

Programme SIDA SEEG Rapport d'étude

1. INTRODUCTION	- 2 -
2. CONTEXTE PAYS.....	- 2 -
3. CONTEXTE ENTREPRISE	- 6 -
4. PROGRAMME	- 8 -
5. REFERENCES AUTRES ENTREPRISES	- 25 -
6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	- 27 -

1. Introduction

1.1. Contexte

La SEEG et Véolia Water ont sollicité Sanisphere pour réaliser une évaluation du programme de lutte contre le SIDA engagé par la SEEG en faveur de ses employés et des ayant-droits, ce qui représente environ 10.000 personnes au total

Ce programme, motivé par une prévalence nationale élevée (8%) et une mortalité constatée au sein de la SEEG, a été engagé en 2004 et arrive en 2006 à maturité de sa première phase de développement.

1.2. Méthodologie

Cette étude d'évaluation a été menée à Libreville du 29 juin 2006 au 6 juillet par une équipe de 3 consultants :

- Dr Jean-Marie Milleliri, GISPE
- Julien Bonneville et Thomas Miklavev, Sanisphere

Elle a été réalisée sur la base :

- d'entretiens qualitatifs menés avec divers interlocuteurs de la SEEG et des acteurs extérieurs
- des études documentaires sur la base des documents mis à disposition par la SEEG et sur la base de la littérature scientifiques et documents publics.

2. Contexte pays

2.1. Bref aperçu démographique et économique

Situé de part et d'autre de l'équateur, entre les latitudes 2°30'N et 3°55'S et entre les longitudes 10°E et 14°E, le Gabon est un pays d'Afrique centrale d'une superficie de 267.667 kilomètres carrés (un peu moins de la moitié de la superficie de la France, en comparaison) dont la population estimée en 2005 (FNUAP, 2005) s'élève à 1,4 million d'habitants (700.000 entre 15 et 49 ans). La structure de la population est restée constante depuis 1993 : 40% pour la population de moins de 15 ans, les 15-64 ans représentant 55% de cette population, les plus de 65 ans 5% (DGSEE, 2001). Il s'agit d'une population jeune que traduit la pyramide des âges avec un ratio de genre légèrement en faveur des femmes (sex-ratio : 1,02). On estime entre 300.000 et 400.000 le nombre de migrants africains résidants au Gabon, avec une forte représentation d'Africains d'Afrique de l'Ouest.

Pays fortement urbanisé (84% de la population), le Gabon est organisé administrativement en 9 provinces, celle de l'Estuaire (où se situe la capitale du pays, Libreville) accueillant plus de la moitié de la population nationale. A Libreville, la population est estimée à 600.000 habitants. Le deuxième pôle urbain est représenté par Port-Gentil (Ogooué-Maritime), centre industriel et économique dont la population dépasse les 80.000 habitants. Les provinces de l'intérieur du pays sont faiblement peuplées en dehors des chefs-lieux de province, 75% de la superficie du pays est occupée par la forêt.

Pays à revenus intermédiaire de tranche supérieure, le revenu national brut par habitant (ajusté sur la parité du pouvoir d'achat) était estimé en 2003 à 5700 dollars US (la moyenne de ce revenu pour les pays les moins avancés était estimée à cette même date à 1300 dollars US). Le Gabon tire ses revenus d'une rente pétrolière qui garde un niveau élevé en dépit d'une baisse des réserves compensée par l'augmentation du prix du baril, les autres ressources industrielles provenant de l'exploitation du bois ou de minerais (fer, manganèse) dont certains possèdent une valeur ajoutée importante (tantale, niobium). Malgré ces indicateurs macroéconomiques favorables, on estime que plus de 60% de la population gabonaise vivrait sous le seuil de pauvreté (en valeur ajustée de parité du pouvoir d'achat).

2.2. Organisation sanitaire

Le Gabon s'est doté au fil des années depuis l'indépendance d'une capacité sanitaire large en infrastructures et en moyens techniques, mais il offre une vision décalée entre l'existence de ces moyens et leur utilisation optimale. Cette capacité et cette richesse potentielle a été dénommée le syndrome de la panoplie (Perret, 1997).

Mais comme le fait remarquer le PNUD dans son rapport de 2003 consacré au Gabon (PNUD, 2003) le paradoxe gabonais en matière de santé réside dans l'existence d'un très grand écart négatif, 50 places, entre son niveau économique (72ème rang mondial) et son niveau de développement humain (122ème rang) en 2002, dont le classement se dégrade depuis quelques années.

Bien que consacrant à la santé de plus importantes sommes que ses voisins, les résultats illustrés par des indicateurs de santé faibles témoignent d'une difficulté à traduire vers les populations les efforts consentis par l'Etat depuis de nombreuses années. Sans doute des erreurs dans les choix des stratégies développées, une insuffisante coordination des politiques sociales combinées à une gestion peu efficace des ressources ont conduit à cette situation de paradoxe.

Les dépenses de santé du secteur public en 2005 représentent 1,8% du PIB.

Repères

Population : 1,3 million
 Population de moins de 15 ans : 41,0%
 Taux de croissance de la population : 2,9%
 Taux d'urbanisation : 83,1%
 Espérance de vie à la naissance : 56,6 ans
 Taux de mortalité infantile : 60 p.mille
 PIB réel par habitant : 6590 \$
 Taux d'alphabétisation des adultes : 71%
 Dépense de santé : 2,9% du PIB
 Dépense de santé par habitant : 197 \$
 Couverture vaccinale des moins de un an contre la tuberculose : 89%
 Prévalence de la tuberculose (pour 100000 habitants) : 307
 Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) : 60
 Taux de mortalité maternelle (pour 1000 naissances vivantes) : 520

Repères socio-démographiques, économiques et sanitaire du Gabon (PNUD, 2004 ; OMS, 2004 ; UNICEF, 2003)

L'offre de soins gabonaise s'articule en trois systèmes (public, parapublic et privé) qui sont trop déséquilibrés en terme de qualité, donnant une impression de médecine à plusieurs vitesses. Ces systèmes qui devraient agir en synergie pour une plus grande efficacité offre une vision parfois redondante, souvent superposée et toujours inégale d'accès. Ce constat d'un système de soins où les offres de qualité sont inaccessibles aux populations de bas revenus majore le déséquilibre sociétal qui est patent au Gabon.

Les infrastructures sanitaires sont nombreuses à l'échelle d'un pays de faible démographie. Dans le secteur public, on compte outre un hôpital général à vocation de plateau hospitalo-universitaire et un hôpital militaire sur Libreville, un hôpital référent par province. Ajoutés aux hôpitaux parapublics gérés par le Caisse Nationale de Sécurité Sociale (2 à Libreville, 1 à Port-Gentil), à ceux de la coopération sino-gabonaise et à ceux du système privé ou parapublic (Hôpital Evangélique de Bongolo - Ngounié, Hôpital de la Fondation Schweitzer de Lambaréné - Moyen-Ogooué), le Gabon présente une panoplie

de 28 hôpitaux. A ces structures hospitalières, il convient d'ajouter une quarantaine de centres médicaux et près de 400 dispensaires.

D'un autre côté, le système privé répond aux offres de soins d'une population capable de payer les frais élevés de consultations spécialisées ou d'hospitalisations dans un environnement technique correct.

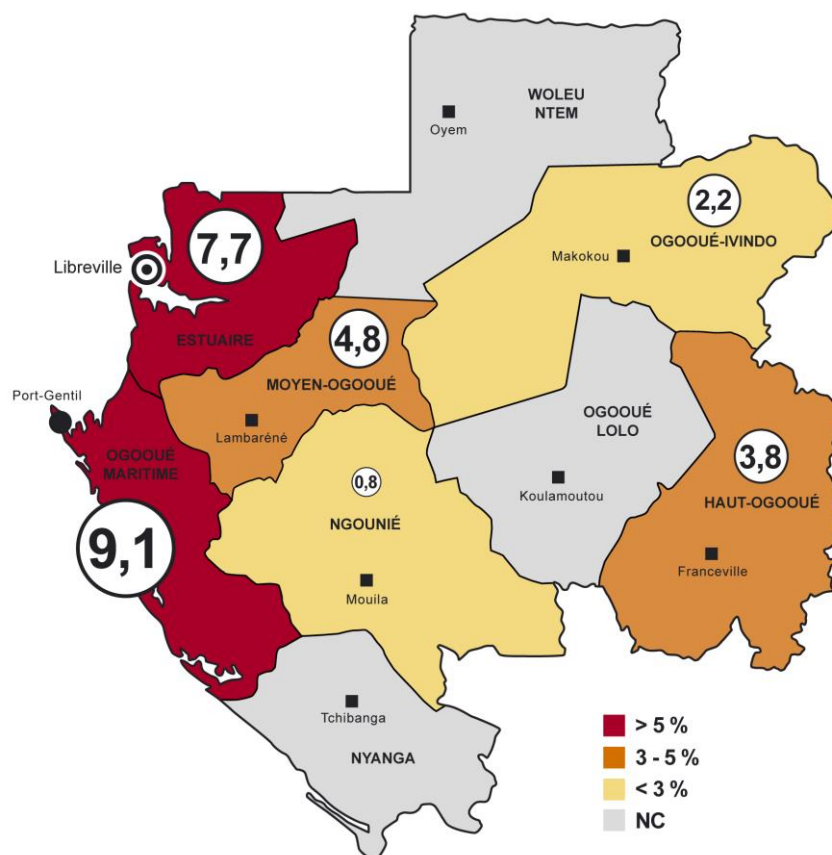
A côté de ce système formel de soins, il ne faut pas oublier le rôle important joué par les praticiens traditionnels : se faire soigner "à l'indigénat" ou "à la coutume" reste une pratique encore solidement ancrée dans les mœurs des populations gabonaises.

L'épidémie de sida a entraîné en terme d'infrastructures la création de nouvelles unités de de soins et de prise en charge thérapeutique dont les centres de traitement ambulatoires (CTA) [Tran-Minh, 2004].

2.3. Epidémiologie

La situation épidémiologique du VIH/sida est caractérisée par une des plus fortes séroprévalences de la sous-région plaçant avec un taux de 8,1 % (7,1 % pour les hommes, 9,1 % pour les femmes) la population des 15 à 49 ans porteuse du virus à la deuxième place régionale derrière la République centrafricaine.

Les niveaux de prévalence sont différents dans les mêmes populations d'une province à l'autre avec des niveaux d'infections plus élevés dans les pôles urbains (7,7 % à Libreville, 9,1 % à Port-Gentil). Les niveaux d'infection des populations des provinces de l'intérieur semblent moins élevés mais ces niveaux ont montré une augmentation récente (Ogooué-Ivindo 2004 : 7,2 % - Gateau, communication personnelle).



Répartition par province des données de séroprévalence connues en 2004

On peut estimer à la fin de l'année 2005 à plus de 56.000 le nombre de personnes vivantes infectées par le VIH/sida au Gabon, l'estimation fin 2003 portant sur 48.000 (intervalle entre 24.000 et 91.000).

	estimations	Intervalles d'estimation
Adultes (15-49 ans) – taux de prévalence	8,1 %	[4,1 – 15,3]
Personnes vivant avec le VIH/sida	48.000	[24.000 – 91.000]
Adultes (15-49 ans)	45.000	[23.000 – 86.000]
Enfants (0-15 ans)	2.500	[1.200 – 5.300]
Femmes (15-49 ans)	26.000	[13.000 – 48.000]
Décès (adultes et enfants) en 2003	3.000	[1.500 – 5.700]

Estimation de l'épidémie de VIH (Gabon), fin 2003

Source : www.unaids.org

2.4. Organisation lutte SIDA

Jusqu'au début de l'année 2006, le Programme National de Lutte contre le Sida et les IST (PNLS/IST), relevant du Ministère de la Santé Publique et créé en 1993, assurait la coordination des activités de lutte contre l'épidémie au niveau national.

Depuis le début de l'année 2006, un Ministère de la Lutte contre le Sida, chargé des orphelins du Sida (MLCSCOS) a été créé afin d'accroître la coordination intersectorielle de la lutte, le PNLS devant avoir la charge des activités bio-médicales : dépistage, prise en charge thérapeutique, lutte contre les infections opportunistes, prévention de la transmission mère-enfant.

Une commission interministérielle de lutte contre le sida a été créée en 2000 ; elle regroupe 10 ministères (santé publique, finances, défense nationale, éducation nationale, famille, enseignement supérieur, culture, travail, solidarité nationale et communication). Un plan multisectoriel impliquant chaque ministère a été élaboré pour la période 2001-2005. De plus un mécanisme de coordination pays (CCM – Coordination Country Mechanisms) a été créé dans le cadre des requêtes de financements au près du Fonds Mondial dont le Gabon a été bénéficiaire en 2003 pour un montant de 3,154 millions de dollars US.

De plus, un Fonds national de Solidarité thérapeutique a été également créé en 2000 et mis en œuvre en 2001 pour un accès au traitement antirétroviral (programme ACCESS). Ce programme abondé chaque année à hauteur de 1,5 milliards de FCA (2,290 millions euros) par le gouvernement gabonais permet l'achat des traitements antirétroviraux ainsi que le paiement des subventions pour les examens biologiques.

En matière de dépistage, en dehors des capacités des laboratoires privés, des laboratoires des CTA et des laboratoires hospitaliers, le secteur public a ouvert 3 centres de dépistage volontaire (CDV) à Libreville : au PNLS, au lycée Léon Mba et au siège de l'association du Mouvement Gabonais du Bien Etre Familial (MGBF) à Akébé poteau.

Le CTA de Libreville pratique en moyenne plus de 300 dépistage chaque mois (44% hommes – 56% femmes) et parmi eux dépistent chaque mois en moyenne 110 patients infectés par le VIH (39% hommes – 61% femmes).

En matière de prise en charge thérapeutique, des plateaux référents ont été mis en place avec à Libreville des sites au Centre Hospitalier (service de médecine interne), à la Fondation Jeanne Ebori (service de maladies infectieuses), au CTA et à la Clinique El Rapha. Au total sur Libreville, l'estimation de la file active des PVVIH suivis médicalement porte sur 8050 patients dont 2300 sont sous traitement antirétroviral.

3. Contexte entreprise

3.1. Nombre employés et profil social (éducation, revenus...)

La SEEG emploie sur l'ensemble du pays environ 1500 employés, essentiellement sur Libreville (900 employés). Les autres principaux centres d'activité sont : Port-Gentil (160 employés), Franceville (180 employés) ainsi que la région Centre (200 employés).

Les employés ont un niveau de qualification relativement élevé et tous sont lettrés.

Sur ces 1500 employés, on compte 1280 hommes (85%) 220 femmes (15%). Ces dernières travaillent essentiellement dans le tertiaire (services, accueil, agences).

La présence féminine est importante à souligner :

- elles peuvent être sollicitées dans les programmes mis en œuvre au sein de la SEEG : il est reconnu que les femmes peuvent être des moteurs dans la lutte contre le sida en Afrique
- il convient d'intégrer au programme d'IEC de l'information sur les programmes de prévention de la transmission mère-enfant existant au Gabon.

3.2. Cartographie entreprise

Les 1500 employés sont dispersés sur tout le territoire national. La majorité se situe sur Libreville (900) et les autres respectivement à Port-Gentil (160), dans le Haut-Ogooué (190-200) et dans les régions centre (200).

Avec un ratio de 5,6 ayant-droits pour un employé, on peut estimer à 8230 le nombre d'ayant droits dépendant de la SEEG, ce qui donne un bassin de population de près de 10.000 personnes (9.690) affectés à la SEEG au niveau national.

Lieu d'implantation	Salariés	Ayant droits	total
Libreville - Estuaire	900	5090	5990
Port-Gentil – Ogooué Maritime	160	900	1060
Franceville – Haut Ogooué	200	1120	1320
Régions centre	200	1120	1320
Total	1460	8230	9690

Répartition des employés et de leurs ayant droits de la SEEG sur l'ensemble du territoire gabonais (2006)

3.3. Couverture santé

La SEEG a souscrit une assurance pour la prise en charge médicale de ses salariés, la MCI, qui prend en charge les frais médicaux sous forme mutualisée. Les frais d'hospitalisation et de consultation externe sont pris en charge à hauteur de 85%, 15% restant à la charge des employés.

3.4. Organisation centres de soins et personnel de santé

Le service médical de la SEEG est organisé autour d'un centre médical principal basé à Libreville. Le médecin chef de ce centre dirige le service santé de l'entreprise.

	Personnel médical SEEG	Vacataire	Convention extérieure
Libreville	1 médecin-chef 2 infirmières 1 assistante sociale 1 manipulateur radio	1 médecin vacataire	Dépistage VIH : CDV du PNLS
Port-Gentil	1 infirmière	1 médecin vacataire	
Franceville	2 infirmiers	1 médecin vacataire	Convention en cours avec CTA pour le dépistage
Ntoun	1 infirmier		
Oyem			Avec 1 médecin local
Mouila			Avec 1 médecin local
Tchibanga			Avec 1 médecin local
Makokou			Avec 1 médecin local
Koulamoutou			Avec 1 médecin local

Pour l'ensemble du bassin de population rapporté à l'entreprise, on compte :

- 9 médecins dont 3 vacataires et 5 conventionnés : 1 médecin pour 160 employés – 1 médecin pour 910 ayant droits
- 6 infirmiers : 1 infirmier pour 240 employés – 1 infirmier pour 1370 ayant droits

Lieu d'implantation	Nb salariés	Nb médecins*	Ratio (med./ salariés
Libreville - Estuaire	900	2	1 pour 450
Port-Gentil – Ogooué Maritime	160	1	1 pour 80
Franceville – Haut Ogooué	200	1	1 pour 100
Régions centre	200	5	1 pour 40
Total	1460	9	1 pour 160

* tous statuts confondus

Ressources humaines du Ministère de la Santé et de la Population (1997)

Qualification	Nombre d'habitant par agent
Médecin	2 758
Pharmacien	24 755
Chirurgien dentiste	126 872
Technicien supérieur	2 751
Sage-femme	2 692
Infirmier diplômé	1 911
Adjoint technique	2 650
Autres infirmiers	997

source : PNAS - MSPP, 1997

Pour ce qui est de l'infection à VIH/sida, la SEEG a signé une convention pour le dépistage de ses personnels (voir infra) avec le centre de dépistage du PNLS et la prise en charge thérapeutique s'effectue principalement au CTA (centre de traitement ambulatoire) situé au Centre hospitalier de Libreville (CHL).

3.5. Facteurs de risque SIDA particuliers entreprise

En appliquant la séroprévalence moyenne connue au Gabon parmi les adultes de 15 à 49 ans fin 2004 (8,1 %), il est possible d'estimer à 120 le nombre de salariés de la SEEG porteurs du VIH (8,1 % de 1460).

Parmi les ayant droits le nombre de PVVIH est plus difficile à estimer en l'absence de connaissance exacte de la structure familiale type (âge des enfants notamment) mais il est probablement au moins de 400 (5 % de 8230).

On peut donc estimer à plus de 500 le nombre de personnes dépendantes de l'entreprise SEEG susceptibles d'être infectées par le VIH/sida.

Le taux annuel de mobilité au sein de l'entreprise (300 par an, soit un taux de mobilité de 20 %) rend les salariés particulièrement vulnérables à l'infection comme l'ont montré de nombreuses études relatives à la mobilité des salariés en Afrique.

De plus, certains salariés de l'entreprise travaillent temporairement dans des chantiers de maintenance de 2 ou 3 jours. Cette mobilité temporaire non encadrée de mesure de sensibilisation majeure élargit également les prises de risque.

Il conviendrait lors des mutations (mobilités) de donner une information supplémentaire aux agents (rappel).

4. Programme

4.1. Politique d'entreprise

Le Directeur Général André Paul Apandina a diffusé une lettre qui fait office de politique SIDA d'entreprise, en date du 1er décembre 2004.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- Engagement général de la Direction Générale
- Epidémiologie sur le continent africain
- Présentation des axes du programme SEEG :
 - o Refus de la stigmatisation et de la discrimination
 - o Maintien de la relation d'emploi
 - o Confidentialité
 - o Prévention
 - o Prise en charge et soutien
 - o Avancement du programme.

Cette politique aborde tous les points importants d'une politique SIDA.

Suggestion :

Une formulation plus explicite des engagements de la SEEG serait souhaitable aujourd'hui. Un tel document pourrait prendre la forme d'un « Bilan d'étape ». Ce serait notamment l'occasion de faire connaître l'ensemble des solutions offertes par la SEEG en matière de lutte contre le SIDA, lesquelles sont insuffisamment connues (voir ci-dessous).

4.2. IEC

Les actions d'IEC prévues par la SEEG sont :

- Discours du DG (fait)
- Présentations d'information générale par le Dr Zima (fait)
- Sensibilisation aux nouveaux embauchés (fait)
- Kermesse SEEG (fait)
- Diffusion de films sur le SIDA dans la salle d'attente du Centre Médical (fait / pas de diffusion constatée cependant lors de nos différents passages)
- Message sur l'application Oracle (fait) et la messagerie (à faire)

- Affiches, dépliants (à faire) (en projet : concours d'affiches par famille ; supports marqués du logo SEEG)
- Discussions sur les lieux de travail (à faire)
- Messages dans les bulletins de paie et les factures SEEG (à faire)
- Des distributions de pin's ruban rouge et de porte-clés ont été réalisés auprès des employés
- Programme de Pairs-éducateurs (fait, développé ci-après)

Il n'a pas été établi de plan de communication.

Les actions d'IEC prévues par la SEEG sont diverses et très complètes. En particulier, les séances d'information générale et la sensibilisation des nouveaux embauchés ont permis un transfert de connaissance à la quasi-totalité des employés. Par ailleurs, des initiatives telles que l'IEC diffusée sur les serveurs informatiques, le bulletin de paie etc. permettent une communication de fond en rappelant constamment les messages importants.

Cependant, on peut noter les lacunes suivantes :

- **approche peu participative et ludique** des actions déjà mises en œuvre. Les projets de discussion sur le lieu de travail et le concours d'affiche, actions en projet, permettront en partie d'y remédier. L'émergence du dialogue et l'appropriation des messages sont des objectifs prioritaires de l'IEC.
- **Pas de plan de communication** précisant tous les thèmes à aborder suivant les besoins identifiés, les cibles privilégiées, les actions les mieux adaptées pour traiter ces sujets (lesquelles sont très différentes selon la cible, le thème et l'objectif) et un calendrier de mise en œuvre, afin de faire coïncider les actions d'IEC avec d'autres actions menées dans l'entreprise ou à l'extérieur.

Note :

Les théories de l'engagement peuvent constituer une source d'inspiration riche pour la mise en place de l'IEC. Des études scientifiques ont montré l'impact significatif sur le comportement d'engagements même insignifiants obtenus par diverses techniques de manipulation (manipulation dans le sens où est déployée une stratégie afin d'obtenir d'autrui ce qu'il n'était pas disposé à faire a priori).

La théorie de l'exemple est également une façon de développer au sein de l'entreprise une appropriation par les salariés de conduites adaptées : l'exemple de cadres se faisant dépister permet de faire adhérer les salariés à cette démarche.

Suggestions :

→ **Penser à faire intervenir des profils différents lors des séances** (personnel médical, PE, PVVIH...)

→ **Penser aux séances de questions / réponses avec une remise des questions par écrit** de façon anonyme (ce qui libère le dialogue)

→ **Penser à une bonne dissémination des posters, notamment dans les lieux de passage (1 message, 1 photo)** et lieux favorisant la lecture (texte plus détaillé, plusieurs photos possibles).

Ex : une société sud-africaine a disposé sur les portes de toilettes de l'établissement un poster détaillant précisément la question du dépistage (pourquoi, comment, etc. ; photo du DG se faisant dépister). Aucun doute que tous les employés savent en détailler le contenu. 91% des employés de cette société ont participé à la campagne de dépistage de la société.

Conclusion IEC

La base des actions d'IEC envisagées est large et solide. Cependant, la mise en œuvre de certaines reste en suspens.

Des améliorations peuvent être apportées par une intensification des actions et une recherche d'impact plus marquée. De bonnes idées à l'étude devrait rapidement faire évoluer la situation (ex : concours d'affiche)

Les actions prioritaires recommandées sont :

- **confirmer les actions à l'agenda**
- **lancer une campagne d'affichage intensive, en partie basée sur les résultats du concours**
- **s'inscrire dans une démarche créative pour garantir l'impact des actions.**

4.3. Pairs-Educateurs

Les pairs-éducateurs ont été formés à partir de 2004 à l'occasion de 3 sessions : 40 pairs-éducateurs sur tous les sites fin 2004, 30 pairs-éducateurs sur Libreville début 2005, puis 23 pairs-éducateurs sur Franceville début 2006. La formation a été assurée sur 3 jours par les intervenants suivants : PNLS, Ministères de la Santé, du Travail, de l'Education Populaire, Association du Père Gaspard, OPDAS (Association des Premières Dames), PVVIH. La formation a consisté en un apport de connaissances, une sensibilisation sur l'impact du SIDA (Afrique / Gabon / Monde de l'entreprise), la communication et la réalisation de simulations.

Un support leur a été remis à l'issue de la formation pour fixer les connaissances.

Le programme de formation et la diversité des intervenants laissent présager une formation de base solide. Au-delà du mémo de connaissances, un guide sur comment mener ses activités de PE pourrait être utile.

Le recrutement a été opéré sur proposition du management de la SEEG à des personnes identifiées comme ayant un statut dans l'entreprise (leaders d'opinion, représentants du personnel...). Leur engagement est volontaire. Les employés n'appartenant pas à cette cible ont la possibilité de rejoindre le programme.

L'aspect volontaire de l'engagement des PE peut être remis en question. Il est en effet difficile pour les personnes sollicitées de décliner la proposition formulée par le management. Ceci peut avoir un effet néfaste sur l'implication effective des PE. Par ailleurs, cela peut susciter une perception négative des PE par certains de leurs collègues (« pourquoi n'ai-je pas été sollicité ? »).

Cependant, ce choix présente certains avantages : qualités personnelles de PE, plus grande facilité de gestion... Dans l'ensemble, ce choix de « recrutement volontaire orienté » peut être considéré comme pertinent et pragmatique.

93 pairs-éducateurs ont été formés, soit un ratio de environ 1 : 16, ce qui est supérieur aux recommandations habituelles. La sélection a été opérée de façon à ce que au moins 2 PE soient disponibles dans chaque province.

Les ratios et la volonté de maillage sur l'ensemble du réseau sont des points très positifs.

Les pairs-éducateurs peuvent dégager du temps sur leur temps de travail pour remplir leur mission, sur le modèle des représentants du personnel. Ils peuvent ainsi s'investir jusqu'à 15h / mois dans des activités de pair-éducation.

Les PE interrogés déclarent cependant rencontrer des difficultés dans la mise en pratique, leur supérieur étant réticent à les laisser jouer leur rôle durant leur temps de travail. Le caractère informel de leur activité accentue ce problème, leur intervention étant perçue comme un manque d'assiduité sur leur plan de travail. Par ailleurs, certains supérieurs considèrent que ce n'est pas aux employés PE d'agir sur le SIDA, mais à l'assistante sociale.

Une lettre de la Direction a été envoyée à chaque directeur régional mais la diffusion plus large de cette lettre fait question.

Le système d'implication des PE est exemplaire. Pour faciliter sa mise en œuvre, les actions suivantes sont recommandées :

→ **Lettre officielle de la Direction Générale remise au PE indiquant la possibilité de dégager du temps sur leur temps de travail.**

→ **Plus grande formalisation de leur activité. Par exemple, des réunions formelles permettraient de présenter une convocation à la hiérarchie pour justifier de l'absence sur le lieu de travail.**

Leur implication n'est pas rémunérée, malgré quelques revendications allant dans ce sens. En particulier, les PE demandent une indemnisation de certains frais engagés pour leur activité (télécommunications, transports...). La Direction n'a pas accédé à ces demandes.

Aucun système de gratification des PE n'existe à ce jour.

Le choix par la Direction de ne pas rémunérer les PE se justifie pleinement. Par ailleurs, la mise en place d'un système de défraiement serait lourd à gérer et présenterait de forts risques d'abus. Cependant, il est indispensable de récompenser les PE d'une autre façon. La reconnaissance sociale serait sans doute la meilleure façon de le faire. Les actions suivantes sont recommandées :

→ **Hommage de la Direction à l'ensemble des PE lors de la prochaine kermesse SEEG avec une récompense du « PE de l'année » et remise de prix.**

Cadre d'action des PE

La mission des pairs-éducateurs telle que définie par la SEEG est centrée sur la diffusion de l'information sur un mode informel. Ceci correspond au rôle classique du pair-éducateur.

Il n'a été prévu ni de cadre d'action ni de feuille de suivi de leur activité, la nature de leur activité étant informelle.

Il n'est pas demandé aux PE de participer à l'animation du programme en général et de l'IEC en particulier, ce qui dépasserait leur rôle de stricte pair-éducation.

L'activité des PE semble relativement limitée. Les PE non actifs semblent majoritaires et les PE actifs n'interviennent que sur sollicitation spontanée de leurs collègues.

L'absence d'encadrement du réseau de PE nuit à son dynamisme. Le caractère informel de l'activité quotidienne des PE n'est pas incompatible avec la mise en place d'un accompagnement relativement formel. Par ailleurs, il peut être judicieux d'intégrer les PE à des activités dépassant leur rôle strict de pair-éducation. Les actions suivantes sont recommandées :

→ **Dynamisation générale de la partie IEC du programme de la SEEG** (voir partie IEC) : l'étude d'autres programmes montre que la sensibilisation et l'information ne commencent pas mais se

prolongent avec les PE. Les diverses activités d'IEC possibles attirent l'attention sur le SIDA, apportent des informations générales et, si elles sont bien animées, libèrent le dialogue. Elles contribuent ainsi à amener chacun à s'interroger sur des questions spécifiques à sa situation et à se tourner pour trouver une réponse vers des PE qu'il aura clairement identifiés lors des activités et avec lesquels l'amorce du dialogue sera plus aisée. Cette idée est corroborée par le fait que les PE de la SEEG disent être sollicités à la suite d'événements particuliers, par exemple une émission télévisée, un séminaire ou une conférence évoquée à la télé etc. (voir partie IEC pour les recommandations concrètes).

→ **Orientation de l'activité des PE** : si le PE doit être disponible pour répondre aux questions que des employés viendront spontanément, le PE doit aussi savoir être proactif. Les actions suivantes sont recommandées :

- Définition et fourniture d'un cadre minimum d'intervention.
- Remise aux PE de **supports d'IEC** qui constitueront des prétextes pour aller vers leurs collègues parler du SIDA : autocollants, cartes postales, dépliants... (Recommandation très forte, proposition très bien accueillie par les PE)
- Remise d'une **liste d'idées** pour inspirer leur activité (ex : formation de groupes de discussion au réfectoire une fois par mois...)
- Accentuation dans leur **formation des aspects pédagogiques**

→ **Elargissement de leur rôle** en les encourageant à prendre à leur compte une partie des activités du programme pour rendre plus concrète leur activité, les valoriser et renforcer l'acceptation / l'assimilation de l'IEC. Les actions suivantes sont recommandées :

- Participation des PE à la distribution des préservatifs (voir préservatifs)
- Intégration de PE sélectionnés aux activités prochaines d'IEC

→ **Suivi des PE** : le suivi est indispensable, tant pour stimuler les PE et maintenir leur engagement sur le long terme que pour gagner une visibilité utile pour apprécier l'impact du programme (ex : évolution des préoccupations...). Ce suivi peut avoir un caractère relativement formel sans que cela dénature le caractère informel des activités de PE. Les actions suivantes sont recommandées :

- **Organisation de réunions officielles de PE** avec convocation et compte-rendu de réunions. Cela favorise l'échange d'expériences entre les PE, la mise à jour des connaissances, le suivi individuel de l'activité et donne de façon un cadre plus formel à leur activité. Ces réunions pourraient être organisées en marge du Comité SIDA. Elles posent cependant des problèmes d'organisation pour les PE éclatés géographiquement : pour ces derniers, leur participation peut être remplacée par un entretien téléphonique avec un coordinateur central.
- **Instauration d'une feuille de suivi** faisant état des interventions réalisées (anonymat systématique des personnes sollicitant les PE, anonymat possible du PE). Les remontées profiteraient par ailleurs à l'évaluation générale du programme.
- **Intégration de questions sur les PE dans l'étude CAP** menée prochainement auprès des employés.

Exemple de questions à intégrer dans le questionnaire CAP :

- Savez-vous que des collègues « Pairs-Educateurs » formés sur le SIDA sont à votre disposition pour répondre à vos questions ? (oui / non)
- Avez-vous déjà eu des échanges avec un ou plusieurs pairs-éducateurs sur le SIDA ? (0 / 1 / 2 / 3 et plus)
- Si oui :
 - Est-ce vous ou lui/elle qui a engagé la discussion sur le sujet ? (vous / PE / les deux / ne sait plus)

- Etait-ce spontané ou à l'occasion d'un événement particulier sur le SIDA ? (spontané / événement particulier / les deux)
 - De quels sujets avez-vous discuté ? (transmission / prévention / dépistage / prise en charge / autres précisez) (question à choix multiple)
 - Avez-vous été satisfaits de ces échanges ? (tout à fait / plutôt oui / plutôt non / pas du tout)
 - Si non :
 - Pourquoi ? (pas besoin / vous ne souhaitez pas parler du SIDA au travail / vous n'êtes pas suffisamment proche du PE dans votre service / il n'y a pas de PE dans votre entourage / autre précisez)
 - Avez-vous déjà eu connaissance de situations où les PE ont joué un rôle positif avec d'autres collègues que vous-mêmes ? (0 fois / 1 fois / 2 fois / 3 fois et plus)
 - Etes-vous globalement satisfait du programme de PE ? (tout à fait / plutôt oui / plutôt non / pas du tout)
 - Avez-vous des suggestions pour l'améliorer ? (question ouverte)
- Note : identifier les PE dans la signalétique du questionnaire.

Sollicitation des PE

La fréquence des sollicitations est très variable. Elles font suite à des événements particuliers, soit personnels / familiaux, soit publics.

Dans l'ordre d'importance, le temps de PE est consacré (sur la base d'entretiens qualitatifs avec 3 PE) :

- au soutien des employés malades, notamment lorsque des problèmes familiaux sont rencontrés ou lorsque le malade a une attitude de refus de la prise en charge (point unanimement considéré par les PE comme étant de loin le plus important ; collaboration avec le Dr à quelques occasions, très appréciée car très valorisante et fort sentiment d'utilité ; problème de reconnaissance évoqué par du personnel médical extérieur à l'entreprise)
- aux demandes de confirmation d'information. Les employés reçoivent une information par un biais quelconque (télévision, amis...) et cherchent à s'assurer de la validité de l'information. De façon générale, les PE sont très surpris par la qualité, la précision et la complexité des questions. (ex : quel risque de transmission lors d'une transfusion si la charge virale d'un donneur infecté est indétectable lors du test ?)
- aux demandes d'information sur des pratiques à risque très précises.

Il est fréquent que les PE ne sachent pas répondre directement et qu'ils aillent chercher la réponse dans la documentation disponible ou auprès d'experts.

Si l'entretien avec 3 PE ne permet pas de conclure de façon générale et présente un risque de surévaluation du rôle effectif joué, la qualité des occasions d'intervention est remarquable et la précision de leurs témoignages apporte un bon crédit à leurs dires.

Il en ressort un sentiment général de très bonnes connaissances parmi les employés.

Suggestions :

→ Equiper les PE d'une mallette pédagogique (type sacochette transportable) qui renfermerait un certain nombre de supports éducatifs et informatifs permettant d'animer des séances ou de pouvoir répondre à des questions diverses. A ce titre, on notera que le livret d'information réalisé récemment par l'OPDAS-Gabon (et en partie financé par la SEEG) pourrait être inclus dans cette mallette : ce livret est à l'usage des acteurs de la société civile : pairs éducateurs, leaders communautaires et ONG » de 70 pages comprend huit parties et constitue un document très adapté pour le Gabon (adresses référentes) ; sa présence dans la sacochette pédagogique est tout à fait indiquée.

→ Intégrer un module plus complet sur les techniques d'animation dans les formations afin que les pairs éducateurs possèdent des connaissances dans ce domaine ; les formations ont été axées sur l'acquisition en matière de VIH/sida mais pas sur l'animation.

Conclusions

Le réseau de pairs-éducateurs a été établi sur de très bonnes bases, dans le respect des recommandations officielles. Cependant, si certains PE ont un investissement réel dans leur fonction et jouent un rôle bénéfique dans l'entreprise, d'importants progrès sont à apporter pour dynamiser le réseau. Les objectifs majeurs sont l'augmentation de la proportion de PE actifs d'une part, en intensifiant et en diversifiant les interventions des PE déjà activement impliqués, notamment en favorisant une démarche proactive de leur part, aujourd'hui inexistante. Pour cela, les orientations majeures à retenir portent sur une plus grande formalisation de l'activité de PE, la mise en place d'un encadrement beaucoup plus marqué de cette activité et une récompense de leur travail par une reconnaissance sociale forte, moteur de motivation essentiel.

Actions prioritaires recommandées :

- distribution aux pairs-éducateurs de supports d'IEC,
- encadrement des PE par la facilitation de réunions et instauration de feuilles de suivi
- motivation des PE par une plus forte reconnaissance sociale

4.4. Préservatifs

Mode de distribution

Une dizaine de distributeurs payants, dont le coût est considérable (de l'ordre de 1500€ / distributeur), ont été donnés à la SEEG par la Fondation Véolia.

Le choix de la distribution en mode payant s'appuie sur l'argument selon lequel le fait de payer le préservatif témoigne d'un engagement réel et que le prix pratiqué ne constituerait aucunement un frein à l'acte d'achat. Par ailleurs, la distribution gratuite présenterait des risques importants de détournements ou de marché de revente dans un environnement où l'offre est inférieure à la demande [nous avons noté lors de la mission l'absence de stocks de préservatifs au sein du PNLS ; d'autre part le réseau de vente par les kiosques du PMUG n'est plus fonctionnel].

Le choix de la distribution payante est discutable. Des arguments peuvent être avancés pour les deux options, payant ou gratuit. Si l'option de la distribution payante présente effectivement l'avantage d'inscrire l'acheteur dans une démarche plus engageante, il présente plusieurs inconvénients :

- gestion plus lourde (comptabilité nécessaire, stock matière et trésorerie)
- difficultés pratiques (ex : déformation de la boîte dans les distributeurs pour cause d'humidité rendant les machines non fonctionnelles)

La distribution gratuite présente l'avantage de développer le réflexe préservatif. En particulier, en cas de gratuité, certaines personnes vont se servir sans en avoir un besoin clairement identifié et pourront à l'occasion en trouver l'utilité, démarche qu'elles n'auraient pas eue si les préservatifs avaient été payants. Par ailleurs, il est autorisé de penser que dans un cas de distribution gratuite, le nombre total de relations protégées sera supérieur à celui constaté en distribution payante.

Par ailleurs, la distribution gratuite contribue à la banalisation du préservatif et favorise in fine le développement du comportement d'achat du préservatif.

Les inconvénients de la distribution gratuite sont essentiellement le risque de détournement et le gaspillage. Ces deux risques peuvent être maîtrisés en contrôlant d'une certaine façon la distribution,

par exemple en utilisant des biais personnalisés (ex : demande auprès de PE, distribution dans la fiche de paie...).

Actuellement, il est possible d'obtenir des préservatifs gratuits sur demande auprès du Dr Zima mais la visibilité de cette offre est faible (aucun affiche dans le bureau médical ne le suggère et la boîte de préservatifs n'est pas visible). La consommation est d'ailleurs faible et l'offre n'est pas décentralisée en province.

Actions recommandées :

→ **Adoption d'un mode de distribution gratuit contrôlé :**

- corbeille en libre-service dans des endroits sous surveillance (ex : bureau du médecin...)
- mise à disposition auprès des PE
- distribution dans la fiche de paie
- distribution hebdomadaire à la sortie des sites par une ONG...

→ **Maintien en parallèle d'un mode de distribution payant subventionné.**

Prix des préservatifs

Le prix retenu pour la distribution payante est de 400 FCFA pour 4 préservatifs, soit 15 centimes d'euros l'unité.

Le prix de 50 FCFA l'unité est conseillé :

- les marchands de rue proposent 4 préservatifs pour 400 FCFA.
- une étude réalisée au Gabon en 1999 avait en effet mis en évidence que le prix acceptable pour un préservatif était de 50 FCFA pièce.

Fournisseurs

L'Office Pharmaceutique National (OPN) possède sur sa liste de médicaments et matériels disponibles des préservatifs à un prix moindre mais les entreprises privées n'ont pas accès à l'OPN.

Il serait envisageable dans le cadre d'une coalition des entreprises au Gabon de faire des économies d'échelle par des commandes centralisées et de volume.

Ne sera possible que dans le cadre d'une convention passée avec le ministère de la santé, l'OPN ne pouvant normalement pas avoir de clients privés (voir avec les répartiteurs grossistes au Gabon : Copharga...) mais la solution pour obtenir des prix plus faibles passera par une commande de gros avec un effet de volume. Pour l'instant, la SEEG passe commande à ESTTM, avec un prix fort d'achat.

Les laboratoires d'Alembert (distributeur des préservatifs Manix), basés à Paris seraient disposés à faire des offres de service direct à la SEEG via le groupe Veolia.

D'autre part, il serait souhaitable que la SEEG (ou le groupe Veolia) puisse logotiser les emballages des préservatifs offerts par l'entreprise ce qui accroîtrait la visibilité de l'action et permettrait peut être de réduire, en assurant une traçabilité relative, les risques de revente.

Note : les marchands de rue s'approvisionnent au marché de gros de Mont-Bouet alimenté probablement par le même fournisseur que la SEEG (préservatifs Romed). Leur prix de vente est de 100 FCFA l'unité.

Partenariats pour la distribution

La distribution de préservatifs n'est pas effective à ce jour, sauf à quelques occasions ponctuelles. La SEEG recherche actuellement un partenaire qui prendrait à sa charge la gestion de la distribution et sa prise en charge financière. Une piste sérieuse est à l'étude avec l'OPDAS, Organisation des Premières Dames d'Afrique face au Sida.

Si ce partenariat arrive à son terme, l'OPDAS apportera en plus des services sus-cités de nouveaux distributeurs, dont le nombre total serait porté à 40, besoin évalué par le Dr Zima pour assurer une bonne couverture.

La recherche d'un partenariat est tout à fait louable et présente des avantages certains. Cependant, elle fait dépendre la distribution de préservatifs de la SEEG sur des contingences extérieures. Même si un partenariat est établi, sa pérennité sera inévitablement douteuse dans le contexte gabonais. Par ailleurs, sur le plan budgétaire, la charge financière que représenterait la distribution de préservatifs sans partenariats est tout à fait acceptable pour la SEEG (de l'ordre de quelques milliers d'euros).

C'est ainsi que 2 ans après le lancement du programme, une bonne distribution n'est pas encore assurée à la SEEG, ce qui peut être considéré comme un manquement important à la réalisation d'un programme de qualité.

Actions recommandées :

- **Distribution de préservatifs garantie** avec les moyens disponibles, qu'elle soit gratuite ou payante.
- **Poursuite des recherches de partenariats** sans faire dépendre la distribution des résultats de ces recherches.
- **Mise en place d'une période de test** pour évaluer les quantités nécessaires et opérer les ajustements suivant la capacité budgétaire.

Conclusions Préservatifs

La distribution de préservatifs n'est pas assurée par la SEEG, bien qu'elle soit prévue dans le plan d'action, du fait de la recherche de partenaire pour assurer la gestion et le financement de l'opération.

Actions prioritaires recommandées :

- Garantir la distribution même en l'absence de partenariat
- Réexaminer l'option d'une distribution gratuite contrôlée par quelques biais clairement identifiés.

FAIRE DES PROJECTION DE CONSOMMATION récupérer la structure célibataires / mariés.

4.5. Dépistage

Le programme sida de la SEEG a intégré le dépistage dans ses stratégies d'action. Ne disposant pas de laboratoire médical au sein de l'entreprise apte à réaliser ces tests, le service médical externalise la

pratique de cette acte. En fait à Libreville, elle en externalise une partie (l'acte technique proprement dit), assurant le conseil pré-test et l'annonce et le conseil post-test dans la majorité des cas.

L'externalisation signifie que la SEEG ne maîtrise pas les caractéristiques techniques de cette pratique qui doivent répondre aux normes édictées par l'Organisation mondiale de la santé (ci-dessous).

L'ONUSIDA et l'OMS recommandent 3 stratégies de dépistage :

Stratégie I

Tous les échantillons de sérum/plasma sont testés par ELISA ou par une méthode simple/rapide. Si on observe une réaction positive, le sérum est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH. S'il n'y a pas de réaction, le sérum est considéré comme négatif pour les anticorps anti-VIH.

Stratégie II

Tous les échantillons de sérum/plasma sont d'abord soumis à un ELISA ou à un test simple/rapide. Un sérum qui réagit au premier test est retesté avec un deuxième ELISA ou un test simple/rapide, basé sur une préparation antigénique différente et/ou un principe différent. Un sérum qui réagit avec les deux tests est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH. Tout sérum qui ne réagit pas à la première épreuve est considéré comme négatif pour les anticorps anti-VIH. Tout sérum qui réagit à la première épreuve mais pas à la deuxième doit être retesté au moyen de ces deux épreuves. Les résultats concordants après répétition des tests indiquent un résultat soit positif, soit négatif. Si les résultats des 2 épreuves demeurent discordants, le sérum est considéré comme indéterminé.

Stratégie III

Comme avec la stratégie II, tous les sérums sont d'abord testés par ELISA ou un test simple/rapide, et un sérum trouvé positif au premier test est retesté avec un test différent. Un sérum qui ne réagit pas au premier test est considéré comme négatif pour les anticorps anti-VIH. Un sérum qui réagit au premier test mais ne réagit pas au deuxième test doit être retesté au moyen de ces deux épreuves. Cependant, la stratégie III fait appel à un troisième test si le sérum réagit au deuxième test ou lors de la répétition de la première épreuve. Les 3 tests employés dans cette stratégie doivent être fondés sur des préparations antigéniques différentes et/ou reposer sur des principes différents. Un sérum qui réagit avec les 3 tests est considéré comme positif pour les anticorps anti-VIH. Un sérum dont le résultat demeure discordant à la deuxième épreuve, ou qui réagit au premier et au second test mais ne réagit pas au troisième est considéré comme indéterminé. Un sérum qui réagit au premier test, mais ne réagit ni au deuxième ni au troisième test est considéré comme douteux quand il s'agit de personnes ayant été exposées au risque d'infection par le VIH au cours des 3 derniers mois et négatif quand il s'agit de personnes n'ayant pas été exposées à ce risque. Les stratégies à appliquer sont les suivantes :

Transfusion/transplantation

Stratégie I quelle que soit la prévalence dans la population

Surveillance

Stratégie II si la prévalence dans la population est inférieure à 10%

Diagnostic

Stratégie II sur signes clinique, prévalence inférieure à 30%

Stratégie III si asymptomatique, prévalence inférieure à 10%

Tests sérologiques VIH pratiqués dans les laboratoires de Libreville, 1998

La SEEG a signé une convention avec le PNLS qui a ouvert un centre de dépistage volontaire (CDV) à 100 mètres du centre médical de la SEEG à Libreville. Ce centre utilise une technique par test rapide Immunocomb 2 et Détermine ainsi que ElisaVidas. Ces techniques sont agréées par le Ministère de la santé mais il semble que les procédures de contrôle de qualité externe ne soient pas efficaces.

Le prix proposé à la SEEG par le PNLS pour chaque test réalisé pour un salarié est identique au prix proposé aux 'clients' du centre, soit 2000 FCFA. [Les prix des tests de dépistage pratiqués dans les laboratoires privés sont 4 à 5 fois plus élevés.] Le salarié ne fait pas l'avance du paiement du test. Majoritairement, les salariés qui souhaitent se faire dépister (ou pour lesquels un test est proposé) sont prélevés à Libreville au sein du centre médical après avoir été reçu en conseil prétest. Le prélèvement est acheminé au centre de dépistage du PNLS où le test est réalisé. Le résultat est remis au médecin de la SEEG qui réalise l'annonce du résultat.

La SEEG a signé une convention avec le CTA de Franceville pour le dépistage de ses salariés. Aucun chiffre des tests pratiqués sur ce site n'est actuellement disponible. Une convention similaire pourrait être signée entre la SEEG et tous les CTA de province.

Principes fondamentaux

La SEEG offre des possibilités de dépistage. Celui-ci est volontaire, confidentiel et gratuit.

Le médecin de l'entreprise ainsi que, dans certains cas, l'assistante sociale, sont les seules personnes pouvant avoir connaissance de l'identité des employés positifs entrant dans le système de prise en charge mis en place par l'entreprise.

Toutes les précautions nécessaires sont prises pour que cette confidentialité soit respectée.

Le docteur Zima est le seul à annoncer les résultats, qu'ils soient bien entendu positifs ou négatifs.

Ce dépistage est associé à des solutions de prise en charge (voir plus loin).

Le système de dépistage mis en place par l'entreprise respecte tous les principes fondamentaux.

Priorisation

Le dépistage est clairement considéré par la SEEG comme étant la première priorité du programme, compte tenu du rôle que le dépistage peut jouer, quelque soit le résultat (impact sur les connaissances, la sensibilisation, la prévention...)

La priorité donnée au dépistage est tout à fait pertinente.

Mode opératoire et participation

Le dépistage a été proposé jusqu'en 2005 sur orientation du médecin, sur la base de signes cliniques. Un faible nombre de dépistages a été effectué (91 employés testés sur la période 1999/2004, soit moins de 20 / an) et la plupart été orientés (17 dépistages spontanés sur cette même période, soit 19% des dépistages).

En mai 2005, des partenariats ont été mis en place pour faciliter l'accès au dépistage. Il était ainsi possible :

- **de se faire tester à l'infirmerie** (prise de sang), avec une analyse au laboratoire du PNLS et la remise du résultat par le médecin ou l'assistance sociale 48h plus tard
- de demander **un bon de dépistage à l'entreprise**, qui permet d'aller se faire tester gratuitement au PNLS (facturation du PNLS à la SEEG). Le PNLS ne fait remonter que des statistiques anonymes, ce qui permet aux personnes qui le souhaitent de ne communiquer en aucune façon leur résultat.

Ce changement a coïncidé par ailleurs avec **l'embauche d'une assistante sociale** qui intervient dans le dépistage à l'infirmerie (counseling).

Suite à cela, une **augmentation du nombre de dépistages a été constatée**, avec environ 10 personnes dépistées par mois.

A cela s'est ajoutée une **campagne de dépistage organisée le 15 décembre 2005 à l'occasion de la kermesse SEEG, à laquelle 56 employés ont participé**. Cette campagne a été menée par l'équipe du PNLS.

Au total, 101 personnes ont été dépistées en 2005, dont 56 lors de la kermesse. Sur les 45 personnes dépistées en dehors de la kermesse, 25 l'ont été durant les 3 derniers mois, ce qui confirme la tendance à l'augmentation. Sur ces 101 dépistages, 81 étaient spontanés, soit un taux de 80% (55% sans intégrer la campagne lors de la kermesse).

Sur les premiers mois de l'année 2006 (début janvier à fin mai), 53 dépistages ont été réalisés, dont 36 spontanés (68%). Les données mensuelles témoignent d'une **stabilisation du volume de dépistages** sur ceux constatés en fin d'année 2005. Sans événement nouveau, on peut prévoir par extrapolation

des moyennes mensuelles environ **120 dépistages / an, dont une majorité de dépistages spontanés (50 à 75%)**.

Au total, **245 employés ont été dépistés depuis 1999, soit 17% des employés de la SEEG**.

Il est à noter qu'en **Province**, le dépistage repose encore quasi-exclusivement sur le mode opératoire de la SEEG d'avant 2005, obtenant ainsi des **taux de participation très faibles et un taux de dépistage orienté très élevé**.

Les résultats enregistrés en termes de dépistage par la SEEG sont conformes à ceux constatés par Sanisphere dans la plupart des entreprises étudiées (cf. publication « Dépistage en entreprise en Afrique : niveau participatif des différents modes opératoires » in Médecine Tropicale). **Des progrès importants ont été constatés depuis un an mais les résultats restent insuffisants**. Le franchissement d'un nouveau pallier passe par l'adoption d'une démarche beaucoup plus dynamique et l'implication des provinces. Atteindre un taux de participation au dépistage de 70% ou au moins de 50% est un objectif tout à fait accessible.

Suggestions :

→ **proposer en marge du « dépistage continu sur site par du personnel interne » des « campagnes ponctuelles sur site par du personnel externe »**, dans la continuité de ce qui a été fait en décembre 2005. Par ailleurs, l'adoption d'une telle démarche permettrait d'adresser le problème des provinces en proposant des **campagnes ponctuelles menées par un partenaire local (ex CTA) sur chaque province**.

→ pour les campagnes ponctuelles, proposer un **pre-test counseling collectif obligatoire** peut être réalisé, avec ensuite l'impulsion d'un effet de groupe par un dépistage des leaders d'opinion (ex PDG, Top-Management puis PE).

→ Le dépistage peut être dynamisé par un **challenge** de type « Devenons l'entreprise la plus dépistée du Gabon ».

→ La campagne pourra être relayée par un **effort d'IEC accru centré sur le dépistage**.

→ Un effort d'information sur l'offre de service (gratuité du dépistage, engagement de prise en charge...) doit être fait auprès des salariés.

→ Les résultats sont à analyser par Province, avec une publication pour stimuler la participation.

Note : qualité technique du dépistage

Pour le dépistage continu sur site par du personnel interne, il pourrait être envisagé sur Libreville de disposer au centre médical d'un laboratoire permettant la pratique du test de dépistage selon une procédure de test rapide. Cette offre de service intégrée permettrait un meilleur contrôle de toutes les procédures techniques ainsi que la mise en place de contrôle de qualité. Cette proposition présente plusieurs intérêts, la seule contrainte étant le coût de mise en place : technicien, laboratoires, gestion des tests...

Il conviendrait aussi d'étudier la diversification des possibilités offertes aux employés d'accéder à d'autres centres de dépistage ou laboratoires (CDV de MGBF à Akébé Poteau, CTA, ...) à prix agréé.

Conclusions dépistage

Les mesures prises ont permis d'importants progrès depuis un an mais les résultats restent insuffisants. Le franchissement d'un nouveau pallier passe par l'adoption d'une démarche beaucoup plus dynamique et l'implication des provinces.

Actions prioritaires recommandées :

- **Organisation de campagnes ponctuelles par des équipes externes sur les différents sites, avec un déroulement favorisant la maximisation de la participation**
- **Challenge « devenons l'entreprise la mieux dépistée du Gabon »**
- **Effort d'IEC accru sur le dépistage : toutes les agences commerciales devraient avoir une affiche portant sur le dépistage**

4.6. Accès aux soins

Au Gabon, la prise en charge thérapeutique des PVVIH est organisée autour de plateaux médicaux référents, avec à Libreville, des sites au Centre Hospitalier (service de médecine interne), à la Fondation Jeanne Ebori (service de maladies infectieuses), au CTA et à la Clinique El Rapha. L'ouverture d'un autre CTA est prévue à Nkembo (Libreville) et en province, le Ministère de la santé désire étendre le réseau des CTA soutenus par la Croix Rouge Française dans le cadre de la décentralisation des activités, la volonté gouvernementale étant que soit proposée aux populations une prise en charge standardisée et de qualité équivalente quel que soit le lieu dans le pays.

Au total sur Libreville, l'estimation de la file active des PVVIH suivis médicalement porte sur 8050 patients dont 2260 sont sous traitement antirétroviral.

La SEEG assure la prise en charge de ses salariés infectés par le VIH/sida.

A la fin de l'année 2005, 29 salariés et 4 ayant droits étaient suivis pour cette infection.

	salariés	Ayant droits	total
PVVIH	29	5	34
Sous ARV	20	4	24
dont à Libreville	16		
dont en province	4		

Depuis le mois de janvier 2006, 8 salariés et 6 ayant droits ont été dépistés positifs pour le VIH, tous dans le cadre d'une suspicion clinique. Parmi les 8 salariés, 6 travaillent à Libreville et 2 en province (Oyem et Franceville).

La mortalité liée à l'infection était de 3 décès en 2005 et de 3 décès en 2006 (fin mai) [1 à Oyem, 1 à Mouila et 1 à Lambaréné]. Les décès sont survenus chez des salariés dépistés tardivement avec un niveau d'immunité bas et la moitié avait refusé une prise en charge thérapeutique.

Après un dépistage positif du VIH (majoritairement pour l'instant dans le cadre d'une suspicion clinique), le patient est référé principalement au CTA de Libreville pour entrer dans la file active du centre. Il y bénéficie des procédures de bilans clinique, médical et psychosocial offertes aux PVVIH. Le suivi est effectué au CTA.

Aux PVVIH éligibles aux ARV et travaillant en province sont offertes des possibilités d'affectation à Libreville, afin que la prise en charge puisse se faire à Libreville. A terme, la prise en charge des employés en province sera effective dans des CTA, tel que prévu dans le plan de lutte contre le VIH/SIDA au Gabon.

L'achat des ARV se fait par la SEEG dans les pharmacies agréées, l'employé étant contraint de faire l'avance du prix du traitement qui lui est remboursé. Ceci pose un problème indirect de confidentialité, les services administratifs et financiers ayant par le montant des remboursements une notion 'comptable' de la nature de la maladie prise en charge.

Une négociation est en cours pour un agrément avec le CTA de Libreville pour la prise en charge de la dispensation des ARV où les patients sont référés pour la mise en route du traitement et le suivi.

Un certain nombre de points pourraient être améliorés dans le cadre de la prise en charge thérapeutique :

- une négociation devrait être conduite pour permettre aux salariés de ne pas faire l'avance financière des traitements, le centre médical présentant aux services financiers une facture globale (donc anonyme) des traitements à rembourser (facture fournies par les pharmacies agréées ou mieux par le CTA après que l'agrément de dispensation ait été obtenu) ;
- les délais de rendez-vous au CTA pouvant être longs, il conviendrait que le médecin chef du centre médical de la SEEG obtienne un agrément pour la dispensation et le suivi (ce médecin a été formé à l'hôpital Avicenne à Paris et pourrait bénéficier des mesures en cours au Gabon dans le cadre des formations des praticiens pour un passage à l'échelle) ;
- les médecins vacataires de la SEEG devraient être inclus dans un plan de formation sur le suivi thérapeutique des PVVIH ;
- pour la gestion des données épidémiologiques, il conviendrait de fournir au médecin chef du centre le logiciel informatique Epidata - EpiInfo (permettant un recueil et une analyse des données – logiciel gratuit), puis lorsque l'agrément de dispensation lui sera donné le logiciel Esope (logiciel gratuit) mis en place pour le suivi des PVVIH ; une formation à l'utilisation de ces deux logiciels doit être programmée dans le plan de formation de ce médecin.

4.7. Gestion de projet / Organisation

Plan d'action

La stratégie de la SEEG est clairement définie et un plan d'action précis sur 5 ans a été établi, assorti de mesures concrètes. Une vraie réflexion a été menée pour prendre position sur les points sensibles (ex : dépistage, préservatifs, anonymat, confidentialité...).

Ce plan d'action est suivi dans l'ensemble, même si la mise en œuvre de certaines actions a pris du retard. (voir document en annexe « Déclinaisons du plan d'action de la SEEG »).

Quelques objectifs précis ont été fixés (ex : objectif de 700 personnes dépistées pour XXX). Cependant, ces objectifs ne sont pas rappelés dans le suivi-évaluation. Par ailleurs, les résultats sont en décalage importants avec les objectifs.

La SEEG témoigne d'un **souci clair de structuration du programme**.

Pour encore améliorer cette dimension, une feuille de route approfondie pourrait être établie, précisant :

- les actions prévues et une échéance de mise en œuvre
- les batteries d'indicateurs précisant pour chacun les résultats attendus et obtenus.

Ces documents existent déjà, il s'agit essentiellement de **les réunir dans une même feuille de suivi**.

Une analyse des décalages objectifs / résultats est nécessaire pour réviser les objectifs ou prendre les mesures nécessaires pour améliorer la performance.

Comités

Le programme SIDA est encadré par un **Comité Central** et des **Comités Régionaux**.

Les règles de fonctionnement prévoit une large autonomie aux Comités Régionaux, qui ont la responsabilité de proposer et de mettre en œuvre leurs propres actions.

Aujourd'hui, **seul le Comité Central est actif**.

La création de Comités Régionaux dans les premiers temps du programme, sans véritable relais local, a peut être été trop précoce. La réalisation du programme au niveau central dans un premier temps peut permettre de donner une consistance au programme (actions et résultats concrets) facilitant ensuite la généralisation du programme.

Par ailleurs, il est inévitable que le programme ne repose que sur quelques individualités très impliquées jouant un rôle moteur. L'absence de telles individualités dans les niveaux provinciaux (d'autant plus compréhensible que les médecins sont vacataires) pourrait être compensée de deux façons :

- la création d'un poste de coordinateur central qui aurait le temps et la légitimité de s'impliquer dans les niveaux régionaux.
- la sollicitation plus grande des médecins en province contre rémunération.

La solution préférée est la **création d'un poste de coordinateur** (voir ci-après) plutôt que la sollicitation rémunérée des médecins pour les raisons suivantes :

- rôle plus large répondant à d'autres besoins (voir ci-après)
- plus forte motivation probable (identification du coordinateur au programme)
- mesure de l'activité et des résultats plus aisée
- capitalisation des connaissances et du savoir-faire
- coût salarial réduit par rapport aux médecins.

Ce rôle de coordinateur programme pourrait être tenu par un ingénieur sécurité et entrer dans le cadre du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Gestion de programme

L'animation et la coordination du programme est à la charge des éléments moteurs du programmes, dont les fonctions ne permettent pas de consacrer autant de temps que nécessaire.

Ce manque de temps va être accentué par la mise en œuvre prochaine d'un programme élargi santé (en particulier paludisme mais aussi diabète, alcoolisme etc.) et HSE (identification des risques industriels poste par poste etc.).

L'animation et la coordination d'un programme SIDA ambitieux à la SEEG demande **d'y consacrer l'équivalent d'un mi-temps** au minimum, d'autant plus compte tenu de la structure de l'entreprise (diversité et éclatement des sites). Sanisphere recommande fortement la création d'un poste à cet effet.

Description de poste « Responsable Programme SIDA » :

- Préparation et organisation opérationnelles des événements (ex : campagne de dépistages, séances d'IEC, concours...)
- Mise en place et suivi d'opérations continues (ex : suivi du plan de communication...)
- Préparation des Comités (Comité Central et Comités Régionaux) : ordre du jour, élaboration des dossiers pour soumission aux Comités (montage de projet, budget...)
- Gestion et suivi des partenariats

- Gestion des consommables (ex : préservatifs etc.)
- Suivi des PE
- Mise en place et alimentation des indicateurs
- Rédaction d'un rapport d'activité annuel
- Appui à la communication interne et externe
- ...

Un tel poste n'exige pas de profil médical, l'essentiel de l'activité relevant de la gestion de projet. Un **profil HSE idéalement** (RH en second choix) peut convenir à ce poste.

Ce poste peut être élargi à la gestion du programme santé à l'étude actuellement, ce qui accentuerait sa justification économique.

Suivi-évaluation

Une batterie d'indicateurs a été mise en place pour suivre le programme. Ils sont distingués en 4 catégories : indicateurs sanitaires, indicateurs de prévention/sensibilisation, indicateurs comportementaux et indicateurs économiques.

Pour chaque catégorie, une liste assez précise d'indicateurs a été établie.

Le système de suivi-évaluation prévu est de bonne qualité. Les remarques suivantes peuvent être apportées :

- **distinguer systématiquement les employés des ayants-droits**, ce qui est essentiel à l'analyse des résultats (ex : nombre de personnes VIH+ suivies par le médecin d'entreprise).
- **distinguer les différentes provinces**, notamment en raison des décalages importants entre Libreville et la province (ex : nombre de dépistages etc.)
- introduire des indicateurs d'activité, en particulier sur les indicateurs prévention/sensibilisation (ex : % de PE actifs, thèmes abordés avec les PE et fréquence...)

Les indicateurs de prévention/sensibilisation ainsi que les indicateurs sanitaires sont suivis de façon active par le Dr Zima.

Les indicateurs comportementaux vont être mis à jour prochainement à l'occasion du renouvellement de l'étude CAP prévu pour janvier 2007.

Les indicateurs économiques sont à l'étude actuellement, avec la société d'assurance maladie.

Le système d'indicateurs mis en place est correctement suivi.

L'analyse des indicateurs de prévention/sensibilisation présente à ce jour peu d'intérêt compte tenu de l'avancement limité des activités associées.

L'analyse des indicateurs sanitaires est très éclairante de la situation et constitue un bon révélateur du programme. Ceux-ci sont présentés tout au long de ce rapport (ex : évolution du nombre de dépistage, % de dépistages spontanés, nombre de personnes suivies, % d'éligibilité, mortalité...).

L'analyse des indicateurs comportementaux et économiques n'est pas possible à ce jour, les données devraient être disponibles en début d'année 2007.

Conclusion

Des efforts importants de stratégie, d'organisation et de suivi ont permis de mettre en place un programme très bien structuré. La principale difficulté réside aujourd'hui dans la capacité à rendre plus actif les Comités Régionaux.

Les actions prioritaires recommandées sont :

- la création d'un poste de Responsable de Programme à mi-temps, indispensable pour intensifier le programme sur Libreville et l'impulser dans les provinces
- l'affinement des indicateurs de suivi en introduisant en particulier une distinction provinciale, importante compte tenu des disparités régionales.
- L'instauration d'une feuille de route unique précisant les actions prévues, les résultats attendus et obtenus, une analyse des résultats.

4.8. Communication interne / externe

En dépit de l'existence d'un programme ambitieux et structuré en matière de lutte contre le sida, la communication de l'existence de ce programme et des offres de service qu'il propose n'est sans doute pas assez visible, à la fois des salariés et des institutions nationales comme des organisations internationales intervenant dans ce domaine au Gabon.

Pour une cohérence et une totale intégration de ce programme au sein de l'entreprise, il conviendrait que l'entreprise puisse développer une stratégie de communication externe et interne plus solide.

Pour la communication externe, deux axes sont à développer :

Communiquer aux instances de coordination et de tutelle sur le programme et ses résultats :

- Présenter à la commission interministérielle via le ministère du travail qui en est membre les plans-programmes de l'entreprise dans ce domaine : avec la nouvelle organisation institutionnelle qui se met en place au Gabon l'interlocuteur direct pour l'entreprise n'est plus le Ministère de la santé mais le Ministère du travail (cette stratégie n'exclut pas de diffuser une information sur les programmes aux autres intervenants dans ce domaine : ministère de la lutte contre le sida, ministère de la santé, organisations patronale, bailleurs internationaux...);
- Rendre compte des actions mises en œuvre et des résultats obtenus : un rapport d'activités annuel est un minimum à transmettre aux instances de coordination que peut compléter une feuille d'information semestrielle ; les statistiques annuelles ou semestrielles du volet biomédical (dépistage, prise en charge thérapeutique, décès...) devraient être transmises au ministère de la santé et au ministère du travail

Communiquer à la population générale (aux clients de l'entreprise) sur l'implication de la SEEG dans la lutte contre le sida

- Montrer que l'entreprise s'engage concrètement pour ses salariés et leurs familles ;
- Axer la communication sur la non-discrimination (le fait que l'entreprise ne fasse pas de différence pour ses salariés)
- Montrer que la SEEG et le groupe Veolia s'engagent aussi pour la population hors entreprise : une communication sur l'appui au projet de l'association Sida Zéro et du centre d'accompagnement de Nzeng-Ayong devrait être développée.

Pour l'instant il semble que la connaissance la plus notable du grand public vis à vis de l'implication de la SEEG en matière de lutte contre le Sida est son rôle de partenariat et de financement d'affiches grand format mis en place à Libreville en partenariat avec l'OPDAS, même si certaines autres manifestations ont fait l'objet d'articles dans la presse nationale.

Pour la communication interne (hors actions d'IEC), deux axes sont à développer :

- Communiquer aux salariés et aux ayants droits l'existence des offres de service du programme et le faire très clairement : quels offres, comment y accéder...
- Communiquer sur des concepts plus généraux : se faire dépister, non-discrimination, solidarité...

5. Références autres entreprises

3 programmes d'entreprises ont été visités. Il s'agit de :

- La SOGEC, entreprise de travaux publics / électricité employant 400 personnes, essentiellement à Libreville (nombreux déplacements à l'intérieur)
- La BICIG, banque employant près de 500 personnes, à 70% sur Libreville
- La SOBRAGA, embouteilleur dans la région industrielle de Libreville, employant 500 personnes

Les trois entreprises visitées auraient instauré en premier lieu une **politique d'entreprise** explicite, afin de créer un environnement de confiance. Soucieuses de respecter une certaine déontologie, ces entreprises auraient communiqué sur l'engagement de leur management lors du lancement de leur initiative SIDA : publication d'une **charte** inspirée des recommandations du BIT et/ou de SIDA Entreprise, lettre officielle envoyée aux employés...

Ce coup d'envoi a cependant été réalisé plus ou moins récemment, et avec des **facteurs déclencheurs et motivations différents** : une impulsion par SIDA Entreprise a amené la BICIG à mettre en place une feuille de route en mars 2005, tandis que la SOBRAGA a pris conscience des enjeux dès 2001 à la suite de 5 décès consécutifs. La SOGEC a elle mis en place sa politique SIDA en août 2004, avec un lancement officiel le 1^{er} décembre, dans une dynamique globale de modernisation des services de santé dans l'entreprise.

Les premières actions concrètes ont consisté à mettre en place un « **comité SIDA** » ainsi que des réseaux de **pairs éducateurs**.

Le « comité prévention Sida » de BICIG est composé du DG, du Directeur chargé des moyens, du Directeur du développement (chargé de la communication), du DRH, de l'assistante sociale, du médecin de l'entreprise et de représentants de PE.

Les pairs éducateurs sont généralement volontaires puis choisis par la Direction. Ils sont souvent formés par l'OPDAS et le PNLS durant 3 journées (c'est le cas de la BICIG), mais la SOGEC a pour l'instant développé des « groupes relais », composés de « compagnons » (des ouvriers d'élites) et de secrétaires de direction. Ces groupes relais de la SOGEC n'ont en revanche pas reçu de formation, même si cela est prévu.

Globalement, **l'animation des PE est déficiente**. Dans l'ensemble, les réseaux semblent peu dynamiques. Aucun support fourni de la part des 3 entreprises et aucune visibilité sur leur action (SOBRAGA et BICIG). Le DRH de la SOBRAGA dit les faire intervenir systématiquement lors des

réunions de plusieurs dizaines de personnes, tandis que la BICIG prévoit de mettre en place un plan d'action précis de leur action.

Les efforts en termes de **sensibilisation** sont assez confidentiels :

- Pour les trois sociétés, il s'agit de quelques **affiches** fournies par le PNLS et visibles uniquement en infirmerie.
- La SOGEC a mis en place une **boîte à idée SIDA**, mais très peu de suggestions ont été au final récoltées.
- La SOGEC a également organisé des **campagnes d'IEC** obligatoires, au cours desquelles le PNLS était intervenu. L'approche adoptée était à la fois participative (sessions de Questions / Réponses) et pédagogique (conférence) et ces campagnes ont eu un bon écho.

La BICIG souhaiterait également à moyen terme organiser une manifestation avec des PVVIH.

La SOBRAGA bénéficie d'un accord avec Coca-Cola qui lui rembourse théoriquement la moitié des frais engagés pour la sensibilisation, mais cela ne semble pas être encore opérationnel.

La disponibilité en préservatifs est effective dans les trois sociétés visitées, mais avec des niveaux de diffusion globalement considérés comme faibles. A titre d'exemple, la SOGEC en distribue entre 100 et 150 par mois, pour un effectif de 400 salariés.

La BICIG et la SOBRAGA sont équipés en distributeurs de préservatifs (vendus au prix de 200 FCFA pour 3 unités). Cependant, la BICIG n'a installé qu'un seul distributeur, fourni gratuitement par le PNLS, et chargé qu'une seule fois en préservatifs. Il serait en rupture de stock actuellement mais aucune démarche n'a été engagée pour les réapprovisionner.

Les trois sociétés en fournissent gratuitement dans leur infirmerie.

A la SOGEC, la distribution de préservatifs se fait à plusieurs occasions : lors de la diffusion du livret de sécurité (à l'embauche des ouvriers) ; à l'infirmerie en libre d'accès ; par l'intermédiaire des chefs de chantier lors des missions.

Les sociétés sont fournies en préservatifs par le PNLS. Seule la BICIG avait été fournie une fois gratuitement, ce en l'échange de « services rendus ».

Le **VCT** est proposé à la SOGEC ainsi qu'à la SOBRAGA, la BICIG estimant que proposer un VCT serait pour l'instant trop précoce.

La SOBRAGA avait organisé en 2005 un VCT, externalisé au PNLS, lors d'un événement d'une semaine. 123 personnes auraient été dépistées parmi les 500 employés, mais le DRH ne semble pas du tout satisfait par le déroulement de l'événement, qui selon lui souffrait d'un problème de communication et d'organisation. La SOBRAGA n'a aucune visibilité quant à la prévalence observée lors de ces VCT, ni quant au nombre de personnes ayant récupéré leur résultat.

La SOGEC a quant à elle la particularité de proposer le **VCT lors des visites médicales annuelles** en plus de la disponibilité toute l'année à l'infirmerie.

A la SOGEC, la veille des visites annuelles médicales, une réunion d'information et de sensibilisation sur le Sida est organisée. Lors de ces visites annuelles, une prise de sang est systématiquement effectuée (recherche de parasites, diabète, hépatites...). A l'issue de cette prise de sang, le médecin demande à l'employé s'il souhaite faire un test de dépistage.

Cette approche a permis cette année d'avoir un taux de participation de 50%.

6. Conclusions et recommandations

6.1. Appréciation générale

Dans un contexte de réponse nationale face au VIH/SIDA particulièrement défailante, l'action de la SEEG est particulièrement nécessaire pour lutter contre la pandémie. Elle se situe très au dessus du niveau des autres entreprises gabonaises actives et dans l'ensemble à un niveau hétéroclite par rapport aux entreprises de même configuration en Afrique : la SEEG est à un niveau excellent en ce qui concerne la construction des bases du programme, mais à un niveau faible pour ce qui est des résultats pour l'instant observés.

Aujourd'hui, l'ensemble des bases du programme ont été posées. Tous les aspects relatifs à la lutte contre le SIDA ont été abordés et traités avec rigueur et méthode (ex : programmes de formation, plan d'action, procédures de dépistage et de prise en charge...), suivant les principes fondamentaux (confidentialité, non-discrimination...). Manifestement, la SEEG s'est engagée dans ce programme dans une logique de durabilité, à l'opposé des effets d'annonce et d'activités de façade sans enracinement.

Les premiers résultats tangibles ont été obtenus depuis un an, avec essentiellement une augmentation significative de la participation au dépistage et le développement du dépistage spontané (rythme annuel prévisionnel de 100 à 150 dépistages / an comprenant une majorité de dépistages spontanés, vs ~20 précédemment, essentiellement orientés).

Cependant, le programme souffre :

- d'un relatif manque de dynamisme, illustré par les insuffisantes activités d'IEC mises en œuvre, la passivité du programme de PE ou encore la faiblesse des distributions de préservatifs. Ceci s'explique essentiellement par le manque de disponibilité pour mettre en œuvre les projets de qualité présentés.
- d'un déséquilibre important entre Libreville et les Provinces, lesquelles peuvent être considérées comme quasiment inactives. Ceci s'explique essentiellement par une absence d'appropriation du projet au niveau provincial, faute de cadre d'action suffisamment directif et de relais possibles.

Cette situation est reflétée par les résultats obtenus, encore insuffisants. Les indicateurs sanitaires majeurs sont inquiétants :

- Taux de dépistage absolu encore faible (moins de 20% d'employés testés en cumul depuis 1999, <10% d'employés testés annuellement sur le rythme actuel),
- Nombre d'employés positifs suivis très faible par rapport à la prévalence estimée (moins de 30 contre 100 à 150 cas estimés dans l'entreprise)
- Taux d'éligibilité, représentant le rapport entre le nombre d'éligibles aux ARV et le nombre de séropositifs, est de 100% illustrant l'insuffisance du programme de dépistage pour les patients à immunité conservée.
- Mortalité élevée (2 décès en 2005, 3 sur les 6 premiers mois de l'année 2006 ; mortalité estimée sans aucune prise en charge sur la base d'une prévalence égale à la moyenne nationale officielle : 10 à 15 décès / an).

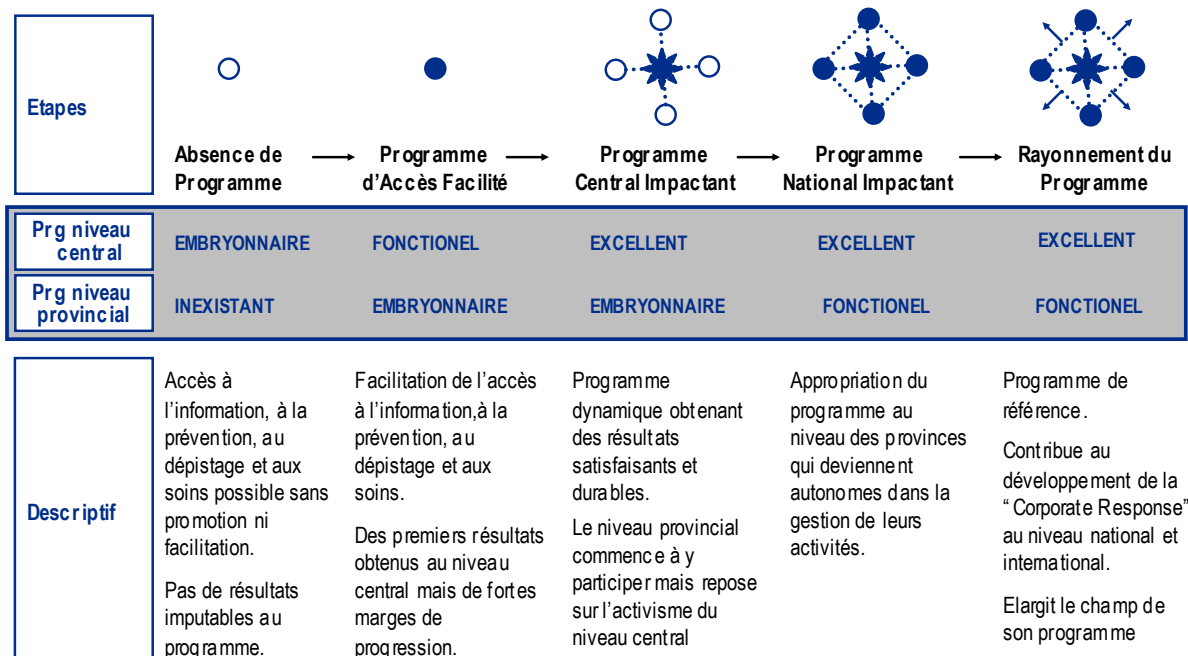
La SEEG se trouve donc aujourd'hui confrontée à 2 défis :

- la montée en puissance du programme au niveau central (Libreville)
- l'élargissement du programme aux provinces.

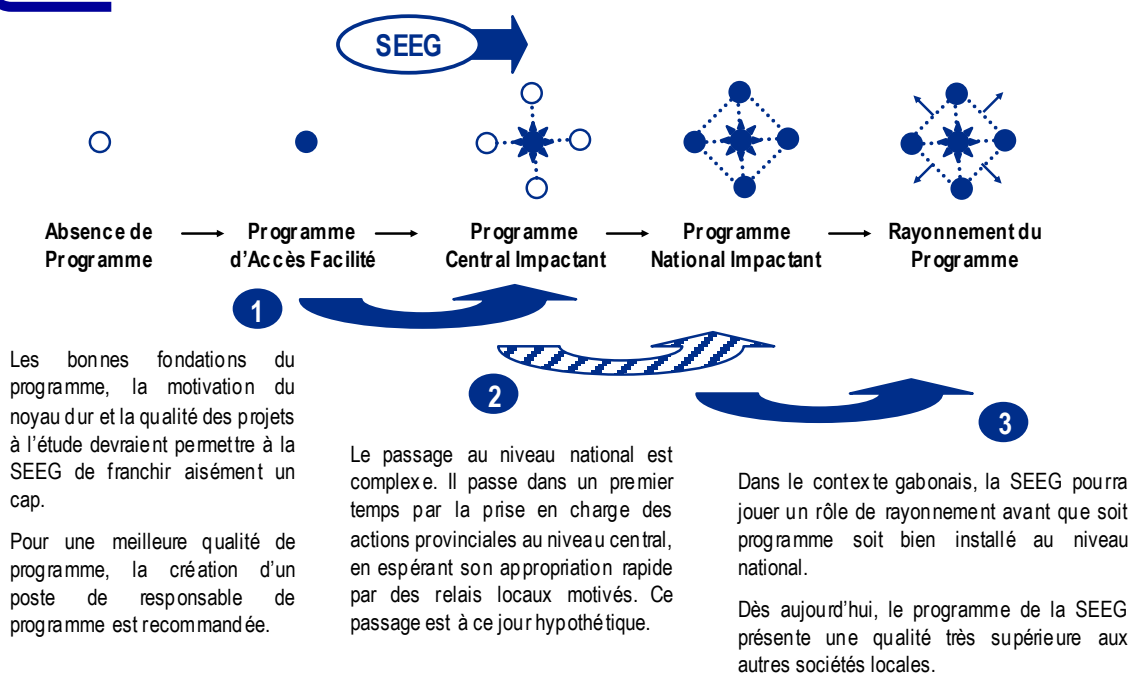
La montée en puissance du programme sur Libreville devrait se faire naturellement, compte tenu de la solidité des fondations, de la forte implication d'un noyau dur très motivé et de la pertinence des projets à l'étude. Cependant, un soutien sera indispensable pour que les actions nécessaires soient entreprises dans de bonnes conditions.

L'élargissement du programme aux provinces est un aspect beaucoup plus incertain. Cela exigera à chaque niveau l'émergence d'un relai dynamique et motivé prêt à s'appropriier le programme au niveau de sa Province. Dans un premier temps, il est très probable que les actions au niveau provincial doivent reposer sur le niveau central.

Les différentes étapes de la mise en oeuvre au niveau national d'un programme de lutte contre le SIDA en entreprise



La SEEG s'apprête à franchir un cap pour atteindre le niveau "Programme Central Impactant"



6.2. Recommandations générales

- Assurer la montée en puissance en affermissant les dimensions opérationnelles (aspects stratégiques OK)
- Apporter un soutien de coordination
- Développer la communication interne

6.3. Recommandations opérationnelles

- nommer un coordinateur du programme de la SEEG (prévoir un tiers temps).
- dépistage :
 - accroître l'information de l'offre de services auprès des employés en développant les avantages (gratuité, possibilité d'une prise en charge gratuite en cas d'infection, confidentialité...);
 - développer les campagnes ponctuelles sur site permettant d'obtenir une participation plus forte
 - dynamiser le dépistage par de l'IEC et l'introduction d'un « challenge »
 - diversifier les centres de dépistage agréés (conventions avec laboratoires)
 - développer les accès de même type en province (laboratoire des CTA)
- IEC :
 - mettre en place un sous-comité communication pour élaborer des supports de communication (affiches...) adaptés à l'entreprise
 - confirmer les actions à l'agenda
- Pairs-éducateurs :

- récompenser l'implication des pairs-éducateurs par une forme de reconnaissance sociale
- développer un support (mallette transportable, sacoche) contenant des documents informatifs et éducatifs pour les pairs-éducateurs
- Prise en charge thérapeutique
 - instruire une demande auprès du Ministère de la santé pour que le médecin chef de la SEEG puisse être agréé au suivi des PVVIH (prise en charge clinique et dispensation des ARV)
 - s'assurer que les médecins vacataires puissent assurer un suivi clinique des PVVIH
 - supprimer la procédure de remboursement individuel des ARV auprès des salariés infectés (cette procédure constitue un risque de non confidentialité du statut)
- Préservatifs
 - développer un programme d'accessibilité mixte des préservatifs (distributeurs payants, distribution gratuite contrôlée)
 - étudier la possibilité d'une réduction d'échelle en créant avec d'autres entreprises un groupement d'achat
 - logotiser les emballages au nom de la SEEG
- Suivi évaluation
 - mettre en place des indicateurs de suivi opérationnel : nombre de pairs-éducateurs formés/actifs, fiche d'actions de sensibilisation, nombre de dépistage, nombre de PVVIH suivis/ss ARV, nombre de préservatifs distribués...
- Communication externe / interne
 - diffuser vers les institutions nationales et internationales les activités/résultats du programme (externe institutionnel)
 - diffuser vers la population générale l'engagement de la SEEG dans la lutte contre le sida (exemple : au sein de la SEEG, appui Sida Zéro..)
 - diffuser vers les salariés et leurs ayant droits les actions (et offres de services) du programme : dépistage, prise en charge thérapeutique, préservatifs, points focaux informatifs, capacité d'orientation

Bibliographie

FNUAP. Etat de la population mondiale en 2005, la promesse d'égalité. New-York, 2005, 120 p. www.fnuap.org

PERRET JL., KOMBILA M., PEMBA LF. Gabon : le syndrome de la panoplie. Médecine Tropicale. 1997 ; 57 : 337-342.

PNUD. Rapport annuel 2003. L'expérience du développement aux quatre coins du monde. New York 2003, 24pp. (www.pnud.org)

PNUD. Human Development Report 2004. Gabon, the Human development index. (http://hdr.undp.org/statistics/data/country_fact_sheets/cty_fs_GAB.html)

OMS. Gabon, données pays (rapport sur la santé dans le monde). (www.who.int/countries/gab/fr) 2004/08/22

UNICEF. The states of the world's children 2003. (www.unicef.org/sowc03/tables) 2004/08/31

TRAN-MINH T., ASTEL L., CHIEZE F., MANTION S., ADAM A., GENTILINI M. Dix ans de prise en charge du VIH/SIDA dans les centres de traitement ambulatoire (CTA) de l'OPALS et de la Croix Rouge Française. Médecine Tropicale 2004, 64 ; 2 : 109-114.