers les partenaires clés en riposte au VIH/SIDA et recevraient une liste indicative des engagements supplémentaires possibles de la part de différents secteurs, ainsi que les coûts de ces engagements pour le *tambon*.

Les progrès à Phayao pourraient être en perte de vitesse

Comment arriver à une telle différence ? En associant le soutien de plusieurs secteurs pour créer un ensemble de mesures

C'est là où les institutions de Phayao peuvent faire le plus de progrès. Vus d'en haut, les projets recouvrent tout un éventail d'activités caractéristiques d'une riposte holistique. Cependant, le soutien que les individus reçoivent des institutions est encore fragmenté.

Le type de soutien obtenu par les individus dépend de la capacité des institutions locales à formuler des projets et à les soumettre au Comité contre le SIDA de la province. En conséquence, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ont accès à un centre de traitement de jour dans deux districts seulement. Les projets visant à réduire la vulnérabilité des jeunes filles ne touchent encore qu'une minorité d'entre elles. Quelques centres de santé offrent des services de conseil et de dépistage; la plupart ne le font pas. Se basant sur dix ans d'expérience, la province de Phayao peut maintenant établir des ensembles d'interventions pour soutenir les participants clés dans la riposte au VIH/SIDA et renforcer la gestion locale pour assurer l'ensemble de l'exécution.

Etant donné la contribution particulière des personnes vivant avec le VIH/SIDA en faveur de progrès supplémentaires, un ensemble de mesures à l'intention de ces personnes est détaillé ci-dessous. Des

ensembles similaires seraient élaborés pour soutenir d'autres participants clés dans la riposte au VIH/SIDA. L'approche comportant le dépistage et le conseil ne fonctionnera que si les institutions de la province sont prêtes à soutenir les personnes séropositives de manière holistique, aussi bien en tant qu'individus qu'en tant que membres de groupes d'entraide. Comme nous l'avons vu dans la section *La population de Phayao fait de gros progrès* (pages 27-43), la province de Phayao procure déjà la plupart des éléments de ce soutien. La difficulté consiste à inclure ce soutien dans un ensemble efficace apporté à toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA de la province. Les éléments de cet ensemble sont présentés dans le tableau 9. L'ensemble de mesures s'attaque aux facteurs de vulnérabilité et de risque et soutient les personnes vivant avec le VIH/SIDA en tant qu'individus et en tant que membres de groupes d'entraide.

Des ensembles de mesures similaires pourraient être élaborés pour appuyer chaque groupe clé dans la riposte au VIH/SIDA. Ces mesures représenteraient les engagements par secteur vis-à-vis des différents groupes. Chaque secteur aurait la responsabilité de fournir les éléments de l'ensemble de manière efficace.⁽³⁰⁾

Tableau 9: Exemple d'un ensemble de mesures (soutien multisectoriel aux personnes vivant avec le VIH/SIDA)

Niveau	Soins de santé	Education	Religion	Travail	Services sociaux
District	<p>Dépistage et conseil pour MH* et MCE*</p> <p>Centre d'orientation</p> <p>Centre de soins de jour</p> <p>Centre de soins palliatifs</p> <p>Thérapie de groupe</p> <p>Méditation</p> <p>Orientation vers d'autres secteurs</p> <p>Soutien aux groupes d'entraide</p>	<p>Les écoles secondaires acceptent les enfants des personnes vivant avec le VIH/SIDA</p>		<p>Le bureau du district recherche des emplois pour les communautés les plus vulnérables et surveille la discrimination sur le lieu de travail.</p>	<p>Le bureau du district approuve les fonds pour les familles pauvres touchées par le VIH/SIDA</p>
Sous-district	<p>Dépistage et conseil en centre de santé</p> <p>Soins palliatifs et conseil des groupes d'entraide sur les IO*</p> <p>Orientation des problèmes vers les OAT* et autres secteurs</p> <p>Supervision des soins à domicile</p>	<p>Les écoles primaires acceptent les enfants des personnes vivant avec le VIH/SIDA</p>	<p>Le temple autorise les personnes vivant avec le VIH/SIDA à devenir moines</p> <p>Groupes d'entraide bienvenus pour activités dans le temple</p> <p>Soutient besoins essentiels : abri et nourriture</p> <p>Thérapie traditionnelle, conseil, méditation</p>	<p>Représentant du <i>tambon</i></p> <p>Bourses de formation à l'emploi</p> <p>Petites bourses pour investissements</p>	<p>Les services sociaux du village aident à remplir les demandes de financement</p> <p>Fournissent des aides mensuelles</p>
Communauté	<p>PSV* et soins à domicile</p> <p>Suivi de la thérapie</p> <p>Soutien psychologique</p> <p>Aide dans activités quotidiennes</p> <p>Groupes d'entraide</p> <p>Information sur les soins</p> <p>Encouragement des membres à respecter les normes</p> <p>Participation au conseil dans la communauté</p>	<p>Les jardins d'enfants acceptent les enfants des personnes vivant avec le VIH/SIDA</p>	<p>Les familles invitent les personnes vivant avec le VIH/SIDA aux cérémonies et leur demandent de participer</p>	<p>Les familles recrutent les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les entreprises familiales</p> <p>Achètent des biens et services de personnes vivant avec le VIH/SIDA</p>	<p>Le chef du village encourage les activités des groupes d'entraide</p> <p>Soutient la création d'emplois</p> <p>Détecte et dénonce l'exploitation des personnes vivant avec le VIH/SIDA par escrocs et charlatans</p> <p>Les familles soutiennent les besoins essentiels : abri et nourriture</p>

*MH : Malade hospitalisé MCE : Malade en consultation externe IO : Infections opportunistes OAT : Organisme administratif du *tambon* PSV : Professionnels de la santé du village

Tirer un meilleur parti du baht

La crise financière actuelle renforce la nécessité de parvenir à une spécificité stratégique. En 1997, le budget de la province pour le VIH/SIDA a été réduit. La majeure partie des ressources publiques provenait du budget VIH/SIDA du Ministère de la santé publique. Ce budget va certainement être encore réduit au cours des prochaines années. En même temps, d'autres ministères vont voir leur budget diminuer encore davantage, et il est donc peu probable que ces ministères soutiennent une proportion plus importante du budget VIH/SIDA. C'est pourquoi la nécessité d'une stratégie rentable devient de plus en plus évidente. L'engagement direct de la communauté, tel qu'il est décrit plus haut, pourrait être d'un très bon rapport coût/efficacité.

Oser envisager le succès

Il est nécessaire de générer une vision du succès qui mobiliserait la population dans sa vie publique et privée. Cette vision pourrait être:

Un jour à Phayao, le VIH/SIDA deviendra un problème mineur parce que l'épidémie nous aura enseigné à tous une leçon, dans nos vies publiques et privées. Infectés ou non, nous pourrons vivre avec le VIH et le SIDA.

Sur ce chemin vers le succès nous proposons des objectifs à la population de Phayao. Ces objectifs sont ambitieux mais nous pensons qu'ensemble, nous pouvons les atteindre:

- dans les cinq ans à venir, les jeunes pourraient éviter d'être contaminés par le VIH, comme le montrent les niveaux de prévalence du VIH parmi les conscrits et les primipares qui se situent en dessous de 1%;
- l'incidence du SIDA pédiatrique diminuerait de 50%;
- plus de 80% des personnes vivant avec le VIH/SIDA seraient satisfaites de leur qualité de vie;
- plus de 80% des communautés de la province de Phayao évalueraient régulièrement les causes locales de vulnérabilité et de risque et agiraient en conséquence.

Pour transformer cette vision en une réalité, nous devons appliquer la stratégie ci-dessus efficacement. Tout dépendra de la capacité du secteur de la santé, en particulier au niveau local. Dans la section suivante, nous allons examiner la réforme des soins de santé entreprise actuellement à Phayao et proposer les mesures précises qui permettront au nouveau système de soins de santé de passer le test VIH.



Passer le test VIH

Faire le lien entre VIH et réforme des soins de santé

Des réformes profondes des soins de santé sont nécessaires pour que les progrès en matière de VIH/SIDA se poursuivent. L'arrivée du SIDA représente un défi pour le secteur de la santé au niveau de l'objectif et des rôles. Le SIDA nous rappelle que l'objectif du secteur de la santé n'est pas seulement de parvenir à de meilleurs résultats concernant la santé en produisant des ensembles de mesures sur les soins de santé. La société n'attend pas uniquement du secteur de la santé qu'il fournisse des soins. Le secteur de la santé doit conseiller les individus et les communautés et catalyser les autres secteurs vers une action pour la santé. On plaide en faveur de ces rôles depuis Alma Ata. Mais maintenant, le fait que la «santé» joue réellement ces rôles est une question de vie ou de mort: aucun autre secteur ne le fera à sa place.

Ce ne sera pas une tâche facile. Premièrement, conseiller les individus et les communautés dans toute la province demande des changements radicaux dans la structure d'un système utilisé pour lutter contre l'épidémie plutôt que pour influencer le comportement des autres. Deuxièmement, atteindre la direction et les collègues d'autres secteurs constitue une

tâche difficile pour les professionnels de la santé qui sont bien adaptés à une hiérarchie verticale. Troisièmement, l'incorporation de procédures liées au VIH/SIDA au «cœur du service de la santé», les normes de rendement du système de soins de santé à Phayao, demeurent un défi. Le point d'entrée pour cette triple adaptation du secteur de la santé doit être le centre de santé. A la liaison entre les communautés et proche du *tambon*, le centre de santé occupe une position idéale pour faire appliquer efficacement les changements requis. Pour développer d'excellents centres de santé compétents en matière de SIDA, Phayao devra apporter de profonds changements dans la structure de sa gestion et continuer à élaborer sa stratégie en matière de ressources humaines.

La réforme des soins de santé en cours à Phayao est décrite en détails dans l'annexe 1.

Les critères de succès de la réforme des soins de santé à la fois en Thaïlande et à Phayao sont en cours de développement. Pour le Bureau de la santé de la province de Phayao, cependant, un critère de succès est clair: le système de soins de santé réformé doit «passer le test VIH». Il doit être plus compétent pour traiter avec le VIH et le SIDA pour deux raisons. Premièrement, le système doit être compétent pour agir contre le SIDA, première cause de mortalité dans la province. Deuxièmement, le SIDA est révélateur des problèmes socio-comportementaux que le système doit aborder avec plus d'efficacité par le biais de sa réforme.

La riposte au VIH/SIDA au cours des dix dernières années pourrait bien contenir de nombreuses leçons applicables à la santé en général.

Pourquoi le VIH/SIDA représente un défi pour la réforme des soins de santé

Le SIDA oblige les réformateurs de la santé à réexaminer l'objectif et les rôles qu'ils attribuent généralement au secteur de la santé.

Les objectifs des systèmes de soins de santé

Confrontée au problème du SIDA, la province de Phayao n'avait pas comme seul but l'amélioration de l'état de santé. Certes, la prévention de la transmission du VIH et la diminution parallèle de la morbidité et de la mortalité dues au VIH étaient des objectifs fondamentaux. Mais le BSPP accordait autant d'importance à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leur famille qu'au développement du potentiel des individus, des familles et des communautés à aborder eux-mêmes le VIH et ses conséquences.

Le SIDA est en train de modifier la vision de Phayao en matière de santé. Prolonger la vie et réduire la morbidité ne sont pas les

seuls objectifs des systèmes de soins de santé et de la réforme des soins de santé. Etablir des procédures de soins de santé, les «interventions», n'est pas sa seule activité. La réforme des soins de santé doit chercher à établir davantage qu'un état de bonne santé. Dès que l'on accepte que les individus et non les systèmes de soins de santé produisent la santé, on réalise que le soulagement de la souffrance, indépendamment des résultats en matière de santé, et l'autonomie, la capacité des individus à entretenir leur propre santé, deviennent des objectifs du système de soins de santé tout aussi importants.

Si l'autonomie et le soulagement de la douleur sont des objectifs d'égale importance affectés au secteur de la santé, la capacité de conseiller les individus et les communautés et de mobiliser d'autres secteurs devient encore plus importante.

Le rôle des systèmes de soins de santé

Communautés, individus et services de conseil

Le SIDA ne représente pas seulement un défi pour le comportement privé des individus. Il remet également en question le comportement des professionnels de la santé dans leur travail. De par leur formation traditionnelle, les infirmières et les médecins pensaient contrôler la situation. Le SIDA nous montre que ce n'est pas le cas, mais que ce sont les individus eux-

Indiquez-moi un endroit où me tenir debout, dit [Archimède], et je ferai bouger la terre'.

Les intermédiaires suivent ce principe: la manière pour les faibles de faire bouger les forts n'est pas par la force, mais en modifiant leurs relations, en changeant l'angle d'approche.

Source: Zeldin ⁽²⁹⁾

Il faudrait l'écrire dans les descriptions de poste ⁽¹⁵⁾.

Mme Saowanee, Responsable de la section SIDA/MST au Bureau de la santé de la province de Phayao

Former les membres du personnel à penser par eux-mêmes, à évaluer les situations et élaborer des réponses. Plutôt que de leur dire ce qu'il faut faire ⁽¹⁶⁾.

Dr Petchsri Sirinirund, Centre d'action contre le SIDA de Phayao

mêmes qui ont le contrôle. Nous pensons avoir du pouvoir. Nous réalisons maintenant un peu plus nos limites. Les professionnels de la santé ont l'habitude de demander à leurs patients de participer à leurs programmes de santé. Maintenant, les professionnels de la santé doivent réaliser qu'ils doivent essayer de jouer un petit rôle dans la vie des gens, et de le jouer bien. Il n'existe pas de méthode facile pour parvenir à cette transformation.

Elaborer une nouvelle conception partagée de la santé, et modifier le mode d'interaction avec les individus et les communautés. Ce sont apparemment les deux méthodes pour parvenir efficacement à cette transformation. Sur la base de l'expérience acquise à Phayao, voici quelques leçons retenues pour arriver au changement nécessaire dans les attitudes et le comportement des professionnels de la santé. La formation ne suffira pas pour obtenir les changements d'attitude nécessaires dans l'ensemble du système. Il faut également aborder les contraintes dans les structures et les processus.

- Reconnaître formellement que le conseil individuel et le conseil en groupes peuvent être légitimement donnés par le personnel.

Traditionnellement, les services de conseil (et avant cela l'éducation sanitaire) étaient considérés comme «légers». Le «vrai travail» comprenait les interventions qui impliquaient l'utilisation de matériel et avaient un résultat mesurable: une césarienne, un vaccin par exemple. Maintenant, nous devons admettre que le processus consistant à fournir un conseil est le résultat lui-même, afin de donner du temps et de l'espace à cette activité et d'en identifier les meilleurs acteurs.

- Donner l'autonomie nécessaire au personnel.

Donner au personnel la responsabilité, l'autorité correspondante et les compétences pour intégrer toutes les informations concernant un patient précis et les placer dans le contexte de sa famille et de la communauté. Donner les moyens au personnel de participer aux évaluations des problèmes de santé pratiquées dans les communautés, notamment en ce qui concerne le VIH/SIDA.

- Faire confiance *a priori*.

Si les professionnels de la santé doivent céder une partie de leur contrôle et accepter que leurs clients décident ce qu'ils doivent faire, leurs supérieurs doivent également relâcher leur contrôle. La confiance en leur personnel est le carburant nécessaire pour permettre au personnel d'avoir confiance en soi. Cette confiance en soi est déterminante pour l'accomplissement du nouveau rôle du personnel consistant à faciliter les décisions personnelles et celles de la communauté. Cette confiance, cependant, ne doit pas être comprise comme une liberté «de tout faire». La confiance doit être accompagnée d'une compréhension claire des tâches à accomplir et d'un soutien à la résolution des problèmes rencontrés dans la réalisation de ces tâches.

- Formation à la compréhension de soi.

Au-delà des compétences techniques, la formation doit inclure tous les principaux aspects du développement humain. Cela comprend une formation sur les fonctions de base de la gestion mais aussi sur les valeurs et les compétences spirituelles. Pour être capable de conseiller d'autres personnes, il faut être en paix avec soi-même. Pour comprendre les autres, il faut commencer par se comprendre soi-même.

- Encourager l'appétit d'apprendre.

Le secret est peut-être de changer l'attitude du personnel face à l'apprentissage, c'est-à-dire faire comprendre au personnel qu'il peut trouver beaucoup de sagesse dans la communauté; qu'il peut lui-même grandir au contact des personnes qu'il sert s'il a soif de savoir.

La formation n'est pas la seule voie pour le développement du personnel. Les contraintes dans les structures et les processus doivent être éliminées si le personnel doit jouer son nouveau rôle efficacement.

- Organiser le flux des patients de manière à encourager l'intimité et la confidentialité.

Par exemple, ouvrir les dispensaires aux endroits et aux heures convenant le mieux aux patients. En ce moment, le dispensaire MST est situé au Bureau de la santé de la province de Phayao, ce qui empêche quiconque n'étant pas reconnu socialement comme professionnel(le) du sexe de consulter. Il faut

Passer le test VIH

Au début, vers 1992, le rôle du dispensaire de conseil n'était pas clairement défini. Les conseillers avaient tendance à rabrouer les personnes séropositives parce qu'ils manquaient d'assurance pour leur fournir des conseils. Leur nombre a augmenté énormément et nous avions jusqu'à 50 patients par jour. A la fin nous étions déprimés et épuisés. En 1994, j'étais accablée par le stress, la colère et la fatigue. Je me disputais avec mon mari sans raison et j'ai commencé à boire. En 1995, j'ai dû à mon chef que je voulais démissionner. Mon cas n'était pas un cas unique. Alors, le Bureau de la santé de la province de Phayao a mis en place pour nous un cours spécial. Nous avons reçu une formation en psychologie personnelle et en psychologie familiale. Maintenant j'ai l'impression d'être une nouvelle personne. Maintenant que je sais comment m'aider moi-même, je pense que je sais mieux comment aider les autres ⁽²¹⁾.

Khun Nongkran Meesub, Technicienne d'infirmierie à l'Hôpital communal de Dokkamtai

Nous remarquons que le tambon s'affaire à construire de nouvelles routes. Je me demande qui va se déplacer sur ces routes s'ils ne nous aident pas à arrêter le SIDA ⁽⁹⁾?

Une personne atteinte du SIDA pendant un entretien avec un groupe ciblé.

s'assurer que les consultations curatives dans les centres de santé et les services de consultations externes permettent une discussion confidentielle. Actuellement ces consultations ont parfois lieu en présence d'autres personnes ou derrière une simple cloison. On peut l'accepter si le centre de santé s'occupe de bébés ayant la rougeole, mais pas lorsqu'il s'agit de faire partager à une mère son anxiété à propos d'un mari susceptible de lui transmettre le VIH. Il faut également faire en sorte que le nombre de patients permette une discussion en privé. En ce moment, dans les services de consultations externes, le personnel a à peine le temps d'aborder la plainte principale du client. Comment pourrait-il bien avoir le temps de replacer cette plainte dans un contexte plus large ?

- Inclure la perspective du client dans le rapport sur l'examen des compétences du personnel.

Développer une méthode objective et transparente permettant aux clients, notamment les personnes vivant avec le VIH/SIDA, de donner leur avis sur les compétences et les attitudes du personnel. Tenir compte de cette évaluation au moment de la promotion du personnel.

Catalyser d'autres secteurs

Pour riposter efficacement au VIH/SIDA, les gens ont besoin du soutien combiné de plusieurs secteurs. La santé, cependant, a un rôle spécifique à jouer. Avec le soutien de l'autorité coordinatrice, le secteur de la santé est dans une position idéale pour catalyser d'autres secteurs: pour les atteindre et les faire réagir au défi que le SIDA impose à leur propre organisation de base. Dans un premier temps, les autres secteurs ripostent généralement au SIDA en copiant des activités qui sont habituellement pratiquées par le secteur de la santé. Par exemple, les travailleurs chargés du développement agricole organisent de temps à autre un «débat sur le SIDA» au milieu d'autres discussions avec des fermiers.

Bien que valable en soi, cela ne contribue guère à apporter le soutien nécessaire de la part du secteur de l'agriculture. Il est indispensable que chaque secteur adapte son activité de base à l'émergence du SIDA. Par exemple, un travailleur chargé du développement agricole pourrait discuter de la culture intensive que ces fermiers pourraient introduire pour conserver davantage de jeunes au village. Il pourrait aussi étudier avec les familles gravement touchées la possibilité d'adapter leurs activités agricoles à la présence de personnes séropositives ou à la perte de leur principal soutien de famille. Le temps est venu d'essayer cette approche en Thaïlande et en particulier à Phayao.

Premièrement, le Huitième plan de développement social et économique national place

les individus au cœur de toutes les activités de développement. Lorsque le Centre de santé de la province de Phayao plaide pour que chaque secteur examine comment le SIDA affecte sa propre activité de base, il peut compter sur le soutien des autorités supérieures.

Deuxièmement, la Constitution de 1997 demande le renforcement du niveau d'administration du *tambon* (sous-district) grâce à la création de l'Organisation administrative du *Tambon* (OAT). Auparavant, le *tambon* avait principalement pour tâche la réalisation des projets d'infrastructure, tels que la construction de routes. Maintenant, l'OAT aura la responsabilité de soutenir tous les aspects du développement et sera autorisée à conserver et à dépenser une partie des impôts sur le revenu.

Troisièmement, Phayao a appris à collaborer avec les secteurs au niveau provincial (voir *Transformer la crise en une chance pour l'avenir*). C'est un atout majeur lorsqu'il s'agit d'encourager la collaboration au niveau local.

Les instructions venant d'en haut exigeant de collaborer au niveau local ne seront pas suffisantes. Quelqu'un doit catalyser les secteurs localement. Etant donné l'autorité et les compétences nécessaires, le personnel du centre de santé est le mieux placé pour jouer ce rôle catalyseur. S'il remplit efficacement son rôle de conseiller, il associera ses connaissances techniques et locales de manière efficace. La réforme des soins de santé représente une occasion unique de reconnaître le rôle poten-

tiel de catalyseur que peut jouer le personnel de santé local dans la riposte aux problèmes de santé, notamment le VIH/SIDA, et d'explorer les possibilités d'un exercice efficace de ce rôle.

Prodiguer des soins liés au VIH/SIDA

Pour être capable de conseiller les communautés et catalyser les secteurs en riposte au VIH/SIDA, le personnel de santé doit être reconnu en tant que dispensateur de soins compétent. A cet effet, deux problèmes doivent être résolus: l'introduction de soins préventifs et curatifs liés au VIH dans les services de santé de base et l'organisation de la continuité des soins dans l'ensemble du système de soins de santé.

Le service de santé de base: du minimum à l'optimum

Avec l'aide de l'équipe chargée de la réforme des soins de santé de Phayao, le Bureau de la santé de la province de Phayao a l'intention de garantir à ses membres l'accès à un ensemble spécifique de procédures de qualité en matière de soins de santé, appelé service de santé de base. La province doit faire un choix: soit continuer le travail entrepris en suivant une voie normative, ou au contraire suivre une voie positive. En suivant la voie normative, l'équipe chargée de la réforme définirait entièrement en théorie le service de santé de base, notamment ses coûts et son financement avant sa mise en œuvre. Autrement, elle envisage d'adopter une voie positive par laquelle elle déterminerait le

contenu, les coûts et le financement du service de santé de base durant le processus de mise en place.

Jusqu'à maintenant, une liste d'activités traitant des dix principaux problèmes de santé a été élaborée. Les tâches spécifiques (ou normes de travail) constituant chaque activité sont en train d'être identifiées. Pour l'insertion des activités liées au VIH/SIDA dans le service de santé de base, plusieurs questions doivent être abordées.

Premièrement, les coûts des soins liés au VIH/SIDA pourraient facilement correspondre au budget total des soins de santé. En conséquence, le Bureau de la santé de la province de Phayao ne pourrait pas garantir l'accès au service de santé de base. En sélectionnant des procédures liées au VIH/SIDA dans le service de santé de base, le Bureau de la santé de la province de Phayao doit savoir avec quels éléments du service de santé de base ces procédures sont en concurrence. Ce n'est pas possible si le service de santé de base ne s'occupe que des dix premières priorités.

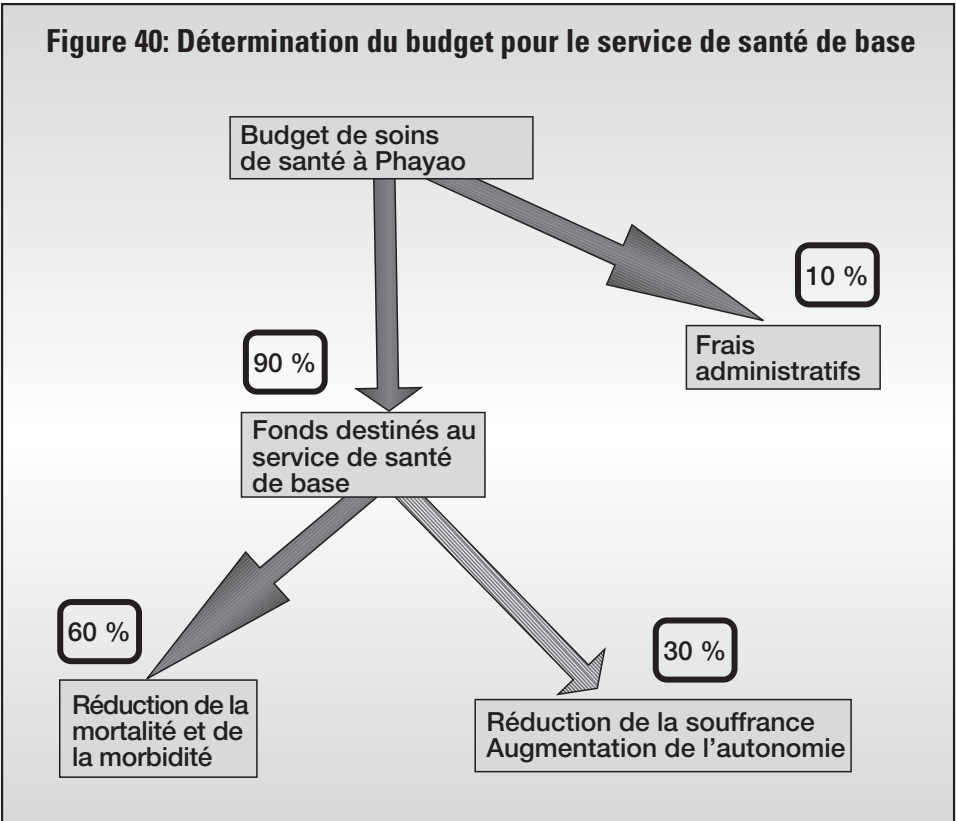
Pour régler ce problème, l'équipe chargée de la réforme des soins de santé serait obligée d'élaborer la liste complète des procédures incluses dans le service de santé de base et pas seulement celles se rapportant aux dix principaux problèmes de santé. La prochaine étape consisterait alors à déterminer les coûts de réalisation de chaque tâche. Finalement, l'équipe chargée de la réforme des soins de santé ajusterait le service de santé de base pour garantir que toutes les parties de la pro-

vince soient en mesure d'en avoir un, à l'aide d'un mélange de fonds publics et privés.

Deuxièmement, l'équipe de réforme des soins de santé aurait besoin d'une méthode de sélection des procédures qui prendrait en compte leur impact sur la qualité de vie et l'autonomie des personnes. La réduction de la morbidité et de la mortalité étant les seuls critères de base, très peu de soins palliatifs et de

traitements des infections opportunistes seraient inclus dans le service de santé de base. Dans ce cas, il serait préférable que les ressources réservées aux soins de santé soient allouées à d'autres procédures ayant plus de répercussions sur la mortalité et la morbidité. Comment l'équipe chargée de la réforme des soins de santé pourrait-elle alors appliquer la définition du service de santé de base à Phayao ?

Figure 40: Détermination du budget pour le service de santé de base



Passer le test VIH

Ci-contre, une proposition d'approche qui devra être discutée avant d'être essayée dans le cadre des activités liées à la réforme des soins de santé (voir figure 40).

Premièrement, l'équipe chargée de la réforme des soins de santé fixerait le budget public disponible pour soutenir le service de santé de base. Il le ferait en déduisant du total du budget de santé de la province une portion allouée aux frais administratifs, en utilisant la répartition actuelle comme base et en prenant en compte les gains d'efficacité prévus dans l'administration.

Deuxièmement, l'équipe chargée de la réforme des soins de santé fixerait la proportion du budget de santé de la province à allouer aux procédures visant à réduire la mortalité et la morbidité. C'est une décision politique que l'équipe pourrait faciliter en examinant ce qui est pratiqué ailleurs et en consultant les parties dans une série d'audiences publiques.

Troisièmement, l'équipe chargée de la réforme des soins de santé utiliserait les ressources du budget pour la réduction de la mortalité et de la morbidité en choisissant les procédures les plus rentables. Ce sont des décisions techniques impliquant des spécialistes de la santé publique et des économistes de la santé.

Quatrièmement, l'équipe chargée de la réforme des soins de santé devrait allouer le reste du budget aux activités les plus sus-

ceptibles de réduire la souffrance et de renforcer l'autonomie des personnes. Ces décisions techniques devront être soutenues par des économistes de la santé, des médecins, des infirmier(ère)s et des spécialistes du développement.

Cinquièmement, tout au long du processus, l'équipe chargée de la réforme des soins de santé garantirait l'adhésion de toutes les parties au service de santé de base en organisant des audiences publiques régulières comprenant notamment des groupes spécifiques, tels que les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le résultat de ce processus élaboré serait un plan d'action pour un service de santé de base, comprenant les coûts et le financement de ses éléments. Cela a été fait ailleurs, très récemment en Zambie⁽³⁰⁾. Le développement du plan d'action a permis à de multiples partenaires de mieux comprendre quels services le gouvernement garantit à sa population. Cependant, seul l'avenir pourra dire si cet ensemble de mesures est applicable.

Pourquoi alors ne pas définir le service de santé de base par une méthode empirique, jusqu'à la mise en œuvre de tous ses éléments aux divers niveaux du système ? Les possibilités de coûts et de financement seraient évaluées sur la base de l'expérience plutôt qu'en théorie. Cela impliquerait cependant qu'au moins une unité, à chaque niveau, fonctionne effectivement et efficacement et de manière durable.

La proposition concernant ce problème comprend les trois étapes suivantes:

1) De la fourniture d'un ensemble de soins à l'organisation d'une continuité des soins

Nous pouvons voir dans l'annexe 1 que le système de soins de santé de Phayao offre la plupart des éléments qui constitueraient un ensemble de soins préventifs et curatifs pour le VIH/SIDA. Le défi de la continuité des soins pour le VIH/SIDA signifie cependant qu'une fois que les clients recherchent des soins et un soutien liés au VIH/SIDA, les services de santé sont organisés pour aider les clients à obtenir les soins dont ils ont besoin, où et quand ils en ont besoin.

Deux mesures principales sont nécessaires pour assurer la continuité des soins: la réforme des services de consultations externes et l'amélioration des soins curatifs dans les centres de santé.

2) La réforme des services de consultations externes

La consultation curative dans le centre de santé est confrontée à une concurrence injuste de la part des services de consultations externes des hôpitaux. Dans ces derniers, le patient peut voir directement le médecin. En l'absence de normes de travail convenues, le médecin va certainement prescrire plus de tests de diagnostic et de médicaments que l'infirmier(ère) du

centre de santé ne le fera. Les patients devant être admis à l'hôpital sont admis facilement tandis que ceux dirigés par le centre de santé sont examinés à nouveau au service de consultations externes. La situation a de réels inconvénients. Les services de consultations externes sont souvent encombrés, ce qui nuit à la qualité du contact entre le client et le soignant. Le centre de santé est évité, son potentiel restant inexploité. Les médecins sont surchargés de travail avec les cas prioritaires et n'ont pas de temps à consacrer à la qualité du système dans son ensemble.

3) Amélioration des soins curatifs dans les centres de santé

Pour mettre fin à l'encombrement des services de consultations externes des hôpitaux, la première étape consisterait à développer les normes convenues pour les contacts de première ligne, que ce soit au centre de santé ou dans le service de consultations externes. Cela aiderait ces derniers à utiliser au mieux les ressources disponibles à chaque contact avec un client et à utiliser les critères d'orientation convenus pour les centres de santé et les services de consultations externes. La consultation avec le médecin du service de consultations externes serait supprimée graduellement et le personnel serait plus disponible pour l'orientation vers des spécialistes (soit en ambulatoire soit à l'hôpital) et pour la surveillance technique des soins curatifs dans les services de consultations externes et les centres de santé.

Transformer le centre de santé en pierre angulaire du succès

Pour amener la population de Phayao sur la route du succès en matière de VIH/SIDA et vers une meilleure santé en général, la réforme des centres de santé doit aller plus loin que ce qui avait été prévu initialement. Situé à la première ligne de contact avec les clients, à la liaison avec la communauté, et proche du *tambon*, le centre de santé occupe une position idéale pour conseiller les individus et les communautés, apporter les soins dont ils ont besoin, et catalyser le soutien de tous les secteurs dans l'action contre le SIDA. Les centres de santé ont besoin d'une réforme réelle, et non l'addition d'un composant SIDA à des activités existantes. Bien qu'elle soit justifiée sur le plan du VIH/SIDA à lui seul, une telle réforme donnerait au système de santé public les moyens d'aborder le problème socio-comportemental caractéristique de cette fin de siècle.

Nos plans d'origine pour une réforme des soins de santé

Jusqu'à présent, le Bureau de la santé de la province de Phayao jugeait la conception et l'organisation des centres de santé tout à fait satisfaisantes. Après tout, ces unités ont largement contribué à nos progrès en réalisant les principaux objectifs des soins de santé. La crise semblait plutôt obliger les

centres de santé à travailler mieux et à améliorer les soins primaires urbains. C'est pourquoi l'objectif de la réforme des soins de santé a été de: (1) améliorer le fonctionnement global des centres de santé, et (2) élargir la couverture urbaine par la mise en œuvre d'une pratique familiale.

Le message du VIH/SIDA

Il devient de plus en plus évident que bien que les centres de santé aient accompli un excellent travail en traitant les infections aiguës qui formaient la plus grosse partie du travail avant la transition épidémiologique, ils sont moins bien armés pour traiter les problèmes de santé socio-comportementaux typiques de notre situation actuelle en matière de santé. Avant cette transition, le personnel du centre de santé contrôlait la situation: il pouvait cibler les gens (principalement les enfants et leurs mères) à l'aide d'interventions efficaces, principalement préventives. Maintenant, le centre de santé doit favoriser les décisions prises en matière de santé par les individus, les familles et les communautés. Ces centres n'ont pas été conçus pour un tel rôle d'encouragement, et ne sont pas organisés dans ce but. Le VIH/SIDA révèle le besoin de reconsidérer la conception et l'organisation mêmes des centres de santé:

- *Les personnes atteintes du SIDA sont les moins satisfaites de la manière dont fonctionnent les centres de santé. C'est tout à fait compréhensible, étant donné qu'il nous reste à élaborer des normes*

de soins liés au VIH/SIDA dans les centres de santé. Toutefois, cela n'est possible que dans le contexte d'une amélioration générale des normes de soins curatifs pour les centres de santé.

- Les personnes atteintes du SIDA souhaitent que les centres de santé fonctionnent les week-ends. Il était compréhensible que ces centres soient fermés le week-end, en raison du rôle préventif qui leur était attribué. C'est inacceptable si l'on veut faire des centres de santé les gardiens du système d'aiguillage des patients.
- Le personnel des centres de santé reste exclu du circuit des informations sur le statut de ses clients par rapport au VIH. Par exemple, toutes les femmes enceintes consentantes sont envoyées à l'hôpital local pour y subir un test VIH. En cas de résultat positif, elles sont suivies à cet hôpital, et reçoivent de la zidovudine pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En cas de résultat négatif, elles continuent les visites prénatales au centre de santé. Étant donné que la liste des noms reste confidentielle au niveau de l'hôpital, le personnel des centres de santé peut uniquement se douter que les femmes qui ne reviennent pas pour les soins prénatals sont atteintes du VIH. Bien entendu, toutes celles qui se sont rendues ensemble au dispensaire prénatal savent qui a le VIH, étant donné que les femmes qui en sont atteintes poursuivent leurs soins prénatals à l'hôpital. Ironie du sort, la mesure prise pour pro-

téger la confidentialité revient à divulguer publiquement la contamination par le VIH, et met le centre de soins hors d'état de soutenir les femmes enceintes atteintes du VIH.

- Il faut également mettre au point un mode d'interaction formel entre le centre de santé et ses utilisateurs (ceux auxquels il est destiné). Dans certains centres de santé, des groupes d'entraide composés de malades atteints du VIH/SIDA ont montré le chemin. Ils discutent avec le personnel du centre de santé de la manière d'améliorer la contribution du centre de santé à leur bien-être et à la riposte de la communauté au VIH/SIDA. C'est ici l'exception plus que la règle, et il est nécessaire de former et d'encourager le personnel soignant à développer de telles interactions avec la communauté en matière de santé.
- Le centre de santé pourrait jouer un rôle déterminant dans l'action sanitaire multisectorielle. Dans la section 4, nous avons vu de quelle manière la province entend encourager l'OAT (Organisation administrative du Tambon) à adopter des stratégies locales pour réagir au VIH. Le personnel des centres de santé jouerait un rôle de premier plan pour stimuler ce processus, pour informer l'OAT de la situation en matière de VIH/SIDA (tout en respectant le droit de confidentialité des personnes), pour donner des renseignements sur les coûts et les effets des options stratégiques, et pour aider à surveiller la mise en œuvre de ces

options. Un tel rôle déterminant pourrait être étendu à divers problèmes de santé, tels que l'alcoolisme, la drogue et les grossesses chez les adolescentes.

Des centres de santé d'excellente qualité

Nous pensons qu'une réforme en profondeur des centres de santé est justifiée. Mais à quoi le centre de santé ressemblerait-il en réalité à l'issue de cette réforme ? Comment pourrait-il remplir ses nouvelles fonctions ? Quelle serait son organisation en matière de personnel ? Quelle configuration physique

servirait-elle le mieux sa nouvelle mission ? Ce n'est pas à coup de colloques qu'on résoudra ces questions. Seule la pratique permettra de trancher. Il s'ensuit que chaque district ferait de chaque centre de santé un «*Centre de santé d'excellence*», autrement dit un «*Satani Anamai Dee Tisut*». La réforme des centres de santé s'effectuerait centre par centre, afin qu'on puisse tirer le plus grand nombre possible de leçons de tout le fonctionnement du centre de santé réformé avant de passer au suivant. Dans la mesure du possible, la réforme du centre de santé progresserait de pair avec le renforcement de l'Organisation administrative du *Tambon*.



Conclusion et étapes ultérieures

Une expérience riche d'enseignements

Tous les participants à l'étude de la réforme des soins de santé et du traitement du VIH à Phayao ont appris quelque chose. Ceux d'entre nous qui pensions que le Bureau de la santé de la province de Phayao (BSPP) pourrait exercer une influence majeure sur l'épidémie savent désormais que si les choses ont changé, c'est surtout grâce aux habitants de Phayao. Maintenant, nous nous rendons tous compte que les progrès réalisés à Phayao dans la lutte contre le VIH/SIDA, pour réels qu'ils soient, sont fragiles, et qu'ils marquent même le pas depuis ces dernières années. Voici maintenant la difficulté: faire en sorte que le conseil aux individus et aux communautés aille de soi pour le système des soins de santé tout entier, et fournir aux principaux acteurs de la riposte au VIH/SIDA un soutien efficace provenant des apports combinés des divers secteurs. Nous pensions au départ qu'on pourrait gagner à envisager la réforme des soins de santé sous l'angle du SIDA. Nous nous rendons compte maintenant qu'une réforme efficace des soins de santé est le passage obligé sur la route du succès de la lutte contre le VIH/SIDA. Nous voulons agir sans tarder.

Agir sans tarder

Nous sommes résolus à «tout faire» au niveau du *tambon* pour réagir au

VIH/SIDA. Avec des collègues d'autres secteurs, nous prendrons pour acquises les leçons tirées de la mise en œuvre de plus de 200 projets au cours des trois dernières années pour renforcer nos engagements envers les communautés et les principaux acteurs de la riposte au SIDA. Pour soutenir l'action entreprise au niveau du *tambon*, nous transformerons progressivement chaque centre de santé en centre de santé compétent en matière de SIDA et capable d'allier la fourniture de soins, le conseil à la communauté et la catalyse de l'action multisectorielle. Pour soutenir cette réforme du centre de santé, nous sommes en train de réorganiser la répartition des responsabilités entre les fournisseurs et les acquéreurs en matière de fourniture et de gestion des soins de santé.

Se préparer à l'avenir

Notre étude a clairement manifesté les lacunes dans nos connaissances. Décidant d'exploiter les sources d'information existantes et non de recueillir des données supplémentaires, nous avons souvent échoué alors que nous nous efforçons de comprendre l'épidémie et les ripostes à celle-ci. Nous adopterons quatre stratégies complémentaires pour édifier et entretenir les connaissances qui constituent notre assise: poursuivre l'évaluation de la situation actuelle, nous équiper pour surveiller l'épidémie et la riposte à celle-ci, traiter les principales questions politiques liées au SIDA, et

Conclusion et étapes ultérieures

constituer un réseau en Thaïlande même et ailleurs pour échanger des expériences et résoudre des problèmes communs.

Évaluer la situation actuelle

Comprendre la dynamique de la transmission du SIDA

Une meilleure compréhension du présent est la racine de notre capacité de traiter l'avenir. Il nous faut mieux saisir la dynamique de la transmission du VIH. Comment le VIH se distribue-t-il dans les villages et les villes de Phayao ? Existe-t-il des facteurs géographiques de vulnérabilité qui rendent certaines communautés plus vulnérables au VIH que d'autres ? Quel est le taux de migration à Phayao ? Les femmes et les hommes migrent-ils moins, ou plus, et pourquoi ? Quelle est la contribution relative des divers facteurs de risque et de vulnérabilité à la transmission du VIH ? Dans quelle mesure la pratique des rapports sexuels anaux existe-t-elle chez les habitants de Phayao ? Quelle est la prévalence de la consommation de drogues par injection ? Parmi les actuelles infections par le VIH, quelle est la proportion respective des infections contractées dans la province de Phayao et hors de la province ?

S'attaquer aux coûts

Nous avons constaté le besoin d'identifier les coûts unitaires et totaux du service de santé de base, notamment des procédures de soins de santé dispensés aux patients qui présentent les symptômes du VIH. Nous avons éga-

lement constaté que les patients se voient facturer des prix très différents en fonction du régime de financement dont ils relèvent. Ces différences de prix pourraient simplement traduire le processus de «subvention croisée» intervenant des utilisateurs des régimes les plus libéraux vers ceux des régimes les moins libéraux. Toutefois, les prescripteurs pourront en fait adopter des normes de soins différentes, ce qui sera susceptible d'aboutir à de graves manques d'équité dans l'accès aux soins.

Comprendre les dépenses privées de soins de santé

Pour adapter notre système de soins de santé au niveau actuel de nos moyens, il nous faut mieux comprendre les dépenses de soins de santé directes. Combien les personnes dépensent-elles pour se soigner ? Jusqu'à présent, nous ne disposons que de comptes rendus anecdotiques provenant d'interviews avec des groupes ciblés, et de données d'origine hospitalière. Chaque année, le Bureau statistique provincial procède à une enquête économique très poussée. Cette enquête n'inclut pas de questions très précises sur les dépenses de soins de santé. Nous prévoyons de contacter le Bureau statistique de Phayao pour proposer d'intégrer les frais de soins de santé à la prochaine enquête. En raison de l'importance particulière du VIH/SIDA dans la province, nous proposons d'ajouter à l'enquête un volet particulier concernant les dépenses de soins de santé des patients atteints du VIH/SIDA.

Surveillance de l'épidémie et de la riposte à celle-ci

Notre étude a également fait ressortir le besoin de mettre au point un système de surveillance de la mise en œuvre de la riposte au VIH/SIDA. Nous mettrons au point un tel système de surveillance en essayant un instrument expérimental mis au point dans ce but par l'ONUSIDA.

Traiter les questions politiques majeures

Revenir sur notre politique démographique

A Phayao, les jeunes qui meurent du SIDA sont si nombreux que la population est peut-être déjà en train de diminuer (voir figures 3 et 4). Quels sont les faits ? Sommes-nous informés avec précision ? Si tel est le cas, faut-il agir ? Que peut-on faire à ce sujet ? Suffirait-il simplement d'insister moins sur la planification familiale pour renforcer la natalité ? Faut-il instaurer des mesures d'incitation aptes à accroître le nombre des enfants dans les familles dans les proportions souhaitées ? Qu'en pense la population de Phayao ? Quelles sont les options dont on dispose en matière de politique ?

Se préparer pour la trithérapie

Conscients du rôle déterminant des per-

sonnes vivant avec le VIH/SIDA dans la résolution du problème du SIDA, nous sommes déterminés à jouer notre rôle et prenons la résolution de commencer immédiatement à préparer notre système de soins de santé pour l'éventualité d'une polythérapie d'un coût et d'une efficacité acceptables. Le cadre conceptuel de la recherche-action que nous proposons est présenté dans la figure 41 (page 93)^(31, 32).

Contribuer à l'apprentissage dans le monde, et en tirer profit

La province de Phayao n'est pas seule dans ses efforts vers une meilleure compréhension du SIDA et de ses incidences sur la réforme de la santé. Elle peut compter sur les échanges au sein de la Thaïlande et avec d'autres pays. Elle se réjouit d'avance d'échanger des expériences avec d'autres provinces thaïlandaises qui participent à la réforme des soins de santé.

En outre, elle se réjouit d'avance de l'interaction qui pourra intervenir au niveau mondial avec les collègues qui travaillent sur la même question. A la suggestion de l'ONUSIDA et de ses organismes coparrainants, certains pays d'Asie et d'Afrique^(e) sont en train de revoir leurs réformes de la santé à la lumière du VIH/SIDA. Même dans les pays les plus atteints, la pandémie a relativement peu remis les systèmes de santé en

^e Burkina Faso, Ghana, Thaïlande, République Unie de Tanzanie et Zambie.

«Regardez bien tous ces chiffres. Pensez-vous qu'ils vont nous permettre de bien comprendre le VIH/SIDA ? Ce qu'il nous faut faire, c'est participer à la vie des gens. Pour comprendre ce qui se passe, il nous faudra réfléchir à deux niveaux».

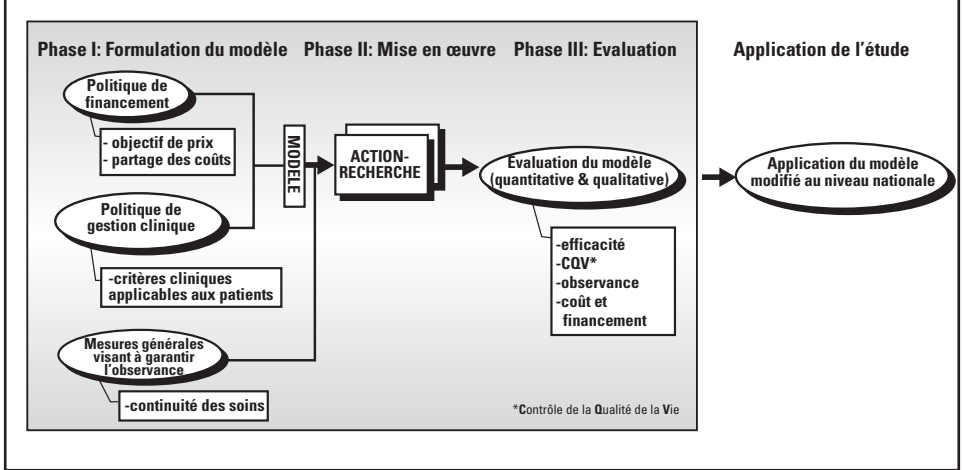
Khun Suwat, Centre d'action contre le SIDA de Phayao.

question⁽³³⁾. Les pays ont eu tendance à se satisfaire de la création d'un programme VIH/SIDA séparé sans parvenir à adapter leur système de santé aux nouveaux besoins issus du VIH/SIDA. Le document de l'ONUSIDA intitulé *Le VIH et l'ordre du jour des réformes de la santé* représente un effort pour résoudre la question. L'ONUSIDA fera office de catalyseur, à la fois *localement* pour soutenir cet examen, et *mondialement* pour encourager l'interaction entre les pays participants et faire connaître les leçons apprises.

Combiner deux niveaux de réflexion

S'il nous fallait conclure, ce serait en invitant à l'équilibre dans notre manière d'aborder le VIH/SIDA. Sachons réfléchir à deux niveaux, en mélangeant les chiffres aux informations qualitatives. Tenons compte à la fois des facteurs biologiques de risque et des facteurs sociaux de vulnérabilité. Lorsqu'on travaille avec des personnes, il faut toujours réfléchir avec le cerveau et avec le cœur.

Figure 41: Proposition de cadre conceptuel pour une étude de faisabilité sur l'administration d'une polythérapie destinée aux patients contaminés par le VIH



Annexe 1:

Réforme des soins de santé à Phayao

Le système de soins de santé à Phayao

Pour les soins de santé, la Province de Phayao est équipée d'une infrastructure considérable (voir tableau 10).

Tableau 10: Infrastructure des soins de santé à Phayao

Etablissements publics	Etablissements privés
2 hôpitaux généraux 5 hôpitaux communautaires 1 hôpital militaire 88 centres de santé 17 postes de santé 1 centre de santé municipal	1 hôpital 31 dispensaires médicaux 7 dispensaires pour soins dentaires 32 cabinets de sages-femmes 3 laboratoires 45 pharmacies
Personnel de santé	Volontaires des services de santé
51 médecins 13 dentistes 14 pharmaciens 374 infirmier(ère)s diplômé(e)s 325 technicien(ne)s d'infirmierie 1317 autres	13 960 personnes

Chaque village compte plusieurs volontaires de santé villageois. Il faut tout au plus quelques minutes pour gagner les centres de santé à moto. Même l'hôpital communautaire est proche pour la plupart des habitants de la province, et deux hôpitaux généraux proposent une gamme étendue de services sur lesquels on peut aiguiller les patients. Dans les villes, ceux-ci peuvent choisir de se rendre soit au centre de santé municipal, soit au service de consultations externes de l'hôpital, soit à l'un des 63 dispensaires privés (dont 31 bénéficient des services d'un médecin qualifié).

Tableau 11: Indicateurs des besoins de base minimums en matière de santé

Indicateurs	Objectif (en pourcentage)
1. Poids à la naissance > 3 000 g	70
2. Faible poids chez les enfants de moins de 5 ans	
- degré 1	< 10
- degré 2	< 1
- degré 3	0
3. Poids normal chez les enfants de 6 à 14 ans	> 93
4. Ménages mangeant des aliments cuits	> 60
5. Ménages mangeant des aliments tout préparés agréés par la FDA	> 75
6. Maisons propres dans un bon environnement	> 90
7. Foyers possédant et utilisant des latrines	> 95
8. Foyers suffisamment alimentés en eau propre	> 95
9. Foyers sans pollution	> 80
10. Femmes enceintes recevant des soins prénatals	> 75
11. Femmes enceintes recevant des soins pendant et après l'accouchement	> 80
12. Enfants de moins d'un an entièrement vaccinés	> 95
13. Elèves de l'enseignement primaire entièrement vaccinés	> 99
14. Foyers où les membres de plus de 14 ans sont informés sur le SIDA	> 80
15. Foyers où les membres âgés de plus de 14 ans savent comment prévenir le VIH	> 80
16. Foyers bénéficiant de renseignements utiles	> 85
17. Foyers à l'abri des accidents	> 60
18. Couples (où l'épouse a de 15 à 44 ans) pratiquant le contrôle des naissances	> 77
19. Couples (où l'épouse a de 15 à 44 ans) ayant moins de deux enfants	> 75
20. Foyers membres de groupes de développement	> 60
21. Foyers dont aucun membre n'est alcoolique	> 90
22. Foyers sans fumeurs chroniques	> 90
23. Foyers où l'on prend soin des personnes âgées	> 90
24. Foyers participant à des activités de protection de l'environnement	> 90

Le personnel sanitaire de Phayao s'est considérablement rapproché des objectifs fixés en matière de soins de santé primaires. A Phayao, de nombreuses collectivités ont atteint les normes présentées au tableau 11.

Les statistiques affichées dans chaque établissement de santé confirment systématiquement ces avancées. Le personnel est compétent et actif. Les établissements de santé se font remarquer par leur propreté et leur niveau d'entretien. Les médicaments essentiels sont aisément disponibles.

Au carrefour des besoins et des occasions

Toutefois, la province de Phayao ne s'est pas endormie sur ses lauriers, et a décidé en 1997 de rejoindre quatre autres provinces thaïlandaises au sein du projet de réforme des soins du Ministère de la santé, qui est soutenu par l'Union européenne (voir encadré sur la réforme nationale des soins de santé thaïlandais).

Pour fonder cette décision, on a allié les besoins et les occasions: (i) des disparités croissantes s'instaurent entre ce qu'offre le système de soins de santé et ce dont les personnes ont besoin; (ii) la croissance économique nécessite la redéfinition précise des soins de santé qui correspondent aux moyens de la province; (iii) la croissance du secteur privé lance un défi à la province dans son rôle traditionnel de fournisseur de soins de santé. En outre, la baisse spectaculaire du coût des communications permet à la province de tirer des leçons d'expériences réalisées ailleurs au fur et à mesure qu'elles sont faites.

Des disparités croissantes entre les services de santé et les besoins de la population

La population de Phayao vieillit rapidement (voir *VIH/SIDA à Phayao: la crise*, page 14) et ses besoins en matière de soins de santé changent en conséquence. Le système de soins de santé qui a été conçu pour traiter les infections chez une population jeune doit maintenant faire face au défi qui consiste à répondre à ces nouveaux besoins. Les maladies axées sur le comportement social, tant anciennes (telles que l'alcoolisme) que nouvelles (telles que le VIH/SIDA) revêtent une importance beaucoup plus grande. Il faut que le système de soins de santé apprenne comment traiter ces problèmes contre lesquels il n'existe pas de «solution miracle», qu'il s'agisse de traitement ou de vaccin.

Il se peut que les taux de fécondité totale soient tombés en dessous du seuil de renouvellement des générations sous l'effet combiné d'une planification familiale efficace et d'une mortalité accrue chez les nourrissons et les enfants en raison du VIH/SIDA. Là encore, il n'existe pas de solution technologique à cette question, et le système de soins de santé doit adapter le message et les interventions à cette nouvelle donne en matière de fécondité.

Tirer parti de la croissance économique

Le produit provincial brut de Phayao a augmenté de 47% en cinq ans, passant de 5,9 millions de baht en 1989 à 8,7 millions de baht en 1994. Les dépenses de santé totales sont passées de 41 587 430 baht en 1989 à 236 257 942 baht en 1994⁽¹⁾. Le défi lancé à la province consiste à mobiliser les ressources publiques et privées en vue de l'utilisation d'un service fondamental de santé: les services qui sont à la portée de la province, et qui seraient les plus bénéfiques pour la santé.

Un défi privé: le manque d'équité en matière d'accès financier aux soins de santé

Tandis que les services sont géographiquement accessibles, la coexistence de quatre régimes différents de financement des soins de santé perpétue des inégalités majeures (voir tableau 12).

Tableau 12: Dépenses annuelles des services hospitaliers internes par patient selon un régime d'assurance maladie ⁽²⁾

Régime d'assurance maladie	Baht thaïlandais
Faibles revenus	317
Fonctionnaires	916
Sécurité sociale	815
Carte de soins	141
Fonds d'indemnisation pour les travailleurs	421
Assurance privée	933

Il existe un besoin urgent d'harmoniser ces divers régimes. Le secteur privé des soins de santé a connu une croissance spectaculaire dans la province au cours des cinq dernières années. Non moins de 38% des établissements de soins de santé primaires sont à présent privés. Le secteur privé représente à la fois une menace et une occasion:

Comme *menace*, (i) le secteur privé pourrait «écrémer» le marché du travail de la santé de ses meilleurs éléments, qui ne s'occuperont que d'une minorité de personnes après leur passage du secteur public au secteur privé; (ii) le secteur privé pourrait investir à l'excès dans des équipements «high-tech» puis se tourner vers le secteur public pour faire face à ses coûts de fonctionnement.

Comme *occasion*, (i) les médecins de famille privés pourraient représenter une option viable pour la fourniture du premier niveau des soins en milieu urbain; (ii) les dispensaires privés pourraient desservir les personnes qui réclament des services non compris dans le service de santé de base, et qui peuvent acquitter le prix de ces services.

⁽¹⁾ Prix constants de 1988.

La réforme nationale des soins de santé thaïlandais

La plupart des pays lancent des réformes de leur système de soins de santé pendant une récession économique. De telles réformes, par exemple aux Etats-Unis, en République de Corée et au Chili, se sont axées sur de profonds changements administratifs destinés à réduire les coûts sans nuire à la qualité des services.

En fait, la Thaïlande a lancé sa réforme des soins de santé avant le déclenchement de la crise économique actuelle, mais les événements récents ont certainement accéléré le mouvement. Dans la pratique, l'objectif de la réforme est double: créer un système d'assurances national, et renforcer les soins de santé primaires dans tout le pays. A ce stade, cinq provinces (Ayudhya, Yasothorn, Khon Kaen, Phayao et Songkla) se sont portées volontaires pour procéder à des réformes des soins de santé, et deux des provinces en question procèdent à une réforme pilote du financement de leurs soins de santé.

Réforme du financement des soins de santé

On attend de la réforme du financement des soins de santé qu'elle apporte une forte contribution à l'efficacité du système thaïlandais de soins de santé. Actuellement, la plupart des patients acquittent directement à leur hôpital des honoraires couvrant les services fournis. Ce mécanisme de paiement incite les hôpitaux à fournir plus de médicaments et de services que cela n'est vraiment nécessaire, ce qui réduit l'efficacité du système tout entier et rend les services qu'il fournit moins accessibles financièrement. A la suite de la réforme, les fournisseurs de services seront payés en fonction du nombre de personnes inscrites chez eux et des diagnostics effectués.

Réforme du système des services de santé

Le boom économique que la Thaïlande a connu au cours des huit dernières années a principalement bénéficié au développement hospitalier, tandis que les établissements de soins de santé primaires n'ont fait l'objet que de peu d'attention. Chaque fois qu'ils sont malades, les patients se rendent directement dans les hôpitaux qui, souvent sur-

peuplés, fournissent des services à un coût supérieur à ce qui est nécessaire, en raison du niveau élevé de leurs frais généraux.

Toutefois, le renforcement des établissements de soins de santé primaires peut être un moyen efficace de réduire la charge de travail des hôpitaux, tout en faisant baisser les coûts pour les patients. L'affluence est moindre dans les centres de santé locaux et dans les petits centres que dans les hôpitaux de plus grandes dimensions, et ces centres fournissent donc des services à moindres coûts. La réforme devrait transformer le mode de fourniture des soins de santé primaires. Elle devrait instaurer de nouvelles méthodes pour garantir la continuité des soins, telles que l'immatriculation des patients avec le soignant de leur choix, une modification du système d'archivage, des visites à domicile, le suivi des patients qui ont été aiguillés vers l'hôpital. La prévention et la promotion seront totalement intégrées aux soins curatifs à ce niveau, car le centre sera responsable du niveau des établissements fonctionnant «en ligne». La personnalisation accrue du service améliore habituellement le climat de confiance entre le patient et le médecin ou l'infirmière, et accroît l'efficacité des soins. Toutefois, de tels centres ne sont efficaces que si l'instruction et la formation du personnel sont de haut niveau, et que s'il existe des incitations financières pour les patients. On envisage de faire fournir par de tels centres de soins de santé primaires les services de soins de santé de base, tandis qu'on aiguillera toujours les patients vers les hôpitaux pour y subir des examens ou des traitements spéciaux.

Développement du potentiel d'action des personnes et des collectivités

Les services qui ont des incidences sur la vie quotidienne des personnes ne peuvent fonctionner avec succès que s'ils sont conçus et mis en œuvre avec la coopération de leurs utilisateurs. C'est indubitablement vrai dans le cas des soins de santé. Les bénéficiaires ou bénéficiaires potentiels des services de soins de santé devront être capables de modeler ces services pour faire en sorte qu'ils correspondent à leurs besoins. Une manière d'y parvenir est de promouvoir le choix des consommateurs dans la sélection des établissements de services de santé individuels et familiaux. Une autre manière consiste à faire participer des représentants de la communauté aux organismes décideurs ou consultatifs qui gèrent les services de santé communautaires. Le projet de réforme des soins de santé aidera à appliquer l'une et l'autre méthodes.

Les plans de réforme des services de santé

Présentation d'ensemble

Les plans de réforme des soins de santé provinciaux de Phayao sont résumés au tableau 13.

Séparation des acheteurs et des fournisseurs

Une réforme particulièrement importante, maintenant à l'étude, consiste à séparer les acheteurs et les fournisseurs. Aujourd'hui, les médecins ne placent pas la supervision technique du centre de santé au centre de leurs attributions. Cette tâche incombe de préférence à un infirmier ou à une infirmière de la santé publique, et à son équipe. Cette équipe est très compétente pour ce qui est des domaines des programmes qui concernent les soins de santé primaires traditionnels, tels que les vaccinations et la planification familiale. Toutefois, elle n'a pas grand-chose à proposer en vue de l'amélioration des soins curatifs du centre de santé, et pour passer, comme cela est requis, de la lutte contre la maladie à l'en-

couragement des ripostes de la collectivité aux problèmes de santé.

Pour traiter cette question, le Bureau de la santé de la province de Phayao a pour projet de séparer en deux groupes, acheteurs et fournisseurs, le personnel de santé de la fonction publique. Le groupe des *acheteurs* se composerait de certains membres des actuels bureaux de la santé provinciaux et de district. Dans chaque district, les fournisseurs du secteur public seraient organisés de manière à constituer une équipe. Les *fournisseurs* seraient responsables de la qualité des services, et de la desserte par le service de santé de base d'une population définie. Les acquéreurs négocieraient les services de santé de base, offriraient des ressources techniques pour améliorer la qualité et la couverture, procéderaient à des audits des données relatives à la qualité et à la couverture, veilleraient à ce qu'un flux d'informations adéquat passe entre les usagers et les fournisseurs aux niveaux individuel et collectif et feraient office d'intermédiaires en cas de conflit. Les fournisseurs du secteur privé seraient encouragés à s'associer au programme: ils accepteraient de respecter les normes régissant la médecine de famille.

Tableau 13: Le plan de réforme provincial des soins de santé de Phayao

<i>Etendue</i>	Activité
Mise au point des éléments essentiels pour la réforme des soins de santé	
Mise au point du service de santé de base	Définition des services accessibles sans barrières à la population de Phayao
Mise au point du service de contrôle de la qualité	Définition du niveau des soins et du système garantissant la qualité des services
Mise au point d'un système de gestion de l'information	Conception du système d'information à utiliser pour les unités de gestion et de services
Développement des ressources humaines	Formation des diverses catégories de personnel
Développement des unités de fournisseurs de services	
Développement des centres de santé	Réorganisation des services correspondant au service de santé de base et au problème de santé local
Développement des pharmacies	Implication des pharmacies dans la fourniture de services qualifiés
Développement des dispensaires privés	Recherche de modes de coopération entre dispensaires privés et secteur public
Développement des hôpitaux locaux et généraux	Réorganisation du système des services dans le but d'améliorer la qualité et d'accroître l'efficacité
Développement des unités administratives	
Développement des bureaux de santé de district	Détermination des fonctions des fournisseurs de services de santé et réorganisation des bureaux en conséquence
Développement des comités de coordination sanitaire de district	Détermination des rôles de coordination à répartir entre les fournisseurs et les acheteurs de services de santé
Développement du bureau de santé provincial	Détermination des fonctions des fournisseurs de services de santé et réorganisation du bureau en conséquence
Evaluation	Evaluation du processus de réforme des soins de santé et de ses incidences sur l'état de santé des habitants de Phayao

Annexe 2:

Cadre utilisé pour l'analyse de la riposte au VIH/SIDA dans la province de Phayao

La riposte privée

L'efficacité de la riposte des personnes au VIH/SIDA dépend de deux facteurs principaux: a) les facteurs biologiques ayant des incidences sur leur risque particulier de contracter le VIH, et une fois infectées, de garder la maîtrise du virus, et b) leur capacité d'éviter les situations à risque et, une fois touchées par le virus, d'atténuer l'impact du VIH/SIDA.

Les facteurs qui influent sur la probabilité de transmission du VIH comprennent: (i) la virulence des souches particulières de VIH; (ii) la

présence de MST chez un ou les deux partenaires, ce qui peut accroître le risque de 10% et davantage; (iii) le mode de transmission, le risque de transmission étant plus élevé si les rapports sexuels se produisent par voie anale que par voie vaginale; (iv) la circoncision ou la non-circoncision du partenaire masculin, le risque de transmission du VIH étant réduit s'il est circoncis; (v) la résistance personnelle, en raison des preuves de plus en plus nombreuses dont on dispose qu'une minorité d'individus résistent à l'exposition répétée au virus. Les mêmes preuves démontrent que la contamination des personnes par le VIH dépend d'une gamme de facteurs biologiques qui déterminent le résultat de leur infection.

Figure 45: Facteurs de risque et de vulnérabilité et riposte au VIH/SIDA

<i>Protection</i>	<i>Réduction des risques</i>	<i>Réduction des formes de vulnérabilité</i>
La personne est-elle séropositive ou séro-négative ?	Utiliser des préservatifs en cas de rapports occasionnels. Réduire les pratiques sexuelles anales. Suivre un traitement simultané contre les MST. Utiliser des seringues propres (pour les consommateurs de drogues par injection).	Améliorer les possibilités économiques; réduire la consommation d'alcool; renforcer l'estime de soi; réduire la consommation de drogues.

Les personnes sont plus ou moins vulnérables au VIH, individuellement ou collectivement. Leur capacité de riposte au VIH dépend en premier lieu de ce qu'elles savent du VIH/SIDA. Cette connaissance n'est toutefois pas l'unique facteur à entrer en jeu. Dans les communautés solides, on valorise la fidélité réciproque, les hommes et les femmes sont sur un pied d'égalité, ils ne sont ni alcooliques

ni toxicomanes, et leurs besoins fondamentaux sont satisfaits. La migration saisonnière y est moins courante, ou s'effectue en couple. Les hommes ont éventuellement des liaisons mais ne rendent pas visite aux professionnelles du sexe. Dans les communautés solides, le fait le plus important est peut-être la disposition des personnes à affronter les problèmes, à les analyser et à agir en conséquence. Cela

peut aboutir à une adaptation rapide des valeurs culturelles locales, et se traduit par des changements de comportement. A l'inverse, dans les communautés vulnérables, on attache moins d'importance à la fidélité réciproque, les femmes ont un statut inférieur à celui des hommes et la combinaison du consumérisme et de la pauvreté amène les femmes à faire des rapports sexuels un objet de négoce. Fait peut-être plus important, les communautés fragiles, plutôt que d'évaluer leurs problèmes et d'agir en conséquence, attribuent la souffrance et la mort à des causes qui leur échappent. Elles tendent à suivre les traditions culturelles et à entretenir des comportements en conséquence, même lorsque ceux-ci deviennent nocifs en raison de la situation nouvelle instaurée par le VIH/SIDA. D'ailleurs, plusieurs facteurs influent sur le degré de l'impact du VIH sur les personnes et les communautés.

Une fois placés devant la réalité du SIDA (que ce soit par le biais de l'information ou par l'expérience immédiate de la maladie et de la mort), les gens réagissent. Ils recourent à leur réseau de parents, d'amis et de communautés pour se procurer des renseignements supplémentaires et pour adapter leur comportement à la nouvelle situation. Par exemple, les hommes qui migrent pour des raisons professionnelles pourront se faire accompagner d'une partenaire; certaines personnes pourront cesser de boire de l'alcool; les hommes pourront mettre fin à leurs visites chez les professionnelles du sexe, mais prendront plutôt une seconde épouse. D'autres hommes pourront avoir des rapports anaux plutôt que vaginaux, pensant être mieux protégés par

cette pratique. Ils pourront également exploiter les services de filles de plus en plus jeunes. Les familles affectées par le SIDA pourront retirer leurs filles de l'école pour qu'elles soignent le membre malade de la famille; ils pourront modifier leur type de production agricole, délaissant les cultures qui sont exigeantes en main-d'œuvre pour des cultures qui le seront moins. La combinaison de toutes ces modifications peut être qualifiée de riposte «communautaire» ou «privée». C'est la riposte des personnes à titre privé.

La riposte des institutions

La riposte privée au VIH/SIDA est imparfaite. Laissées à elles-mêmes, les communautés ont peu de chances d'aborder le SIDA et d'en atténuer l'impact avec une entière efficacité. Elles ont besoin de renseignements (par exemple, sur le taux de transmission élevé du VIH lors des rapports sexuels anaux), et de fournitures (par exemple, des tests et des préservatifs) qu'elles ne peuvent se procurer seules. Des politiques sur lesquelles elles n'ont aucune emprise immédiate (par exemple, les discriminations professionnelles, qui amènent les femmes infectées par le VIH à reprendre une activité de professionnelles du sexe, car elles n'ont pas d'autres choix pour gagner leur vie) sont à la racine de certains facteurs de vulnérabilité. Il faut donc une riposte institutionnelle ou organisée. Les organisations publiques et privées peuvent fournir des services et faire en sorte qu'une politique

instaurant un contexte politique favorable soutienne la riposte des communautés.

Fourniture de services

Les institutions privées et publiques peuvent fournir des services modifiant de diverses manières les risques pour leurs clients ou leurs administrés. Par exemple, les institutions spécialisées dans les soins de santé peuvent traiter les MST et les infections opportunistes, empêcher la transmission des maladies par le sang, et empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Une gamme étendue d'institutions publiques et privées peut distribuer ou vendre des préservatifs. Les écoles peuvent informer sur la transmission du VIH, et enseigner comment se servir correctement des préservatifs.

Les institutions privées et publiques peuvent également fournir des services modifiant la vulnérabilité des communautés et de leurs membres, et dont quelques exemples figurent ci-après. Les institutions spécialisées dans les soins de santé peuvent créer des centres de dépistage et de conseil. Les écoles peuvent instaurer des programmes de savoir-faire vital tandis que les organisations non gouvernementales peuvent atteindre les enfants non scolarisés. Les églises et les services de l'Etat peuvent aider à modifier des valeurs traditionnelles nocives et les pratiques qui s'y rattachent. Le personnel chargé du développement communautaire peut aider les communautés à évaluer leurs propres facteurs de risque et de vulnérabilité, et à mettre au point leur propre riposte; les agents des services sociaux peuvent aider les familles pauvres à

traverser la période difficile qui suit la perte de la personne dont le revenu faisait vivre la famille.

Mesures politiques

Les politiques mises en œuvre par les institutions privées et publiques ont des incidences sur les risques encourus par les personnes et sur leur vulnérabilité face au VIH, soit de manière positive soit de manière négative.

Lorsqu'un hôpital manipule les cadavres de personnes infectées par le VIH comme s'ils véhiculaient un risque de transmission du VIH, il réduit la capacité de la communauté de comprendre ce qu'est le VIH, donc sa capacité de riposte.

Les moines qui n'acceptent pas au sein de leur communauté les hommes infectés par le VIH stigmatisent les personnes vivant avec le VIH, même si ces dernières ont pu avoir un comportement individuel semblable à celui de la communauté en général. Cette stigmatisation, à son tour, diminue la capacité de la communauté d'évaluer la situation de manière objective, et d'agir en conséquence. Les églises qui condamnent l'utilisation du préservatif augmentent le risque de transmission du VIH, même chez les couples mariés. En disant que les préservatifs n'apportent pas de solution efficace au problème du SIDA, elles détournent les gens de l'utilisation des préservatifs, sans fournir d'alternative viable aux les couples sérodifférents, aux professionnel(le)s du sexe, ou aux personnes qui sont incapables de fidélité totale à leur conjoint ou d'abstinence avant le mariage.

La riposte des pouvoirs publics

La politique des pouvoirs publics influe fortement sur les ripostes privées et institutionnelles, que le SIDA soit ou non l'axe principal de ces politiques. Le leadership, la politique fiscale, les mesures législatives et réglementaires sont des rôles inaliénables des pouvoirs publics.

Leadership

Les pouvoirs publics sont les seuls à être en mesure d'exercer le leadership permettant d'affronter la situation, de susciter le débat essentiel à l'adoption d'une stratégie nationale et d'orienter tous les partenaires selon cette stratégie.

Les pouvoirs publics peuvent également affaiblir la riposte en encourageant la diffusion de messages inexacts quant aux faits. Par exemple, une campagne exclusivement axée sur des «groupes à risque» inspire un sentiment de sécurité trompeuse à de nombreuses personnes qui ne se reconnaissent pas dans ces groupes.

Politiques fiscales: subventions et impôts

Les pouvoirs publics sont les seuls à pouvoir subventionner les activités bénéfiques pour la collectivité dans son ensemble: traitement des MST, distribution de préservatifs, services de conseil et de dépistage et formation du personnel.

Les Etats qui subventionnent l'industrie de la bière augmentent par là la vulnérabilité des consommateurs; ceux qui taxent la consommation de bière réduisent la vulnérabilité.

Mesures législatives et réglementaires

Les pouvoirs publics peuvent user de leurs instruments juridiques pour protéger les droits des personnes infectées et non infectées. Ils peuvent rendre illégal le refus d'employer une personne infectée par le VIH; ils peuvent criminaliser les relations sexuelles des hommes avec des jeunes filles mineures, ou les relations sexuelles sans protection des personnes chez qui l'on a diagnostiqué le SIDA, et qui n'ont pas informé leur partenaire ni obtenu son consentement. Ils peuvent également imposer des tests de dépistage du VIH à l'entrée de l'université, ou avant l'incorporation dans l'armée.

Les pouvoirs publics peuvent également prendre des mesures pour donner des moyens d'action au secteur des services sociaux dans son ensemble. Les pouvoirs publics peuvent modifier la législation qui décourage le mariage, ou modifier les lois successorales dans le sens de la protection des veuves et des orphelins. Ils peuvent prendre des mesures destinées à renforcer le statut des femmes, ou décentraliser la gestion du fonctionnement des services, pour leur permettre de mieux réagir aux besoins locaux et d'encourager l'action multisectorielle.

Références

1. Silarug N. et d'autres, *Situation Analysis of HIV and AIDS in Phayao*. Epidemiological Review, 1996.
2. Office statistique national, Bureau du Premier Ministre, *Statistical Reports of the Changwat, Phayao*, 1996.
3. Pramualratana A., Kanungkasem U., Guest P., *Community Attitudes and Health Infrastructure Impacts on Identification of Potential Cohorts for HIV Testing in Phayao Province*, Evaluation préliminaire, décembre 1994.
4. Suwanphatthana N., *The Expectation of the Family and the Daughter's Role in "the Prostitution Community"*: étude de cas portant sur un village de la Province de Phayao (mémoire de Maîtrise en Développement social).
5. Van Griensven F., Surasiengsunk S., *The use of Mortality Statistics as a Proxy Indicator for the Impact of the HIV Epidemic on the Thai Population*, janvier 1998.
6. Argkian V. et d'autres, *The Deaths Under Five and Pediatric AIDS Deaths in Phayao Province*, Centre épidémiologique de Thaïlande du Nord, Province de Lampang et Office de santé provincial de Phayao, 1996.
7. Jones G.W., Douglas R.M. et Caldwell J.C., *The Continuing Demographic Transition*, Oxford University Press, 1998.
8. Gray R., Waver M., Serwadda D., *Population-based study of fertility in women with HIV-1 infection in Uganda*. Revue *Lancet* 1998, 351: p. 98-103.
9. Masaki E., *Review of Current Situations and Issues of ARV Therapy: Facts, Hopes and Needs*. 1998.
10. Kunanusont C. et d'autres, *Medical Services Situation for AIDS in Thailand in 1995 – 1996*. Division du SIDA, Département du contrôle des maladies communicables, Ministère de la Santé Publique.
11. Havanon N., *Sustaining Partnership Network on Care and Support for People Affecting by HIV and AIDS at the Local Level*, 1997.
12. Pramualratana P., Kanungkasem U. et Guest P., *Community Attitudes and Health Infrastructure Impacts on Identification of Potential Cohorts for HIV Testing in Phayao Province*. Evaluation préliminaire, décembre 1994.
13. Centre d'action contre le SIDA de Phayao, *Sexual Behaviour Surveillance Data*, 1998.
14. *Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioural change: a synthesis of existing studies*. ONUSIDA, 1998.
15. Office de santé provincial de Phayao. *HIV Risk Behaviour Sentinel Surveillance in Phayao* (juin - août 1997).
16. Centre d'action contre le SIDA de Phayao. *Focus Group Interviews in Three Districts in Phayao Province*, août 1997.
17. Office de santé provincial de Phayao. *Guidelines for developing HIV/AIDS Projects*. 1997.

Références

18. Comité national sur le SIDA. *National Plan for Prevention and Alleviation of HIV/AIDS*. Mai 1997.
19. Capra F., *The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture*. Londres, Bantam Books, 1988.
20. O'Shaughnessy T., *Beyond the Fragments: HIV/AIDS and Poverty. Issues in Global Development*. World Vision, Unité australienne de recherche et de politique, 1994, 1: 91.
21. Larson H., *Interviews of key actors in Phayao Province* (données non publiées).
22. Thaineua V. et d'autres, *From Efficacy to Effectiveness: Routine Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission by a Short Course of Zidovudine in Northern Thailand*. Journal de médecine tropicale et de santé publique du Sud-est asiatique, juin 1998.
23. Scandlen G., *Acceptance of New Practices and Behaviours*. Fonds Tamathai (données non publiées).
24. Sommet de Paris sur le VIH/SIDA. Décembre 1994 (extraits).
25. Allen S et d'autres, *Effect of Serotesting with Counselling on Condom Use and Seroconversion among HIV Discordant Couples in Africa*. Journal médical britannique, 1992, 304: p. 1605-9.
26. *Confronting AIDS*. Rapport de recherche politique de la Banque Mondiale, 1997.
27. *The Guide on Rapid Assessment Methods for Drug Injecting*. Eds. Stimson G., Fitch C., Rhodes T. Organisation Mondiale de la Santé, Programme sur l'abus des substances, 1997.
28. Knodel J., Pramualratana A., *Prospects for Increased Condom Use within Marriage in Thailand*. Perspectives internationales du planning familial, volume 22, N 3, septembre 1996.
29. Zeldin T., *An Intimate History of Humanity*. Minerva, 1995.
30. *Designing an Essential Package of Health Services in Zambia: A Case Study, Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing*. Institut de développement économique de la Banque Mondiale.
31. Masaki E., *Feasibility Study on Provision of Antiretroviral Combination Therapy for HIV-Infected Patients in Thailand*. 1998.
32. *HIV and Reforms for Health Agenda*. ONUSIDA 1998.
33. Soucat A., et d'autres, *Consequences of the HIV Epidemic on the Health Sector in Côte d'Ivoire : the Implementation of the Expanded Response to AIDS Required Operational Strategies for Health Reform*. 1997.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse

Tél. (+4122) 791 46 51 – Fax (+4122) 791 41 87

courrier électronique: unaid@unaid.org – Internet: <http://www.unaid.org>