



**Comité Universitaire de Lutte contre le VIH/SIDA
(COMULSIDA)**

Université de Lomé

Université de Kara

POLITIQUE INSTITUTIONNELLE EN MATIERE DE VIH/SIDA DANS LES UNIVERSITES DU TOGO



Lomé, août 2004

La Chancellerie des Universités du Togo remercie l'Association pour le Développement de l'Education en Afrique (ADEA) et le Groupe de Travail de l'Enseignement Supérieur (GTES) de l'Association des Universités Africaines (AUA) pour l'important appui financier qui a permis d'élaborer la présente politique en matière de VIH/SIDA pour les Universités du Togo. Elle remercie en outre le Projet d'Appui Décentralisé au Secteur de la Santé du Service de Coopération Technique Allemande (GTZ - PADESS), et le projet Appui Décentralisé au Secteur de la Santé de l'Union Européenne (UE-ADSS), qui ont prêté une oreille attentive aux sollicitations financières de l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Population et Développement (UEREP) de la Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG), Unité conceptrice du projet et réalisatrice du présent document, qui a été adopté le 05 août 2004 lors d'un atelier à l'Université de Lomé. Ont été conviés à cet atelier les Représentants de la Chancellerie des Universités du Togo, des Universités de Lomé et Kara, les Doyens de Facultés, les Directeurs d'Ecoles, d'Instituts et de Services Centraux, les Enseignants Points Focaux en VIH/SIDA, les Représentants Religieux, d'Associations d'Etudiants, d'ONG et de la Société Civile.

ADEA



UE-ADSS



POLITIQUE INSTITUTIONNELLE EN MATIERE DE VIH/SIDA DANS LES UNIVERSITES DU TOGO

Lomé, août 2004

REMERCIEMENTS

Le présent document de Politique Institutionnelle en matière de VIH/SIDA dans les Universités du Togo a été réalisé par l'Unité d'Enseignement et de Recherche en Population et Développement (UEREP), grâce à l'appui financier de l'Association pour le Développement de l'Education en Afrique (ADEA) et du Groupe de Travail de l'Enseignement Supérieur (GTES) de l'Association des Universités Africaines (AUA), du projet PADESS-GTZ (mission de coopération allemande) et de l'UE (Union Européenne). Ledit document a bénéficié également du soutien sans faille des autorités universitaires du Togo, particulièrement la Chancellerie des Universités du Togo.

Aussi tenons-nous à remercier vivement le Recteur, Chancelier des Universités du Togo, les Présidents et Vice-Présidents des Universités de Lomé et de Kara, les Doyens et Vice-Doyens des Facultés, les Directeurs et Directeurs Adjointes des Ecoles et Instituts, les Enseignants Points Focaux en VIH/SIDA des Facultés, Ecoles et Instituts, les Etudiants et le Personnel Administratif et Technique des deux Universités.

Nous tenons également à rendre hommage aux organismes et instituts travaillant dans le domaine du VIH/SIDA et qui ont apporté leur contribution à l'élaboration de ce document. Il s'agit du CACIEJ, du PNLS, de Ras+ Togo, de l'AEEMT, de l'AIESEC, de l'AEMP, du CNOU, de l'Aumônerie catholique de l'UL, du groupe SIDA-UEREP et des personnes-ressources. Nos remerciements vont enfin à tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué aux travaux de collecte des données et à la production de ce document.

Prof. KODJO Kofi-Lumô Samuel †
Président du COMULSIDA,
Chef de Projet

EQUIPE DU PROJET : une équipe pluridisciplinaire

Comité de pilotage du projet : COMULSIDA (Prof. KODJO Kofi-Lumô Samuel †, Prof. TCHANGAI-WALLA Kisse, Prof. BOLOUVI Lébéné, M. GBENYON Kuakvi, M. DJONDO Patrice).

Directeur Technique du Projet : M. GBENYON Kuakvi, Statisticien-Démographe (UEREP / FASEG / UL).

Assistants de Recherche UEREP : M. OURO GBELEOU Tchatikpi, Mme ISSIFOU Kloussomou, Mlle ABIASSI Louise

Analystes : M. AGBODO Videnyi (Statisticien), Mme d'ALMEIDA Silivi (Spécialiste en Education en Matière de Population), Dr d'ALMEIDA yves (Médecin),

Dr AMOUZOU-GABA Kokoè (Médecin-Chef du Service National de Santé des Jeunes et des Adolescents), Dr ATATSI Ayawo (Médecin-Chef du Service de Santé des Etudiants / Centre National des Œuvres Universitaires),

M. AMOUSSOU Kégnidé (Sociologue), M. AMAVI Thomas (Statisticien-Démographe) M. AVOULETEY Antoine (Informaticien).

Secrétariat : Mlle AKAKPO-AHIANYO Sandrine, Mme da SILVEIRA Anyélé

SOMMAIRE

	Pages
Remerciements.....	2
Liste des sigles et abréviations.....	4
Avant-Propos.....	5
1- Préambule.....	6
2- Contexte du VIH/SIDA au Togo.....	7
3- Objectif général de la politique en VIH/SIDA.....	11
4- Objectifs spécifiques et stratégies.....	11
4.1 – Information et sensibilisation du personnel des Universités du Togo.....	12
4.2 – Dépistage et confidentialité.....	14
4.3 – Prise en charge.....	15
4.4 – Droits et devoirs.....	16
4.5 – Recherche.....	17
4.6 – Implication des Universités du Togo dans la lutte contre le VIH/SIDA.....	18
4.7 – Genre et VIH/SIDA.....	20
4.8 – Cadre institutionnel de mise en oeuvre et de coordination de la politique en VIH/SIDA.....	21
4.9 – Financement.....	22
Conclusion.....	23
Bibliographie.....	25
Annexes	27
Annexe 1 : Déclaration de consensus national tripartite concernant le VIH/SIDA sur le lieu de travail.....	28
Annexe 2 : Extraits des principaux résultats de l'enquête en IST/VIH/SIDA dans les Universités du Togo.....	31
Annexe 3 : Guide de l'OMS pour le conseil dans l'infection à VIH et le SIDA.....	46

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADEA	:	Association pour le Développement de l'Education en Afrique
AEEMT	:	Association des Elèves et Etudiants Musulmans du Togo
AEMP	:	Association des Etudiants en Médecine et Pharmacie
AIESEC	:	Association Internationale des Etudiants en Sciences Economiques et Commerciales
AUA	:	Association des Universités Africaines
CACIEJ	:	Comité d'Action pour la Coopération Internationale et l'Epanouissement de la Jeunesse
CAFMICRO	:	Centre Africain de Formation à la Maintenance en Micro-informatique
CCD	:	Centre de Conseil et de Dépistage
CHR	:	Centre Hospitalier Régional
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CIC	:	Centre d'Informatique et de Calcul
CNOU	:	Centre National des Œuvres Universitaires
COMULSIDA	:	Comité Universitaire de Lutte contre le VIH/SIDA
EAM	:	Ecole des Assistants Médicaux
ENFS	:	Ecole Nationale de Formation Sociale
ENSI	:	Ecole Nationale Supérieure d'Ingénieurs
ESA	:	Ecole Supérieure d'Agronomie
ESSD	:	Ecole Supérieure de Secrétariat de Direction
ESTBA	:	Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires
FASEG	:	Faculté des Sciences Economiques et de Gestion
FDD	:	Faculté de Droit
FDS	:	Faculté des Sciences
FLESH	:	Faculté des Lettres et Sciences Humaines
FMMP	:	Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie
GTES	:	Groupe de Travail de l'Enseignement Supérieur
GTZ	:	Service Technique de Coopération Allemande
IST	:	Infection Sexuellement Transmissible
IUT.G.	:	Institut Universitaire de Technologie et de Gestion
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PAT	:	Personnel Administratif, Technique et de Service
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PVVIH	:	Personne Vivant avec le VIH
RAS+Togo	:	Réseau des Associations de PVVIH
SIDA	:	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
UE-ADESS	:	Union Européenne – Appui Décentralisé au Secteur de la Santé
UEREPA	:	Unité d'Enseignement et de Recherche en Population et Développement
UK	:	Université de Kara
UL	:	Université de Lomé
VB	:	Village du Bénin
VIH	:	Virus d'Immunodéficience Humaine.

Avant-Propos

L'avenir des pays africains semble hypothéqué par l'avancée destructrice de la pandémie du VIH/SIDA. Pour parer à cette situation et contribuer à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont l'objectif 6, entre autres, stipule qu'il faut combattre le VIH/SIDA, la Chancellerie des Universités du Togo, avec l'appui financier du GTES / AUA, s'est proposée d'appuyer les Universités du Togo en les amenant à élaborer une politique institutionnelle en matière de VIH/SIDA dans les Universités du Togo.

Cette politique prend en compte le point de vue des différentes catégories socio-professionnelles de la communauté universitaire (étudiants, enseignants, personnel administratif et technique), grâce à une enquête réalisée du 22 au 26 mars 2004 à l'Université de Lomé, et les 18 et 19 avril 2004 à l'Université de Kara. Cette politique a bénéficié du concours des ONG et de la Société Civile. Le SIDA s'étant révélé une pandémie, le présent document de politique s'est appuyé sur le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA du Togo (2001-2005) adopté en mars 2001. Ce document trace les grandes lignes des mesures à prendre par la communauté universitaire quant à la sensibilisation et à l'information de ses membres, au dépistage de la maladie et à sa prise en charge, à l'implication des Universités dans la lutte, et à l'intégration de modules de formation en VIH/SIDA dans les curricula des différentes Facultés, Ecoles et Instituts non médicaux.

Nous espérons que la mise en œuvre de cette politique permettra aux Universités togolaises d'atteindre les objectifs fixés et que le présent document servira de modèle pour les autres institutions d'Enseignement Supérieur.

Prof. KODJO Kofi-Lumo Samuel †
*Chargé de Mission auprès de la
 Chancellerie des Universités du Togo,
 Président du COMULSIDA*

1. PREAMBULE

La mortalité grandissante liée au VIH/SIDA hypothèque gravement l'avenir des populations africaines, y compris les communautés universitaires

Afin d'assurer à tous un avenir meilleur et prospère, il revient aux autorités universitaires, chacune dans son domaine, de prendre les mesures appropriées pour garantir un développement humain durable. C'est pourquoi, la Chancellerie des Universités du Togo, l'Université de Lomé et l'Université de Kara ;

- 1) conscientes que le développement du pays passe par une formation solide et soutenue de la relève de demain ;
- 2) convaincues que cette relève ne peut être bien formée qu'en ayant avant tout une bonne santé ;
- 3) conscientes que les formateurs sont concernés autant que les apprenants ;
- 4) convaincues que les actions menées jusqu'alors n'ont pas été vigoureuses ;
- 5) conscientes du manque de structures sanitaires adéquates de lutte contre les IST/VIH/SIDA sur les campus universitaires ;
- 6) conscientes du rôle que peuvent jouer les diverses communautés religieuses dans cette lutte ;
- 7) conscientes de la faible implication des communautés universitaires dans cette lutte ;
- 8) conscientes que tout homme a droit à l'éducation et à l'emploi;

adoptent la présente politique dont la mise en œuvre permettra aux communautés universitaires de vivre et de travailler dans un environnement sain et ainsi, d'éviter la discrimination et la stigmatisation en matière de VIH/SIDA.

2. CONTEXTE DU VIH/SIDA AU TOGO

Situé en Afrique de l'Ouest, le Togo couvre une superficie de 56 600km². Sa population à prédominance jeune est estimée à 5,6 millions d'habitants en 2003. En raison du Port Autonome de Lomé situé sur la côte, il est sollicité pour le transit des marchandises par les pays du sahel (Burkina Faso, Mali, Niger) ; ce qui entraîne un flux migratoire considérable favorisant la propagation du VIH/SIDA. Sur le plan sanitaire, le Togo dispose de :

- trois (3) centres hospitaliers universitaires ;
- six (6) centres hospitaliers régionaux ;
- trente cinq (35) districts sanitaires ;

Ces formations sanitaires sont impliquées, à des degrés divers, dans les activités de lutte contre le SIDA.

Le Syndrome d'Immuno Déficience Acquise (SIDA) est causé par le Virus d'Immuno déficience Humaine (VIH) qui attaque l'organisme et détruit le système immunitaire de l'homme. Le corps perd tous ses moyens naturels de défense et ne résiste plus aux infections opportunistes.. Les voies de transmission sont les suivantes : **la voie sexuelle, la voie sanguine et celle de la mère à l'enfant.**

La séroprévalence dans la population active (15-49 ans) était estimée à 6% en 2001. Il est donc démontré que toutes les couches socio-professionnelles et tous les secteurs sont concernés.

Face à cette situation, le Togo a adhéré, sans conditions, à l'approche d'une riposte élargie prônée par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), en élaborant un plan d'action plus efficace.

Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA du Togo, adopté en mars 2001 pour la période 2001/2005, s'est appuyé sur l'analyse de la situation et l'analyse de la réponse.

«L'analyse de la situation a permis de montrer que les principaux déterminants qui entretiennent l'épidémie sont, entre autres :

- ?? *l'activité sexuelle élevée au sein de la population des jeunes, et la multiplicité des partenaires sexuels ;*
- ?? *la non-perception du risque et le déni de la maladie ;*
- ?? *la subordination socio-économique des femmes ;*
- ?? *la pauvreté ;*
- ?? *la prostitution importante et très mobile dans les pays de la sous-région ;*
- ?? *l'existence de groupes vulnérables de femmes : portefaix, domestiques et apprenties ;*
- ?? *l'analphabétisme élevé chez les femmes.*

L'analyse de la réponse pour faire face à cette situation s'est appuyée sur quatorze (14) objectifs qui sont de :

1. *réorganiser le cadre institutionnel de coordination intersectorielle de la réponse nationale en vue de répondre plus efficacement à la problématique actuelle et future de la pandémie du VIH/SIDA et les IST au Togo ;*
2. *renforcer la sensibilisation et la conscientisation de la population par la mise à disposition d'informations correctes sur les IST/VIH/SIDA et sur les moyens de prévention ;*
3. *contribuer à la réduction de la transmission des IST/VIH/SIDA au Togo par le marketing social des préservatifs ;*

4. améliorer la prise en charge des IST ;
5. améliorer la prise en charge médicale et psychosociale des PV VIH/SIDA ;
6. assurer la sécurité transfusionnelle à 100% sur toute l'étendue du territoire national ;
7. prévenir la transmission du VIH/SIDA en milieu de soins et au cours des pratiques traditionnelles ;
8. améliorer la surveillance du VIH/SIDA de deuxième génération, couplée avec la surveillance comportementale ;
9. promouvoir la recherche opérationnelle et fondamentale en matière de l'infection des IST/VIH/SIDA au Togo ;
10. réduire la transmission sexuelle des IST/VIH/SIDA de 25% chez les jeunes de 10 à 24 ans d'ici 2005 ;
11. réduire de façon significative la prévalence des IST/VIH/SIDA chez les femmes, d'ici 2005 ;
12. réduire la transmission verticale du VIH/SIDA, de la mère à l'enfant, de 35% à 15% au moins ;
13. réduire la propagation des IST/VIH/SIDA au sein des populations de migrants saisonniers et sédentaires, des militaires, des gardiens de la paix, des routiers et leurs partenaires ;
14. minimiser la propagation des IST/VIH/SIDA dans le groupe des travailleuses du sexe et leurs partenaires.»

En ce qui concerne le secteur de l'Enseignement Supérieur, le Togo dispose de deux Universités :

1. **l'Université de Lomé**, - ex Université du Bénin - située à Lomé, a été créée en 1970 et compte aujourd'hui :
 - a. 5 Facultés, 9 Ecoles et Instituts ;
 - b. et des services administratifs et techniques.
 La communauté universitaire de Lomé est composée en 2004 de :
 - c. 365 Enseignants ;
 - d. 965 Membres du PAT ;
 - e. 15 000 Etudiants.

2. **l'Université de Kara**, située dans la région de la Kara, à 400 kilomètres environ au Nord de Lomé, est créée en janvier 2004 et compte trois (3) Facultés et des services administratifs et techniques. La communauté universitaire de Kara est composée de :

- 34 Enseignants ;
- 300 Membres du PAT ;
- 1500 Etudiants.

Les données de l'enquête sur les Connaissances, les Attitudes, les Perceptions et les Pratiques, en matière de VIH/SIDA, réalisée par l'UEREP en mars et avril 2004 dans les Universités du Togo, indiquent qu'à 15 ans, 60,4% des étudiants de l'UL, 54% du PAT, 61% des enseignants et 54% du personnel de l'UK avaient eu leur premier rapport sexuel.

Outre la sexualité des célibataires, on note également l'existence d'une sexualité extra-conjugale aussi bien chez les enseignants et les PAT que chez les étudiants. Cet état de faits rend effectifs les risques de contamination des maladies sexuellement transmissibles.

En l'absence de structure de dépistage du VIH/SIDA à l'UL, certains signes cliniques concomitants observés chez les étudiants (amaigrissement de plus de 10%, diarrhées de plus d'un mois, cas de tuberculose, toux persistante, zona récidivante, cas d'IST), font suspecter la présence de la maladie.

En outre, il est noté que toute personne qui ne réagit pas à l'IDR à la Tuberculine est suspecte. Enfin, des données sur le VIH/SIDA à l'UL manquent, du fait que les étudiants, une fois malades, se dirigent plutôt vers d'autres centres de santé ou hôpitaux.

En résumé, les Universités du Togo vivent une situation inquiétante qui mérite d'être prise très au sérieux. Le SIDA existe bel et bien dans les Universités du Togo et continue à agir dans l'ombre.

Si rien n'est fait pour endiguer ce fléau, on risque d'assister à une vraie catastrophe au sein de la communauté universitaire. Il est donc urgent que les Universités du Togo prennent en main les activités de lutte contre le VIH/SIDA en instituant la présente politique.

1. OBJECTIF GENERAL DE LA POLITIQUE EN VIH/SIDA

L'objectif général de cette politique est de contribuer à la réduction de la transmission du VIH/SIDA au sein de la communauté universitaire, conformément au cadre stratégique national.

De nombreux obstacles persistent, malgré les efforts fournis par l'Etat et les organisations non gouvernementales en vue d'atteindre cet objectif.

Ces obstacles sont, entre autres :

- l'inexistence d'études appropriées et périodiques pour apprécier l'ampleur du phénomène ;
- la non coordination des activités de lutte menées par les diverses associations ;
- l'inefficacité de la politique de lutte contre la pauvreté ;
- la prédominance de faits sociaux et religieux.

Il s'avère donc nécessaire de trouver des stratégies appropriées et adaptées pour une lutte efficace contre les IST/VIH/SIDA.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES ET STRATEGIES

Les objectifs spécifiques à atteindre couvrent sept grands domaines, à savoir :

- a. information et sensibilisation du personnel des Universités du Togo ;

- b. dépistage, conseils et confidentialité ;
- c. prise en charge ;
- d. droits et devoirs du personnel ;
- e. recherche ;
- f. implication des Universités dans la lutte ;
- g. approche genre.

4.1- Information et sensibilisation du personnel des Universités du Togo

4.1.1. Problématique

Les données de l'enquête CAP montrent que, pour 98% des membres de la communauté universitaire, le SIDA est une réalité et non un mythe, et que les rapports sexuels avec des partenaires multiples constituent un comportement à haut risque de propagation de la maladie.

Par contre, la fréquentation des travailleuses du sexe ne semble pas représenter un risque majeur pour les étudiants (70,8%), les enseignants (65%) et les PAT (86%) de l'UL.

L'autre fait alarmant est que les PAT (86%) n'accordent aucune fiabilité aux préservatifs et plus de 33% du personnel enseignant ne pensent plus que le préservatif est une barrière.

Par ailleurs, d'autres voies de transmission sont presque ignorées, telles que les relations homosexuelles (seulement 5 % des étudiants et 26,5% des enseignants pensent que cela représente un risque majeur).

Les causes de cette sous-information pourraient être :

- le déni de la maladie (appartenant à une classe d'âge jeune, la représentation de la maladie et de la mort est lointaine pour les étudiants) ;
- la prise de position des religieux (non acceptation de l'utilisation de préservatifs, confiance totale à Dieu) ;
- la peur (stigmatisation, exclusion et insouciance («le SIDA, c'est pour les autres.»)).

Il est à noter que les messages de sensibilisation jusqu'alors ont mis plus l'accent sur ce qui ne transmet pas, plus que sur les facteurs indirects de la contamination.

4.1.2. Objectifs

Il s'agit :

- de renforcer l'information au niveau du personnel des Universités par la mise à disposition des données exactes;
- d'impliquer davantage les responsables religieux dans les activités de lutte ;
- de vulgariser la pratique et l'utilisation correcte des préservatifs chez au moins 60% des membres de la communauté universitaire ;
- d'assurer la disponibilité constante des préservatifs sur les Campus Universitaires

4.1.3. Stratégies

Les stratégies requises pour la réalisation de ces objectifs consistent en :

- la formation des pairs conseillers enseignants, étudiants et PAT, dont la mission sera d'organiser et d'exécuter des activités d'information et de sensibilisation de proximité ;
- la création d'un centre de documentation sur le VIH/SIDA, accessible à tous;

- l'organisation d'ateliers, de conférences-débats et de colloques intégrant divers responsables religieux en vue d'une meilleure conscientisation ;
- des témoignages de personnes infectées ;
- l'affichage de panneaux et/ou d'affiches publicitaires ;
- l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs sur les Campus.

4.2 - Dépistage et confidentialité

4.2.1. Problématique

Le dépistage constitue un déterminant essentiel de la prise de conscience, du désir de se connaître et de se préserver. La situation dans les Universités est inquiétante, puisque les résultats indiquent qu'à Lomé, 79% des étudiants affirment n'avoir jamais fait le test, le PAT à 84% et les enseignants à 54,4%.

A Kara, le taux de ceux qui déclarent n'avoir jamais fait le test est de 79,8% .

Il faut noter aussi que 10,5% à 26% des enquêtés ne sont pas prêts à faire le test, même si on le leur proposait. L'une des raisons principales de ce refus est liée à la peur (20 à 53%) d'être stigmatisé, discriminé ou de ne pas bénéficier de la prise en charge, si le test se révélait positif. En outre, 68,3 à 82,4% des enquêtés sont contre l'exigence du test avant tout recrutement à l'Université. En outre, 51,8 à 58,1% des enquêtés estiment que le test ne doit pas faire partie du bilan de santé de l'étudiant, pour éviter la marginalisation (54,2 à 80%) et respecter la liberté de choix (13,1 à 30,5%).

4.2.2 Objectif

Amener au moins 50% des membres de la communauté universitaire à faire le dépistage volontaire.

4.2.3 Stratégies

Les actions à mener pour atteindre cet objectif se focaliseront sur :

- la sensibilisation en vue d'amener le personnel à accepter l'avantage de connaître son statut sérologique;
- le renforcement des capacités institutionnelles de conseil et de dépistage volontaire;
- la garantie d'une confidentialité totale.

4.3 - Prise en charge

4.3.1 Problématique

La prise en charge est une question importante dans la lutte contre le VIH/SIDA. L'absence de prise en charge sur les campus constitue un blocage au dépistage volontaire. Il apparaît donc important de renforcer les capacités institutionnelles sanitaires existantes pour la prise en charge dans les communautés universitaires comme l'indiquent les résultats de l'enquête : 63,2% à 93,8% de la communauté universitaire sont favorables à cette initiative.

4.3.2 Objectif

Favoriser la prise en charge de tout membre de la communauté infecté ou malade du VIH/SIDA.

4.3.3 Stratégies

Les stratégies envisagées pour la réalisation de cet objectif sont :

- le renforcement des capacités institutionnelles sanitaires pour la prise en charge dans les communautés universitaires;
- l'appui financier et/ou matériel aux personnes infectées ou malades ;
- le suivi médical, psychologique et juridique des malades et la gratuité des soins aux PVVIH/SIDA.

4.4 - Droits et Devoirs

4.4.1 Problématique

La communauté universitaire reconnaît, dans sa majorité, que tout le monde doit bénéficier des mêmes droits selon la loi qui stipule que tous les êtres humains sont égaux en dignité et en droit (Article 11 du titre 2 de la Constitution de la IV^e République du Togo ; cf. Recueil de directives pratiques du BIT 2003).

Fort de ce principe, la communauté universitaire est contre l'exigence du test de VIH avant tout recrutement à l'Université. Toutefois, elle est favorable à l'acceptation des personnes malades ou séropositives dans leur environnement immédiat (72 à 95,6%) et sous le même toit (72 à 92,6%).

Cependant, une proportion non négligeable refuse l'acceptation des personnes infectées dans leur environnement immédiat (4,4 à 28%) et sous le même toit (7,4 à 28%). Parmi ceux-ci, à l'UL, 76,3% des étudiants et 71,4% des PAT pensent qu'accepter un séropositif au service, c'est s'exposer volontairement aux risques de contamination; par ailleurs, 92,9% des PAT, 85,2% des étudiants et 80% des enseignants de l'UL d'une part, 70,6% du personnel de l'UK d'autre part, refusent de vivre sous le même toit que les séropositifs ou les malades, par crainte de contracter la maladie. Une telle situation conduit à la stigmatisation, à la discrimination, à l'isolement, et donc bafoue le droit de l'individu et son désir de se faire dépister. Ceci démontre l'ignorance des voies de transmission du VIH.

4.4.2 Objectifs

Il s'agit :

- d'amener toute la communauté universitaire à la connaissance et au respect des droits et devoirs individuels ;
- de créer un cadre juridique pour la protection des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- d'encourager les membres de la communauté universitaire à avoir des comportements responsables pour éviter d'exposer les uns et les autres à la contamination ;
- d'inciter toute la communauté universitaire à s'engager dans la lutte contre la discrimination des PVVIH.

4.4.3 Stratégies

Pour atteindre ces objectifs, les stratégies à développer sont :

- la publication d'articles et brochures ;
- l'organisation de meetings d'information et de sensibilisation ;
- la soumission d'un plaidoyer aux autorités compétentes pour la création d'un cadre juridique pour la protection des victimes de discrimination et de stigmatisation ;
- la création de clubs anti-SIDA ;
- l'organisation de rencontres avec les victimes de stigmatisation et de discrimination, pour une meilleure prise de conscience.

4.5 - Recherche

4.5.1 Problématique

L'Université, qui est le lieu par excellence de la connaissance, manque cruellement des données relatives aux IST/VIH/SIDA et à son impact sur la communauté universitaire. Ce fait s'explique par le manque de structures adéquates de recherches médicales, scientifiques et documentaires en VIH/SIDA. L'importance de la création de telles structures est exprimée par 93 à 100% des enquêtés.

4.5.2 Objectif

Il s'agit :

- de doter les Universités du Togo de structures adéquates de recherche qui constitueront des centres de référence, de consultation, de coopération et d'échange dans le domaine.

4.5.3 Stratégies

Dans cette optique, les stratégies suivantes seront développées :

- la création d'un centre de recherche pluridisciplinaire ;
- le renforcement des structures de recherche existantes ;
- la formation des chercheurs ;
- l'initiation des recherches dans les différents domaines des IST/VIH/SIDA ;
- la motivation des chercheurs à répondre aux appels à proposition des organismes nationaux, régionaux et internationaux ;
- l'appui financier aux chercheurs ;
- l'organisation de rencontres de travail et d'échanges avec les chercheurs externes.

4.6 - Implication des Universités du Togo dans la lutte contre le VIH/SIDA

4.6.1 Problématique

Depuis l'enregistrement des premiers cas de SIDA au Togo en 1987 et malgré l'ampleur du phénomène VIH/SIDA, les Universités n'ont entrepris aucune politique ni programme en vue de limiter la propagation de la maladie en leur sein. Les quelques activités menées çà et là par les associations estudiantines, n'ont pas encore donné de résultats probants, à cause de leur non coordination et de leur caractère isolé.

4.6.2 Objectifs

Il s'agit :

- de convaincre les autorités universitaires de prendre le devant des activités de lutte contre les IST/VIH/SIDA;
- d'encourager toute la communauté universitaire à se sentir concernée par le problème des IST/VIH/SIDA et à s'investir dans la lutte.

4.6.3 Stratégies

Pour y parvenir, les stratégies ci-après seront développées :

- la présentation des résultats d'enquêtes aux autorités pour montrer la nécessité de leur réaction ;
- l'intégration dans les curricula de formation des modules sur le VIH/SIDA ;
- l'organisation de conférences sous le patronage des autorités ministérielles et universitaires sur le campus ;
- l'organisation de groupes de discussion regroupant les différentes catégories professionnelles et religieuses ;
- la création et l'animation de clubs anti SIDA ;
- la création et l'animation d'une radio communautaire au sein des campus ;
- la création de centres de jeunes sur les campus ;
- l'instauration d'une semaine spéciale dénommée « STOP SIDA » ;
- la sensibilisation du personnel à participer aux activités de lutte contre la maladie en dehors des campus et à devenir des persuadeurs dans leur milieu de vie ;
- l'installation de distributeurs automatiques de préservatifs ;
- la création d'un conseil comprenant des enseignants, des étudiants, des PAT et le médecin-chef du CNOU.

4.7 - Genre et VIH/SIDA

4.7.1 Problématique

La structure par sexe de la communauté universitaire enquêtée se caractérise par une prédominance du sexe masculin :

- 75% d'étudiants contre 25% d'étudiantes ;
- 90% d'enseignants contre 10% d'enseignantes ;
- 58% d'hommes contre 42% de femmes pour le PAT.

Ce déséquilibre existant entre les deux sexes n'est que le reflet des caractéristiques sexo-professionnelles et socio-culturelles : inégalité de pouvoir décisionnel, dépendance économique, etc.

Le pouvoir inégal qui caractérise les relations entre les genres et qui s'exerce à l'avantage des hommes, se traduit par la même inégalité dans les rapports hétérosexuels. Dans ce contexte, non seulement le plaisir de l'homme s'avère plus important que celui de la femme, mais encore les hommes disposent d'un plus grand contrôle sur le moment, le lieu et le mode de rapport sexuel.

La dépendance économique des femmes augmente leur vulnérabilité au VIH. Leur faible pouvoir économique fait qu'elles ont tendance à monnayer leur valeur sexuelle. Par ailleurs, les valeurs socio-culturelles à prédominance masculine voudraient que les hommes soient mieux renseignés sur la sexualité et qu'ils aient plus d'expériences dans ce domaine.

Or, ces hommes, et tout particulièrement les jeunes gens, se retrouvent ainsi exposés à des risques d'infection ; puisque de telles valeurs socio-culturelles les empêchent d'aller chercher des informations, voire d'admettre leur manque de connaissances sur la sexualité et la manière de se protéger. De plus, ils se voient obligés de vivre leur première expérience sexuelle sans protection, et à un jeune âge, afin de prouver leur masculinité. Dans les Universités du Togo, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 18 ans pour le sexe masculin et de 19 ans pour le sexe féminin.

4.7.2 Objectifs

Il s'agit :

- de changer les mentalités qui exposent l'homme aux IST/VIH/SIDA ;
- de réduire la dépendance économique des femmes ;
- de réduire l'écart existant entre les deux sexes dans la communauté universitaire ;
- de renforcer le pouvoir d'action et de décision des femmes.

4.7.3 Stratégies

Pour ce faire, la politique visera :

- la sensibilisation et la mobilisation des hommes à se défaire des présomptions existantes ;
- la formation et le suivi des femmes de la communauté universitaire dans leur promotion socio-professionnelle ;
- la création d'activités génératrices de revenus (AGR) pour les étudiantes nécessiteuses ;
- la facilitation de l'accès des femmes au crédit ;
- le respect de la parité genre au cours des recrutements ;
- la promotion de l'accès des filles à l'Université, en leur octroyant, par exemple, des bourses d'études après le baccalauréat ;
- la vulgarisation et l'utilisation du Femidom ;
- l'organisation de tables rondes pour les femmes, en vue de leur faire connaître leurs droits.

4.8 - Cadre institutionnel de mise en œuvre et de coordination de la politique en matière de VIH/SIDA

La mise en œuvre d'une politique institutionnelle en matière de VIH/SIDA dans les Universités du Togo nécessite des efforts concertés des autorités universitaires, des collectivités locales, des organisations non gouvernementales et des partenaires au développement. Les activités que recouvre cette politique sont complexes et multi-sectorielles.

Par conséquent, il est nécessaire que toutes les couches socio-professionnelles y participent pleinement. A cet effet, trois (3) structures sont chargées de cette mise en œuvre.

4.8.1 L'organe de coordination

Le Comité Universitaire de Lutte contre le VIH/SIDA (COMULSIDA), est l'organe de coordination. Il se chargera de la coordination de la mise en œuvre de la politique en matière de VIH/SIDA.

4.8.2 L'organe de programmation, de suivi et d'évaluation

Formé de trois (3) représentants des Enseignants points focaux en VIH/SIDA, de trois (3) représentants des Etudiants Pairs-Conseillers, de trois (3) représentants du PAT et du Médecin-chef du service médico social du CNOU, il est chargé de l'élaboration des programmes, du suivi-évaluation et du contrôle des activités en matière de VIH/SIDA.

4.8.3 Les organes d'exécution

Ils sont constitués, d'une part, des Etudiants Pairs-Conseillers, des Enseignants points focaux en VIH/SIDA, et des représentants du PAT dans leurs Facultés, Ecoles, Instituts et services, et d'autres part, des clubs socio-culturels, des groupes religieux et des associations. Ils sont chargés de réaliser les activités qui sont en accord avec les objectifs de la politique. Il est à noter que chaque université ou établissement d'enseignement supérieur aura son organe de programmation et d'exécution.

4.9 - Financement

La mise en œuvre de la politique institutionnelle en matière de VIH/SIDA dans les Universités du Togo nécessitera la mobilisation d'importants moyens humains et financiers.

La Chancellerie des Universités du Togo est donc chargée de prendre des mesures requises en vue de faciliter l'exécution des programmes notamment :

- l'identification et l'évaluation correcte des besoins ;
- la sensibilisation des autorités des universités sur la nécessité de consacrer à ladite politique un soutien matériel et financier conséquents ;
- la mobilisation et la sensibilisation des partenaires au développement pour leur soutien aux programmes en matière des IST/VIH/SIDA.

Conclusion

Phénomène inquiétant et dévastateur, le SIDA est un facteur réducteur de l'espérance de vie et par là compromet l'avenir des hommes et des femmes.

Les résultats de l'enquête sur les Connaissances, les Attitudes, les Perceptions et les Pratiques ont révélé que la communauté universitaire, en majorité instruite, manque d'informations suffisantes relatives au VIH/SIDA, à son évolution, à ses voies de transmission, aux comportements, aux traitements qui s'imposent et aux recherches en cours.

Ces faits inhibent chez les membres de cette communauté la volonté de connaître leurs états sérologiques pour mieux se protéger.

La présente politique est élaborée en vue de relever le niveau d'information, d'accès aux soins et à la prise en charge pour une meilleure lutte contre la pandémie du VIH/SIDA. Elle met essentiellement l'accent sur les moyens efficaces de sensibilisation et d'informations fiables à l'endroit de la communauté universitaire, les attitudes à adopter face à la maladie, et aux personnes infectées, le respect du genre, etc.

C'est pourquoi, chaque membre de la communauté doit se sentir concerné et être actif pour permettre d'atteindre les divers objectifs consignés dans le présent document.

L'apport et le soutien des autorités universitaires deviennent, dès lors, incontournables pour l'exécution efficace de cette politique.

BIBLIOGRAPHIE

BIT (2003), Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail, 2^e éd., Bureau International du Travail, Genève, 47p.

Direction Générale du Plan et du Développement (1998) Ministère de la Planification et du Développement : « Politique Nationale de Population du Togo. », 14 Octobre 1998.

Division de la Santé Familiale (2001), Politique et Normes en Santé de la Reproduction au Togo, Direction Générale de la Santé ; DSF, 194p

Gouna Yawo (2002), « Sexualité et VIH/SIDA : Facteurs de vulnérabilité », Document de la formation des journalistes en Droits des femmes. 26 – 28 Août 2002.

Highridge Teachers College (2003), HIV and AIDS Policy, Highridge Teachers College, Nairobi, 18p.

Madhu Bala Nath (s.d.) « Genre, VIH et Droits humains » Manuel de Formation, 202p.

Margaret Achieng Ojuando (2003), « Développement d'une politique institutionnelle sur le VIH/SIDA : expérience du centre de formation pédagogique de Highridge ». Accra 23-25 Septembre 2003, 11p.

Ministère de la Santé du Togo (2004) Directives pour une prise en charge avec les médicaments antiretroviraux (ARV) au Togo : version provisoire, Ministère de la Santé au Togo, 22p. multigr.

OMS (1992), Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le SIDA, Série OMS n°8 Organisation Mondiale de la Santé, Genève, pp.23-35.

OMS (1995), Programme Mondial de Lutte contre le SIDA : « Relever les défis du VIH, du SIDA, et des MST: une réponse en fonction du genre » SSN Pays-Bas 1995

Otaala B. (2003), Politiques Institutionnelles pour le Contrôle du VIH/SIDA en Afrique, Université de Namibie, Document de la Conférence Régionale de Formation sur l'Amélioration de l'Enseignement Supérieur en Afrique au Sud du Sahara : ce qui marche, Accra, 18p.

PNLS (2001a), Bref aperçu du VIH/SIDA au Togo, Ministère de la Santé Publique /Direction Générale de la Santé, Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST, juillet 2001, 6p.

PNLS (2001b), Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA/IST 2001-2005, Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, 65p. multigr.

PNLS (2002), Protocole pour la surveillance de seconde génération de l'infection par le VIH, Direction Générale de la Santé, Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, 30p. multigr.

Réseau Africain sur l'Éthique (1994), le Droit et le VIH « Déclaration de Dakar » ; Dakar et New York du 27 Juin au 1^{er} Juillet 1994.

Sallah E.D., Grunitzky-Bekele M. (1999), Comportements sexuels, connaissance et attitudes des étudiants de l'Université du Bénin (Togo) face au Sida et aux maladies sexuellement transmissibles, Cahiers Santé, 9 : 101 – 109

The Mombasa Polytechnic (2003), The Mombasa Polytechnic HIV/AIDS Policy, the Mombasa University, 43p.

UERE (2004), Enquête en matière de VIH/SIDA dans les Universités du Togo : Principaux résultats, Unité d'Enseignement et de Recherche en Population et Développement, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, Université de Lomé, Lomé, 52p. multigr.

Université de Namibie (2001), UNAM HIV/AIDS Policy, University of Namibie, 57p.

Université de Nkumba (2002), Nkumba University HIV/AIDS Policy, Nkumba University, Entebbe, Uganda, 51p.

ANNEXE 1

**DECLARATION DE CONSENSUS NATIONAL
TRIPARTITE CONCERNANT LE VIH/SIDA SUR LE LIEU
DE TRAVAIL :
Conseil National du Patronat, Organisations Syndicales des
Travailleurs et Gouvernement**

Adoptée le 28 juillet 2004

**(Extraits du quotidien national Togo-Presse
n° 6840 du 12 août 2004, p. 15)**

Nous, acteurs du monde du travail du Togo, Réunis en conférence nationale tripartite ce 28 juillet 2004 à Lomé,

~~///~~ Après analyse de la situation du VIH/SIDA et de ses conséquences sur le monde du travail,

~~///~~ Conscients des effets néfastes du VIH/SIDA sur les travailleurs, les entreprises et l'économie nationale,

~~///~~ Ayant réalisé que le SIDA atteint essentiellement le travailleurs de 15 à 49 ans,

Adhérons sans réserve aux principes énoncés par le Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail,

Prenons solennellement l'engagement de lutter contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail par la protection et la promotion des principes fondamentaux suivants :

1. Reconnaissance du VIH/SIDA en tant que question liée au lieu de travail

Le VIH/SIDA doit être abordé comme toute autre maladie grave sur le lieu de travail.

2. Non-discrimination liée au statut VIH/SIDA

L'Entreprise s'engage à ne pratiquer à l'égard des travailleurs aucune discrimination fondée sur leur séropositivité réelle ou supposée vis-à-vis du VIH/SIDA.

ANNEXES

3. Égalité entre hommes et femmes Une plus grande égalité dans la relation homme/femme et l'amélioration des conditions des femmes sont essentielles pour prévenir la propagation de l'infection par le VIH.

4. Milieu de travail sain Pour prévenir la transmission du VIH/SIDA, il faut que le milieu de travail soit sain et sûr pour l'employeur et le travailleur.

5. Dialogue social
La coopération et la confiance entre l'employeur et le travailleur sont nécessaires pour la mise en œuvre des programmes VIH/SIDA sur le lieu de travail.

6. Non dépistage en vue de l'exclusion de l'emploi et du travail

Le dépistage du VIH/SIDA ne doit pas être exigé des demandeurs d'emploi ou lors des visites médicales des travailleurs occupant un emploi.

7. Confidentialité
Rien ne justifie d'exiger des demandeurs d'emploi ou des travailleurs des informations personnelles liées au VIH.

8. Maintien de la relation d'emploi
L'infection par le VIH ne doit pas être un motif de licenciement.

9. Prévention
Des actions de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA doivent être menées sur le lieu de travail.

10. Prises en charge et soutien
La solidarité, la prise en charge et le soutien sont les maîtres mots de la réponse d'une entreprise aux problèmes du VIH/SIDA.

11. Dépistage volontaire anonyme
Encourager, par des conseils, le dépistage volontaire anonyme pour une meilleure prise en charge précoce et efficace.

Décidons dans le cadre de la protection et de la promotion desdits principes, de mettre en place dans les entreprises des politiques et des programmes :

- ~~///~~ de prévention du VIH/SIDA par l'éducation et l'appui pratique au changement de comportement,
- ~~///~~ de lutte contre la stigmatisation et la discrimination du travailleur vivant avec le VIH/SIDA sur le lieu de travail,
- ~~///~~ de soins et soutien au travailleur vivant avec le VIH/SIDA y compris conseil et test volontaire ainsi que les traitements des infections opportunistes et l'accès au ARV (Anti Rétroviraux).

ANNEXE 2**EXTRAITS DES PRINCIPAUX RESULTATS DE
L'ENQUETE EN IST/VIH/SIDA DANS LES UNIVERSITES
DU TOGO (MARS – AVRIL 2004)**

Les présents résultats sont extraits de l'enquête réalisée du 22 au 26 mars 2004 à l'Université de Lomé (UL), et les 18 et 19 avril 2004 à l'Université de Kara (UK) auprès des membres de la communauté des deux universités (étudiants, enseignants, personnel administratif, technique et de service).

1. Objectifs de l'enquête

L'**objectif général** de l'enquête est de contribuer à la mise à disposition de données fiables et récentes pour aider à la réduction de la transmission du VIH/SIDA au sein des communautés universitaires, conformément au cadre stratégique national du Togo.

Les **objectifs spécifiques** de l'enquête couvrent cinq domaines, à savoir :

1. fournir des données récentes sur le VIH/SIDA dans les communautés universitaires de Lomé et de Kara pour aider à l'élaboration d'une politique institutionnelle en matière de VIH/SIDA dans les universités du Togo ;
2. évaluer le niveau de connaissance des membres des communautés universitaires relativement aux IST/VIH/SIDA ;
3. évaluer les attitudes des membres des communautés universitaires relativement aux IST/VIH/SIDA ;

4. déterminer les perceptions des populations universitaires relativement aux IST/VIH/SIDA ;
5. identifier les besoins et les attentes des membres des communautés universitaires par rapport aux IST/VIH/SIDA.

2- Plan de sondage

Trois strates ont été constituées dans chaque université :

- la **strate des étudiants** (critères de sélection : la Faculté, le sexe et l'année d'études);
- la **strate des enseignants** (critères de sélection : la Faculté, le sexe et le grade académique (Assistant, Maître-Assistant, Professeur);
- et la **strate du personnel administratif, technique et de service** (critères de sélection : le sexe et le type d'emploi (secrétaire, dactylographe, employé de bureau, comptable ou aide comptable, femme de ménage, cuisinier ou serveur, chauffeur, agent de sécurité ou gardien, ...)).

La **méthode des quotas** a été utilisée pour la constitution des différents échantillons, selon le tableau résumé ci-après :

Strates	Effectifs des populations-mères	Tailles des échantillons	Taux de sondage (%)
Etudiants UL	14 775	432	3,0
Enseignants UL	364	68	18,7
PAT UL	959	50	5,2
Ensemble UK	1 743*	114**	6,5

Note

* L'ensemble UK est constitué de 1 533 Etudiants, tous de première année, 23 Enseignants et 187 PAT, dont 773 étudiants de la FLESH, 519 de la FASEG et 241 de la FDS .

** 64 Etudiants, 22 Enseignants et 28 PAT.

Il est à noter que la taille de l'échantillon dépend des ressources disponibles et du plan d'analyse ; le facteur qui explique les tailles d'échantillons retenues étaient les ressources financières limitées.

3- Caractéristiques démographiques et socioculturelles des enquêtés

3.1 – Structure par sexe et âge

A l'**Université de Lomé**, la structure par sexe des étudiants se caractérise par une prédominance du sexe masculin : le rapport est de trois étudiants pour une étudiante, soit un rapport de masculinité de 308. Chez le PAT, ce rapport est de 138 hommes pour 100 femmes ; et pour le corps enseignant, on compte 9 enseignants pour une enseignante.

La population estudiantine est jeune :

- 68% des étudiants ont moins de 24 ans ;
- 25% ont un âge compris entre 25 et 29 ans ;
- 4% se retrouve dans la tranche d'âge 30 et 39 ans.

L'âge moyen des étudiants est de 23 ans.

A l'**Université de Kara**, le sexe masculin est aussi prédominant : on compte 75% d'hommes et 25% de femmes, toutes catégories confondues.

3.2 – Etat matrimonial

A l'**Université de Lomé**, la majorité des étudiants est **célibataire** (86%), contre 16% pour le personnel administratif et technique et 6% pour les enseignants.

93% des enseignants et 70% du PAT sont **mariés** contre 14% chez les étudiants (14% du PAT sont des **polygames** contre 3% au niveau des enseignants). Le **veuvage** touche 10% du PAT alors qu'il est très faible chez le personnel enseignant (1%). Ce phénomène est inexistant chez les étudiants.

En ce qui concerne l'**Université de Kara**, les résultats montrent que 61% des personnes touchées par l'enquête sont des **célibataires**, 36% des **mariés** dont 2% de **polygames**. Les proportions de divorcés et de veufs sont négligeables.

3.3 – Appartenance religieuse

Plus de 85% des étudiants, enseignants et personnel administratif et technique sont des **chrétiens** (catholiques, protestants et autres).

Un rapprochement des résultats des deux universités révèle que les religions catholique, protestante et l'islam demeurent les plus importantes.

4- Pratiques sexuelles et exposition au risque

- 2,8% des étudiants de l'UL, 24% du PAT, 5,6% des enseignants de l'UL et 7,6% des étudiants de l'UK pratiquent le concubinage selon les données de l'enquête.
- Selon les données de l'enquête, 86,2% des étudiants de l'UL, 5,6% des enseignants de l'UL et 55,7% des étudiants de l'UK entretiennent des rapports sexuels avec des petits amis (es). Cette proportion est plus élevée au niveau des étudiants en général qu'au niveau des enseignants et du PAT.
- Selon les informations recueillies, 100% de l'ensemble des enquêtés ont tous des partenaires réguliers dont 90% ont chacun un partenaire régulier. Cette proportion est plus importante au niveau des étudiants (93,9%) des enseignants (90,7%) et du PAT (88,1%) de l'UL qu'au niveau des étudiants de l'UK soit 79,7%.
- Les données montrent que 70,2% des étudiants de l'UL et 60,8% des étudiants de Kara ont utilisé le condom au cours de leur dernier rapport sexuel contre 19% pour le PAT UL et 9% pour les enseignants UL ; tandis que 81% du PAT et 90,7% des enseignants de l'UL ne l'avaient pas utilisé (car respectivement 71% et 82% de ceux qui ne l'avaient pas utilisé font confiance à leur partenaire). Il est à noter que la variation de ces proportions de part et d'autre semble être fonction de l'âge des enquêtés, dans la mesure où les étudiants en général sont moins âgés que les enseignants et le PAT qui, en général, sont des mariés et se sentent moins concernés par rapport aux étudiants en matière d'usage du condom.

Les données montrent que pour 34% des étudiants de l'UL, 37,5% du PAT, 20% des enseignants et 20,8% des étudiants de Kara , le **condom / fémidom** est utilisé **pour éviter la grossesse** tandis que pour 34% des étudiants de l'UL, 37,5% du PAT, 40% des enseignants et 37,5% des étudiants de Kara, il est utilisé **pour éviter le VIH/SIDA**.

- En dehors des enquêtés de l'UK qui affirment avoir pris l'initiative personnelle d'utiliser le condom/fémidom lors de leur dernier rapport sexuel (62,5%), la dite initiative provient pour le reste de la majorité des enquêtés des deux partenaires, soit 46,5% pour les étudiants de l'UL, 50% pour le PAT de l'UL et 40% pour les enseignants.
- Le condom/fémidom est souvent utilisé par 50% du PAT de l'UL, tandis qu'il est utilisé chaque fois pour le reste de la plupart des enquêtés, soit 59,8% des étudiants de l'UL, 60% des enseignants et 52% des enquêtés de l'Université de l'UK.
- Si la plupart des enquêtés n'utilisent pas le condom/fémidom ou n'ont pas fait usage du condom/fémidom lors de leur dernier rapport sexuel, c'est pour des raisons de confiance au partenaire. (soit 70% des étudiants de l'UL, 71% du PAT, 82% des enseignants UL et 61% des étudiants de l'UK.
- Pour la plupart des étudiants en général, l'âge du partenaire est compris entre 20-24 ans (soit 50,8% des étudiants de l'UL et 40,5% des étudiants de Kara) alors que pour la majorité du PAT et les enseignants de l'UL, l'âge du partenaire est compris entre 30-49 ans (soit pour 36% du PAT, il est compris entre 30-39 ans, et pour 31% du même groupe il est compris entre 40-49 ans ; alors que pour 35% des enseignants cet âge est compris entre 30-49 ans et pour 39% du même groupe d'enseignants, il est compris entre 40-49 ans).

- Selon les données recueillies, la plupart des enquêtés ont eu 1 à 5 rapports sexuels dans le mois passé (soit 58,0% des étudiants de l'UL, 71,4% du personnel administratif et technique, 70% des enseignants de l'UL et 57% des étudiants de l'UK).

- Les données indiquent en outre qu'en dehors des 3,3% d'étudiants de l'UL et 1,3% d'étudiants de Kara, le reste des enquêtés répondent ne recevoir aucune contrepartie pour les rapports sexuels avec leur partenaire.

5- Connaissances et attitudes relatives aux IST/VIH/SIDA

On parle beaucoup du sida ces derniers temps, qu'en pensez-vous ? Est-ce une réalité ou un mythe ?

- Les réponses des 3 groupes sont judicieuses et écartent le concept de mythe (98 à 100%); les réponses repoussent l'idée d'invention concernant le sida.

- Les deux premières voies de transmission du VIH (voies sexuelle et sanguine) sont bien connues de tous les enquêtés (94 à 98%); par contre, la troisième voie de transmission du VIH (mère-enfant) n'est pas bien connue : (seulement 16% du PAT UL le savent et 51,5% des Enseignants UL le savent aussi, contre 72,9% des étudiants UL et 93% des enquêtés d'UK).

Pensez-vous que la contamination par le VIH est un châtement d'ordre religieux ?

Un pourcentage non négligeable d'enquêtés des 3 groupes (7 à 18%) approuve l'idée de châtement divin.

Depuis que vous avez entendu parler du Sida, avez-vous changé de comportement sexuel ?

- l'affirmation du changement de comportement est massive : pour l'UL, les étudiants en premier (85,6%), suivis des enseignants (83,8%), du PAT UL (80%), et pour les enquêtés UK (95,6%) ;

- parmi les moyens utilisés pour éviter de contracter la maladie, la majorité a adopté la fidélité. C'est le cas du PAT et des enseignants à près de 52% (Enseignants et PAT UL). Les étudiants ont plutôt opté pour l'utilisation du condom (40%), la fidélité (17%) et l'abstinence (31%) ;

- la séropositivité d'une personne de l'entourage déclenche le réflexe de se prêter soi-même au test de dépistage volontaire (44% à 51% des enquêtés UL, et 80% des enquêtés UK); la première réaction exprimée est d'abord le choc, puis la peur ;

- l'infection par le VIH ne doit pas faire sombrer dans le désespoir mais bien au contraire, et ceci est bien compris par les enquêtés (75% accepterait le résultat et vivraient avec);

- l'idée du suicide est rejetée par 95,1% à 98,2% des enquêtés;

- les 3 groupes optent pour la discrétion, la confidentialité s'ils apprennent que leur mari, épouse, ami ou enfant est séropositif. ;

- une minorité dans les groupes des étudiants et des enseignants, ne connaît pas la démarche à suivre en cas d'infection au VIH ; 4,1% des étudiants pensent contaminer les autres.

- les 3 groupes savent qu'un séropositif peut transmettre le sida (plus de 98% des enquêtés).

Exigerez-vous de votre partenaire le test de dépistage du VIH avant de l'épouser ?

- La connaissance du statut sérologique avant les unions est une démarche commune et acceptée (91 à 93% des enquêtés) ;
- les trois groupes acceptent de faire le test de dépistage avant de se marier (91 à 94%) ;
- ils approuvent l'utilisation des barrières de protection (condom / fémidom) ;
- l'abstinence et la fidélité, comme moyens de protection, sont approuvées par les différents groupes ;

6- Perception du risque du VIH/SIDA

Il existe en Afrique subsaharienne 4 principales voies de contamination par ordre d'importance :

- a) voie sexuelle, essentiellement hétérosexuelle (82,4%) ;
- b) transmission de mère à enfant (6,5%) ;
- c) voie sanguine (3,5%) ;
- d) consommation de drogues injectables.

La tranche d'âge la plus touchée est celle âgée de 19 à 49 ans, le sous-groupe d'âge le plus infecté est celui de 30 à 39 ans, suivi du groupe de 20 à 29 ans.

Rapports sexuels

Rapports avec partenaires multiples Q401B

La perception d'un risque élevé de contamination est retrouvée dans tous les groupes. Tous reconnaissent que les rapports sexuels avec des partenaires multiples représentent un niveau élevé de risque. Le groupe le plus avisé est celui des enseignants de l'UL (70,6%). Les étudiants de l'UL ne reconnaissent ce risque qu'à une majorité relativement faible, de 59,7% après le groupe du PAT.

Bien qu'appartenant à une classe d'âge exposée à l'infection, l'attitude des étudiants peut s'expliquer par 2 phénomènes :

- a) le déni de la maladie : ils appartiennent à une classe d'âge où la représentation de la maladie et de la mort est lointaine ;
- b) le statut d'étudiant paraît être une sorte de garantie dans la prévention et dans l'observance de diverses précautions dont l'utilisation du préservatif.

Rapports sexuels avec les prostituées Q401C

La fréquentation des prostituées ne représentent pas un risque majeur dans les 3 différents groupes .

Le PAT minimise le plus ce risque. L'explication réside probablement dans une sous-information et sous-sensibilisation.

Le risque de la fréquentation des prostituées est mieux perçu par les enseignants à un pourcentage cependant faible qui fait penser ici aussi à un déficit d'information .

Les étudiants reconnaissent à peine le risque puisque 70,8% d'entre eux le récuse.

Ne pas utiliser le condom/ femidom

- La non utilisation du condom représente un risque pour 53,7% des étudiants. Ce risque, bien perçu, explique leur attitude vis-à-vis du multi- partenariat pour lequel, ils ont un certain penchant ;
- un peu plus du tiers du personnel enseignant ne pense pas que le préservatif est une barrière ;
- le PAT n'accorde aucune crédibilité au préservatif (86%) ; cette attitude contredit leur position par rapport aux questions Q401B et Q401C .

Relations homosexuelles tab Q401E

Cette pratique reste clandestine et peut être marginale dans nos sociétés. Les milieux qui s'y adonneraient seraient le monde étudiant et les classes dites aisées. 5% seulement des étudiants pensent que l'homosexualité est une pratique à risque, 4% pour le PAT et 26,5% pour les enseignants.

Transfusions de sang tab Q401F

Le risque de la transfusion sanguine est bien perçu par tous les groupes dans des proportions convenables car le sang transfusé est tout de même contrôlé et testé. Le risque n'est cependant pas nul. La non perception du risque par plus de 69% des enquêtés est trop élevée .

Toxicomanie tab Q401G

La consommation intra veineuse de drogues (cdi) est un phénomène intéressant plus les pays d'Asie et d'Europe de l'Est que les pays d'Afrique Subsaharienne. La consommation d'autres drogues est usitée sur le continent ; la consommation de l'une ou l'autre des drogues prédispose à l'acte sexuel non contrôlé, donc sans protection. Les enseignants ont le mieux perçu ce risque .

Alcoolisme tab Q401H

Sous l'emprise de l'alcool, sont commis bien des délits dont le viol qui peut constituer un acte infectant. Les réponses des enquêtés à cette question dénote la non perception de ce risque.

Cohabitation avec personne atteinte du SIDA tab Q401I

Les 3 groupes ont très bien évalué le non risque à priori de vivre avec une personne infectée, se serrer la main, s'embrasser, partager le même repas ou boire dans un même verre.

Le pourcentage de personnes avisées est très élevé.. Il est à noter que les messages de sensibilisation ont plus mis l'accent sur ce qui ne transmet pas, plus que sur les facteurs indirects de la contamination (consommation d'alcool ou de drogue ...).

La perception du risque par les 3 groupes est pertinente . Tous accordent aux objets souillés de sang un haut risque de contamination. Cette perception du risque est peut-être aiguë par de nombreux accidents de tétanos connus dans notre milieu, induits par des aiguilles et seringues.

- Les réponses insinuent que l'usage du préservatif fait son chemin, car seul un faible pourcentage d'enquêtés se permet des rapports non protégés. (10 à 14% des enquêtés UL). Les étudiants autant que les autres groupes ont un usage modéré du préservatif (Q403F).

- les enquêtés se fient peu à la protection de la capote . (28 à 50%) Les étudiants à près de 16% trouvent une sécurité dans son utilisation (Q403J).

- Il n'y a pas de risque à cohabiter avec une personne atteinte du SIDA .

- Les réponses des enquêtés mettent en relief 2 des principales recommandations des thèmes de sensibilisations à savoir l'abstinence et la fidélité. **Les étudiants sont pour l'abstinence le PAT et les enseignants pour la fidélité.**

Il ressort des réponses des enquêtés que la majorité a des connaissances très fiables sur l'infection par le VIH, sur les modes de transmission et de propagation, mais la perception du risque reste quelque peu faible. Cela est né du fait que les campagnes d'information ne parle pas suffisamment de ce qui ne transmet pas le sida et des actes anodins (Q405).

7- Eléments de politique institutionnelle

7.1. Dépistage

7.1.1. Pratique du dépistage :

Q501 : Avez- vous une fois fait le test de dépistage du VIH ?

UL Etudiant : 22% seulement du groupe cible a déclaré s'être soumis au test de dépistage du VIH contre 79% qui ne l'ont jamais effectué.

UL Personnel administratif et technique : dans ce groupe également le nombre de personnes n'ayant jamais fait le test est très élevé (84%).

UL Enseignant : dans ce groupe cible le nombre de personnes ayant effectué le test est relativement important par rapport au 2 groupes précédents (45.6%). 54.4% n'ont jamais fait le test de dépistage.

UK : 79.8% du groupe cible ne s'est jamais soumis au test de dépistage. 20.2% s'y est soumis.

Ces résultats suscitent beaucoup d'interrogations : à quelle période les personnes ayant répondu par l'affirmative ont-elles effectué le test ? Ont-elles pris des mesures pour éviter d'éventuelles contaminations ?

7.1.2. Ouverture par rapport au test de dépistage

Q 502 « Accepteriez vous de le faire si on vous le proposait? »

UL Etudiant : 76.9% de l'échantillon ont manifesté leur volonté de se faire dépister contre 20.8% de l'échantillon qui y sont catégoriquement opposés. 2.3% de l'échantillon sont indifférents au test de dépistage.

UL Personnel administratif et technique : 72% de l'échantillon veulent se faire dépister. 26% sont catégoriquement opposés au test de dépistage. 2% sont indifférents au test de dépistage.

UL Enseignants : 77.9% sont pour le dépistage. 13.2% sont opposés au test de dépistage. 8.8% sont indifférents au test de dépistage.

UK : 77.2% sont pour le dépistage. 10.5% sont opposés au test de dépistage. 12.3% sont indifférents au test de dépistage.

De l'analyse de ces résultats, il transparaît une volonté manifeste pour les 4 groupes cibles de se faire dépister.

7.2. Implication des Universités dans la lutte

La pandémie du SIDA étant devenue une crise sanitaire, il n'est pas surprenant que la communauté universitaire qui est composée en majorité de jeunes se sente concernée. Ce qui fait que moins de 7% des enquêtés seulement ne savent pas comment l'Université doit s'impliquer dans la lutte contre le SIDA.

ANNEXE 3

Les conférences sur le campus universitaire apparaissent comme étant le moyen le mieux indiqué pour une lutte efficace aussi bien pour les étudiants (73%) les PAT 44% les enseignants de l'UL 64,7% que pour l'UK 82,5% contre le VIH. Ceci indique probablement que la communauté universitaire préfère un échange de savoir par des discussions et débats aux activités passives telles que le théâtre (10,2% à 55,3%) ou les émissions radio/TV (10,9% à 69,3%). Les groupes de discussion (30% à 53,5%) et les clubs SIDA (12% à 74,6%) suivent respectivement les conférences dans le choix des enquêtés. (cf tableau 1).

7.3. Gestion de la politique en matière de VIH/SIDA

Les PAT pensent que les autorités universitaires sont mieux placés pour gérer la politique à élaborer (38%) alors que les étudiants de l'UL 46,8% et leurs enseignants 29,4% pensent que la gestion devrait être confiée à d'autres organes que les autorités, le secrétariat général, un organe spécial ou au COMULSIDA (que l'UK préfère à 55,3% des enquêtés).

7.4. Autres suggestions

La majorité des enquêtés qui se sont exprimés (19% à 34%) à ce sujet pensent qu'il y a lieu de renforcer la campagne contre le SIDA en coordonnant les actions des différents acteurs et d'étendre les actions à tous les niveaux scolaires.

Ils ne négligent pas l'accès aux soins et au dépistage gratuit et recommandent une distribution régulière et gratuite des préservatifs sur le campus universitaire. (9,52% à 35,38%).

GUIDE DE L'OMS POUR LE CONSEIL DANS L'INFECTION A VIH ET LE SIDA (OMS, 1992)

A. - LE CONSEIL AVANT LE TEST VIH

A priori, la décision de se soumettre à un examen pour savoir si on est ou non séropositif constitue une étape importante dans la vie, qui doit toujours être accompagnée d'un conseil avant et après la pratique du test.

a₁ - But du conseil avant le test

Avant la pratique du test, il s'agit d'apporter aux individus qui envisagent de s'y soumettre des informations sur les aspects techniques du dépistage et sur les implications qui peuvent découler d'un résultat, positif ou négatif, sur le plan personnel, médical, social, psychologique, juridique. Il faut que cette information tienne compte des dernières acquisitions et soit donnée de façon facile à comprendre. Il faut présenter le test comme un acte positif, lié à des changements de comportement visant à réduire les risques.

La décision de subir le test doit être prise en pleine connaissance de cause. Le consentement éclairé de l'intéressé suppose qu'il soit réellement conscient des conséquences possibles du résultat. Dans certains pays, la loi exige que ce consentement soit explicitement donné avant le test ; dans d'autres pays, on admet que ce consentement est implicite dès lors que l'intéressé vient en consultation. Dans tous les cas, la politique retenue à cet égard doit être clairement définie et connue de tous, et il faut que toute personne qui envisage de se soumettre au test en connaisse les limites et les conséquences possibles.

L'organisation des tests de dépistage du VIH doit être telle qu'elle réduise le plus possible le risque de discrimination ou de divulgation du résultat. Lors du dépistage, les droits de l'individu doivent aussi être reconnus et respectés. Il faut que les conseillers se fassent les défenseurs actifs de ces droits, en particulier devant ceux qui ont accès aux dossiers et aux résultats. Le caractère confidentiel du résultat doit être assuré dans chaque cas.

a₂ - Les enjeux du conseil avant le test

Avant la pratique du test, le soutien psychosociale doit être axé sur deux aspects principaux : en premier lieu, les antécédents du client et le risque qu'il soit ou ait été exposé au virus ; en second lieu, un bilan qui permettra de savoir ce que l'intéressé connaît du VIH/SIDA et comment il s'est comporté antérieurement face à une situation de crise.

a₃ - Evaluation du risque

Afin de voir quelle est la probabilité pour que le sujet en cause ait été exposé au virus, il faut tenir compte des aspects ci-après de son existence depuis l'année 1980 environ :

- ?? Fréquence et nature des rapports sexuels ; pratiques sexuelles particulières adoptées, s'agissant tout particulièrement des pratiques à risque – rapport vaginal ou anal sans utilisation de préservatif, rapports sexuels « non protégés » avec des prostitué(e)s.
- ?? Appartenance à un groupe chez qui la prévalence de l'infection par le VIH est importante ou qui a des comportements à risque – par exemple toxicomanes par voie intraveineuse, prostitués, hommes ou femmes, et leurs clients, détenus et hommes homosexuels ou bisexuels.

- ?? Le fait d'avoir subi par le passé une transfusion sanguine, une transplantation d'organe ou reçu des produits sanguins ou autres produits biologiques.
- ?? Gestes traumatiques pratiqués dans des conditions d'hygiène non garanties (par exemple tatouage ou scarification).

a₄ - Evaluation des facteurs psychosociaux et des connaissances

Pour savoir s'il convient de faire pratiquer un test il faut poser les questions suivantes :

- ?? Qu'est-ce qui motive la demande de l'examen ?
- ?? Quel est le comportement ou quels sont les symptômes précis qui préoccupent le client ?
- ?? Que sait le client du test et de ses applications ?
- ?? Le client a-t-il envisagé ce qu'il va faire ou la façon dont il va réagir devant un résultat positif ou devant un résultat négatif ?
- ?? Quelles sont les croyances et connaissances du client concernant la transmission du virus et ses rapports avec les comportements à risque ?
- ?? Qui serait susceptible de fournir (et qui fournit actuellement) un soutien sur le plan affectif et social (famille, amis, autres) ?
- ?? Le client a-t-il déjà envisagé de se soumettre à un test et, dans l'affirmative, à quelle époque, auprès de qui, pour quelle raison et avec quel résultat ?

Au départ, il faut que la discussion fasse apparaître ce que sait le client :

- a) de la signification et des conséquences possibles d'un résultat positif ou négatif ; et
- b) de la possibilité, grâce à un changement de comportement, de réduire le risque d'infection ou de transmission à d'autres personnes.

Avant de pratiquer le test, il faut bien s'assurer que l'intéressé est capable de faire face aux résultats et de modifier éventuellement son comportement en conséquence. Il faut par ailleurs inciter l'intéressé à se demander pourquoi il veut se soumettre au test et ce qu'il compte en tirer. Lorsqu'on l'interroge sur ses antécédents, il ne faut pas oublier qu'il risque :

- d'être trop anxieux pour assimiler parfaitement ce que lui dit le conseiller ;
- de fonder des espoirs peu réalistes dans le test ;
- de ne pas comprendre l'intention qui anime le conseiller lorsqu'il l'interroge sur ses comportements privés et, par conséquent, d'être réticent à y répondre.

Avant le test, il importe aussi de dire à l'intéressé que l'examen sérologique n'est pas infaillible. De temps à autre, il existe aussi bien des faux positifs que des faux négatifs, encore que les tests complémentaires (de confirmation) soient très fiables lorsque le résultat initial est positif. Il faut bien expliquer ces divers aspects et informer l'intéressé de l'existence d'une période « muette » où la sérologie est négative même chez un sujet contaminé.

a₅ - En cas d'impossibilité de pratiquer le test

Il existe sans doute des endroits où il est difficile de s'adresser à des établissements qualifiés pour la pratique d'un test. Quand tel est le cas, il faut faire l'impossible pour mettre l'accent sur la prévention en soulignant spécialement la nécessité, pour les sujets à risque, de changer de comportement et de persévérer dans l'orientation positive déjà prise. Le conseil, l'éducation et l'information sont la clé de l'évolution des comportements.

B - LE CONSEIL APRES LE TEST VIH

Le conseil après le test dépend de son résultat - négatif, positif ou douteux.

b₁ - Conseil après un résultat négatif

Il est très important d'examiner attentivement la signification d'un résultat négatif (qu'il constitue ou non une surprise). Il est probable que l'individu qui découvre qu'il n'est pas contaminé éprouve un sentiment de soulagement ou d'euphorie ; il faut pourtant souligner les points suivants :

- ?? Dans l'éventualité d'une exposition au VIH, il existe une période sérologiquement « muette » pendant laquelle on ne peut pas considérer qu'un résultat négatif est fiable. C'est dire que, dans la plupart des cas, il faut que trois mois au moins se soient écoulés depuis l'exposition avant qu'on puisse considérer qu'un résultat négatif exclut réellement l'infection. Si au moins six mois se sont écoulés depuis la dernière exposition au virus, un résultat négatif constitue une preuve quasi certaine de non contamination.

- ?? Pour se préserver d'une nouvelle exposition au virus, le seul moyen est d'éviter les comportements à risque. Il faut expliquer en quoi consistent des pratiques sexuelles moins risquées et pourquoi il faut et le plus clairement possible afin que l'intéressé puisse prendre les décisions appropriées.
- ?? D'autres informations doivent être fournies sur les moyens de lutter contre l'infection, en particulier en adoptant un comportement positif vis-à-vis de sa santé. Il faut parfois répéter les mêmes explications et savoir « négocier » avec le client pour l'inciter à changer de comportement et à s'y tenir.

b₂ - Conseil après un résultat positif

Les personnes reconnues séropositives ou atteinte d'une maladie liée au VIH doivent en être informées dans les plus brefs délais. Le premier entretien doit se faire en face à face, dans un cadre garantissant son caractère confidentiel et de façon à laisser à l'intéressé le temps d'absorber le choc. Après un certain délai d'adaptation à cette situation nouvelle, il faut expliquer la signification du résultat de façon claire et concrète. Le moment serait mal choisi pour conjecturer sur le pronostic ou le temps qui reste à vivre. Ce qu'il faut faire à ce moment, c'est reconnaître la réalité du choc provoqué par la nouvelle du diagnostic et proposer et apporter un soutien psychosocial. Il faut aussi encourager les espoirs, par exemple, de trouver des solutions aux problèmes personnels et pratiques qui risquent de se poser. Si l'on dispose des ressources nécessaires, il est sans doute également justifié de parler des traitements possibles de certains symptômes de l'infection par le VIH et de l'efficacité des traitements antiretroviraux.

La façon dont l'annonce de l'infection par le VIH est acceptée ou reçue dépend souvent des éléments suivants :

1. La santé de l'intéressé à ce moment. Les sujets malades risquent de réagir avec un temps de retard. Leur véritable réaction risque de se manifester uniquement lorsqu'ils auront repris des forces.
2. Préparation de l'intéressé à la nouvelle. Ceux qui sont totalement pris au dépourvu peuvent réagir très différemment de ceux qui étaient préparés et qui ne sont peut-être pas surpris du résultat. Pourtant, même les personnes bien préparées peuvent présenter les réactions décrites dans ce qui suit.
3. Soutien trouvé par l'intéressé auprès de la collectivité et possibilité pour lui de faire appel à ses amis. Des circonstances telles que la satisfaction au travail, la vie en famille et la cohésion familiale ainsi que les occasions de se distraire et de vivre sa sexualité – autant de facteurs qui font la différence dans les réactions observées. La réaction à l'annonce de l'infection risque d'être bien pire chez les sujets isolés au sein de la société et qui manquent d'argent, n'ont que de médiocres perspectives professionnelles, ne trouvent qu'un faible soutien auprès de leur famille et sont mal logés.
4. Personnalité et état psychologique de l'intéressé avant l'examen sérologique. En cas de détresse psychologique antérieure à l'examen, les réactions peuvent être plus complexes ou au contraire plus simples et nécessiter une prise en charge différente que chez un sujet qui ne présente pas ce type de difficulté. La prise en charge consécutive à la connaissance du résultat doit tenir compte des antécédents psychologiques ou psychiatriques du sujet, d'autant plus que le fait de vivre en se sachant séropositif représente une contrainte qui peut jouer un rôle de catalyseur et faire réapparaître des troubles antérieurs.

Dans certains cas, l'annonce de l'infection ramène à la surface des peurs et des problèmes laissés autrefois sans solution. Cela rend souvent plus difficile le processus d'acceptation et d'adaptation, de sorte qu'il faut traiter au plus vite ces aspects en faisant preuve de prudence et de sensibilité.

5. Les significations culturelles et spirituelles attachées au SIDA, à la maladie et à la mort. Dans certaines collectivités où la croyance en une vie dans l'au-delà est fortement enracinée ou bien dans lesquelles on est fataliste à l'égard des vicissitudes de l'existence, la nouvelle de l'infection par le VIH peut être reçue avec plus de sérénité qu'ailleurs. À l'opposé, il existe sans doute des collectivités où le SIDA est perçu comme un témoignage d'un comportement antisocial ou blasphématoire de sorte qu'il est associé à des sentiments de culpabilité et de rejet.

Un soutien psychosocial est particulièrement nécessaire en cas de réaction à l'annonce d'une sérologie positive ou de la maladie. Certaines réactions peuvent être très vives dans les premiers temps. Il importe de bien voir qu'il y a là une réaction, somme toute, normale à l'annonce d'une nouvelle qui fait pressentir un risque mortel, de sorte qu'il faut s'y attendre.

b₃ - Problèmes psychologiques

Les problèmes psychologiques auxquels sont confrontés la plupart des sujets séropositifs ou atteints d'une maladie associée tournent autour des problèmes d'incertitude et d'adaptation.

Dans le cas de l'infection par le VIH, cette incertitude plane sur les espoirs ou les attentes que le sujet a placés dans sa vie en général, mais elle peut aussi concerner la famille et l'emploi. Une incertitude encore plus fondamentale peut se manifester quant à la qualité et à la durée de la vie, l'effet du traitement et la réaction de la société. Tous ces aspects sont à peu près impossibles à prévoir dans le long terme. Il faut en parler ouvertement et sans détour, tout en veillant toujours à donner des raisons d'espérer et à inciter l'intéressé à faire preuve d'une attitude positive.

Face à l'incertitude, le sujet séropositif doit procéder à toute une série d'adaptations. Même une absence apparente de réaction peut constituer en soi une adaptation, sous forme de refus d'accepter la vérité. L'adaptation à l'annonce de l'infection ou de la maladie commence dès le premier instant. La vie quotidienne de l'intéressé va refléter la tension entre incertitude et adaptation. C'est à cause de cette tension que les autres problèmes psychosociaux sont appelés à prendre de l'importance et de l'acuité avec le temps.

b_{3.1} - Peurs

Les sujets séropositifs ou malades ont de nombreux sujets de peur. La peur de mourir et, en particulier, de mourir seul et dans la souffrance est souvent tout à fait manifeste. Cette peur peut se nourrir de l'expérience de personnes aimées, d'amis ou de collègues qui sont atteints du SIDA ou en sont morts. Elle peut aussi tenir à une ignorance relative des problèmes en préoccupation d'ordre psychologique, la peur et les tensions qui en résultent peuvent souvent être atténuées si on leur permet de s'exprimer clairement au grand jour, en faisant preuve de tact. Il faut en discuter dans le cadre de la recherche de solutions aux difficultés rencontrées, notamment avec l'aide d'amis, de la famille ou du conseiller.

b_{3.2} - Perte

Les personnes infectées par le VIH éprouvent des sentiments de perte concernant leur existence et leurs ambitions, leur séduction et leur puissance sexuelle, leurs relations sexuelles, leur statut dans la collectivité, leur stabilité financière et leur indépendance. A mesure que les soins nécessaires prennent de l'importance, le patient éprouve également le sentiment de perdre son intimité et la maîtrise de son existence. Mais c'est sans doute la perte de confiance qui est la plus fréquente. Chez le séropositif, cette confiance peut être minée par de nombreux aspects de la vie avec l'infection, notamment la crainte de l'avenir, la peur de voir les personnes aimées et les soignants se décourager et, de la part d'autres personnes, par des attitudes négatives ou témoignant d'un sentiment d'opprobre. Dans bien des cas, c'est lorsqu'il se découvre séropositif que l'intéressé est amené pour la première fois à prendre conscience qu'il est mortel et physiquement vulnérable.

b_{3.3} - Douleur

Les sujets séropositifs éprouvent souvent un profond sentiment de douleur à l'idée de pertes subies ou à subir. Ils peuvent aussi ressentir le contre-coup de la douleur éprouvée par leurs proches, ceux qu'ils aiment ou leurs amis. Souvent, ce sont ces derniers qui leur apportent un soutien, s'occupent d'eux dans la vie quotidienne et assistent donc à la dégradation de leur santé.

b_{3.4} - Culpabilité

Le diagnostic d'infection par le VIH provoque souvent un sentiment de culpabilité à l'idée d'avoir peut-être infecté d'autres personnes ou au sujet du comportement qui est peut-être à l'origine de cet état. L'intéressé se sent en outre coupable de causer du chagrin à ceux qu'il aime et à sa famille, spécialement ses enfants. Souvent, il se remémore des événements antérieurs douloureux ou attristants pour d'autres et qui sont restés sans solution, ce qui renforce encore son sentiment de culpabilité.

b_{3.5} - Dépression

Une dépression peut survenir pour diverses raisons. Le caractère incurable de la maladie et, par conséquent, un sentiment d'impuissance, le sentiment de perte de contrôle éventuellement associé à la fréquence des visites médicales et le fait de savoir son organisme sous le pouvoir d'un virus sont autant de facteurs importants. De même, la dépression peut être alimentée par la connaissance, directe ou indirecte, de cas de décès ou de maladie chez d'autres sujets infectés ainsi, par exemple, que de l'incapacité à avoir des enfants ou l'impossibilité de faire des projets d'avenir.

b_{3.6} - Dén

Certains réagissent à la nouvelle qu'ils sont infectés ou malades par une attitude de déni. Parfois, ce déni initial est une façon constructive d'amortir le choc de la nouvelle. Mais, en s'obstinant dans cette attitude, l'intéressé peut nuire à son propre intérêt en refusant d'assumer les responsabilités sociales qu'implique la séropositivité.

b_{3.7} - Anxiété

L'anxiété peut rapidement devenir indissociable de la vie du séropositif, reflétant l'incertitude chronique associée à l'infection. Pour bon nombre, les raisons de cette anxiété tiennent aux problèmes examinés plus haut et portent sur les aspects suivants :

- ?? Pronostic immédiat et à long terme ;
- ?? Risque de contracter d'autres maladies infectieuses ;
- ?? Risque d'infecter d'autres personnes par le VIH ;
- ?? Attitude d'hostilité et de rejet manifestée par autrui sur le plan social ;
- ?? Abandon, isolement et douleur physique ;
- ?? Crainte de mourir dans la souffrance ou sans dignité ;
- ?? Incapacité de modifier les circonstances et les conséquences de l'infection par le VIH ;
- ?? Incertitude quant à la meilleure façon de préserver sa santé à l'avenir ;
- ?? Doute quant à la capacité de la famille et des personnes aimées à faire face ;
- ?? Disponibilité de bénéficier de soins médicaux/dentaires appropriés ;
- ?? Perte d'intimité dans la vie privée et crainte quant au respect de la confidentialité ;
- ?? Rejet futur sur le plan social et sexuel ;
- ?? Dégradation de sa capacité à fonctionner ;
- ?? Perte d'indépendance matérielle et financière.

b_{3.8} - Colère

Certains séropositifs manifestent ouvertement leur colère en estimant qu'elles ont fait preuve de malchance en contractant l'infection. Ils estiment souvent que la manière dont eux-mêmes ou les informations les concernant ont été traités étaient mal venues ou témoignaient d'un manque de délicatesse. Cette colère est parfois dirigée contre l'intéressé lui-même, qui se fait des reproches d'avoir contracté l'infection ou adopte un comportement d'auto-destruction (suicidaire).

b_{3.9} - Activités et humeur suicidaires

Le risque de suicide est nettement accru chez les sujets séropositifs. Le suicide peut être considéré comme la façon de se soustraire à l'inconfort et à la souffrance ou d'atténuer chez les personnes aimées un sentiment de honte et de détresse. Ce suicide peut être actif (lorsque l'intéressé attend délibérément à ses jours), ou passif (lorsqu'il dissimule ou néglige volontairement une complication éventuellement fatale de l'infection ou de la maladie).

b_{3.10} - Respect de soi-même

Le respect de soi-même s'étirole souvent très vite chez le séropositif. Le rejet de la part de ses collègues, de ses connaissances et de ceux qu'il aime peut rapidement lui faire perdre sa confiance en soi et son identité sociale et, par voie de conséquence, le dévaloriser à ses propres yeux. A cela s'ajoutent les conséquences physiques des maladies liées au VIH et qui peuvent, par exemple, défigurer le malade et entraîner un amaigrissement et une faiblesse extrêmes ainsi qu'une perte de contrôle des fonctions corporelles.

b_{3.11} - Hypochondrie et états obsessionnels

Le souci de sa santé et même de transformations ou sensations physiques, aussi faibles soient-elles, peut déboucher sur une hypochondrie. Le phénomène peut être transitoire, se limitant à la période qui suit immédiatement le diagnostic, ou persister lorsque l'intéressé a du mal à s'adapter à sa situation nouvelle.

b_{3.12} - Préoccupations spirituelles

La peur d'une mort prochaine, la solitude et la perte de la maîtrise de soi peuvent susciter un intérêt pour les questions spirituelles et conduire à chercher un soutien dans la religion. Les mots de péché, culpabilité, pardon, réconciliation et acceptation peuvent apparaître dans le cadre de discussions sur les problèmes religieux et spirituels.

Tous ces problèmes, et bien d'autres, se manifestent ou s'aggravent lorsque le diagnostic de SIDA est posé. Les nouvelles infections, les cancers qui se déclarent et les périodes de fatigue intense exercent tous des répercussions importantes sur le plan affectif et psychologique. L'effet est sans doute encore plus prononcé lorsque le malade est rejeté par sa famille ou ses amis et se place en marge de la société.

b₄ - Autres problèmes relevant du conseil

L'infection par le VIH fait souvent ressortir d'autres problèmes qui conditionnent la qualité de vie.

b_{4.1} - Problèmes sociaux

Les pressions exercées par l'environnement et la société – par exemple la perte de revenus, la discrimination, la stigmatisation sociale (quand le diagnostic est connu de la plupart), les changements dans ses relations et des besoins nouveaux sur le plan de l'expression sexuelle – contribuent aux problèmes psychosociaux qui se posent après le diagnostic. La perception qu'a le patient du niveau et du bien fondé du soutien psychosocial prend une importance capitale et peut devenir une source de pression ou de frustration.

b_{4.2} - Prise en charge médicale

Le type de conseil/soutien généralement nécessaire ou demandé, est souvent conditionné par l'expérience qu'a l'intéressé des autres formes de soins qu'implique l'infection. Quand le patient ou l'un de ceux qui lui sont chers estime que la prise en charge médicale a été conduite sans ménagement ou sans souci suffisant de sauvegarder son intimité, le conseil est d'autant plus nécessaire pour le persuader de suivre les traitements recommandés.

A cette occasion, on pourra également aider l'intéressé à bénéficier de soins médicaux appropriés et à participer plus pleinement aux décisions d'ordre thérapeutique. En cas de troubles neurologiques, la prise en charge quotidienne du patient risque d'être compliquée et il faut spécialement insister sur l'intérêt d'un conseil au profit de la famille, des personnes qui sont chères au malade, et des soignants.

A ce stade, les conseillers peuvent coordonner toute une série de services sociaux et sanitaires. Bon nombre de séropositifs cherchent également le secours de guérisseurs traditionnels ou d'autres soignants en marge du système classique; c'est parfois dans le cadre du conseil psychosocial qu'on s'en aperçoit la première fois. Lorsque tel est le cas, le conseil peut aider l'intéressé à parler de ses propres besoins, tels qu'il les perçoit, et de la façon dont ils sont pris en compte par ces soignants.

C - CONSEIL APRES UN RESULTAT DOUTEUX

Lorsque le résultat de l'examen sérologique est douteux, le conseiller a des responsabilités particulières sur le plan de l'information. En particulier, il faut aborder deux problèmes principaux :

1. L'intéressé doit être clairement informé de la signification du résultat du test. La technique la plus usuelle, pratiquée en première intention, est une épreuve immunoenzymatique (ELISA). L'ELISA a une sensibilité et une spécificité toutes deux voisines de 99,5%, ce qui revient à dire que l'absence de réaction avec cette technique peut être considérée comme la preuve quasi absolue que le sujet n'est pas infecté, sauf si elle est pratiquée pendant la période « muette ». En revanche, un résultat positif signe l'éventualité probable d'une infection par le VIH. En pareil cas, la procédure habituelle consiste à recommencer le test ELISA ; s'il est encore positif, il faut recourir à une technique de confirmation, par exemple l'immunotransfert (« Western blot »). Les résultats de cette nouvelle épreuve peuvent être positifs (signant l'infection), négatifs (permettant d'exclure l'infection), ou douteux. Ce dernier cas (qui peut se présenter pour 10% des échantillons dans certaines régions), a plusieurs causes possibles :

- il existe une réaction croisée avec une protéine, non virale (en général, cette réaction simule la réaction entre les anticorps anti-VIH et la protéine p24 du nucléoïde) ;
- le temps écoulé depuis l'exposition au virus est insuffisant pour que la séroconversion soit totale.

Devant un résultat douteux, deux solutions sont possibles :

- ?? Utiliser d'autres méthodes pour essayer d'obtenir un résultat fiable. L'association de plusieurs techniques de laboratoire peut être nécessaire pour exclure les faux positifs.
 - ?? Renoncer, pour l'instant, à poursuivre les tests. Si le résultat est douteux et qu'il ne soit pas possible d'effectuer de nouveaux tests, il est impossible d'affirmer, à coup sûr, que l'intéressé est infecté. Le conseiller doit l'inviter à revenir subir un nouvel examen au bout de trois mois. Il ne faut pas oublier que le risque des faux positifs avec l'ELISA est plus élevé dans les régions où l'infection par le virus est relativement rare que dans celles où le VIH est largement répandu. C'est dire que lorsqu'il existe de nombreux malades dans la collectivité, il est plus probable qu'un résultat positif avec l'ELISA soit exact.
2. Prévention et soutien psychosocial dans l'attente d'un résultat clair. La période d'incertitude suivant un résultat douteux peut durer trois mois, sinon plus. Il importe que les conseillers mettent l'accent sur des messages essentiels visant à prévenir la transmission à l'occasion de rapports sexuels, de la prise de drogue, de dons de liquides biologiques ou de tissus et peut-être de l'allaitement maternel.

Mais il est non moins important que le conseiller se tienne prêt à apprécier et à prendre en charge les problèmes psychosociaux aigus et intenses qui peuvent découler des incertitudes liées à cette période d'attente et, quand c'est possible, à diriger l'intéressé sur des services compétents.

D - GROUPES DE SOUTIEN

Dans certains endroits, le conseiller peut faire appel à des groupes de pairs ou groupe de soutien qui s'inscrivent dans un réseau de plus en plus important d'organisations non gouvernementales de services aux PIPV. Ces associations peuvent assurer des soins personnels et un soutien psychosocial impossible à trouver ailleurs, car ils sont dispensés par des personnes ayant connu les mêmes problèmes. Lorsqu'il n'existe pas de groupe de ce type, le conseiller peut inciter ses clients à en constituer un. Si c'est impossible, il peut mettre ses clients en rapport les uns avec les autres à titre individuel, sur son initiative, avec le consentement exprès des personnes concernées et en veillant au caractère confidentiel de ces rencontres. C'est dans le cadre des groupes de soutien que certaines questions, énumérées ci-dessous, trouvent souvent leur meilleure réponse mais, en tout état de cause, ces questions doivent toujours être évoquées par le conseiller.

1. Apprendre à vivre avec l'infection. Souvent, les groupes de soutien sont bien placés pour aborder ce problème puisque bon nombre d'entre eux l'ont déjà connu. Ils peuvent exposer les difficultés médicales et psychologiques qu'ils ont rencontrées et indiquer quelles sont les interventions qu'ils ont trouvées les plus utiles.

2. Aider les soignants et les personnes aimées du malade à supporter les contraintes de la vie quotidienne avec un sujet amoindri physiquement ou moralement, spécialement s'agissant de la conduite à tenir en cas d'hémorragie, de vomissements, d'incontinence, pour l'élimination des pansements, etc., et des précautions à prendre dans les relations sexuelles.
3. Atténuer le stress et éviter les conflits. La nécessité de vaincre l'anxiété, de surmonter la dépression ou de faire face à d'autres problèmes éventuels pour maintenir sa santé doit être abordée sous un angle pratique, en s'inspirant de l'expérience antérieure personnelle d'un pair.
4. Décider de la meilleure façon de parler du VIH/SIDA. La peur de révéler le diagnostic à des personnes aimées, à sa famille, à ses amis et à ses collègues doit être examinée, et il faut rechercher des solutions en indiquant ce qu'il faut dire, à qui, à quel moment et de quelle façon.
5. Faire face aux sentiments de solitude, de dépression et d'impuissance. Les groupes de soutien ou les groupes de pairs peuvent assurer une aide et un soutien psychologique mutuel. Des avis émanant de personnes qui ont éprouvé les mêmes sentiments ont sans doute plus de poids que des avis fournis par un intermédiaire ou inspirés de considérations théoriques.

6. Faire face aux conséquences de l'adoption durable d'un comportement moins risqué en matière sexuelle. Les groupes de pairs peuvent organiser la distribution et la « formation » avec beaucoup plus de pertinence que des avis dispensés dans le cadre d'un programme officiel de santé. En outre, le fait que les pairs souscrivent eux-mêmes au « sexe à moindre risque » rend cette pratique plus acceptable et attrayante sur le plan social et donc plus facile à utiliser durablement.

L'activité des groupes de pairs se caractérise par le sentiment d'appartenance à un groupe cohérent dont les membres partagent les mêmes expériences et peuvent, par leur action, se soutenir mutuellement. Il arrive que ces groupes aient besoin d'une aide pour se constituer et mener des activités régulières. Ils pourront faire appel à un conseiller pour les aider à recenser services médicaux et soignants. Eventuellement, un conseil juridique et, dans certains cas, financier doit être envisagé en vue de créer un groupe de ce type et de lui conférer une légitimité opérationnelle.

L'EDUCATION PREVENTIVE PEUT BRISER L'ENGRENAGE QUI LIE LE VIH/SIDA À LA STIGMATISATION ET À LA DISCRIMINATION

