



UMBRELLA DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP LUTTANT CONTRE LE VIH/SIDA

GUIDE D'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA

Elaboré au cours du projet “Renforcement des capacités de la communauté pour intégrer les personnes en situation de Handicap dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda”

February 2011

REMERCIEMENT

Ce document a été élaboré par l'Umbrella des Personnes en Situation de Handicap dans Lutte contre le VIH et SIDA sous le financement de PEPFAR/HRSA à travers le Handicap International.

Le travail de développement du module a connu la contribution de nombreux des partenaires et experts en matière dont nous tenons à remercier grandement. De façon particulière, nous sommes très reconnaissants aux :

- Bénéficiaires du projet de *"Renforcement des capacités de la communauté pour intégrer les personnes en situation de Handicap dans la lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda"* de leurs idées dans l'amélioration du document
- A l'équipe technique du projet pour l'édition du document
- Les Centres de réhabilitation et d'éducation des personnes et enfants avec handicap pour leur valeur ajoutée dans le milieu d'institutionnalisation et la participation dans les ateliers d'élaboration;
- L'équipe technique sur le handicap et le VIH/SIDA pour leur appui technique ;
- TRAC Plus et CNLS pour l'expertise technique le processus d'élaboration durant.

Nous sommes très redevables à Handicap International pour l'appui tant technique que financier pour la dissémination du module.

BAGWENEZA Bernard
Directeur Executif UPHLS

N.B : Les idées et opinions exprimées dans ce document ne sont que de l'UPHLS; HRSA/PEPFAR n'y sont pour rien.

LA TABLE DES MATIERES

<i>GUIDE D'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA</i>	1
REMERCIEMENT	2
LA TABLE DES MATIERES.....	3
ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
L'OBJECTIF DE CE GUIDE	6
Le point sur l'épidémie du SIDA et sur le Handicap	7
Lacunes actuelles dans la capacité à atteindre les populations handicapées.....	8
Quelques orientations pour l'inclusion des PSH dans les services de VIH/SIDA	11
CONCLUSION GENERALE.....	21
BIBLIOGRAPHIE	22

ABREVIATIONS

- **CNLS** : Commission Nationale de Lutte contre le SIDA
- **GBV** : Gender Based Violence
- **HRSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
- **IEC** : Information Education et Communication
- **MINALOC** : Ministère de l'Administration Locale, de développement communautaire et des Affaires Sociales
- **OPH** : Organisations des Personnes en Situation de Handicap
- **PDA** : Personnes avec Déficience Auditive
- **PDM** : Personnes avec Déficience Mentale
- **PDV** : Personnes avec Déficience Visuelle
- **PSH** : Personnes en Situation de Handicap
- **PVVIH** : Personnes Vivant avec le VIH
- **SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- **UPHLS** : Umbrella des personnes en situation de handicap dans la lutte contre le VIH/SIDA
- **VCT** : Voluntary Counseling and Testing (Conseil et Dépistage Volontaire)
- **VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine

GUIDE D'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES PROGRAMMES DE VIH/SIDA AU RWANDA

INTRODUCTION

Selon les données du 3^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Rwanda de 2002, le nombre des personnes en situation de handicap (P.S.H) était estimé à 308.501, c'est-à-dire 3,9 % de la population. Ces personnes font partie des populations les plus pauvres et les plus marginalisées au monde. (Rwanda bureau of statistics report 2002, and UNAIDS POLICY BRIEF 2006)

Les PSH au Rwanda sont plus sinon au même risque d'infection du VIH/SIDA comparées la population générale. Ceci est du mais ne se limite pas qu'aux facteurs associées au handicap suivants : Une pauvreté extrême taux de chômage vertigineux et un manque d'accès à l'éducation et aux soins de santé, Manque d'instruction, l'inaccessibilité des messages et campagne visant le changement des comportements, l'inaccessibilité des lieux, beaucoup de mythes et d'idées fausses selon lesquelles les rapports sexuels avec une petite fille handicapée pourraient guérir du VIH/SIDA, les croyances selon lesquelles les personnes handicapées comporteraient moins de risque d'infection du VIH/SIDA puisqu'elles seraient inactives sur le plan sexuel, sont peu susceptibles de recourir à la drogue et courent moins de risques de viol ou de violence que les personnes valides, l'exclusion sociale et en particulier dans les services sur le VIH/SIDA.

Pour pallier à ce désavantage, les associations des PSH sous le patronage de la CNLS, ont créé l'Umbrella des Personnes en situation de Handicap dans la Lutte contre le VIH/SIDA (**UPHLS**) a été créé en 2006 pour être en activité avec les PSH dans la lutte contre le VIH/SIDA. Avec le mandant d'inclure les PSH dans les programmes des lutte contre le VIH/SIDA par la coordination, le plaidoyer et le suivi et évaluation des interventions de lutte contre le VIH/SIDA parmi les PSH.

Avec l'expérience de ces dernières années, nous avons réalisé qu'il y a un besoin urgent de développer *un guide d'inclusion qui servira d'outil pour plus d'accessibilité*

des services VIH/SIDA aux PSH notamment la prévention, la prise en charge et le traitement ainsi que la réduction de l'impact.

L'OBJECTIF DE CE GUIDE

Dans le cadre de la mise en œuvre du Projet de « Renforcement des capacités de la communauté dans l'intégration des PSH dans la réponse nationale au VIH/SIDA au Rwanda, nous avons senti un besoin urgent de produire un document pour les prestataires des services du VIH/SIDA qui servirait comme un outil pour amélioration de l'accessibilité. Les ateliers avec les partenaires du projet ainsi que l'atelier avec les bénéficiaires et organisations membres du groupe de travail sur le handicap et le VIH/SIDA tenus pendant la période de Janvier à Juin 2010, ont émis des recommandations sur la nécessité d'avoir de lignes directrices sur l'accessibilité des Personnes en Situation de Handicap (PSH) aux services de prévention et de prise en charge VIH et l'autre sur la nécessité d'une meilleure compréhension des aspects de confidentialité et d'observance chez les PSH.

Dans les domaines de la prévention, la prise en charge et le traitement ; il existe peu ou même pas de guide pour l'accessibilité des services ci-haut mentionnés aux PSH que l'accessibilité des PSH aux services de prévention et de prise en charge VIH jusqu'ici est approchée différemment. Toutefois, la revue de la littérature existante et partant des pratiques notamment en Ouganda, en Afrique du Sud et sur d'autres expériences similaires de HI, cet outil fournira des orientations qui serviront de base pour l'élaboration d'une politique/programme en matière. Ce document est destiné aux planificateurs, les prestataires et les partenaires de développement dans le

Le document en soi, donne un aperçu sur le handicap, les particularités de chaque catégorie de handicap quant à la provision des services VIH/SIDA. Enfin, il sera question de fournir des recommandations opérationnelles visant à favoriser l'accessibilité des PSH aux structures de santé, aux services de dépistage, de prise en charge ainsi qu'à l'IEC pour le changement de comportement chez les PSH.

Le point sur l'épidémie du SIDA et sur le Handicap

Le handicap

Il n'existe pas de définition universellement acceptée du handicap parce que c'est un concept multidimensionnel, ayant des caractéristiques tant objectives que subjectives. Toutefois, la Convention de Nations Unies sur les Droits des Personnes en situation de handicap définit les personnes en situation de handicap comme « *celles qui ont des affaiblissements physiques, mentaux, intellectuels ou sensoriels à long terme qui dans l'action réciproque avec les barrières différentes peut entraver leur participation complète et efficace dans la société sur une base égale avec d'autres* ». (Les Nations Unies Permettent, 2006).

Double fardeau : Le VIH/SIDA et le Handicap

En dépit du fait que les facteurs de risque associés au handicap – une pauvreté extrême, le stigmata social et la marginalisation, des taux de chômage vertigineux et un manque d'accès à l'éducation et aux soins de santé – sont semblables à ceux constatés pour le VIH/SIDA, on ne s'est pratiquement pas penché sur l'impact de l'épidémie du sida sur cette vaste population largement ignorée. Les PSH sont également ou nettement plus vulnérables à tous les facteurs de risque liés au VIH/sida, et à ce titre, il convient de les inclure dans toutes les initiatives de sensibilisation au SIDA. Certains sous-groupes au sein des populations handicapées (par ex. les femmes handicapées, les adolescents handicapés, les membres des minorités ethniques qui sont handicapés), sont encore plus vulnérables (Banque mondiale : 2004 ; Yousafzai et Edwards 2004, Groce : 2005).

Il existe une variété de raisons pour lesquelles les enfants, les adolescents et les adultes qui vivent avec un handicap sont passés inaperçus dans les initiatives de sensibilisation au VIH/SIDA. Parmi ces raisons, se trouve le fait qu'il est couramment et erronément supposé que les personnes handicapées n'ont pas de vie sexuelle, qu'il est peu probable qu'elles utilisent des drogues ou qu'elles boivent de l'alcool, et

qu'elles risquent moins d'être victimes de violence ou de viol que les personnes non handicapées.

Le stigma et la marginalisation, la pauvreté, l'analphabétisme, le chômage et la probabilité plus faible que les personnes handicapées puissent être considérées comme des partenaires de mariage éventuels, diminuent nettement la capacité de nombreuses personnes handicapées à travers le monde à être en mesure de négocier des pratiques sexuelles sans risque.

En outre, dans de nombreuses communautés, la croyance selon laquelle les personnes handicapées n'auront pas de vie sexuelle se traduit par l'absence ou la rareté de l'éducation sexuelle pour les adolescents et les adultes handicapés, ce qui limite gravement leur capacité de comprendre les messages ayant trait aux pratiques sexuelles sans risque et de négocier des comportements prenant compte d'une sexualité sans risque.

Les facteurs de risque pour les personnes handicapées mentales ont fait l'objet de davantage d'attention, mais la recherche ou la programmation pour cette population accuse encore un certain retard par rapport à ce qui est à la disposition de l'ensemble de la population. (Banque mondiale : 2004)

Lacunes actuelles dans la capacité à atteindre les populations handicapées

Un certain nombre de questions à propos du VIH/SIDA et du handicap n'ont toujours pas reçu de réponse. Comment les personnes handicapées peuvent-elles être le mieux contactées dans le cadre des initiatives de sensibilisation au sida ? Doivent-elles être incluses dans les campagnes générales et les services généraux de sensibilisation au SIDA ? Des initiatives spéciales et des approches ciblées sont-elles nécessaires ? Si tel est le cas, ceci entraînera-t-il un accroissement des dépenses ? S'il y a un accroissement des dépenses, d'où doit provenir un tel financement ? Une partie du problème réside dans le fait que lorsque ces questions font l'objet d'une discussion, celle-ci est largement formulée comme un choix entre ne rien faire du tout

et mettre en œuvre des initiatives d'approche coûteuses et exigeant de nombreuses ressources.

Les appels visant à l'inclusion des personnes handicapées dans les initiatives de sensibilisation au VIH/ SIDA se heurtent régulièrement aux préoccupations selon lesquelles les activités de lutte contre le VIH/ SIDA sont déjà exploitées à la limite des possibilités et que le financement de nouvelles activités spécifiques au handicap n'est pas disponible.

Nous soutenons ici avec force que l'inclusion des personnes handicapées dans les initiatives de sensibilisation au VIH/SIDA ne peut tout simplement pas attendre que tous les autres groupes de la population soient pris en charge. L'enjeu concerne à la fois les droits fondamentaux de la personne et la santé publique de base.

Nous partons des hypothèses suivantes :

- Les vies des personnes handicapées n'ont pas moins de valeur que les vies de tous les autres citoyens et il n'existe pas d'argument sur le fond qui puisse justifier la relégation des personnes handicapées au bas de la liste des priorités en matière de lutte contre le VIH/ SIDA.
- Qui plus est, si les personnes handicapées ne sont pas incluses dans les initiatives de sensibilisation au VIH/ SIDA, les efforts entrepris pour ralentir la propagation du virus ou pour l'éliminer échoueront. Les PSH constituent tout simplement une proportion trop importante de la population pour ne pas être incluses.

En outre, nous avons également la conviction que diverses options sont à notre disposition. Le choix n'est pas seulement *entre* l'inclusion des personnes handicapées dans les initiatives générales de sensibilisation au VIH/ SIDA et la conception d'initiatives séparées de sensibilisation qui ciblent spécifiquement les PSH. Ces approches sont toutes deux crucialement nécessaires et dans l'état actuel des choses, la plupart des PSH ne sont touchées ni par l'une ni par l'autre approche. Toutefois, une *combinaison* de stratégies commencerait à atteindre une part importante de la communauté handicapée.

Ci-dessous nous suggérons une typologie en trois parties qui constitue un continuum d'inclusion des services et d'accès aux services qui vont de :

1. L'inclusion de personnes handicapées, à peu de frais supplémentaires, voire aucun, pour les programmes de lutte contre le VIH/ SIDA existant actuellement
2. Des programmes dans lesquels des modifications sont apportées à des programmes de lutte contre le VIH/ SIDA existants actuellement, en vue d'assurer une participation accrue des personnes handicapées, et à
3. Des initiatives d'approche qui sont spécifiquement ciblées pour le public handicapé et qui coûteraient davantage en raison des besoins en connaissances spécialisées, en heures de travail et en matériel.

Un tel continuum d'interventions potentielles est présenté avec la mise en garde qu'il n'existe pas de stratégie d'intervention unique qui soit en mesure de réussir pour chaque membre de chaque groupe. Le besoin d'une variété de stratégies d'intervention est d'importance particulière pour les populations handicapées, parce que des personnes ayant différents types de handicaps sont confrontées à des défis différents lorsqu'il est question :

- d'être sensibilisées par les messages liés au VIH/sida
- d'avoir accès au matériel éducatif de prévention du VIH et aux préservatifs
- d'avoir accès aux services liés au sida, ce qui inclut les médicaments de traitement du sida et les systèmes de prise en charge et d'aide sociale

Par exemple, des campagnes radiodiffusées n'atteindront pas les personnes qui sont atteintes de surdité ou ont des déficiences auditives, et les campagnes d'affichage et de presse n'atteindront pas les personnes qui sont aveugles. Les messages liés au sida qui font passer trop d'informations, ou qui ont recours à des euphémismes pour le sida et les pratiques sexuelles sans risque, peuvent être difficiles à comprendre par des personnes ayant des déficiences intellectuelles.

Quelques orientations pour l'inclusion des PSH dans les services de VIH/SIDA

Les personnes avec déficience physique

Principales contraintes rencontrées en rapport avec la Prévention du VIH, la prise en charge et le traitement	Solutions envisageables
<p>1.1. Infrastructures physiques : Infrastructures physiques : Dans la plupart des cas les centres de santé et hôpitaux qui abritent les services de VIH notamment le CDV, PTME, ARV ne sont pas accessibles pas aux Personnes avec déficience. Ici nous pouvons citer les escaliers, les portes très étroites les maisons en étages ; les guichets placés hauts, les toilettes inaccessibles (toilettes à siège sont en nombre limité et sans support, les lavabos et guichets qui sont placés hauts pour les utilisateurs des chaises roulantes) et les lits fixes</p>	<p>1.1. Re/aménagement des infrastructures pour les adapter aux personnes avec le handicap physique (les portes plus larges, passages sans escaliers, rampes, toilettes adaptées, espaces extérieurs accessibles aux tricycles et chaises roulantes...)</p>
<p>1.2. Inaccessibilité des lieux de prestation de services : ceci fait référence à la distance et emplacement de ces lieux qui pour la plupart des fois sont au sommet des collines et pas a moins de 2 kilomètres de la résidence des clients. Ceci constitue une barrière pour la prise en charge : l'adhérence aux ARV et</p>	<p>1.2. Pour pallier au problème à moyen terme, on pourrait aménager un local plus accessible dans lequel la PSH trouverait tous les services.</p> <p>1.3. Utiliser les stratégies avancées telles</p>

<p>observance des CD4</p>	<p>que les VCT mobiles, les visites à domicile et autres visant particulièrement les PSH</p>
<p>2. Pauvreté extrême</p> <p>2.1 Éducation alimentaire: La pauvreté excessive dans laquelle vivent les PSH s'empire avec l'infection VIH/SIDA et les infections opportunistes. Par conséquent, l'amélioration de l'alimentation en pâtit. Ainsi certaines des PSH n'adhèrent pas aux traitements comme il fallait faute d'une alimentation équilibrée.</p>	<p>2.1. Encourager les PSH à intégrer les associations des PVVIH pour bénéficier des services des PVVIH et leurs membres de familles</p> <p>2.2. Renforcer des capacités des PSH en termes technique, matériel et financiers</p> <p>2.3. Donner la priorité aux PSH vivant avec le VIH en matière d'appui nutritionnel</p>
<p>3.1. Attitudes : Fausses croyances chez certains prestataires des services selon lesquelles les PSH sont moins ou même pas du tout à risque d'attraper le VIH/SIDA supposant que celles-ci ne sont pas sexuellement actives. D'où la condamnation de ceux qui vivent avec le VIH/SIDA.</p>	<p>a. Formation et sensibilisation des prestataires sur le risque d'infection au VIH chez les PSH</p> <p>b. Conscientisation et formation du personnel de la santé sur les besoins spécifiques des PSH et leurs conditions de vie : sexualité, santé reproductive et changement de comportements.</p>
<p>4.1. Double stigmatisation : La stigmatisation due au fait d'être PSH et vivre avec le VIH/SIDA en même temps.</p>	<p>4.1. Conscientiser les membres et les responsables des Associations des PVVIH afin d'intégrer les PSH infectées dans leurs associations et coopératives ;</p>

<p>4.2. L'auto-Discrimination des PSH infectées : A cause du manque de l'estime de soi les PSH s'associent rarement aux activités de la communauté bien pire encore aux sensibilisations sur le VIH et aux associations/coopératives des PVVIH quand il arrive qu'elles soient infectées</p>	<p>4.2. Sensibiliser les PSH, leurs familles et la communauté sur les droits des PSH et les PVVIH</p> <p>4.3. impliquer les PSH dans tous les programmes du VIH/SIDA. Par exemple, les former en tant que pairs éducateurs et agents de santé communautaire etc.</p> <p>4.4. Renforcement des capacités des PSH infectées et affectées</p> <p>4.5. Éducation des PSH sur leurs droits et la lutte contre la discrimination</p>
<p>5. Les stratégies et outils IEC sur le VIH non adaptés: Les outils IEC disponibles dans le cadre d'IEC ne sont pas adaptés à certains types de handicap. Par exemple, les gens ayant un handicap Physique notamment : ceux qui ont été amputés des bras, les personnes qui ont du mal à se mouvoir etc.</p>	<p>5.1. Utiliser des stratégies/adaptées aux PSH comme apprendre aux Personnes amputées des membres inférieurs ou supérieurs ou ayant une faiblesse motrice telle que la paralysie de membres supérieurs comment utiliser le préservatif, etc.</p>
<p>6. Risque d'assaut/victime d'abus sexuel : Les PSH risquent d'être victimes de violences sexuelles surtout celles avec du handicap sévère à cause de la:</p> <p>6.1. Dépendance : soit aux membres de la famille ou des amis</p> <p>6.2. De la faiblesse corporelle</p>	<p>6.1. Éduquer les PSH et la communauté sur les droits et la loi opprimant les violences sexuelles et basées</p>

<p>6.3. L'isolement : A cause de la stigmatisation les PSH sont souvent abandonnées à elles-mêmes que les bourreaux en profiteraient</p>	<p>sur le genre</p>
<p>6.4. L'ignorance : Certaines personnes infectées au VIH croient qu'elles pourraient être guéries du VIH S s'elles ont eu des relations sexuelles avec des vierges. Comme elles ont une fausse croyance selon laquelle les PSH ne sont pas sexuellement actives et on s'en prend à elles.</p>	<p>6.2. Sensibiliser les PSH, leurs familles et la communauté sur les droits des PSH et des PVVIH Impliquer les PSH dans le système de Suivi et Évaluation des programmes de VIH/SIDA 6.3. notamment dans les comités de coordination de lutte contre le SIDA au niveau communautaire.</p>

Les personnes avec déficience auditive

Principales contraintes rencontrées en rapport avec la Prévention du VIH, la prise en charge et le traitement	Solutions envisageables
<p>1. Barrière liée à la communication :</p> <p>1.1. Le langage des signes n'est pas répandu dans le pays : Les interprètes en langage des signes sont en nombre limité est méconnu par les prestataires de service VIH.</p> <p>1.2. Ignorance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires ne savent pas communiquer avec les Personnes avec déficience auditive • Bon nombre des Personnes avec déficience auditive sont 	<p>1. Améliorer l'accessibilité à l'Information-Éducation et Communication à travers le langage des signes :</p> <p>1.1. Former les prestataires sur le langage des signes dans le cadre du VIH/SIDA</p> <p>1.2. Utiliser l'écriture/lecture pour communiquer</p> <p>1.3 Marquer clairement les différents services</p> <p>1.4. Conscientisation et formation du personnel</p>

analphabètes et à cause de cela ils n'ont pas accès à l'information sur le VIH/SIDA

1.3. Les stratégies et outils de communication non adaptés aux les Personnes avec déficience auditive

1.4. Manque de confidentialité dû aux barrières de la communication

2. Double discrimination et stigmatisation

2.1. Abus et violences basées sur le genre inavoués

2.2. Fausses croyances chez certains prestataires des services de VIH selon lesquelles les PSH auraient moins ou même pas du tout de risque d'infection au VIH et ou ne sont pas sexuellement actives.

2.3. L'auto-Discrimination des PSH vivant avec le VIH/SIDA et la

des établissements de santé sur les besoins spécifiques des PSH et leurs conditions de vie : sexualité, santé reproductive et changement de comportements

1.5. Utilisation des supports visuels et écrits tels que les images et les messages vidéo.

1.6. La confidentialité partagée avec les interprètes en langage des signes ou autres personnes que le client choisit (parrain/marraine)

1.4. Éducation sur les droits de la femme et des PSH en particulier ;

1.5. Éducation sur la santé reproductive et le VIH/SIDA

1.6. Référer les victimes de viol et les accompagner pour le continuum des services

1.7. Sensibilisation des prestataires

non adhérence au traitement : du manque de l'estime de soi les PSH s'associent rarement aux activités de la communauté bien pire aux sensibilisations sur le VIH et aux associations/coopératives des PVVIH quand il arrive qu'elles soient infectées

- 1.8. Création d'emploi pour les PSH
- 1.9. Appliquer le principe de la discrimination positive.
- 1.10. Impliquer les PSH dans la pair éducation
- 1.11. Sensibiliser les membres de RRP+ d'accueillir les PSH et les intégrer dans leurs associations et coopératives

3. Les personnes avec déficience visuelle

Principales contraintes rencontrées en rapport avec la Prévention du VIH, la prise en charge et le traitement	Solutions envisageables
<p>Barrière liée à la communication : Outils et modes de diffusion non adaptés aux besoins spécifiques des Personnes avec déficiences visuelles. Comme il n'y a pas d'Outils IEC en braille ou en audio sur le VIH/SIDA pour faciliter la compréhension. Par exemple il n'y a pas d'approches particulières sur l'utilisation du condom chez les des Personnes avec déficiences visuelles</p>	<p>1. Afin de pallier aux contraintes énoncées dans les paragraphes précédents</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Utiliser les messages audio enregistrés 1.2. Décrire au maximum les images et les outils utilisés 1.3. Transcrire en braille les étiquettes des médicaments 1.4. Leur donner l'opportunité de toucher/palper les outils si possible (condom, pénis en bois, comprimés, etc.)

2. Inaccessibilité des lieux de prestation de services : ceci fait référence à la distance et emplacement de ces lieux qui pour la plupart des fois sont au sommet des collines et pas à moins de 2 kilomètres de la résidence des clients sans ajustements raisonnables notamment les assistants personnels, cannes blanches, brailles, systèmes sonores, etc.

3.1. Dépendance aux guides et aux autres membres soit de la communauté ou de la famille pour se déplacer.

3. Stigmatisation et attitudes:

3.1. L'auto-Discrimination des PSH

3.2. La communauté rwandaise a tendance à isoler les PDV et ou à les surprotéger.

3.3. Les croyances selon lesquelles les Personnes avec

1.5. Les flacons/piluliers de tailles différentes pour spécifier les médicaments et leur dose

2. Il va falloir :

2.1 Utiliser des stratégies avancées comme : VCT mobile, visites à domicile, etc.

2.2. Identifier des Personnes avec déficiences visuelles avant toute session et leur donner le service requis en priorité

2.3. Les équipements sonores pouvant aider des Personnes avec déficiences visuelles à reconnaître ou elles ont et les services disponibles

2.4. Les signaux en braille.

3.1. Les associer dans le choix du système de parrainage et leur laisser le libre choix de leur parrain ou marraine.

3.2. Création d'emploi pour les PSH

3.3. Appliquer le principe de la discrimination positive.

3.4. Impliquer les PSH dans la pair éducation

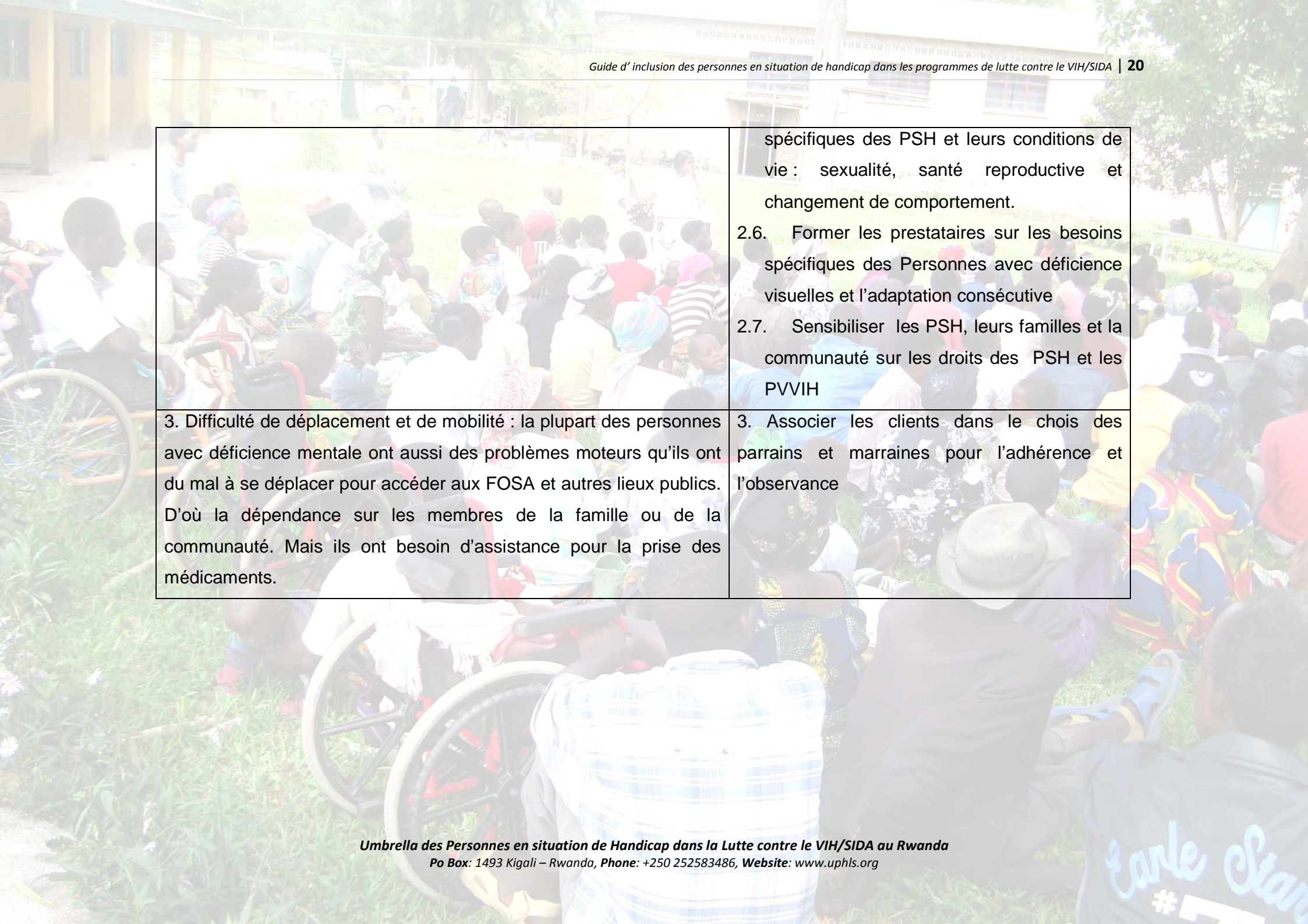
3.5. Sensibiliser les membres de RRP+ d'accueillir les

<p>déficiences visuelles ne seraient pas sexuellement actives ;</p> <p>3.4. Manque de confidentialité et de crédibilité</p>	<p>PSH et les intégrer dans leurs associations et coopératives</p> <p>3.6. Conscientisation et formation du personnel de la santé sur les besoins spécifiques des PSH et leurs conditions de vie : sexualité, santé reproductive et changement de comportement.</p> <p>3.7. Former les prestataires sur les besoins spécifiques des Personnes avec déficience visuelle et l'adaptation consécutive</p> <p>3.8. Sensibiliser les PSH, leurs familles et la communauté sur les droits des PSH et les PVVIH</p>
---	--

4. Les personnes avec déficience mentale

Principales contraintes rencontrées en rapport avec la Prévention du VIH, la prise en charge et le traitement	Solutions envisageables
<p>1. Ignorance</p> <p>1.1. Niveau d'éducation/de compréhension très faible : Les personnes avec déficience mentale accèdent rarement à l'éducation formelle et informelle suite aux politiques, matérielles non adaptées.</p> <p>1.2. Outils de communication non adaptés : Messages longs et verbaux</p> <p>1.3. La société rwandaise ne comprend pas encore que les</p>	<p>1. Gagner leur confiance</p> <p>2. Simplifier les outils de communication et d'éducation et privilégier les supports audio visuels et/ou en images</p> <p>3. Former les prestataires sur les besoins spécifiques Les personnes avec déficience mentale</p>

<p>personnes avec déficience mentale puissent être formées, et éduquées sur le VIH/SIDA en particulier</p>	
<p>2. Stigmatisation et attitudes: 2.1. L'auto-Discrimination des PSH : A cause du manque de l'estime de soi, les PSH s'associent rarement aux activités de la communauté bien pire encore aux sensibilisations sur le VIH et aux associations/coopératives des PVVIH quand il arrive qu'elles soient infectées</p>	<p>2.1. Création d'emploi pour les PSH</p>
<p>2.2. La communauté rwandaise à tendance à isoler/rejeter les personnes avec déficience mentale, à les surprotéger et ou à les laisser livrées à elles-mêmes victimes potentielles aux abus sexuels et infections du VIH/SIDA. Elles sont appelées par de mauvais noms.</p>	<p>2.2. Appliquer le principe de la discrimination positive.</p>
<p>2.3. Croyances selon lesquelles les personnes avec déficience mentale ne sont pas victimes d'abus sexuels</p>	<p>2.3. Impliquer les PSH dans la paire éducation</p>
<p>2.4. Les mythes selon lesquels avoir des relations sexuelles avec les personnes avec déficience mentale porte chance ou bien même guérit le VIH/SIDA</p>	<p>2.4. Sensibiliser les membres de RRP+ d'accueillir les PSH et les intégrer dans leurs associations et coopératives 2.5. Conscientisation et formation du personnel de la santé sur les besoins</p>



	<p>spécifiques des PSH et leurs conditions de vie : sexualité, santé reproductive et changement de comportement.</p> <p>2.6. Former les prestataires sur les besoins spécifiques des Personnes avec déficience visuelles et l'adaptation consécutive</p> <p>2.7. Sensibiliser les PSH, leurs familles et la communauté sur les droits des PSH et les PVVIH</p>
<p>3. Difficulté de déplacement et de mobilité : la plupart des personnes avec déficience mentale ont aussi des problèmes moteurs qu'ils ont du mal à se déplacer pour accéder aux FOSA et autres lieux publics. D'où la dépendance sur les membres de la famille ou de la communauté. Mais ils ont besoin d'assistance pour la prise des médicaments.</p>	<p>3. Associer les clients dans le choix des parrains et marraines pour l'adhérence et l'observance</p>

CONCLUSION GENERALE

Le VIH ne fait aucune distinction en raison du sexe, de la race, de l'orientation sexuelle ou des capacités physiques ou mentales. Les programmes centrés sur la prévention du VIH, la sensibilisation et le traitement ne doivent pas non plus faire de distinction mais plutôt ces programmes doivent chercher à mettre en oeuvre des moyens pour sensibiliser et offrir des services à l'ensemble de la population. Les organisations qui s'intéressent spécifiquement aux droits et aux problèmes des personnes en situation de handicap ont déjà engagé la lutte contre le VIH en mettant à profit toutes les ressources disponibles pour sensibiliser leurs membres aux questions d'hygiène sexuelle et de santé génésique ainsi qu'aux mesures à prendre pour se protéger. Les efforts de sa mise en application reviennent en particulier à tous et à chacun de ces organisations de lutte contre le SIDA et à toute la communauté rwandaise en général, les PSH incluses.

BIBLIOGRAPHIE

1. At a glance, www.worldbanks.org/disability/resources, Disability and HIV/AIDS
2. Nora Ellen Groce Ph.D., Reshma Trasi, MBBS, MHA, MPH et Aisha Yousafzai, Ph.D.;
Recommandations visant à l'inclusion des personnes handicapées dans les initiatives de sensibilisation au VIH/sida, *Yale University Center for Interdisciplinary Research on AIDS (CIRA) ; Yale School of Public Health, Yale Medical School, 2006*
3. Dr Norbert MUNYARUKATO ; Dr Nicole CURTI KANYOKO, Recommandations sur l'Accessibilité des services VIH, la Confidentialité et l'Observance Chez les personnes en Situation de Handicap - Projet de « Renforcement des Initiatives Locales dans la lutte contre le VIH-SIDA en faveur des Personnes Handicapées au Burundi, Mali et Sénégal », Nairobi, Kenya, Juillet 2009
4. Platform Handicap en Ontwikkelingssamenwerking, Mainstreaming of disability and HIV/AIDS - A double challenge -, Brussels, Belgium, 2006
5. Rehabilitation international (RI), Disabled organization for legal affairs and social economic development (dolased) and Miracles in Mozambique, HIV/AIDS awareness and disability rights training manual, December 2007
6. *Dr Aisha Yousafzi et Karen Edwards; Double Fardeau : Analyse de situation du VIH/SIDA et des jeunes personnes handicapées au Rwanda et en Ouganda, Centre for International Child Health, Institute of Child Health, University College, Londres, 2004.*