



ONUSIDA 2015 | RÉFÉRENCE

LA PROTECTION SOCIALE : FAIRE PROGRESSER L'ACTION CONTRE LE VIH

Copyright © 2015
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes et correctes et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

ONUSIDA / JC2750E

SOMMAIRE

Introduction	2
Protection sociale pertinente pour le VIH des orphelins et autres enfants vulnérables - transferts de fonds au Kenya: pour les orphelins et autres enfants vulnérables	4
Protection sociale pertinente pour le VIH des personnes séropositives - Inde : développer l'accès à la protection sociale pour les personnes touchées par le VIH	7
Protection sociale pertinente pour le VIH pour les adultes plus âgés et les personnes à leur charge - République unie de Tanzanie. Kwa Wazee—protection sociale des personnes plus âgées et des personnes à leur charge dans le contexte du VIH	10
Protection sociale pertinente pour le VIH pour les migrants - Thaïlande : police d'assurance maladie et pratiques pour les résidents non thaïlandais	13
Protection sociale pertinente pour le VIH pour les personnes transsexuelles - Uruguay : action affirmative pour les personnes transsexuelles par le biais de la carte sociale uruguayenne	15
La transformation sociale des professionnels du sexe - Kenya : une fenêtre d'espoir pour les professionnels du sexe	17
Protection sociale spécifique au VIH des orphelins et autres enfants vulnérables - Honduras : une action renforcée contre le Sida donnant la priorité aux orphelins et autres enfants vulnérables	19
Protection sociale spécifique au VIH des personnes séropositives - Canada : le Comité pour les traitements accessibles du Sida	21
Protection sociale spécifique au VIH des sans-abri séropositifs - Etats-Unis d'Amérique : logements de réduction des risques à seuil d'accès bas pour les toxicomanes séropositifs	23
Protection sociale spécifique au VIH pour les personnes séropositives - Pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale : programme de gestion des clients et gestion transitionnelle des clients	26

La protection sociale fait référence à des initiatives publiques et privées fournissant des transferts de fonds ou en nature aux personnes dans des contextes où les ressources sont limitées, qui protègent contre les risques des moyens de subsistance et renforcent le statut social et les droits des groupes marginalisés, dans le but global de réduire leur vulnérabilité économique et sociale. La protection sociale va bien plus loin que les transferts de fonds et en nature et couvre l'assistance économique, en matière d'assurance maladie et d'emploi afin de réduire les inégalités, l'exclusion et les obstacles à l'accès aux services de prévention, de traitement, de soin et de soutien pour le VIH.

Introduction

La protection sociale est reconnue comme un facteur critique de l'action contre le Sida. Elle peut lutter contre les facteurs socio-économiques de l'épidémie de sida, réduire les comportements à risque de VIH, supprimer les obstacles à l'accès aux services liés au VIH et rendre les programmes de lutte contre le VIH plus efficaces.

Pour la première fois il existe un consensus comme quoi il existe désormais les outils nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique d'ici 2030. Pour accélérer les progrès en direction de cet objectif, de nouveaux objectifs accélérés pour 2020 ont été établis pour obtenir les résultats suivants :

- Faire en sorte que 90 % des personnes séropositives connaissent leur statut séropositif, 90 % des personnes connaissant leur statut séropositif accèdent aux traitements et 90 % des personnes suivant un traitement du VIH aient une charge virale réduite.
- Ramener le nombre de nouvelles infections à VIH en dessous de 500 000.
- Atteindre la zéro discrimination du sida.

Ces objectifs souhaitent transformer en jalons concrets et en échéances la vision d'ONUSIDA de zéro nouvelles infections à VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida.

La stratégie accélérée cherche à développer des programmes éprouvés pour les populations laissées à l'écart dans les principaux pays et lieux. Des efforts particuliers sont nécessaires dans 35 pays (dont 15 se trouvent en Afrique orientale et méridionale) représentant 90 % des nouvelles infections à VIH dans le monde. Les programmes éprouvés comptent le traitement du VIH qui allonge de manière spectaculaire la vie des personnes séropositives et empêche efficacement la transmission du VIH en supprimant leur charge virale, mais ces programmes vont au-delà des médicaments et englobent les programmes de distribution de préservatifs, le changement de comportement, la circoncision masculine médicale volontaire et d'autres programmes ayant démontré leur capacité à diminuer les infections à VIH dans les populations clés. Ces programmes sont spectaculairement renforcés et d'autres deviennent plus efficaces lorsqu'on les combine à des approches sociales et structurelles dont la protection sociale (1).

Face à des priorités concurrentes et des ressources limitées, l'action contre le sida doit exploiter des synergies pour identifier les espaces fiscaux, le financement intersectoriel et la co-programmation des programmes VIH et de protection sociale. La combinaison de programmes VIH et de protection sociale offre des opportunités pour exploiter de nouveaux flux de ressources et augmenter le potentiel de l'action contre le sida à toucher plus de personnes, notamment celles qui sont laissées de côté par la provision actuelle des services VIH. L'intégration des programmes VIH et de la protection sociale promeut également la reconnaissance et la protection des droits des personnes séropositives et les plus touchées par le VIH.

Les 10 études de cas présentées dans ce document démontrent clairement que la protection sociale est efficace pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui du VIH. Elles montrent notamment comment la protection sociale renforce l'action contre le sida grâce à un meilleur accès aux services VIH pour toutes les personnes, y compris les plus marginalisées et les plus exclues dans la société.* Ces études montrent également que des programmes de protection sociale soigneusement construits et bien gérés peuvent soutenir les personnes les plus difficiles à atteindre.

Les études de cas reflètent la grande diversité dans la portée et la focalisation des activités qui se déroulent dans le cadre de la protection sociale. Certains sont des programmes **de protection sociale pertinents pour le VIH** qui se focalisent sur le grand public, tout en répondant aux besoins des personnes séropositives ou touchées par le VIH. On compte également dans cette catégorie des études de cas venant du Kenya (où un programme de transfert de fonds contribue à protéger les adolescents du VIH), de l'Inde (qui a développé l'accès à la protection sociale pour les séropositifs) et la République unie de Tanzanie (où la protection sociale pour les personnes plus âgées et les personnes à leur charge a été renforcée). On trouve aussi des exemples de programmes de ce type en Thaïlande (où le programme d'assurance maladie a été élargi pour couvrir les non-résidents thaïlandais) et en Uruguay (où un programme d'action affirmative pour les personnes transsexuelles a été introduit).

D'autres programmes de protection sociale ont pour but la **transformation sociale** en s'attaquant aux attitudes sociétales, et à la réforme des politiques et des lois afin de protéger les droits des personnes séropositives, des femmes et des populations clé. Un programme destiné aux professionnels du sexe au Kenya est un puissant exemple de la transformation sociale en action.

Il y a également des programmes **de protection sociale spécifiques au VIH** qui se focalisent exclusivement sur le VIH et sur les personnes séropositives. Un exemple est l'étude de cas venant du Honduras, où l'action nationale contre le sida a été renforcée pour mieux répondre aux besoins des enfants vulnérables et des enfants rendus orphelins par le VIH. En ce qui concerne l'Amérique du Nord, nous présentons le comité pour le traitement accessible du sida (Committee for Accessible AIDS Treatment) au Canada et une étude américaine d'un programme de logements de réduction des risques à seuil d'accès bas pour les toxicomanes séropositifs. Enfin, une étude de cas provenant des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale présente l'impact de programmes offrant des services VIH gratuits, des incitations aux résultats comportementaux et VIH souhaitables et des programmes de soutien nutritionnel qui ont été déployés pour soutenir les personnes séropositives ou suivant un traitement pour la tuberculose.

Il est clair que la protection sociale a un rôle clé à jouer pour compenser les inégalités sociales et les moteurs économiques de l'épidémie de VIH et pour soutenir une approche efficace et basée sur les droits dans la riposte au sida. On peut beaucoup apprendre des expériences des pays présentés, qui peuvent contribuer à informer et inspirer une meilleure protection sociale dans le monde pour les plus vulnérables dans la société, et pour les plus vulnérables au VIH.

* Les populations clés sont les groupes de personnes ayant le plus de risques d'être exposées au VIH ou de le transmettre, et dont l'engagement est crucial pour une action efficace contre le VIH. Dans tous les pays, les populations clés incluent les personnes séropositives. Dans la plupart des cadres, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes transsexuelles, les usagers de drogues par injection et les professionnels du sexe et leurs clients courent un plus grand risque d'exposition au VIH que les autres groupes, mais chaque pays doit définir les populations spécifiques clés pour leur épidémie et leur riposte, sur la base du contexte épidémiologique et social.

PROTECTION SOCIALE PERTINENTE POUR LE VIH POUR LES ORPHELINS ET AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES

Kenya : transferts de fonds pour les orphelins et autres enfants vulnérables

Contexte

Les transferts de fonds sont un moyen de prévention du VIH qui attire de plus en plus d'intérêt en Afrique, et le socle de preuves soutenant ces programmes augmente. De nombreux programmes de transfert de fonds inconditionnels et à grande échelle focalisés sur la réduction de la pauvreté et le soutien aux familles en Afrique orientale et méridionale donnent des résultats impressionnants en termes de résultats VIH, atténuation des risques, prévention du VIH et meilleur accès et respect des prescriptions médicales pour le VIH et la tuberculose. Enfin, plusieurs projets dans la région prouvent que les transferts de fonds conditionnels et inconditionnels peuvent retarder le premier rapport sexuel et réduire l'incidence du VIH et des infections sexuellement transmissibles parmi les jeunes femmes.

Les transferts de fonds conditionnels exigent que les bénéficiaires prennent des mesures spécifiques telles qu'envoyer leurs enfants à l'école ou de faire administrer à leurs enfants un certain nombre d'immunisations. Les transferts de fonds inconditionnels, quant à eux, n'exigent pas que les bénéficiaires fassent des activités particulières. Mais deux études très récentes sur les transferts de fonds en Afrique du Sud-CAPRISA 007 et HPTN 068 n'ont pas démontré d'effet sur l'incidence de VIH malgré la constatation d'une réduction de 30 % dans le HSV2 (un marqueur d'activité sexuelle) et la mise en valeur du rôle protecteur de l'éducation contre le VIH. Dans l'étude HPTN 068, les filles qui ont participé à moins de 80 % des cours avaient trois fois plus de chances d'être infectées par le VIH que leurs pairs ayant suivi plus de 80 % des cours. (2)

Un programme de ce type est le Kenya Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children, un programme de protection sociale inconditionnel à grande échelle organisé par le gouvernement, qui fait participer les ménages extrêmement pauvres et ayant une faible aptitude au travail et contribue à réduire les risques comportementaux au VIH parmi les jeunes (des deux sexes) de 15 à 25 ans. Il s'agit du plus grand programme de protection sociale au Kenya. Un ménage est considéré ultra-pauvre s'il n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins essentiels, y compris la nourriture et les produits non-alimentaires essentiels (tels que le savon et les vêtements). Un ménage a une faible aptitude au travail si le rapport entre les membres du ménage « aptes au travail » et « non aptes au travail » est supérieur à 3.

L'admissibilité au programme est basée sur la pauvreté et sur la présence d'au moins un orphelin ou enfant vulnérable. Les familles reçoivent une allocation mensuelle fixe d'environ 23 USD, versée directement à l'aidant. Aucune condition punitive n'est liée au transfert, mais les aidants sont informés que l'argent est destiné aux soins et à l'appui des enfants.

Approche

Ce programme est considéré comme une forme de protection sociale sensible au VIH car il se focalise sur les ménages et les enfants touchés par le VIH et sur d'autres vulnérabilités, et on a constaté qu'il avait un impact sur les résultats VIH. Ces résultats comportent une réduction des premiers rapports sexuels et l'amélioration de la santé mentale des jeunes, qui est un facteur important pour leur adoption et leur pratique de comportements qui les protègent du VIH.

Portée du programme

Ce programme touche actuellement 150 380 ayant au moins un orphelin ou un enfant vulnérable de moins de 18 ans. La grande priorité du programme est de lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité des ménages, et de soutenir les ménages pour les soins des orphelins. Ceci les aide à continuer leur scolarité et garantit leur accès aux soins et à d'autres services sociaux.

Impact du programme

Avec le financement du National Institute of Mental Health, des chercheurs de l'University of North Carolina at Chapel Hill ont recueilli des données auprès des ménages faisant partie de l'étude en 2011. Ceci comprenait un module spécial sur le comportement sexuel et la santé mentale administré directement à un maximum de trois résidents du ménage entre 15 et 25 ans (2). L'étude a conclu que parmi les jeunes interrogés ceux qui participaient au groupe du programme avaient 23 % moins de chances d'avoir eu leur premier rapport sexuel que leurs pairs dans les ménages qui ne recevaient pas le transfert de fonds.

L'étude a notamment conclu que parmi les jeunes ayant eu leur premier rapport sexuel les jeunes dans les ménages recevant le transfert de fonds étaient 11 points de pourcentage moins susceptibles d'avoir eu au moins trois rapports sexuels non protégés au cours des trois mois précédents. Les jeunes femmes ayant eu leur premier rapport sexuel étaient 7 points de pourcentage moins susceptibles d'avoir eu plus de deux partenaires sexuels au cours des 12 mois précédents. De plus, le programme avait un impact important sur la santé mentale des jeunes : les jeunes dans les familles recevant le transfert étaient 15 points de pourcentage moins susceptibles de souffrir de symptômes dépressifs et 19 points de pourcentage plus susceptibles d'obtenir un score supérieur à la moyenne sur l'échelle Hope, un indicateur d'agence et de capacité. Enfin, les jeunes femmes dans les ménages recevant les transferts de fonds étaient 5 points de pourcentage moins susceptibles d'avoir eu une grossesse (par rapport aux jeunes femmes dans les ménages ne recevant pas les transferts de fonds).

Ces effets se produisaient parce que les jeunes, surtout les jeunes femmes dans les ménages recevant les transferts de fonds, pouvaient terminer leur scolarité plus tard, ce qui augmentait leurs chances dans la vie en facilitant une transition sûre et saine vers l'âge adulte.

Comme le programme est inconditionnel, sa mise en œuvre est plus simple que pour les transferts de fonds conditionnels. Les processus de mise en œuvre et administratifs ne sont pas gênés par les efforts pour surveiller et appliquer la conformité aux conditions. De plus, comme la conception et l'approche de ce programme sont proches de celles de nombreux autres programmes nationaux de transfert de fonds utilisés en Afrique, on peut généraliser les résultats à tout le continent.

Financement et gestion

Le programme Kenya Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children est géré et mis en œuvre par le département des services aux enfants du ministère du Travail, de la sécurité sociale et des services. Le budget est généré par des recettes fiscales générales (32 %), des prêts de développement (39 %) et des dons d'aide étrangère (29 %). Parmi les principaux partenaires, citons le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, le

Département du développement international du Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, la Banque mondiale, l'Université de Caroline du Nord et Save the Children.

Le gouvernement du Kenya finance une expansion du programme qui lui permettra de toucher plus de 300 000 foyers. Il adopte aussi actuellement un programme National Safety Net intégré dont le Kenya Cash Transfer for Orphans and Vulnerable Children sera un composant. Globalement, la coordination du programme est fournie par le Secrétariat de la protection sociale au sein du ministère du Travail, de la sécurité sociale et des services.

Autres informations

Le Kenya Cash Transfer Program for Orphans and Vulnerable Children (CT-OVC). Dans : The Transfer Project [site web]. UNC Carolina Population Centre (<http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer/countries/kenya>, accès 7 octobre 2015).

PROTECTION SOCIALE PERTINENTE POUR LE VIH POUR LES PERSONNES SÉROPOSITIVES

Inde : améliorer l'accès à la protection sociale des personnes touchées par le VIH.

Contexte

L'épidémie du VIH en Inde est concentrée dans des populations clés, notamment les professionnelles du sexe, les usagers de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes transsexuelles et les migrants. Bien que le nombre estimatif de personnes séropositives soit élevé, 2,1 millions (4), le plaidoyer pour des politiques et programmes inclusifs pour les personnes séropositives en Inde s'est avéré difficile vu la faible prévalence du VIH : le taux de prévalence chez les adultes est supérieur à 1 % uniquement dans un tiers des 606 districts du pays et est concentré parmi les populations clés qui sont socialement exclues et ne bénéficient pas d'un engagement et d'une attention politiques à haut niveau.

La riposte nationale au VIH et aux problèmes liés ne doit pas être examinée de manière isolée, notamment au vu du 12^e programme quinquennal du gouvernement indien, qui se focalise sur l'inclusion, l'intégration et la croissance durable. Cette focalisation argumente fortement en faveur d'une augmentation de l'investissement public dans les actions contre le VIH dans le pays et du besoin d'optimiser les ressources par l'intégration et la collaboration entre les ministères gouvernementaux. Dans ce scénario, la protection sociale devient un important outil politique pour aider les communautés à devenir résilientes aux chocs économiques et aux fluctuations des revenus.

Approche

Une stratégie à trois piliers a été mise en œuvre pour réaliser des programmes de protection sociale destinés aux personnes touchées par le VIH en Inde. Elle était basée sur la modification spécifique au VIH et sensible au VIH des programmes de protection sociale existants. Voici ces modifications :

- Des programmes de protection sociale déjà en existence fournissant des pensions, des soins médicaux gratuits, des subventions alimentaires, des bourses scolaires et d'autres avantages à des personnes vulnérables (y compris les veuves) ont été modifiés pour ajouter des services ou prestations spéciaux pertinents pour les personnes séropositives.
- Les besoins spécifiques des personnes séropositives (y compris l'accès au traitement, à des aliments et à un soutien nutritionnel du VIH, ainsi qu'au renforcement des moyens de subsistance) ont été mis en valeur dans les programmes existants de protection sociale. Des voies ont été développées pour permettre aux personnes séropositives d'accéder à ces services sans stigmatisation et discrimination, y compris la nécessité de divulguer le statut séropositif.
- Les personnes séropositives ont été incluses dans les programmes de protection sociale existants. Certains programmes de protection sociale existants n'exigeaient pas de modification majeure pour les rendre sensibles au VIH. Il suffisait d'inclure les personnes séropositives dans la liste des bénéficiaires ciblés.

Portée du programme

Grâce à un plaidoyer constant au niveau national et régional, différentes catégories de programmes ont été modifiées ou lancées. Parmi elles, citons l'accès aux soins de santé, le traitement du VIH,

l'alimentation et la nutrition, la sécurité sociale, les moyens de subsistance, le logement l'aide juridique et le règlement des plaintes. Dans la directive du Conseil d'État sur le sida, 35 programmes régionaux et centraux ont été modifiés et à compter de décembre 2013, plus de 600 000 personnes séropositives bénéficiaient de ces programmes.

Un exemple est la pension nationale Indira Gandhi des veuves dans l'état du Rajasthan, modifiée pour inclure toutes les femmes veuves de 18 ans et plus (au lieu de 40 ans et plus). Cette révision a permis de couvrir les veuves plus jeunes, notamment celles qui sont séropositives. De plus, les veuves ayant un fils de plus de 25 ans n'étaient pas admissibles dans le programme d'origine, mais cette condition a été supprimée dans le cas de femmes rendues veuves par le VIH, qui sont désormais admissibles pour une pension à vie. Au total, plus de 18 000 veuves séropositives de l'État perçoivent désormais une pension de veuve depuis 2013.

De nombreux États ont suivi cet exemple. En 2013, environ 24 850 femmes ont été bénéficiaires dans les États offrant des programmes modifiés de pension des veuves. De plus, les États couvrent de plus en plus souvent les frais de transport pour le traitement du VIH pour les personnes séropositives : en 2013, plus de 213 000 ont bénéficié de ce programme (contre 31 000 personnes en 2010).

Impact du programme

La modification des programmes de protection sociale existants leur a permis de toucher 600 000 personnes, dont 52 % ayant bénéficié d'au moins un programme de protection sociale fin 2013. La valeur totale des demandes déposées pour les allocations était de 15 millions USD. Dans le cas du régime de retraite nationale des veuves Indira Gandhi, ces changements ont atténué l'impact du VIH au niveau des ménages en donnant une retraite aux femmes rendues veuves par le VIH, mais d'autres changements ont introduit des avantages supplémentaires tels que des coupons alimentaires, des logements, des bourses scolaires et des aides médicales, ainsi que des prêts bonifiés pour les entreprises, l'éducation et d'autres options de moyens de subsistance.

Il faut également citer les nombreux avantages non financiers. Par exemple, 33 % des bénéficiaires ont obtenu une carte nationale d'identité pour la première fois. Les cartes nationales d'identité confèrent la citoyenneté et des droits aux services sociaux à une population qui n'était pas reconnue officiellement, ouvrant la porte aux droits. Le programme de protection sociale est également passé dans le courant dominant et introduit dans environ 45 organisations non gouvernementales (ONG) et organisations communautaires travaillant avec les populations clés à risque élevé de VIH et environ 10 départements du gouvernement ont été sensibilisés aux problèmes de protection sociale liés au VIH.

Financement et gestion

Les principaux partenaires dans les efforts pour modifier la protection sociale existante en Inde sont la société civile, le Département de lutte contre le sida, les principaux ministères d'État et le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). Par le biais du Département de lutte contre le sida, la durabilité et la généralisation du modèle ont été rendues possibles et les plans de travail annuel actuels de toutes les agences d'État de lutte contre le sida incluent un composant budgétaire pour la protection sociale.

Leçons apprises et recommandations

L'identification du VIH comme une maladie chronique et les dispositions spéciales prises dans les programmes ordinaires de protection sociale ont aidé les personnes séropositives à accéder aux avantages auparavant réservés à un groupe de bénéficiaires spécifique. De même, le fait de leur avoir conféré le statut conditionnel de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté a aidé les personnes séropositives à se faire inclure dans les programmes alimentaires subventionnés.

Le routage des régimes de prestations via les conseils et tests VIH intégrés, ainsi que les centres de thérapie antirétrovirale, a contribué à toucher les personnes séropositives et à fournir un environnement confortable moins stigmatisant et discriminant. Parallèlement, le routage des régimes via les dispensaires d'aide juridique a contribué à répondre aux problèmes juridiques et à accélérer les procédures de demande.

Les réseaux positifs de personnes, les ONG et les sociétés nationales de lutte contre le sida ont été la force derrière l'adoption des programmes de protection sociale par les personnes séropositives. D'autres parties prenantes, telles que les ministères et départements d'État, les administrations régionales et les institutions locales ont également joué un rôle d'aide grâce à leur engagement et leur coopération.

Plusieurs facteurs ont été signalés en tant qu'obstacles à l'adoption des programmes et à leur efficacité. Des problèmes procéduraux - tels que les critères d'admissibilité restrictifs, les procédures de demande lourdes, les retards dans la perception des prestations et les coûts de l'opportunité - ont limité la participation des personnes séropositives à un programme ou ont touché la réalisation des prestations dont elles peuvent bénéficier. Des problèmes de gouvernance - retards excessifs, fuites dans les flux de ressources et manque de qualité des services - ont encore exacerbé les restrictions dans l'accès aux programmes de protection sociale. De même, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ont impacté l'utilisation des services de protection sociale et le manque de données suffisantes (spécifiquement le manque de données ventilées par sexospécificité) ont rendu l'analyse des habitudes d'utilisation des programmes de protection sociale difficile.

Autres informations

Innovative approaches—HIV-sensitive social protection in India. Bangkok : UNDP, 2014 : (http://www.asia-pacific.undp.org/content/rbap/en/home/library/hiv_aids/innovative-approaches---hiv-sensitive-social-protection-in-india.html, accès 29 mai 2015)

PROTECTION SOCIALE PERTINENTE POUR LE VIH POUR LES ADULTES PLUS ÂGÉS ET LES PERSONNES À LEUR CHARGE

République Unie de Tanzanie Kwa Wazee—protection sociale des personnes plus âgées et des personnes à leur charge dans le contexte du VIH

Contexte

Kagera se trouve en République unie de Tanzanie, près de la frontière avec l'Ouganda et le Rwanda. Il s'agit de l'une des principales régions en Afrique subsaharienne ayant été gravement touchée par l'épidémie du sida. Elle avait une prévalence particulièrement élevée du VIH et de grands nombres de décès liés au sida. Il a fallu de nombreuses années pour réaliser que l'une des conséquences de l'épidémie du sida était une crise des moyens de subsistance qui touchaient toute la famille. Il a fallu encore plus longtemps pour réaliser que les personnes plus âgées étaient souvent les membres les plus vulnérables de la famille. Cela s'explique non seulement par leur rôle grandement renforcé d'aidants principaux pour les enfants rendus orphelins, mais aussi par la rapide érosion de leur système traditionnel de soutien.

Kwa Wazee, une petite ONG priée, a été créée fin 2003. Une enquête menée en 2008 par Kwa Wazee auprès de 108 participants sélectionnés de manière aléatoire ayant plus de 60 ans a révélé qu'ils avaient élevé en moyenne six enfants, et qu'en moyenne trois enfants étaient encore en vie. Mais peu d'enfants étaient à même de soutenir la génération plus âgée. En fait, de nombreux enfants ayant survécu avaient migré dans les villes ou vivaient dans la pauvreté.

Approche

Kwa Wazee se focalise sur la protection sociale liée au VIH. Kwa Wazee a commencé modestement, fournissant un soutien à un nombre limité de personnes plus âgées et aux personnes à leur charge par le biais de retraites sociales et d'allocations familiales. Kwa Wazee a également rempli le rôle de laboratoire d'apprentissage dans le domaine des personnes plus âgées extrêmement pauvres et des ménages avec saut de génération, un domaine négligé par la recherche jusqu'à présent. Au fil des ans, Kwa Wazee a développé des composants de programme complémentaires pour l'émancipation ou la protection, et avec le soutien des ONG internationales et des organisations gouvernementales, a pu développer et renforcer ses réseaux.

Portée du programme

Le programme a débuté dans une circonscription du district de Muleba (Nshamba) et s'est progressivement élargi à d'autres circonscriptions. La priorité était les ménages avec saut de génération et ceux qui étaient dirigés par les personnes plus âgées les plus vulnérables, avec des programmes spéciaux pour les enfants. Le critère principal de l'inclusion dans le programme de retraite était non seulement le statut de séropositif mais la mesure de la pauvreté et de la vulnérabilité (définie par l'âge, la santé, l'état du logement et des terres et le nombre d'enfants à charge).

Fin 2013, 1 100 avaient reçu une pension et des allocations familiales pour un total de 700 enfants. Au total, 950 personnes plus âgées étaient membres de l'un des 78 groupes de soutien mutuel et la plupart des enfants faisaient également partie de groupes de soutien mutuel.

Les principaux programmes complémentaires de Kwa Wazee étaient la formation d'assistants médicaux pour la formation en soins et prévention de pair à pair, l'auto-défense et la protection de soi, l'accès aux installations de soins (telles que les cliniques ophtalmologiques) et le plaidoyer sur les questions juridiques.

Impact du programme

Une étude en 2008 des personnes soutenues par le programme a montré des résultats importants dans la réduction de la pauvreté, l'apport alimentaire et le bien-être psychologique, ainsi qu'une légère amélioration de la santé (5). Les personnes plus âgées soutenues par des transferts de fonds ont démontré une réciprocité renforcée avec leur famille, leurs voisins et leur communauté, alors que les enfants ayant grandi dans des ménages soutenus avaient moins de tâches à accomplir et bénéficiaient de conditions meilleures pour leur éducation.

En 2012, une étude de Marburg University a constaté que les ménages stabilisés au moyen de retraites et de formation de groupes de soutien mutuel étaient des éléments décisifs dans le renforcement du capital humain des personnes plus âgées (6). Une étude menée en 2014 par HelpAge International, qui se focalisait sur la faisabilité d'un programme de retraite dans les zones particulièrement reculées, a fortement confirmé la vulnérabilité des personnes plus âgées et l'impact crucial que les retraites pourraient avoir sur les personnes plus âgées et les personnes à leur charge (7).

Financement et gestion

Kwa Wazee Tanzania est une ONG enregistrée localement, gérée par un conseil d'administration local conseillé par un expert en développement international à la retraite.

L'activité centrale—le régime de retraite—est financé par Kwa Wazee Switzerland et HelpAge Germany. Ces deux organisations s'engagent à fournir un financement durable jusqu'à ce que le gouvernement de la République unie de Tanzanie tienne sa promesse d'introduire un programme national de retraites sociales.

Des activités complémentaires Kwa Wazee Tanzania focalisées sur les enfants pris en charge par des personnes plus âgées sont financées par différents donateurs, dont les fondations Firelight, Novartis et Symphasis.

Leçons apprises et recommandations

Les retraites et les allocations familiales ont un impact immédiat et important sur les ménages soutenus. Selon la situation initiale, les transferts de fonds réduisent la pauvreté extrême, évitent aux ménages de tomber dans la pauvreté extrême ou sont un élément décisif pour sortir de la pauvreté.

Les évaluations de Kwa Wazee ont montré qu'une focalisation efficace et socialement acceptée sur les bénéficiaires — tels que les personnes séropositives—est susceptible d'échouer dans un environnement de pauvreté généralisée si elle ne tient pas compte de la famille élargie et du système de soutien communautaire desquels dépendent les personnes le plus vulnérables.

Pour augmenter l'impact de cette approche, il est crucial que Kwa Wazee coopère avec de plus grands réseaux, notamment des organisations telles que HelpAge Tanzania, qui ont des contacts au sein des ministères pertinents et des groupes de travail dans un contexte national.

Autres informations

Kwa Wazee [site web]. Berne : Kwa Wazee Switzerland (<http://www.kwawazee.ch/index.php/en-uk/start>, accès le 7 octobre 2015).

PROTECTION SOCIALE PERTINENTE POUR LE VIH POUR LES MIGRANTS

Thaïlande : police d'assurance maladie et pratiques pour les résidents non thaïlandais

Contexte

On estime qu'il y a 3 millions de migrants économiques et personnes à leur charge en Thaïlande. Parmi eux, environ 1,8 million sont des sans-papiers. En septembre 2013, le gouvernement thaïlandais a lancé un régime d'assurance maladie obligatoire des migrants, qui venait élargir son régime universel de couverture maladie afin de couvrir les non-thaïlandais vivant et travaillant en Thaïlande. Ce nouveau régime était conçu pour garantir l'accès des migrants aux soins, qu'ils aient ou non leurs papiers. Le gouvernement a donc lancé une carte d'assurance que n'importe quel migrant pouvait acheter dans un centre de santé. Après cet achat, le migrant peut accéder à un ensemble de services de santé dont la santé maternelle et le traitement du VIH.

Approche

Le régime d'assurance maladie pour les migrants est une initiative sensible au VIH. Il tire profit des mécanismes et pratiques du régime universel de couverture maladie et intègre des services VIH appropriés au sein des services de base de santé offerts aux migrants.

Cette politique est promue et mise en œuvre au plan national par le biais des efforts collaboratifs des organisations gouvernementales (telles que le département du soutien au service de santé et le bureau de l'administration de la santé), des ONG (telles que la fondation Raks Thai et la Fondation for AIDS Rights, ainsi que celles qui appliquent les subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria), et des agences des Nations Unies (telles que l'Organisation internationale pour la migration).

Portée du programme

La priorité principale de cette initiative est de faire en sorte que les migrants avec ou sans papiers, y compris les femmes enceintes séropositives, aient accès à des soins de base. Ces services incluent le conseil et les tests VIH ainsi que la thérapie antirétrovirale.

Impact du programme

L'introduction du régime d'assurance maladie obligatoire des migrants est une étape importante dans la réduction des disparités de l'accès aux soins de base et pour garantir un accès équitable aux soins, y compris les services liés au VIH, pour les populations non-thaïes résidant et travaillant en Thaïlande.

Au cours des trois premiers mois, environ 63 500 migrants ont acheté les cartes d'assurance et accédé à des soins de qualité. En mai 2014, on estime que 140 000 migrants s'étaient déjà inscrits au régime d'assurance dans le cadre de la nouvelle politique.

Financement et gestion

Le ministère de la Santé publique gère et coordonne la mise en œuvre de la politique d'assurance maladie obligatoire des migrants. Cette initiative a été conçue pour être finalement autofinancée par les achats de cartes d'assurance.

Le prix actuel d'une carte d'assurance, valable 365 jours, est de 365 bahts thaïlandais (10,90 USD) pour les enfants de moins de 7 ans. Pour les adultes et les enfants de plus de 7 ans, le prix est de 2800 bahts thaïlandais (83,60 USD).

Le régime devrait devenir autofinancé quand le nombre d'adultes inscrits dépassera 200 000 par an.

Leçons apprises et recommandations

Un solide engagement aux échelons politiques les plus élevés a été un facteur majeur dans la réussite de l'initiative. Le Premier ministre a démontré un engagement personnel et un leadership, et tous les ministères concernés ont participé de manière appropriée au développement de la nouvelle politique.

Les partenariats ont joué un rôle déterminant pour traduire cet engagement en pratique. La société civile et les communautés avaient plaidé pour l'élargissement de la couverture maladie universelle aux populations de migrants, et ont travaillé avec le gouvernement pour développer et mettre en œuvre cette politique. Les organisations internationales ont soutenu l'effort. Les efforts multisectoriels collaboratifs se poursuivent dans le lancement national de la politique, l'utilisation des opportunités locales et l'analyse et la suppression des goulots d'étranglement.

En tant que populations mobiles, les migrants représentent un défi en matière d'utilisation régulière des services, notamment les soins. La collaboration entre les organisations de santé publique et celles à assise communautaire sera cruciale pour stimuler la demande et le soutien de l'adhérence.

Une collaboration bilatérale et multilatérale renforcée entre les pays concernés dans la région sera nécessaire pour assurer un continuum de prévention et de traitement pour les populations migrantes entre frontières. Des mesures importantes ont été prises pour renforcer la coopération entre la Thaïlande et Myanmar, alors que des initiatives sont lancées pour renforcer la collaboration entre la Thaïlande et la République populaire du Laos et le Cambodge.

PROTECTION SOCIALE PERTINENTE POUR LE VIH POUR LES PERSONNES TRANSEXUELLES

Uruguay : action affirmative pour les personnes transsexuelles par le biais de la carte sociale uruguayenne

Contexte

La Tarjeta Uruguay Social—TUS—est la première mesure de protection sociale focalisée sur les personnes transsexuelles en Uruguay, un groupe de population connu comme étant à risque plus élevé de contracter le VIH. Un plan d'action affirmatif au sein du programme de protection sociale du gouvernement, le TUS, lutte contre la pauvreté extrême, les inégalités et l'exclusion. Auparavant, le régime de protection sociale était limité aux femmes enceintes et familles ayant des enfants de moins de 18 ans qui vivaient dans la pauvreté extrême, car la plupart des personnes transsexuelles (dont 99 % sont des femmes transsexuelles) étaient traitées comme des hommes sans enfants et n'étaient pas couvertes par le régime antérieur.

Approche

Ce programme n'est pas un programme de protection sociale spécifique aux personnes séropositives. Il s'agit plutôt d'un programme affirmatif et transformationnel de protection sociale qui lutte contre les inégalités et l'exclusion de certaines personnes parmi les plus vulnérables en Uruguay, y compris les femmes et les personnes transsexuelles. Le programme consiste en un transfert de fonds de 30 USD par mois pour acheter des produits essentiels tels que des aliments, du savon et de la lessive dans les magasins qui participent au programme.

Portée du programme

Toutes les personnes transsexuelles du pays sont admissibles au TUS, et le programme a touché 1088 personnes transsexuelles (sur une population estimée à 1200–1500).

Impact du programme

Depuis son lancement en septembre 2012, le TUS n'a pas encore été officiellement évalué, mais on peut mettre en lumière quelques résultats.

Le programme donne une reconnaissance symbolique à un groupe de personnes qui étaient jusqu'à présent soumises à l'exclusion sociale, à la stigmatisation et à la discrimination. Pour les personnes transsexuelles, l'interaction avec l'État se limitait auparavant au système de santé ou à la police, mais ce programme leur donne désormais accès à un soutien de l'État dans le contexte d'un programme de protection sociale plus large.

Les données rassemblées par le biais du programme peuvent être utiles pour d'autres programmes tels qu'un changement de nom et de sexe dans les registres du gouvernement, et pour améliorer l'accès aux programmes de formation et d'emploi destinés aux personnes transsexuelles. Ce programme donne aussi des informations bien nécessaires sur la prévalence du VIH parmi la population transsexuelle, qui peuvent contribuer à guider l'affectation efficace des ressources et de la planification des programmes du VIH qui pourront atteindre ce groupe.

Enfin, le programme a fourni à plus de 1 200 personnes transsexuelles une formation sur la diversité sexuelle et la non-discrimination. Cette formation donne aux personnes transsexuelles des connaissances sur leurs droits.

Financement et gestion

Le ministère du Développement social administre le programme par le biais de 35 bureaux qui couvrent tout le pays. Le financement est assuré dans le cadre du budget national public de 50 millions USD pour la carte sociale uruguayenne, dont 397 000 USD sont réservés à la carte TUS Trans chaque année.

Leçons apprises et recommandations

Dans les organisations lesbiennes, homosexuelles et transsexuelles en Uruguay, le consensus est que les personnes transsexuelles sont le groupe le plus socialement exclu dans les structures familiales, éducatives, professionnelles et de santé. Cela s'explique en partie par leur participation au commerce du sexe comme moyen de survie économique.

La *Direction 2010 des politiques sociales* a adopté un paradigme des droits humains comme guide et depuis cette perspective les personnes transsexuelles sont l'un des groupes sociaux les plus vulnérables. La carte TUS, préparée avec l'aide d'organisations transsexuelles, est l'une des actions découlant du programme de politiques sociales et de diversité sexuelle du ministère du Développement social.

Des organisations de sensibilisation aux droits et intérêts des minorités sexuelles sont apparues dans la communauté transsexuelle, et le pays a lancé une campagne nationale pour lutter contre la stigmatisation. Le Défilé pour la diversité, qui inclut plusieurs organisations de personnes transsexuelles, est devenu l'un des défilés les plus appréciés du pays, et une plateforme importante pour célébrer les droits des minorités sexuelles (y compris des lois autorisant le changement de nom et de sexe et des droits de mariage égaux).

LA TRANSFORMATION SOCIALE DES PROFESSIONNELS DU SEXE

Kenya : une fenêtre d'espoir pour les professionnels du sexe

Contexte

La transmission sexuelle du VIH est le principal moteur de l'épidémie de VIH au Kenya. Les professionnelles du sexe au Kenya, dont on estime le nombre à 138 000, supportent un fardeau extrêmement lourd de VIH, 45,1 % d'entre elles étant séropositives (8) (le nombre de professionnels du sexe masculins et leur fardeau VIH sont inconnus, mais on pose l'hypothèse qu'ils sont également élevés). De plus, les professionnels du sexe au Kenya sont confrontés à des violations des droits humains, y compris des violences physiques et sexuelles, des abus affectifs, des viols et l'extorsion. Malgré cela, la plupart des projets auprès des professionnels du sexe se focalisent exclusivement sur la prévention et le traitement du VIH, alors que le lien bien documenté entre la violence et le VIH exige une approche basée sur les droits humains pour protéger les professionnels du sexe du VIH et de la violence.

Les professionnels du sexe ont développé des idées stéréotypées particulières concernant les différentes parties entrant en jeu dans les rapports sexuels rémunérés, y compris leurs clients, la police et les propriétaires des bars. En conséquence, ils internalisent souvent la stigmatisation associée au commerce du sexe et il en résulte des sentiments négatifs à propos de leur travail et une anxiété qui peut déboucher sur un état dépressif, un manque de respect de soi et un manque d'assurance. La relation entre les professionnels du sexe et les autorités d'application de la loi est également problématique et généralement caractérisée par le harcèlement; la violence, les abus, la répression et la peur.

Formé en 1998 par et pour les professionnels du sexe et les femmes travaillant dans les bars, le Programme d'émancipation et de soutien des hôtesses de bar est une organisation qui plaide pour des politiques appropriées, les droits humains et la reconnaissance des hôtesses de bar et des professionnels du sexe au Kenya. Cette organisation est dirigée par des professionnels du sexe et des personnes venant de l'extérieur de l'industrie du sexe.

Approche

Le Programme d'émancipation et de soutien des hôtesses de bar a bâti des groupes constitutifs de professionnels du sexe pour comprendre leurs droits en tant que citoyens et se soutenir mutuellement pour prendre conscience du VIH, des rapports sexuels à moindre risque, des droits humains, des abus auxquels les professionnels du sexe sont confrontés et des ripostes à la violence. Ce programme a facilité l'accès à l'aide juridique et au soutien psychosocial grâce à la formation de professionnels du sexe comme parajuristes qui contactent leurs pairs, font la promotion de la prise de conscience des droits et signalent les cas de violation des droits. Il a également constitué un fonds de roulement utilisé pour verser une caution pour les professionnels du sexe arrêtés de manière arbitraire par la police ou les officiers de district.

Le programme s'associe à des organisations des droits humains au Kenya pour offrir aux professionnels du sexe un soutien sous forme d'aide juridique et il a bâti des partenariats stratégiques avec la police, le parquet et les dirigeants régionaux, dans le but de développer une relation significative entre les professionnels du sexe et les autorités. Le programme a sensibilisé la police, les procureurs et les dirigeants régionaux à propos des procès des professionnels du sexe en recommandant des peines non privatives de liberté ou de simples amendes pour les professionnels du sexe poursuivis pour vente de services sexuels.

Le programme gère aussi des centres d'accueil et de santé. Il s'agit d'espaces sûrs où les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes peuvent accéder facilement à des soins, y compris le conseil et les tests VIH, les frottis cervicaux et dépistages d'autres formes de cancer, la démonstration et distribution de lubrifiants et de préservatifs, et les services de santé sexuelle et reproductive.

Portée du programme

Jusqu'à maintenant, le Programme d'émancipation et de soutien des hôtesses de bar a aidé à former et renforcer 30 réseaux de professionnels du sexe, former plus de 500 parajuristes et 600 éducateurs de pairs, fournir à plus de 1 000 professionnels du sexe un soutien médical, gérer 15 cliniques gratuites d'aide juridique, verser une caution pour 400 professionnels du sexe et porter 70 affaires devant le tribunal (dont il a remporté 10).

Impact du programme

Grâce à une meilleure connaissance de leurs droits et à un soutien juridique amélioré (quand il s'avère nécessaire), la plupart des professionnels du sexe savent désormais s'affirmer et peuvent exiger le respect de leurs droits. Les centres d'accueil et de santé sont bien établis et ont amélioré l'accès aux soins et services VIH pour les professionnels du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes. Le programme représente un bon modèle à dupliquer dans d'autres cadres;

Leçons apprises et recommandations

L'intégration de services touchant les professionnels du sexe et les hôtesses de bar a une importance cruciale. Cela est aussi réalisable et acceptable pour la population ciblée, qui peut recevoir différents services sous un même toit, réduisant ainsi les coûts transactionnels de l'accès aux services dans différents lieux et le risque de ne pas accéder aux services.

L'autonomisation et la création d'espaces sûrs pour les professionnels du sexe et autres populations vulnérables et stigmatisées sont cruciales pour augmenter l'accès aux services.

Les programmes réussis lancés par un groupe d'hôtesses de bar et de professionnels du sexe peuvent être partagés avec d'autres et être efficacement adaptés afin de s'intégrer à différents contextes locaux. Ceci donnera un élan pour la mobilisation et l'action des professionnels du sexe sur des problèmes particuliers.

Le fait de travailler avec des pairs-éducateurs provenant de la communauté des professionnels du sexe a aidé le projet à toucher la population ciblée.

Le développement de la capacité des bénéficiaires à participer à la mise en œuvre du programme encourage la prise en charge et facilite l'élargissement.

La discussion du leadership et des problèmes de sécurité personnelle renforce les équipes d'aide et les aide à tisser des liens avec les parties prenantes locales.

Autres informations

Bar Hostess Empowerment and Support Programme [site web]. BHESP; 2015 (<http://www.bhesp.org/>, accès 7 octobre 2015).

PROTECTION SOCIALE SPÉCIFIQUE AU VIH POUR LES ORPHELINS ET AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES

Honduras : une action renforcée contre le Sida donnant la priorité aux orphelins et autres enfants vulnérables

Contexte

En 2004, le gouvernement du Honduras a décidé d'inclure des activités focalisées sur les orphelins et autres enfants vulnérables dans le cadre du cinquième pilier de sa stratégie de réduction de la pauvreté. Un comité, dirigé par le ministère de la Présidence, avec la participation intersectorielle du gouvernement, de la société civile et des organisations internationales (Pan American Health Organization et UNICEF), a été formé pour la protection et la prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables. Cette organisation et ses efforts ont permis au pays de recevoir un financement spécifique pour des activités auprès des orphelins et autres enfants vulnérables dans le cadre des subventions du Cycle 9 du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. Ce comité a fonctionné du 1er mai 2011 au 31 décembre 2013. Son but était d'améliorer la qualité de vie et de réduire l'impact du VIH sur les orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH.

Approche

Le but principal du projet était d'améliorer la qualité de vie des orphelins et autres enfants vulnérables par sept piliers : santé, éducation, nutrition, amélioration du logement, soutien juridique, soutien psychosocial et génération de revenus. Le programme se fondait sur une approche des droits humains et se focalisait sur les intérêts des enfants, reconnaissant leur droit à la survie, au bien-être, au réconfort et au respect. Il tenait également compte des besoins socioéconomiques de leurs familles et communautés. La mise en œuvre du programme se fondait sur une approche plurisectorielle qui recherchait une prise en charge globale pour cette population vulnérable.

Portée du programme

Le rayon d'action du programme se fondait sur plusieurs facteurs : les zones géographiques représentant 5 % du fardeau VIH dans le pays, la taille de la population séropositive en âge de procréer et le taux de fertilité. Ceci a permis de réaliser une estimation grossière du nombre total d'enfants ou d'orphelins et autres enfants vulnérables.

Pendant la mise en œuvre du projet, les enfants et leurs familles ont reçu des prestations dans le cadre de chaque pilier, dont certains se sont avérés plus durables que d'autres. Par exemple, le pilier santé a augmenté le nombre d'enfants séropositifs recevant des soins intégrés. Le projet a également réussi à augmenter l'inscription des enfants séropositifs ou touchés par le VIH au programme de santé et de scolarisation.

Impact du programme

Le projet a touché 12 600 enfants dans le pays et soutenu les familles dans les communautés noires, qui sont considérées comme une population à risque plus élevé de VIH. Le projet a amélioré la qualité de vie des enfants en leur assurant un accès à des soins et des prestations complètes. Parmi ces prestations, citons le maintien des enfants dans le système éducatif, et l'amélioration de leur situation nutritionnelle

en livrant un panier de provisions tous les mois aux familles. Au total, 4 136 orphelins et autres enfants vulnérables de moins de six ans - ou de jeunes séropositifs ayant jusqu'à 18 ans - ont reçu une ration mensuelle riche en protéines et glucides. Les enfants sont restés dans le programme pendant un an.

Enfin, 428 familles ayant des orphelins et autres enfants vulnérables ont reçu une assistance technique et financière, dont des capitaux de démarrage pour renforcer la génération de revenus du ménage. Ces résultats ont dépassé l'objectif planifié de 400 familles.

Financement et gestion

Le projet était financé par le Fonds mondial et il a été exécuté et géré par l'un des principaux bénéficiaires du Fonds mondial : CHF International (une ONG). La mise en œuvre s'est produite par le biais de nombreux sous-bénéficiaires tels que le Programme VIH national du ministère de la Santé, le Commissaire aux droits humains et huit ONG nationales et internationales ayant une expérience du travail avec les orphelins et autres enfants vulnérables.

Le secteur privé a collaboré en établissant un accord avec Walmart pour la livraison de paniers de provisions dans les zones de mise en œuvre, par l'intermédiaire de ses magasins. Ceci a facilité l'accès des familles bénéficiaires et encouragé une meilleure acceptation des personnes séropositives.

Leçons apprises et recommandations

Le gouvernement a créé le ministère du Développement social et le ministère de la Justice et des droits humains, et les institutions liées gèrent et coordonnent les services de protection sociale en collaboration avec les ministères de la santé, de l'éducation et du travail.

En dépit du fait que la stigmatisation et la discrimination ont diminué avec le temps, elles restent des facteurs très négatifs touchant l'action nationale contre le sida au Honduras. Les familles étaient ambivalentes quant à la participation au programme car elles craignaient que leurs enfants souffriraient de discrimination.

PROTECTION SOCIALE SPÉCIFIQUE AU VIH POUR LES PERSONNES SÉROPOSITIVES

Canada : Comité pour le traitement accessible du sida

Contexte

Le Comité pour le traitement accessible du sida est une coalition de plus de 30 organisations basées dans l'Ontario dans le secteur juridique, médical, de l'établissement et du VIH. Il a été formé en 1999 pour améliorer l'accès au traitement et aux services VIH des personnes séropositives marginalisées. Depuis sa création, le comité est au premier plan de l'éducation, de la recherche, de la coordination des services et du plaidoyer pour les questions liées au VIH, à l'immigration et à l'accès.

Approche

Les programmes du comité offrent aux pauvres des revenus (par le renforcement des capacités, des honoraires et des opportunités d'emploi) et des transferts de consommation (tels que l'accès aux services médicaux, juridiques et de logement). Ceci contribue à renforcer le statut social et les droits des groupes marginalisés et vulnérables, et à les protéger des risques pour leurs moyens de subsistance.

Portée du programme

La portée géographique est la province d'Ontario, la plupart des programmes étant basés à Toronto.

Impact du programme

Dans le cadre du projet de promotion de la santé sexuelle des nouveaux arrivants, quatre sessions de formation par an sur l'accès aux services VIH et d'immigration sont organisées pour les personnes séropositives ayant migré au Canada et pour les prestataires de services. Cette formation contribue à leur compréhension du fonctionnement du système d'immigration canadien. Parmi les personnes séropositives ayant participé à ces sessions, 95 % ont terminé avec succès leur processus d'immigration.

Près de 200 conseillers ont été formés dans le cadre d'un réseau de soutien ethno-racial pour le traitement. La plupart d'entre eux ont accédé à des postes rémunérés dans les organisations et entreprises VIH et non VIH.

Dans le cadre de son projet Héritage, le comité a associé plus de 100 mentors, qui sont souvent eux-mêmes séropositifs, à des personnes séropositives pour les aider à atteindre leurs objectifs dans la vie et à promouvoir l'apprentissage réciproque.

Enfin, le comité a formé plus de 40 associés de recherche par les pairs dans différents postes par le biais de ses projets de recherche dans le cadre du projet Community Champions HIV/AIDS Advocates Mobilization Project (CHAMP). De nombreux associés de recherche par les pairs ont repris leurs études pour obtenir d'autres diplômes ou ont pris d'autres postes de recherche.

Financement et gestion

Le Comité pour le traitement accessible du sida reçoit un financement des instances fédérales, provinciales et municipales du gouvernement. Son programme de base est financé par le bureau du sida du ministère de la Santé et de la prise en charge de longue durée de l'Ontario, alors que le programme de mentorat est financé par l'Agence de santé publique du Canada. Le Projet de promotion de la santé sexuelle des nouveaux arrivants est financé par la ville de Toronto, et l'étude de recherche CHAMP est financée par les Instituts canadiens de la recherche sur la santé.

Leçons apprises et recommandations

Le comité démontre le rôle crucial de la responsabilisation et de la prise en charge communautaire ethno- raciale. En étant inclusif et réactif aux besoins de ses communautés diversifiées, et en honorant l'expérience vécue des immigrants, des réfugiés et des personnes sans statut séropositifs, le comité a bâti la confiance et la crédibilité au sein des communautés.

Le Comité est novateur et ingénieux, et utilise des initiatives de recherche pour générer des connaissances et développer des programmes éclairés par des données probantes en traduisant ces connaissances en action. Son approche de la recherche communautaire est un bon exemple de la participation plus importante et plus significative des personnes séropositives dans la conception et la mise en œuvre des activités.

Parmi les obstacles rencontrés, citons un climat politique hostile avec des politiques d'immigration fédérales et provinciales punitives, la criminalisation de la non-divulgation et l'impact de la stigmatisation liée au VIH parmi les nouveaux arrivants. Enfin, un environnement de financement négatif des organisations ethno- raciales peut déboucher sur l'épuisement professionnel du personnel et son attrition.

Autres informations

Le Comité pour le traitement accessible du sida [site web]. Toronto : The ComCommittee fessible AIDS Treatment; 2010 (www.hivimmigration.ca, accès le 7 octobre 2015).

PROTECTION SOCIALE SPÉCIFIQUE AU VIH POUR LES LES SANS-ABRI SÉROPOSITIFS

Etats-Unis : logements de réduction des risques à seuil d'accès bas pour les toxicomanes séropositifs

Contexte

Les taux de sans-abri et d'instabilité du logement sont élevés parmi les personnes séropositives aux Etats-Unis. Selon les statistiques du gouvernement, 16 % de toutes les personnes séropositives, soit 145 000 ménages, ont un besoin de logement non satisfait. Ces personnes sont souvent effectivement ou littéralement exclues des services VIH. Les personnes séropositives membres de groupes marginalisés et ayant des problèmes concomitants (tels qu'une toxicomanie passée ou actuelle) sont les plus gravement touchées par la perte du logement et les disparités du VIH. Un examen systématique a conclu que les 100 millions de personnes que l'on estime être sans-abri dans le monde souffrent de taux spectaculairement plus élevés de tuberculose, d'hépatite C et de VIH que la population générale (9-12).

Le soutien au logement fait partie de l'action contre le sida aux Etats-Unis depuis le milieu des années 1980. Des programmes de logement pour les personnes séropositives sont gérés à New York par des ONG et financés par une combinaison de subventions locales, régionales et fédérales et de programmes d'assistance au loyer financés par le gouvernement.

Housing Works a été créé en 1990 avec comme mission de mettre fin aux sans-abri et au VIH. Depuis, ses programmes de logement se sont focalisés sur les personnes mal desservies et ont employé une approche de services de réduction des risques à seuil d'accès bas dans lesquels l'admission au programme ou la rétention ne sont pas basés sur l'abstinence ou un engagement à cesser de consommer des drogues.

Approche

Les allocations logement et services de soutien liés se focalisent sur les personnes extrêmement pauvres, dont la majorité sont des adultes seuls, des sans-abri ou des personnes au logement précaire. Les recommandations viennent des prestataires de services médicaux, des agences gouvernementales chargées de gérer les prestations de subsistance ou des prestataires de services sociaux des ONG. Les programmes de logement de soutien fournissent une prise en charge médicale et sociale sur place dans le cadre d'un programme de logement et par envoi aux services de santé comportementaux.

Les programmes de logement à faible seuil d'accès comme Housing Works font participer les résidents à leurs programmes de réduction des risques, avec une focalisation sur le comportement plutôt que sur leur statut en tant que personne consommant des drogues. Le logement est considéré comme un programme de santé, et les financeurs publics et privés des services de logement exigent de plus en plus souvent que les ONG suivent les résultats médicaux du VIH parmi les résidents et qu'elles soient responsables des disparités de santé.

Portée du programme

Housing Works fournit une assistance directe au logement des sans-abri et des personnes au logement précaire séropositifs à New York. Le logement joue le rôle de facilitant clé du traitement du VIH, de

programme de prévention du VIH afin de réduire le risque de transmission du VIH et de programme de réduction des risques pour les usagers de drogues. Le logement fournit aussi la stabilité nécessaire pour que les participants du programme progressent en direction de l'emploi et d'autres objectifs de vie.

Les résidences communautaires offrent un logement permanent aux adultes séropositifs dans 72 studios sur deux sites abritant également des services médicaux et de soutien. Un programme de logement de transition des personnes transsexuelles fournit aussi 36 appartements éparpillés sur un site aux personnes transsexuelles et transgenre séropositives.

Impact du programme

Les évaluations du programme montrent une meilleure stabilité des personnes participant au programme, de meilleurs résultats de santé VIH, des programmes renforcés de réduction des risques et de plus longues périodes d'abstinence parmi les usagers de drogues. Le logement à faible seuil d'accès altère l'environnement à risque du VIH et améliore la capacité des personnes séropositives à respecter leur traitement.

Une évaluation des données du programme pour 66 résidents actuels et 152 anciens résidents des deux programmes de résidence communautaire au cours d'une période de six ans montre que les résidents ont obtenu un haut niveau de stabilité bien que 95 % d'entre eux soient restés toxicomanes, 82 % avaient des antécédents d'incarcération, 80 % avaient des problèmes de santé mentale et 90 % étaient des sans-abri à long terme.

Les résidents étaient trois fois plus susceptibles d'avoir une charge virale indétectable lors de leur contrôle le plus récent (par rapport à leur charge virale au moment de leur prise en charge), et ils étaient 50 % plus susceptibles d'avoir un comptage des cellules CD4 supérieur à 200 cellules/mm³ qu'à leur arrivée.

Financement et gestion

Les résidences communautaires appartiennent à Housing Works, les investissements étant financés par des subventions gouvernementales, un financement par obligations garanties par le gouvernement et par des dons privés. Les frais opérationnels des résidences communautaires et du programme de logement de transition des personnes transsexuelles sont pris en charge par une combinaison d'assistance au loyer (fournie par les autorités locales aux personnes séropositives extrêmement pauvres) et de subventions des services de soutien liés. Housing Works coordonne et gère les sources de financement et la prestation des services et présente les résultats aux financeurs, avec la surveillance régulière du gouvernement et des financeurs privés.

Le financement public vient des agences locales, régionales et fédérales ayant des responsabilités plus larges de protection sociale pour satisfaire les besoins en logement et en subsistance des personnes extrêmement pauvres. Ces agences dirigent le soutien direct au logement vers les personnes séropositives, reconnaissant que les programmes ordinaires de protection sociale ne répondent pas à leurs besoins de manière adéquate, et que le logement est un facilitant clé de la prévention et du traitement du VIH.

Leçons apprises et recommandations

D'importantes données empiriques de l'impact du statut de logement sur les résultats de santé du VIH ont été cruciales pour plaider en faveur de la création et du maintien d'un soutien au logement spécifique au VIH.

Le coût public de la fourniture d'un soutien au logement aux personnes séropositives est plus que compensé par les économies réalisées grâce à la réduction des dépenses publiques en coûts de santé associées au VIH à un stade avancé et par les coûts économisés en évitant la transmission du VIH.

Des analyses de coûts sont utilisées pour plaider en faveur du développement des interventions de soutien soutenant et engageant (plutôt qu'excluant) les toxicomanes et les personnes à haut risque de mauvais résultats de santé.

Permettre aux personnes séropositives de maintenir leur santé et de réduire les risques associés à la consommation de drogues les aide également à maintenir leur emploi ou à en retrouver un, de se réunir avec leurs enfants et les autres membres de leur famille et d'atteindre plus d'indépendance et de bien-être.

Bien que la plus grande partie des recherches sur la relation entre le statut de logement et les résultats de santé du VIH ait été menée en Amérique du Nord, la documentation disponible indique des résultats réguliers en ce qui concerne l'impact de la précarité du logement dans les pays à revenus moyens et bas.

Autres informations

Housing Works [site web]. Brooklyn : Housing Works; 2011 (<http://www.housingworks.org/>, accès le 7 octobre 2015).

PROTECTION SOCIALE SPÉCIFIQUE AU VIH POUR LES PERSONNES SÉROPOSITIVES

Pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale : programme de gestion des clients et gestion transitionnelle des clients

Contexte

Dans les pays de l'ancienne Union soviétique, les personnes séropositives et les populations clés à plus haut risque de VIH - notamment les toxicomanes, les détenus, les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, les personnes transsexuelles et, dans certains cas, les enfants vivant dans la rue et les migrants, ont souvent des besoins de santé multiples et simultanés exigeant des services de la part de plusieurs prestataires. L'accès aux services de santé est très limité pour ces populations, principalement à cause de la forte stigmatisation et discrimination : ils souffrent d'une discrimination de la part de la société générale et de la part des professionnels avec lesquels ils entrent le plus souvent en contact (médecins, officiers d'application de la loi et personnel pénitentiaire).

En 2005, l'association AIDS Foundation East-West (AFEW) a introduit un programme unique de gestion des clients pour améliorer l'accès des populations clés aux services de santé. Depuis 2009, la fondation a pris en charge la gestion de transition des clients pour les détenus afin de développer un mécanisme systématique de soutien social des détenus avant et après leur libération, et pour leur réhabilitation ultérieure.

Approche

La gestion des clients VIH est un processus collaboratif entre individus, gestionnaires de clients et prestataires locaux dont le but est d'améliorer l'accès aux soins de santé et psychosociaux appropriés et opportuns. Les gestionnaires de clients aident les personnes à évaluer leurs besoins spécifiques et à développer des stratégies pour les satisfaire au mieux (par ex. identifier où et comment on peut répondre à différents besoins psychosociaux et économiques). Un travailleur social ou gestionnaire de client accompagne souvent le client dans les hôpitaux pour des examens et soins médicaux, et dans les établissements publics pour obtenir des documents d'identification, des allocations d'invalidité et des bons pour différents besoins sociaux. Ceci est important car la plupart des services médicaux et sociaux sont fournis aux clients gratuitement, mais uniquement sur présentation d'une carte d'identité nationale reconnue (que certains clients ne possèdent pas). Les travailleurs sociaux et gestionnaires de clients viennent généralement de la communauté des populations clés. Ils sont régulièrement formés sur les questions des droits humains, l'éthique et les nouvelles approches du travail avec les populations clé.

Portée du programme

Depuis 2005, le programme de gestion des clients AFEW fonctionne dans plusieurs pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, notamment Belarus, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Fédération russe, Tadjikistan, Ukraine et Ouzbékistan. Dans certains pays; le programme s'est arrêté (ou a été considérablement réduit) pour différentes raisons, le plus souvent un manque de fonds. Malgré tout, au moins 100 000 personnes ont été touchées par différents services sociaux durant le programme de gestion des clients de la fondation.

Impact du programme

Grâce au programme, un plus grand nombre de personnes ont accès à des services gratuits de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Les populations clés ont également des informations correctes à propos des programmes de prévention du VIH et de réduction des risques, et ont accès à des opportunités de formation et de développement personnel.

Financement et gestion

Le programme de gestion des clients est financé par AFEW mais le plan est qu'après une certaine période les ONG participant au programme deviendront autofinancées grâce à la fourniture de services payants ou la production de produits. Par exemple, certaines ONG au Tadjikistan préparent des petits pains, gèrent des ateliers de transformation de la pierre et offrent des services de nettoyage des tapis. Au Kirghizistan, les ONG produisent et vendent des pavés.

Leçons apprises et recommandations

Le programme de gestion des clients a prouvé son efficacité car il a développé l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour les populations clé.

Le programme doit être élargi afin de prendre en charge plus de personnes parmi les populations clés et les prestataires de services, et il doit être intégré aux stratégies nationales de soins.

Autres informations

La gestion des clients au Kazakhstan [vidéo avec sous-titres en anglais]. Publiée le 27 novembre 2009. AFEW ; 2009 (<https://www.youtube.com/watch?v=dNutnv7Cidg>, accès le 7 octobre 2015).

Références

1. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Genève : UNSIDA, 2014 :
2. Pettifor A. Cash incentive HIV prevention programmes. Présenté à l'International AIDS Society à Vancouver, 2015 (disponible sur http://pag.ias2015.org/PAGMaterial/Webcast/39_11093/webcast.mp4, accès le 7 octobre 2015).
3. The Transfer Project [site web]. University of North Carolina Population Centre; 2015 (<http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer>, accès le 7 octobre 2015).
4. Estimations VIH et sida, 2013 [site web]. Genève : UNSIDA(<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/india>, accès le 7 octobre 2015).
5. The impact of pensions on the lives of older people and grandchildren in the Kwa Wazee project in Tanzania's Kagera region. HelpAge International, Regional Psychosocial Support Initiative (REPSI), Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), World Vision International; 2008.
6. Borchard J et al. Evaluation of social cash transfer plus programme implemented by Kwa Wazee. University of Marberg; 2012.
7. Towards universal pensions in Tanzania: evidence on opportunities and challenges from a remote area, Ngenge ward, Kagera. HelpAge International, HelpAge Deutschland and Kwa Wazee Switzerland; 2014 (<http://www.helpage.org/silo/files/towards-universal-pensions-in-tanzania-evidence-on-opportunities-and-challenges-from-a-remote-area-ngenge-ward-kagera.pdf>, accès le 7 octobre 2015).
8. Odek W, Githuka G, Avery L, Njoroge P, Kasonde L et al. Estimating the size of the female sex worker population in Kenya to inform HIV prevention programming. PLoS ONE. 2014;9(3):e89180. doi:10.1371/journal.pone.0089180
9. V.Shubert, et al. Employing use-tolerant, harm reduction housing to establish stability and connection to care among chronically homeless active drug users living with HIV/AIDS. : AIDS 2006 - XVIe conférence internationale sur le sida : Résumé no. CDD0612.
10. Shubert Virginia et al. Housing as a structural intervention for transgender people living with HIV. 20e conférence internationale sur le sida, Melbourne Australie, 20-25 juin 2014. WEAD0301 - Session des résumés oraux.
11. Housing is HIV prevention and care: key facts and recommendations. Washington, D.C.: National AIDS Housing Coalition; 2012.
12. King Charles, et al. Housing status as a key social driver of HIV health outcomes: findings from a global survey of non-governmental organizations. 3e conférence sur les moteurs structurels, Le Cap, Afrique du Sud, 5-6 décembre 2013.



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org