



Master 2

**Pilotage des politiques et actions en
santé publique**

Promotion : **2013-2014**

**Stage au sein de la Représentation en Uruguay de
L'Organisation Panaméricaine de la Santé /
Organisation Mondiale de la Santé**

Kristina Hartl

10 septembre 2014

Remerciements

Je tiens à remercier premièrement Madame Jeanine Pommier de l'EHESP : grâce à elle j'ai obtenu le contact avec la Représentation en Uruguay de l'Organisation Panaméricaine.

Ensuite, je veux remercier Monsieur François-Xavier Schweyer : quand j'ai exprimé mon souhait de faire un stage en Amérique Latine, il a mobilisé ses contacts pour m'aider dans la recherche de stage.

Je tiens également à remercier l'équipe des relations internationales de l'EHESP, notamment Fanny Helliott et son engagement de me mettre en contact avec le siège de l'OPS à Washington ainsi que pour ses conseils et son aide pour communiquer avec l'OPS en Uruguay.

Je remercie Messieurs François-Xavier Schweyer et Philippe Leroy ainsi que tous les intervenants du master Pilotage de Politiques et Actions en Santé Publique : la formation du master m'a donnée des connaissances théoriques essentielles pour réaliser mes missions de stage au sein de l'OPS Uruguay.

Ensuite, je tiens à remercier Monsieur Mario Gonzalez Sobera, mon maître de stage, pour son accompagnement, sa disponibilité pour répondre à toutes mes questions et son amitié.

Je tiens également à remercier le Représentant de l'OPS Uruguay, Monsieur Eduardo Levcovitz, de m'avoir accueillie cordialement dans sa Représentation et de m'avoir intégrée aux activités et événements de la Représentation qui avaient de l'intérêt pour moi.

Au même titre je veux remercier toute l'équipe de l'OPS Uruguay pour son accueil chaleureux. Grâce aux personnes suivantes c'était toujours un plaisir de venir chaque jour au travail : Analía Oxandabarat, Patricia Cabrera, Analía Martínez, Monica Coll, Susana Ascárate, María Laura Pereda, Elizabeth Jurado, Laura Centurión, Pilar Irabedra, Paolo Cascallares, Guillermo Guillen, Guillermo García, Gerardo Pioli, Gustavo Larraya, Wilson Benia, Miguel Fernandez Galeano, Roberto Salvatella et évidemment Mario González et Eduardo Levcovitz.

Ensuite, je veux remercier à Monsieur Eduardo Levcovitz et Monsieur Miguel Fernández Galeano, pour m'avoir invitée à participer à l'« Escuela de Gobierno en Salud Pública », un cursus en politiques de santé publique très formateur pour moi.

En outre, je remercie toutes les personnes avec qui j'ai mené des entretiens pour m'avoir accueillie et pour leur disponibilité de répondre à toutes mes questions :

Enfin, je remercie mon groupe de travail de l'Escuela Gobierno en Salud Pública pour m'avoir intégrée comme une professionnelle dans l'équipe ainsi que pour tout l'apprentissage grâce à notre travail : Catherine Ausqui, Carmen Ciganda, Federico Eguren, Gonzalo Lucas, Maria Lucia Stefanelli, Salomé Fernández et Edgar Cura.

Abréviations :

AF	Frente Amplio
ANII	Agencia Nacional de Investigación e Innovación
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
CEIP	Consejo de Educación Inicial y Primaria
CONASIDA	Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA
EDISA	Espacio Diversos de Inclusión Social y Acción
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
ITS	Infecciones transmises sexuellement
JUNASA	Junta Nacional de Salud
MSP	Ministerio de salud pública
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UDELAR	Universidad de la República
UGPFM	Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial
UNASEV	Unidad Nacional de Seguridad Vial

Introduction.....	1
I L'environnement de stage	2
1 Information sur la République Orientale de l'Uruguay	2
1.1 Contexte historique, politique et économique	2
1.2 Démographie et épidémiologie en Uruguay.....	3
1.3 Le système de santé en Uruguay et sa réforme depuis 2005	4
2 La Représentation de l'Organisation Panaméricaine de la Santé en Uruguay ..	6
3 Les missions de stage et leur évolution.....	8
3.1 Un stage autour de trois politiques et actions en santé publique.....	8
3.2 Le choix de faire un focus sur le sujet VIH et populations vulnérables.....	10
II. Présentation de mes 4 missions de stages	13
1 La stratégie en santé publique des Écoles de Promotion de la Santé.....	13
2 L'enjeux de la sécurité routière en Uruguay	14
2.1 « Épidémiologie » des accidents routière	14
2.2 l'Unité Nationale de la Sécurité Routière (UNASEV)	15
2.3 L'organisation de la Semaine du Piéton.....	15
3 L'analyse de la politique de santé publique de VIH/SIDA en Uruguay	16
3.1 Définition des termes utilisés	17
3.2 Approche du sujet et identification d'une problématique.....	18
3.2.1 Méthodologie	18
3.2.2 Identification de la problématique.....	20
3.3 Le contexte épidémiologique de VIH/SIDA.....	22
3.3.1 VIH au niveau international, en Amérique Latine et en Uruguay.....	22
3.3.2 La prévalence de VIH/SIDA dans les populations Trans et HSH	23
3.4 Cadre législatif en santé sexuelle et reproductive et en diversité sexuelle	24
3.4.1 Le droit à la santé dans la Constitution et le SNIS	25
3.4.2 Les services de santé sexuelle et reproductive	26
3.4.3 La non-discrimination dans l'accès aux soins.....	28
3.4.4 L'avant-projet de loi sur VIH en Uruguay	29
3.4.5 La reconnaissance de la diversité sexuelle en Uruguay	30
3.5 Les facteurs limitant l'accès aux soins des personnes Trans et HSH.....	31
3.5.1 La discrimination des personnes Trans et HSH liée au VIH/SIDA.....	31
3.5.2 La discrimination dans les services de santé	33
3.5.3 Les facteurs limitant d'atteindre les personnes Trans et HSH	36

3.6 Le Projet VIH/SDIA destiné aux populations les plus vulnérables	37
3.6.1 Le travail réalisé du Centre EDISA de Montevideo lors du Projet VIH.	40
3.6.2 La phase de transition du Projet VIH et des Centres EDISA	43
3.7 Conclusion sur les politiques de VIH/SIDA et diversités sexuelles	43
4. La « Escuela de Gobierno en Salud Pública »	45
4.1 La stratégie de la « Escuela de Gobierno en Salud Pública » en Uruguay	46
4.2 Le séminaire sur systèmes et services de santé et protection sociale	48
4.3 Le travail de groupe : Améliorer la référence et contre-référence	53
4.3.1 La référence et contre-référence	53
4.3.2 Les « nudos críticos » dans la référence et contre-référence.....	54
4.3.3 L'exigence d'un changement culturel	55
5 Parenthèse : La visite de la Directrice Générale de l'OPS.....	56
Conclusion	57
Bibliographie	59

Introduction

J'ai effectué mon stage de master 2 au sein du bureau de l'Organisation Panaméricaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé (OPS/ OMS) en Uruguay, dans le secteur Promotion de Santé sous la responsabilité de Monsieur Mario González Sobera, Consultant National en Promotion de la Santé à l'OPS Uruguay.

Dans le processus de définition de mon projet de stage, j'ai ciblé l'objectif d'effectuer celui-ci en Amérique Latine. La raison principale pour laquelle j'ai fait ce choix géographique était mon intérêt pour cette partie du monde et les enjeux en matière de santé qui se posent là-bas et qui sont différents de ceux rencontrés en Europe.

Mon objectif professionnel est de travailler dans la santé au niveau international, et pour cela, il me paraît très important d'ouvrir et d'étendre mes connaissances et mes expériences pratiques en matière de politiques et actions en santé publique au-delà du continent européen. Pour un travail au niveau international, les expériences interculturelles et surtout travailler dans d'autres pays est évidemment extrêmement important. Ainsi, effectuer un stage en Uruguay me permettrait non seulement d'augmenter mes connaissances en matière de santé mais également de vivre de nouvelles expériences internationales et interculturelles très différentes de mes expériences acquises en Allemagne et en France.

L'Organisation Mondiale de la Santé est une institution très attractive dans la perspective d'un travail international. Grâce à l'École des Hautes Études en Santé Publique et ses contacts internationaux par le biais de ses professeurs et le pôle de mobilité internationale, j'ai eu la possibilité de contacter directement le siège principal de l'OPS à Washington ainsi que l'OPS en Uruguay. Faire un stage au sein de cette Organisation est un grand honneur et une occasion extraordinaire pour moi.

En ce qui concerne les thématiques de mon projet de stage, je m'intéresse particulièrement aux inégalités en santé et l'accès aux soins des populations vulnérables, ce que je mettais d'ailleurs toujours en évidence dans mes CV envoyés à l'OPS et autres organisations en Amérique Latine. J'étais très contente de savoir qu'un de mes trois sujets de stage sur lesquels je devrais travailler, était l'accès aux soins de VIH/SIDA des populations les plus vulnérables en Uruguay. Les deux autres sujets sont relatifs à la stratégie « Écoles de Promotion de la Santé » ainsi qu'à la sécurité routière en Uruguay.

I L'environnement de stage

1 Information sur la République Orientale de l'Uruguay

Avant de commencer le mémoire de stage, je souhaiterais donner des informations sur le pays dans j'ai travaillé pendant cinq mois, afin de présenter ses particularités, principalement dans le système de santé. Évidemment, pour mon travail dans l'OPS il était essentiel que je me renseigne en profondeur sur le pays et son système de santé, d'autant plus que ce dernier est en pleine réforme en Uruguay. En effet, pendant mon stage j'ai pu participer à un cours sur les politiques en santé publique en Uruguay destiné aux fonctionnaires du Ministère de Santé Publique de l'Uruguay, aux organismes prestataires de services de santé et aux directeurs d'hôpital. Le préalable à toute participation aux cours était une bonne connaissance du système de santé uruguayen. En outre, pour comprendre l'analyse des politiques publiques en VIH/SIDA, la connaissance du système de santé et son processus de réforme est nécessaire.

1.1 Contexte historique, politique et économique

La République Orientale d'Uruguay est une démocratie présidentielle et un État laïc avec une superficie de 176.000 kilomètres carrés qui est divisée en 19 départements qui sont aussi des unités politiques régionales. 40% des 3.390.077 habitants vivent dans la capitale, à Montevideo. Le système électoral est basé depuis 1999, comme le modèle français, avec ballottage et des élections tous les cinq ans. Depuis 2010 José Mujica du parti de centre gauche « Frente Amplio » réunissant plusieurs petits partis du centre, socialistes et communistes, est Président de l'Uruguay. La monnaie nationale est le peso uruguayen et la langue officielle l'espagnol. Le taux d'alphabétisation est un des plus élevés de l'Amérique du Sud avec 97,6% pour les hommes et 98,4% pour les femmes. L'Uruguay est membre de plusieurs organisations internationales : Les Nations Unis, l'Organisation des États Américains OEA, le Mercosur, l'Union des Nations sud-américaines Unasur, les G77, l'Organisation Panaméricaine/ Mondiale de Santé OPS/OMS et autres.

En ce qui concerne l'histoire contemporaine du pays, depuis le 18 juillet de 1830 il s'agit d'une République démocratique après plusieurs guerres d'indépendance contre les colonialistes espagnols mais aussi contre l'Argentine et le Brésil. Les populations indigènes de l'Uruguay étaient éradiquées, ceci explique pourquoi il n'existe presque pas de culture indigène en Uruguay aujourd'hui. Le pays a vécu une période de dictature

militaire entre Juin 1973 et février 1985, un temps marqué par une forte répression. Cette période a provoqué beaucoup de dysfonctionnements économiques et amené en 1990, l'inflation. En 2001, la crise économique en Argentine se répercute aussi sur l'économie uruguayenne. Le peso uruguayen chute et l'activité économique également. Cette crise économique engendrait aussi des répercussions graves sur le système de santé en Uruguay.¹

En termes économiques, l'agriculture avec l'élevage est traditionnellement un secteur très important en Uruguay et domine l'activité économique à l'intérieur du pays. Depuis 2010, l'Uruguay a pu consolider sa situation économique et profite d'une croissance continue. L'Uruguay profite d'une croissance depuis 2006 avec une croissance moyenne de 5,5% entre 2006 et 2013. Ainsi, l'Uruguay a pu résister davantage à la crise économique de 2008/2009. En 2013 le PIB s'élève à 55,7 milliards US dollars. Depuis juillet 2013, la Banque Mondiale classe l'Uruguay comme un pays à revenu élevé avec un revenu national brut par habitant de 13.580 US dollars. Par conséquent, l'Uruguay n'est plus considéré comme un pays en développement.²

1.2 Démographie et épidémiologie en Uruguay

En 2011, 3.390.077 personnes vivaient en Uruguay dont 40% de la population dans la capitale, Montevideo. En ce qui concerne la pyramide des âges de ses habitants, en 2014, 21% de la population ont entre 0 et 14 ans et 16% des habitants ont entre 15 et 25 ans. Il y a 38,9% personnes entre 55 et 64 ans et 13,9% ont plus de 64 ans. L'espérance de vie en 2010 de toute la population s'élevait à 76,1 ans, avec une distribution de 80 ans chez les femmes et 73 pour les hommes. En termes de santé, l'Uruguay cumule simultanément des problèmes de santé caractéristiques d'un pays en voie de développement et de ceux d'un pays développé. Ainsi, l'enfance et le vieillissement de la population sont des priorités dans les politiques de santé en Uruguay. Les maladies chroniques non transmissibles sont la première cause de mortalité. L'aggravation des pathologies liées au processus de vieillissement demande des adaptations du modèle de soins, et de prendre en compte les maladies caractéristiques de l'âge avancé.

¹ Voir chapitre suivant 1.3 sur le système de santé en Uruguay.

² Cf. Banque Mondiale, URL: <http://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview#1> (20/07/2014).

En ce qui concerne la pauvreté de la population en général, la situation a beaucoup progressé au début du 21^{ème} siècle : en 2004, 32,1% de la population uruguayenne vivait au dessous du seuil de pauvreté, en 2010 le pourcentage s'élevait à 18,6% et en 2012 à 12,4%. Par contre, se pose de plus en plus le problème de la pauvreté infantile : un enfant sur trois de moins de 12 ans vivent au dessous du seuil de pauvreté. L'indice de développement humain était de 0,765 en 2009 et l'Uruguay occupait ainsi le troisième rang dans la région de l'Amérique Latine et le 52^{ème} rang mondial.

Ce qui retient fortement l'attention en termes d'épidémiologie en Uruguay, c'est une véritable épidémie d'accidents routiers qui représentent la première cause de mortalité de la population entre 5 et 40 ans. Le taux de mortalité lié SIDA était de 5,05 sur 100.000 habitants en 2009.

1.3 Le système de santé en Uruguay et sa réforme depuis 2005

Depuis 2005, avec l'arrivée au pouvoir du parti du centre gauche « Frente Amplio » (AF) le système de santé en Uruguay fait l'objet d'une réforme profonde. Cette réforme se consolidait en 2008 avec la création du Système National Intégré de Santé (Sistema Nacional Integrado de Salud SNIS). Les objectifs généraux de la loi sont de garantir l'accessibilité, la qualité, l'équité et l'universalité des services de santé. La Réforme consiste en trois axes stratégiques : le changement dans le modèle de financement, le changement dans le modèle de gestion ainsi qu'un changement dans le modèle des soins de santé.

Avant 2008, le système de santé était très fragmenté et segmenté ainsi que quelquefois doublé. Dans la couverture de santé, dans l'assurance et dans le financement existaient différentes mécanismes et susceptibles de partiellement se superposer. Ainsi, il existait trois formes d'assurance : le privé, le public et le privé-social « privado social ». Le privé-social est géré par des institutions privées qui s'appellent « Instituciones de Asistencia Médica Colectiva » (IAMC) à but non-lucratif, par exemple des mutuelles qui sont administrées par des associations ou des collectifs professionnels. L'assurance à travers une telle organisation offre ainsi des services de santé. Ce type d'assurance s'adressait avant tout aux populations de revenus moyens, en capacité de payer les cotisations de leur poche. Le secteur privé du système de santé, concernait les classes avec des revenus élevés, demandant aux adhérents des cotisations plus chères que dans le secteur privé-social, mais fournissant évidemment des prestations plus larges. Il en

résulte que les soins de santé publics n'étaient que pour les plus pauvres, en incapacité de payer les cotisations du privé ou du privé-social.

Par conséquent, le système de santé en Uruguay était caractérisé par une forte segmentation sociale ainsi que par une sélection au détriment de la solidarité entre les personnes en bonne santé et les malades ainsi qu'entre générations. Avec la crise économique que vivait l'Uruguay en 2002, cette situation s'est encore fortement aggravée, ceci entraînant la nécessité de réformer le système afin de garantir l'accès aux soins pour toute la population.

Le rôle du Ministère de Santé Publique, la plus haute autorité sanitaire, responsable de la « rectoría institucional », la gouvernance institutionnelle était renforcée. Le MSP est ainsi responsable et compétent pour planifier, réguler et piloter les politiques en santé publique. L'ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) est le principal prestataire public des soins de santé et en se séparant complètement du MSP au moment de la Réforme, il est devenu un organisme public, étatique et autonome.

La Réforme du système s'inscrit dans une conception de la santé comme droit humain essentiel pour toute la population. Ainsi, l'objectif est que chaque personne cotise selon ses capacités de contribution et puisse recevoir les soins de santé selon ses besoins.

Afin de garantir le financement et de contrecarrer la segmentation sociale de l'ancien système, le Fond National de Santé (« Fondo Nacional de Salud », FONASA) a été créé. Le FONASA est un fond public obligatoire qui regroupe tous les fonds de la sécurité sociale ayant pour but d'incorporer tous les travailleurs aux mécanismes du système de sécurité sociale. Les usagers du système participent ainsi proportionnellement et progressivement au système et obtiennent une couverture sanitaire pour le travailleur et sa famille. Les taux de cotisations varient entre 3% et 6%. Les entreprises cotisent 5% du salaire du travailleur. L'État complète le financement avec des paiements de transfert. Avant la réforme, la famille du travailleur n'était pas automatiquement couverte par l'assurance du travailleur. Le FONASA rembourse aux services de santé les ressources nécessaires afin de couvrir le coût des soins de santé. Pour les prestataires des services de santé, il existe un catalogue de prestations obligatoires qu'ils doivent offrir aux usagers. Le FONASA paye mensuellement aux prestataires un montant, un quota de santé, pour chaque personne affiliée selon des critères fixés. Les usagers peuvent choisir de s'affilier à une mutuelle, ou l'ASSE ou le secteur privé. Les mutuelles peuvent demander à leurs affiliés des co-payements ou

taxes modératrices. Les usagers de l'ASSE ont droit aux mêmes prestations, mais sans ajout de co-payements ou autres taxes modératrices.

En ce qui concerne le changement du modèle de gestion, la « Junta Nacional de Salud » (JUNASA) a été créée. C'est un organisme dépendant du Ministère de Santé qui se compose de membres du MSP, du Ministère d'Économie, de la Banco de Previsión Social (BPS)³, de travailleurs, d'usagers et d'institutions publiques et privées de prestataires des soins de santé. La JUNASA administre l'assurance-maladie et signe des contrats avec chaque prestataire intégrant le SNIS, afin de réguler et de contrôler les prestataires et l'exécution de leurs obligations vis-à-vis les bénéficiaires du système. Ainsi la JUNASA s'assure de la participation et du contrôle social de la gestion. C'est ainsi que les changements du modèle de financement et de la gestion s'appliquent. Tandis que le changement du modèle de soins de santé est en train de s'accomplir.⁴

2 La Représentation de l'Organisation Panaméricaine de la Santé en Uruguay

La Représentation de l'Organisation Panaméricaine de la Santé en Uruguay se compose d'un Représentant et de cinq conseillers nationaux. Dans chaque pays de la Région des Amériques, l'OPS dispose d'une Représentation et c'est une réquisition obligatoire que le Représentant de chaque bureau national soit d'une nationalité différente du pays de la représentation. Le Représentant de l'OPS Uruguay est le Dr. Eduardo Levcovitz, de nationalité brésilienne. Ses responsabilités sont de gérer les relations externes au bureau et des alliances avec les autres pays dans la région. Selon les responsabilités thématiques des conseillers nationaux, ses compétences en matière de relations extérieures peuvent être déléguées aux conseillers nationaux. Le Représentant est également compétent en matière de gestion des ressources humaines de la Représentation nationale. En outre, il est responsable du rapport annuel et de la définition des priorités de la coopération technique que l'OPS offre au pays en matière de santé. Dans la Stratégie de Coopération avec le Pays, l'OPS pose les enjeux en matière de coopération technique que l'Organisation pourra offrir à l'Uruguay à travers les ressources humaines de la

³ Le « Banco de Previsión Social » est l'institut de la sécurité sociale.

⁴ Cf. Fernández Galeano M., Benia W. : Salud. Nuestro Tiempo, Nr. 17. Montevideo 2013.

Représentation de l'OPS dans ce pays. La coopération technique n'est pas explicitement une coopération ou une subvention purement financière, même si l'OPS rémunère les professionnels nécessaires.

Les priorités stratégiques en matière de coopération de l'OPS en Uruguay sont définies comme suit :

- la consolidation du Système National Intégré de Santé (SNIS),
- l'affirmation de la vigilance en santé publique et la prévention, le contrôle de maladies,
- le développement du Système National Intégré d'Information
- la consolidation d'une politique de ressources humaines en formant des professionnels qualifiés en santé publique⁵,
- l'action intersectorielle, la mobilisation et la participation sociale.⁶

Pour réaliser la coopération technique, chacun des cinq conseillers nationaux ainsi que le Représentant sont responsables de différents thèmes. Ainsi, mon tuteur, conseiller en Promotion de Santé, Mario González Sobera, est compétent pour les thèmes suivants :

- Maladies transmissibles et analyse de santé :
 - « Famille, Genre et Cours de Vie »,
 - VIH/ SIDA
 - Infections et Transmission sexuelle
- Développement durable et équité en santé
 - Tabac
 - Sécurité Routière
 - Communautés Productives et Saines
- Maladies non transmissibles et Santé mentale
 - Facteurs de Risques : Cancer, Diabète, maladies cardiovasculaires
 - Handicap
 - Vieillesse
 - Populations vulnérables
 - Santé Mentale et Consommation de Substances

⁵ L'Escuela de Gobierno en Salud Pública fait partie de cette stratégie. Voir chapitre 4.

⁶ Cf. Représentation en Uruguay de l'Organisation Panaméricaine de la Santé : Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud con la República Oriental del Uruguay 2012-2015. Montevideo 2011.

Ensuite, le conseiller Dr. Fernández Galeano est compétent en matière de systèmes de santé, ce qui comprend les services de santé et l'accès aux soins, les médicaments et les fonds stratégiques de médicaments, la technologie en matière de santé et la qualité des soins de santé ainsi que les soins de premier recours. Il a également sous sa responsabilité l'organisation de l'Escuela de Gobierno en Salud Pública.

Le conseiller Dr. Benia est responsable des thèmes de ressources humaines en santé publique et la bioéthique. Il ne travaille qu'à mi-temps au sein de l'OPS, au même titre que la conseiller vétérinaire Dr. Irabedra, qui lui, est compétente en matière de Santé Publique Vétérinaire et responsable de la coopération avec le Centre Panaméricaine de la Fièvre Aphteuse.

Le cinquième conseiller, le Dr. Salvatella est l'assesseur régional de la maladie de Chagas. Il est également responsable des domaines des maladies transmissibles et analyse la santé par rapport aux maladies inattendues, tropicales et transmises par vecteurs. Il est aussi responsable de la gestion et de l'évaluation des risques ainsi que de l'avertissement et de la réponse face aux épidémies et aux maladies transmises par l'eau. Le thème des vaccinations est également dans son champs de compétences.

Chaque conseiller, comme le Représentant dispose d'un secrétariat. Ensuite, l'OPS en Uruguay dispose d'un secteur de communication et de relations publiques sous la responsabilité d'une secrétaire ainsi qu'un secteur administratif qui est sous la responsabilité de Mme Coll aidée par deux secrétaires, elle gère les ressources financières et la gestion des ressources humaines en coordination avec le Représentant. Le bureau dispose également d'un responsable informatique, d'un réceptionniste et de deux chauffeurs.

3 Les missions de stage et leur évolution

3.1 Un stage autour de trois politiques et actions en santé publique

Mon maître de stage, consultant national en Promotion de Santé au sein de l'OPS Uruguay est responsable de 14 thèmes de santé. Il a prévu que je travaille sur trois sujets principaux et les plus actuels pendant ma période de stage et que je participe à toutes les réunions et activités autour de ces sujets. Ainsi, ma mission de stage s'orientait sur l'analyse de l'implémentation de trois politiques publiques en Uruguay : l'accès aux soins des personnes atteintes par le VIH/SIDA, notamment des populations les plus

vulnérables, la sécurité routière en Uruguay ainsi que le programme des Écoles de Promotion de la Santé.

Sur le sujet du VIH, la commande initiale était de faire une analyse de la population la plus vulnérable et la plus affectée par l'infection du VIH/SIDA en Uruguay, notamment les populations Transsexuelles et les Hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes. L'objectif de cette analyse étant de définir quelles pouvaient être les meilleures conditions d'implémentation des politiques en santé publique en matière de santé sexuelle et/ou reproductive. Pour cela, la commande est principalement de faire une analyse des facteurs limitant l'accès aux soins de la population en question.

Concernant le programme des Écoles de Promotion de la Santé (« Escuelas Promotoras de Salud »), il s'agit d'une initiative interinstitutionnelle entre l'Organisation Panaméricaine de la Santé, le Ministère de Santé Publique de l'Uruguay et l'Éducation Initiale et Primaire de l'Uruguay, afin de développer une stratégie nationale en promotion de la santé dans les Écoles. Il s'est constitué un groupe de travail avec des participants de chaque institution avec pour objectif de mettre en œuvre un diagnostic de la situation actuelle en matière de promotion de la santé dans les écoles, coordonner la coopération intersectorielle, d'implémenter des actions au niveau territorial et de réaliser des actions en promotion de la santé. Ma mission de stage dans ce thème était de participer aux réunions du groupe de travail afin d'identifier les aspects significatifs qui permettront d'améliorer l'expansion de la stratégie au niveau national en incorporant quelques acteurs importants mais qui jusqu'ici n'avaient pas encore été pris en compte. En outre, la commande était de contribuer à définir et implémenter un système d'évaluation des actions menées. Globalement, il s'agit d'identifier des lignes d'actions afin de consolider la stratégie du programme.

En ce qui concerne la sécurité routière, il s'agit d'un thème préoccupant en matière de santé publique en Uruguay. C'est la raison pour laquelle s'est créée l'Unité Nationale de Sécurité Routière – sur recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé – afin de répondre à ce fléau. Les Nations Unies ont proclamé la période 2011 – 2020 « Décennie d'action pour la sécurité routière » et développaient cinq volets d'actions nationales. Ma mission de stage en matière des politiques en sécurité routière était de faire une analyse de l'implémentation des cinq volets en Uruguay dans une perspective de promotion de santé, en particulier du volet concernant le comportement des usagers de la route. Pour cela, comme activité centrale de mon stage en matière de sécurité

routière, était prévue ma participation à la préparation et la mise en œuvre de la Semaine du Piéton pendant ma période de stage. L'analyse pourra permettre de dessiner des ajustements et des interventions non encore envisagés.

3.2 Le choix de faire un focus sur le sujet VIH et populations vulnérables

Pendant les premières semaines de mon stage, il s'agissait avant tout de me renseigner en profondeur sur mes trois sujets de travail, contexte et état de lieu, ainsi que, l'Uruguay en général, le système de santé avec sa Réforme en processus et les missions de la représentation de l'Organisation Panaméricaine de la Santé en Uruguay.

Pour cela, mon maître de stage m'informait personnellement des programmes et activités en cours sur ces trois politiques publiques et me fournissait des matériaux bibliographiques. En outre, mon maître de stage me présentait à plusieurs personnes du Ministère de la Santé, parties prenantes du département de santé sexuelle et reproductive et du secteur de Promotion de la Santé afin que je puisse avoir un premier contact avec les professionnels responsables des différents programmes des trois politiques ciblées. Dès la première semaine, j'ai pu participer à une réunion de l'Unité Nationale de Sécurité Routière (UNASEV) sur le thème de la planification de la Semaine du Piéton et mon maître de stage me présentait également aux autorités et fonctionnaires de l'UNASEV pour établir un premier contact.

Puisque l'espagnol n'est pas ma langue maternelle et puisque je n'avais qu'un niveau avancée dans la langue, il faut reconnaître que le processus de me familiariser avec les sujets a pris plus de temps que normalement.

La prise de connaissance de la bibliographie, a consisté aussi prioriser, délimiter les sujets de manière plus étroite, ce qui n'était pas chose facile puisqu'il fallait alors analyser trois politiques publiques différentes en seulement cinq mois. Cependant, à mi-stage, il est devenu de plus en plus évident que l'objectif était trop vaste et les enjeux difficiles à maîtriser sur trois thématiques distinctes. Ceci d'autant plus qu'il s'agissait de réaliser des analyses profondes dans un pays étranger que je ne connaissais pas avant de débiter le stage. Il était également compliqué de se tenir à une organisation de travail, d'approfondir un sujet tandis qu'un autre m'appelait. C'est ainsi qu'avec mon maître de stage, nous avons pu discuter et faire des ajustements dans mes missions de stage, pour finalement faire le choix de me concentrer sur une analyse en particulier ; sans pour autant délaisser complètement les deux autres puisque j'y étais déjà investie (activités en

cours, réunions etc.). J'ai pris la décision de me focaliser sur le thème de l'accès au soins des personnes atteintes par le VIH/SIDA, qui était aussi le sujet le plus avancé grâce à différentes rencontres avec des personnes travaillant au ministère, qui à leur tour m'ont aidé à prendre contact avec d'autres personnes qui travaillaient sur le projet. J'ai également pu commencer très rapidement l'analyse de cette politique publique avec mes premiers entretiens. J'ai également pu déceler une problématique intéressante concernant les politiques destinées à l'amélioration de l'accès aux soins de la population vulnérable mise en avant, ce qui était une motivation supplémentaire pour approfondir le sujet. Mes investigations sur ce thème s'avéraient être les plus avancées parce que les contacts se faisaient sans difficulté et rapidement.

A contrario, le programme concernant les Écoles de Promotion de la Santé a connu de nombreux freins dans sa mise en œuvre et ce, avant même de débiter vraiment. Il s'agissait principalement de problèmes de collaboration entre les trois parties devant travailler ensemble. Sur les deux années précédentes, il avait déjà été nécessaire de relancer le projet à deux reprises. Pendant les mois de mon stage, l'OPS Uruguay a essayé une troisième fois pour renouveler le contrat interinstitutionnel et incorporer quelques autres organismes à la coopération pour tenter de consolider la stratégie. Au début de mon stage, Monsieur González me disait déjà qu'il nous faudrait voir comment le programme allait évoluer et nous nous demandions comment j'allais pouvoir analyser concrètement dans ce contexte.

En ce qui concerne le sujet de la sécurité routière, j'ai participé dès le début à l'organisation de la Semaine du Piéton qui a eu lieu dans la première semaine de mai 2014 et j'avais travaillé simultanément sur le volet des usagers de la Décennie d'Actions pour la Sécurité Routière 2011-2020 des Nations Unies. Pendant l'évaluation de la Semaine du Piéton, il est apparu important pour plusieurs participants de travailler pour le futur en termes de promotion et prévention de santé avec les écoles – ce qui mettait en lien mes deux sujets de sécurité routière et promotion de la santé dans les écoles. Après la mise en œuvre de la Semaine du Piéton en Uruguay et son évaluation par les participants de l'organisation, ce sujet est passé un peu en arrière plan, et ce d'autant plus que je me concentrais de plus en plus sur le thème du VIH et des populations vulnérables.

En outre, une autre mission est venue s'ajouter : grâce à mon intégration complète dans le bureau par mes collègues et le Représentant, j'ai pu être conviée à participer à l'

« Escuela de Gobierno en Salud Pública ». Il s'agissait d'un cursus de dix jours sur le système de santé et la protection sociale universelle, aboutissant à l'élaboration d'un projet final travaillé en groupe de huit personnes pendant une période de deux mois. C'est un cursus destiné aux fonctionnaires du Ministère de Santé, aux fonctionnaires du prestataire public de services de santé ASSE, aux directeurs d'hôpitaux et autres professionnels du secteur de la santé en Uruguay, afin de former et de qualifier les professionnels en matière de politiques en santé publique. Afin de pouvoir participer à ce séminaire de manière adéquate, avec les connaissances nécessaires, le consultant Monsieur Fernandez Galeano me fournissait de la bibliographie sur la santé et le système de santé en Uruguay. De plus, le cursus demandait une préparation sous forme de lecture obligatoire pour chaque participant. Durant la participation de dix jours à ce cursus, nous étions logés à l'hôtel, dans une petite ville à l'intérieur de l'Uruguay et finalement, les deux mois de travail de groupe pour rédiger le projet final a représenté une partie importante de mes activités pendant mon stage.

Dans ce qui va suivre, je vais présenter en quatre parties le travail réalisé dans le cadre des quatre missions définies pendant ma période de stage au sein de l'OPS Uruguay. Je présenterai à chaque fois le contexte et l'état de lieu des trois politiques publiques en questions ainsi que mes activités réalisées dans le cadre des missions, mes observations et résultats obtenus lors de mes investigations. Étant donné que la mission centrale était d'analyser la politique en VIH et les facteurs limitant l'accès aux soins des populations Transsexuelles et HSH, cette partie occupe la plus grande partie de ce mémoire de stage et sera détaillée après avoir présenté plus brièvement mes travaux réalisés en matière d'Écoles de Promotion de la Santé et la Sécurité Routière. La quatrième partie sera consacrée à ma participation au séminaire de l'« Escuela de Gobierno en Salud Pública » sur les systèmes et services de santé et de protection sociale universelle. J'exposerai le rôle d'une école en santé publique en Uruguay comme partie intégrante de la stratégie de l'OPS pour créer une masse critique en matière de santé publique en Uruguay. Également, je vais décrire mes connaissances et compétences acquises lors de ce cursus ainsi que présenter mon travail réalisé avec mon groupe de travail. Finalement, je terminerai par une parenthèse sur la visite officielle de la Directrice Générale de l'Organisation Panaméricaine en Uruguay, la tenue de la Réunion des Gestionnaires des Pays et Subrégions "Cono Sur" et "Área Andina".

II. Présentation de mes 4 missions de stages

1 La stratégie en santé publique des Écoles de Promotion de la Santé

La stratégie des Écoles de Promotion de la Santé est un accord entre le Conseil d'Éducation Initiale et Primaire (CEIP), le Ministère de Santé Publique (MSP) et l'Organisation Panaméricaine de la Santé/ Organisation Mondiale de la Santé, signé en octobre 2012.

En effet, le mouvement des écoles de promotion de la santé a été créé en 1996 en Amérique Latine et le Caribe, reconnaissant la nécessité d'implanter une stratégie basée sur l'alliance entre la santé, l'éducation et d'autres secteurs, ainsi que sur la construction de réseaux. Les écoles en Uruguay développent déjà depuis plusieurs années des actions en matière de promotion de la santé. L'initiative des Écoles de Promotion de la Santé a pour objectif de systématiser les pratiques dans un cadre de référence accordé entre les trois institutions participantes.

Afin de mettre en œuvre et de développer cette stratégie, s'est constituée une commission technique intersectorielle pour planifier, exécuter, observer et évaluer les actions pertinentes. Ainsi, les trois institutions s'engagent à mettre à disposition des ressources humaines nécessaires à cette commission intersectorielle. L'accord prévoit également de constituer des groupes locaux pour la mise en œuvre de la stratégie. La commission intersectorielle est responsable de la coordination et de la formation des professeurs responsables en promotion de la santé dans les écoles. En outre, dans le cadre de cette stratégie il est prévu de créer une plateforme en ligne avec des informations et des initiatives en matière de promotion de santé. Cette plateforme s'est créée, mais par manque d'actualisation régulière, il y a eu une situation de blocage de cette initiative. Pendant ma période de stage, j'ai suivi toutes les réunions de la commission intersectorielle. Puis s'est mis en place la troisième tentative en deux ans de relancer le projet, jusqu'à la fin de mon stage, mais sans succès. Bien qu'une réunion entre la Ministre de Santé, le Directeur du CEIP et le Représentant de l'OPS ait été organisée, la situation n'a pu être débloquée. Cependant, l'Unité Nationale de la Sécurité Routière, l'UNASEV, a tout de même pu être intégrée dans l'accord. Il est également actuellement en discussion d'intégrer d'autres institutions au sein de cette stratégie. Cette décision est cependant être remise en question puisque la coopération ne

fonctionne guère entre les trois partenaires actuels.⁷ En raison de cette situation de blocage j'ai pu suivre plusieurs réunions. Toutefois, en concertation avec mon maître de stage, nous avons conclu qu'il était difficile d'analyser cette politique en santé publique.

2 L'enjeux de la sécurité routière en Uruguay

Lors de ma mission de stage concernant la sécurité routière, je me suis renseignée en profondeur sur la problématique des taux d'accidents routiers. Je suivais toutes les politiques et actions de l'UNASEV au travers de leur site internet et leur bulletin d'information, avec l'intention de créer une base d'information pour mon rapport d'analyse des politiques en sécurité routière. En outre, j'ai participé à toutes les réunions pour l'organisation de la Semaine du Piéton en mai 2014. Dans la partie suivante, je vais présenter brièvement les résultats de mes recherches et décrire mes expériences lors de ma participation aux réunions concernant cette « Semaine du Piéton ».

2.1 « Épidémiologie » des accidents routière

En 2013, 567 personnes décédaient en Uruguay dans des accidents de la circulation, ce qui représente une moyenne de 16,5 pour cent sur 100.000 habitants. Ces chiffres sont préoccupants pour le pays, ce qui a amené les politiques et les experts de santé à parler d'une épidémie nationale. En Amérique Latine et le Caribe, la moyenne de la mortalité par accidents routiers s'élève à 16 personnes sur 100.000 habitants. A titre de comparaison, dans les pays développés, la moyenne est de 5 sur 100.000 habitants. En Uruguay, le département Flores, à l'intérieur du pays, attire l'attention avec une moyenne de 33,2 sur 100.000 personnes mortes du fait d'accidents de la route, ce qui constitue le double du reste du pays.

La majorité des accidents de la circulation en Uruguay se produisent dans les villes avec un pourcentage de 56% (318 personnes en 2013), alors qu'il est de 44% (249 personnes en 2013) dans les routes départementales. Les plus affectés par les accidents mortels sont les motocyclistes avec 64,2 % de conducteurs morts dans des accidents de la circulation dans les villes et 38% dans les routes départementales. Autre préoccupation importante, le taux d'accidents est plus élevé pendant les week-ends entre 21 heures de vendredi à 8 heures du matin de lundi, avec un pourcentage de 43%. Le président de

⁷ Voir mon évaluation personnelle dans la partie réflexive.

l'Unité Nationale de la Sécurité Routière (UNASEV, **Unidad Nacional de Seguridad Vial**) constate que ce taux représente presque la moitié de des accidents mortels de chaque mois et ce pendant toute l'année.⁸

2.2 l'Unité Nationale de la Sécurité Routière (UNASEV)

L'UNASEV, fondée en 2007, est l'organisme responsable de la sécurité routière en Uruguay. Ses missions sont la régulation et le contrôle des activités relatives à la circulation au sein du territoire national de l'Uruguay. L'UNASEV a été créée sur la base d'une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé.

L'objectif de l'UNASEV est la construction et la promotion d'une politique nationale en sécurité routière pour que tous les usagers de la route circulent de manière sécurisée. L'UNASEV veut contribuer à générer un changement culturel et ainsi promouvoir des comportements basés sur des valeurs de préservation de la vie, de convivialité sociale, de droits et obligations ainsi que sur le respect des lois en matière de circulation routière. Il est considéré comme important d'attribuer aux citoyens un rôle prépondérant dans la promotion de la sécurité routière en Uruguay.

Afin de mettre en œuvre et de générer des initiatives et activités respectives et de pouvoir évaluer les résultats en matière de la stratégie de sécurité routière, l'UNASEV se base sur la Résolution des Nations Unies ainsi que sur les cinq volets d'action recommandés.⁹

2.3 L'organisation de la Semaine du Piéton

Mon maître de stage a prévu que je focalise mon analyse en matière de sécurité routière sur le volet quatre « Comportement des usagers de la route » du Plan mondial – Décennie d'action pour la sécurité routière. Ainsi, mon travail pour cette mission de stage consistait majoritairement en la participation à des réunions de l'organisation de la Semaine du Piéton organisée par l'UNASEV, conjointement à d'autres organisations et institutions telles que la croix rouge, différentes écoles, ONG, organisation de retraités, l'OPS et plusieurs autres.

⁸ Cf. UNASEV: Fines de semana – período crítico de mortalidad en el tránsito, en: Caras y Caretas, Suplemento UNASEV, febrero 2014, p. 12.

⁹ Cf. http://unasev.gub.uy/inicio/institucional/lineas_de_accion/decenio+de+accion+-+naciones+unidas/decenio+accion-naciones+unidas (03.04.14).

La première semaine du piéton s'est mise en œuvre en Uruguay en 2013. Dans l'organisation pour 2014, les participants se basaient sur les expériences passées. L'objectif était de toucher un maximum d'utilisateurs de la route avec des actions menées par des élèves dans différents collèges dans les quartiers de la ville. Des activités ont été mises en œuvre sur les places centrales de la ville avec des acteurs afin d'attirer l'attention des gens sur la sécurité routière dans leur quotidien et de leur montrer que chacun peut y contribuer à sa propre échelle. Ainsi, le slogan de la Semaine était : « Nous sommes tous des piétons » (« Todos somos peatoneros »). L'objectif était non seulement d'attirer l'attention des piétons, mais également celle des conducteurs automobiles, sur l'importance de prêter attention aux piétons, ce qui est aussi dans leur propre intérêt.

Par le biais de l'échange entre les différentes institutions et organisations et notamment lors de la réunion d'évaluation de la Semaine du Piéton, il a été mis en avant qu'une coopération entre l'UNASEV et l'Éducation Primaire serait nécessaire pour mettre en œuvre le changement culturel dans le comportement des utilisateurs des routes, notamment dans le but de préserver la vie des enfants. Ce constat met en relation mes deux missions de stage, que sont la Sécurité Routière et l'Écoles Promoteurs de Santé. En effet, pendant ma période de stage se sont mis en place des procédures permettant d'intégrer l'UNASEV dans l'accord intersectoriel des Écoles de Promotion de la Santé.

3 L'analyse de la politique de santé publique de VIH/SIDA en Uruguay

La mission centrale de mon stage au sein de l'Organisation Panaméricaine de la Santé en Uruguay était l'analyse de la politique publique mise en place pour améliorer l'accès aux soins des Transsexuels et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), qui sont les populations les plus vulnérables et les plus affectées par le VIH/SIDA en Uruguay. En effet, il a été mis en œuvre un projet novateur en Uruguay, grâce au financement du Fonds Mondial, qui a permis d'installer cinq centres de santé, les centres « Espaces Diverses d'Inclusion Social et d'Actions » EDISA. Ces centres sont exclusivement destinés aux populations en question afin de leur offrir un endroit exempt de toute forme de discriminations fondées sur l'identité ou l'orientation sexuelles. Les centres proposent de dépister le VIH et la syphilis afin de contrôler l'épidémie de VIH/SIDA dans cette population.

Dans ce qui suit, je présenterai cette mission de stage en décrivant le projet et son contexte en termes de politiques de santé publique en Uruguay.

3.1 Définition des termes utilisés

Préalablement à la présentation de l'analyse de la politique publique relative au VIH effectuée comme mission de stage, il est nécessaire de définir les notions utilisées en matière de diversité sexuelle afin de caractériser la population en question.

Il est important de différencier orientation sexuelle et identité sexuelle : L'identité sexuelle ou identité de genre peut correspondre ou non au sexe assigné à la naissance. C'est une identification faite par chaque individu qui englobe à la fois sa perception personnelle de son corps et qui peut impliquer la libre décision d'une modification de l'apparence ou de la fonction du corps par voie médicale, chirurgicale ou autre. L'identité sexuelle peut s'exprimer également à travers l'habillement, le langage et la gestuelle. L'orientation sexuelle désigne une attirance affective et sexuelle profonde, accompagnée ou non de relations sexuelles et intimes, avec des personnes du sexe opposé, du même sexe ou des deux sexes.¹⁰

L'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » décrit des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment de leurs rapports sexuels éventuels avec des femmes ou de leur identité bisexuelle ou gay sur le plan personnel ou social. C'est un concept utile, car il permet d'inclure des hommes qui s'identifient comme hétérosexuels tout en ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Ce concept inclus également des hommes qui ont des rapports sexuels avec des personnes Trans. Il y sera fait référence à l'aide de l'abréviation HSH (Hombres que tienen Sexo con Hombres), qui vient de l'espagnol, mais qui s'utilise également dans d'autres langues.¹¹

L'expression « personnes Trans » fait référence aux personnes transgenres, transsexuelles et travesties. Ce sont des personnes dont l'identité sexuelle est différente du sexe assigné à la naissance. Des personnes transsexuelles sont des personnes qui recourent ou ont recouru à une opération chirurgicale ou à un traitement hormonal dans le but de rendre leur identité physique plus conforme au sexe de leur choix. À l'inverse, un ou une travesti(e) ne souhaite pas nécessairement changer définitivement de sexe ou

¹⁰ Cf. ONUSIDA : Guide de Terminologie de l'ONUSIDA. Genève 2011, p. 12 et 25.

¹¹ ONUSIDA : Guide de Terminologie de l'ONUSIDA. Genève 2011, p. 19.

faire une opération chirurgicale de réassignation sexuelle. Ce sont des personnes qui portent des vêtements associés au sexe opposé dans le but d'expérimenter de façon provisoire l'appartenance à l'autre sexe.

3.2 Approche du sujet et identification d'une problématique

Dans ce qui suit, je présenterai ma démarche dans l'approche du sujet et la méthodologie appliquée pour analyser la politique de santé publique en question. En outre, j'exposerai l'évolution de la problématique identifiée.

3.2.1 Méthodologie

Afin de réaliser l'analyse de la politique de santé publique relative au VIH et destinée à la population vulnérable de personnes Trans et HSH, mon maître de stage me proposait comme méthodologie de mener des entretiens auprès des responsables des politiques en question dans le Ministère de Santé Publique de l'Uruguay d'une part ainsi que d'aller sur le terrain et d'échanger avec le personnel de santé dans le centre EDISA d'autre part. Évidemment, au début, il m'a expliqué les politiques actuelles relatives au VIH, le Projet Fonds Mondial et m'a donné de la lecture sur le sujet sous forme de plaquettes, brochures et livres élaborés par le Ministère de Santé sur la politique de santé sexuelle et reproductive, diversité sexuelle ainsi que sur le Projet Fonds Mondial. Il m'a ensuite présenté à la responsable du Programme Nationale de ITS-VIH/SIDA du Ministère de la Santé ainsi qu'à la responsable de l'Unité de Gestion du Projet Fonds Mondial (UGPFM) du Ministère. Ces deux brefs entretiens ont été l'occasion de me présenter et d'introduire ma mission de stage sur la politique de VIH. Grâce à ce premier contact avec les responsables, j'ai reçu des informations importantes sur les politiques en santé sexuelle et reproductive et en diversité sexuelle du MSP. J'ai aussi pu comprendre l'organigramme du Ministère de Santé avec la position du Programme de ITS-VIH/SIDA situé dans le Département de Santé Sexuelle et Reproductive, ainsi que la position de l'UGPFM (en dehors du Programme ITS-VIH/SIDA). Bien que riches, ces deux premiers entretiens ne donnaient qu'une petite vue globale de la politique en place. Il fallait évidemment approfondir l'analyse avec des entretiens sur le terrain. À cette fin, les deux responsables du Ministère m'ont donné le contact du médecin du Centre EDISA de Montevideo ainsi que celui de la directrice du Centre de Santé de Ciudad Vieja à Montevideo, c'est un centre de santé « libre d'homophobie ». Il était très

important et intéressant pour l'étude de faire l'entretien avec ces deux médecins car le Centre EDISA et le Centre de santé libre d'homophobie sont l'exemple de l'implémentation de deux concepts distincts de politiques en matière de diversité sexuelle. En outre, j'ai réalisé un entretien avec l'infirmière du Centre EDISA Montevideo et l'infirmière de l'équipe mobil de Montevideo¹² pour obtenir une description du travail du terrain. J'ai par la suite mené un nouvel entretien avec la responsable de l'Unité de Gestion afin d'obtenir des informations plus précises sur l'aspect administratif et gestionnaire de la mise en œuvre du projet. Étant donné que cette personne venait de prendre ses fonctions dans l'UGPFM seulement trois mois avant, j'ai également interviewé une fonctionnaire du Ministère de Santé Publique qui est partie intégrante de la CONASIDA¹³ et qui était impliquée dans l'élaboration et dans la mise en œuvre du Projet de VIH du Fonds Mondial. J'ai réalisé un dernier entretien avec les deux intervenants « référents » pour les personnes Trans et HSH du Centre EDISA Montevideo afin d'avoir une vision complète du travail de l'équipe de l'EDISA. En outre, j'ai pu participer à un atelier de capacitation sur les soins de santé des personnes Trans et HSH destiné aux employés en santé. Cet atelier fait partie d'une série de formations mise en œuvre lors de la phase de transition du Projet VIH. Ma participation ne m'a pas seulement permis de me faire une impression de la mise en œuvre de la phase de transition et de recevoir une telle capacitation. Mais c'était aussi l'opportunité de mener des conversations informelles avec les autres participants et d'échanger sur leur expérience dans le thème en jeu.

En ce qui concerne la méthodologie des entretiens, j'ai élaboré un questionnaire¹⁴ pour mener des entretiens semi-directifs et qualitatifs. Comme j'ai interviewé des personnes avec des responsabilités très distinctes sur le terrain et dans l'administration, j'ai élaboré deux questionnaires, mais assez similaire, avec l'objectif de pouvoir comparer les entretiens et les informations reçues. Évidemment, chaque personne interviewée mettait l'accent sur sa responsabilité et ses tâches. Le choix de faire des entretiens, et au niveau du terrain, et au niveau politique-administratif permettait d'obtenir une perspective assez complète dans l'implémentation de cette politique. Je n'ai pas réalisé d'entretiens avec

¹² C'est une équipe qui part en voiture pour capter les personnes Trans et HSH et leur offrir le test de VIH et de syphilis.

¹³ La CONASIDA est un organisme de conseil et de coordination des politiques dans la lutte contre le VIH/SIDA avec des membres de l'État, de la société civile et du secteur privé.

¹⁴ Voir l'annexe du rapport sur VIH et populations vulnérables.

des usagers, car pour des questions de représentativité, il aurait fallu mener des entretiens ou questionnaires quantitatifs avec un nombre conséquent d'usagers des centres EDISA. Du fait de la contrainte de temps liée à la durée de mon stage (de cinq mois), cela n'était pas possible. De la même manière, il faut préciser que les entretiens menés dans le Centre EDISA de Montevideo témoignent seulement de l'expérience de ce centre-là et ne peuvent donc pas être extrapolée aux autres centres installés en Uruguay.

J'ai mené chaque entretien seule et en autonomie, mon maître de stage m'ayant donné des conseils dans l'élaboration du questionnaire. Afin de pouvoir me concentrer sur la conversation et pour limiter les difficultés linguistiques, j'ai enregistré et retranscrit chaque entretien.

3.2.2 Identification de la problématique

Au début de mon stage, la problématique du sujet VIH semblait être la question de savoir comment le système de santé peut s'approcher au mieux d'une population vulnérable en termes sociaux et de santé, et par suite de quelle manière améliorer son accès aux soins de santé. Le Projet de VIH de l'Uruguay, avec le Fonds Mondial, se proposait de créer des espaces particulières qui garantissent la non-discrimination de la population Trans et HSH afin de les faire se rapprocher du système de santé. Je me suis donc focalisée sur l'identification des facteurs limitant l'accès aux soins de ces personnes pour ensuite définir comment améliorer les conditions de l'accès aux soins. L'idée initiale était de problématiser d'une manière générale comment aborder l'accès aux soins de populations vulnérables, à travers une étude de cas du contexte spécifique de la population des personnes Trans et HSH en Uruguay et le Projet VIH avec l'implémentation des Centres EDISA dans le pays.

Cependant, à travers les entretiens menés, il est survenu une problématique bien différente en raison du contexte de la politique de santé publique en Uruguay. En réalité, actuellement, avec le Projet Fonds Mondial, deux politiques différentes en matière d'amélioration de l'accès aux soins des diversités sexuelles sont en cours. L'implémentation du projet financé par le Fonds Mondial a commencé en 2012 avec une phase antérieure de deux ans pour la préparation et proposition du Projet à l'égard du Fonds Mondial. À la conception du projet, faire une politique dirigée explicitement vers les personnes Trans et HSH était une politique novatrice, car auparavant, les

diversités sexuelles n'étaient pas prises en comptes dans les politiques sociales et de santé. Évidemment, cette politique s'inscrit dans le concept du droit à la santé lors de la Réforme du SNIS. Cependant, après deux ans de préparation, les autorités politiques, de même que la politique à l'égard des diversités sexuelles, ont changé. Différents programmes de santé, comme le Programme National de ITS-VIH/SIDA, ont été mis en place. L'objectif de ce dernier est d'aborder les soins de santé de VIH/SIDA d'une manière intégrale et pour cela, ont été créés chez tous les prestataires de santé publiques et privés des services de santé sexuelle et reproductive. C'est évident que la politique à l'œuvre avec le concours du Fonds Mondial via les Centres EDISA, qui sont des endroits exclusifs pour une population particulière, n'est pas conforme au paradigme de cette politique de santé intégrale du Programme National ITS-VIH/SIDA. Étant donné que le projet EDISA avait déjà été accepté et signé, deux approches différentes des politiques publiques, avec pour fin d'améliorer l'accès aux soins des populations Trans et HSH, ont co-existé. Les centres EDISA proposent une approche de discrimination positive afin de garantir un accès aux soins sans discrimination de la population en question. Cependant, les services de santé intégraux sont établis par la loi et veulent promouvoir un environnement de santé sans aucune discrimination dans le but que les personnes Trans et HSH soient intégrées pleinement et ne doivent pas se faire soigner dans des endroits particuliers. L'objectif est la pleine inclusion de ces populations vulnérables et discriminées. Le centre de santé Ciudad Vieja « libre d'homophobie » est un exemple pour cette politique intégrale en santé. Ce centre de santé et le centre EDISA de Montevideo collaborent en raison de leur proximité géographique, au coin de la même rue. Cependant, lors des entretiens avec respectivement la directrice du centre de santé et le médecin du centre EDISA, bien que les deux centres luttent contre la discrimination des populations Trans et HSH dans la santé, les deux centres abordent le problème de discrimination avec des concepts contraires. Les entretiens au niveau du Ministère de Santé montrent qu'il existe une controverse entre les deux approches politiques.

À partir de ces observations, la problématique a évolué : Il s'agissait non seulement d'améliorer l'accès aux soins des populations vulnérables, et plus précisément le chemin qui aboutit à une amélioration des conditions d'accès. Ainsi, en se fondant sur l'expérience faite en Uruguay, se pose la question de savoir laquelle des deux manières, à savoir au travers d'une politique de discrimination positive ou au contraire via une

politique intégrale, permet d'améliorer l'accès aux soins des populations Trans et HSH, en gardant à l'esprit que ce sont des personnes discriminées dans la société et également dans les services de santé classiques.

Dans les pages qui suivent, j'exposerai les informations recueillies lors de cette mission de stage, avec une description du contexte épidémiologique et législatif en Uruguay ainsi qu'une analyse des facteurs limitant l'accès aux soins des personnes Trans et HSH. Sera également présenté en détail le Projet de VIH du Fonds Mondial en Uruguay et son implémentation. Finalement, je livrerai une interprétation de mon analyse et formulerai quelques recommandations en termes de politiques publiques relatives VIH et favorisant l'accès aux soins des diversités sexuelles afin de répondre à la problématique exposée.

3.3 Le contexte épidémiologique de VIH/SIDA

Avant d'entrer dans l'analyse des politiques en santé publique en VIH en Uruguay, il faut aborder le contexte et les particularités épidémiologiques du VIH/SIDA en Uruguay, mais également en Amérique Latine afin de pouvoir comparer la situation au regard de la maladie avec les autres pays de la région.

3.3.1 VIH au niveau international, en Amérique Latine et en Uruguay

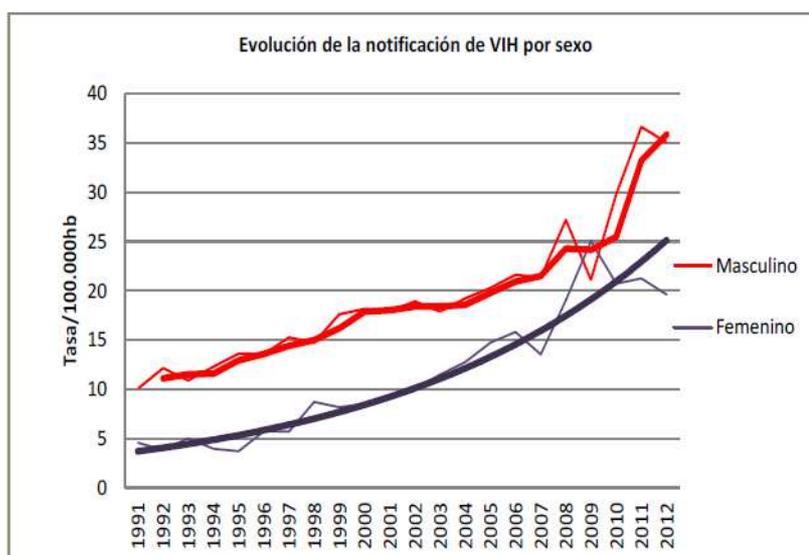
Au niveau international, environ 35,3 millions de personnes sont séropositives en 2012 (les chiffres varient entre 32,2 et 38,8 millions de personnes). Selon le rapport UNAIDS de 2013, cela représente une augmentation comparée aux années précédentes. Par contre, le nombre de nouvelles infections a diminué en 2012 avec 2,3 (1,9 – 2,7) millions en comparaison avec 3,4 (3,1 – 3,7) millions nouvelles infections en 2011. Le nombre de personnes décédées à cause du SIDA a également baissé de 2,3 (2,1 – 2,6) millions de morts en 2011 à 1,6 (1,4 – 1,9) en 2012.¹⁵

En Amérique Latine, on estime qu'en 2012, environ 1.500.000 personnes vivaient avec le VIH. En 2011 le nombre s'élevait à 1.300.000 personnes infectées. Le nombre de nouvelles infections restaient plus ou moins stable avec 97.000 (78.000 – 120.000) en 2011 et 86.000 (57.000 – 150.000) en 2012. Au total, le nombre de morts causé par le SIDA a diminué de 82.000 (63.000 – 100.000) en 2011 à 52.000 (35.000 – 75.000) en

¹⁵ Cf. UNAIDS: Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra 2013. P. 4, URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf (06.05.2014).

2012.¹⁶ La prévalence de l'infection de VIH en Amérique Latine s'élève à 0,4% dans la population adulte en 2012.¹⁷

En Uruguay, la prévalence de l'infection à VIH dans la population adulte est plus élevée que dans la moyenne latino-américaine, avec 0,7% en 2012.¹⁸ Entre 1983 et 2012 ont été enregistrées 12.422 personnes séropositives et on estime que chaque année il y a environ 1000 nouveaux cas d'infection. En 2012, se communiquaient 3 cas d'infection de VIH sur 10.000 uruguayens, avec une prédominance dans les hommes : Il s'enregistrait 4 cas sur 10.000 hommes et 2 cas sur 10.000 femmes.



Le graphique montre l'évolution de la notification des cas de VIH dans la population féminine et masculine avec un taux clairement plus élevés dans les hommes. En 2012, la proportion de nouvelles infections entre hommes et femmes était de 1,7 ce qui représente une légère augmentation en comparaison avec les années antérieures. La proportion de nouveaux diagnostics de VIH s'élève à 63,3% de toutes les notifications.¹⁹

3.3.2 La prévalence de VIH/SIDA dans les populations Trans et HSH

Dans toute l'Amérique Latine, les populations les plus affectées par l'épidémie VIH/SIDA sont les personnes Trans, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les travailleurs et travailleuse du sexe et les usagers de drogues

¹⁶ Cf. UNAIDS: Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra 2013. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf (06.05.2014).

¹⁷ Cf. UNAIDS: <http://www.onusida-latina.org/es/modules-menu-es.html> (06.06.2014).

¹⁸ Cf. ONUSIDA: Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra 2013.

¹⁹ Cf. Ministerio de Salud Pública: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA, diciembre 2013.

intraveineuses, avec une prévalence considérablement plus élevée que dans le reste de la population. Dans la population Trans, les notifications d'infections à VIH atteignent jusqu'à 34%. Parmi les HSH la prévalence s'élève jusqu'à 20,3% dans certains pays et est supérieure à 5% dans tous les pays de l'Amérique Latine. Parmi les travailleurs du sexe masculins, la prévalence de VIH peut arriver à 22,8 selon les dates disponibles dans les pays.²⁰

La transmission de VIH parmi les HSH est la cause majeure de nouvelles infections en Amérique Latine. Ainsi, la prévalence de VIH est systématiquement plus élevée parmi les HSH que parmi tous les hommes (cela est valable pour toutes les régions du monde).²¹

Le rapport de l'ONUSIDA met en avant que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont souvent un accès extrêmement limité aux préservatifs, aux lubrifiants à base d'eau, à l'éducation en matière de VIH et à l'aide pour la réduction des risques sexuels.²²

En Uruguay, l'épidémie de VIH est une épidémie concentrée, ce qui signifie que la prévalence de VIH dans la population générale est inférieure à 1% et supérieure à 5% dans des populations particulières comme les HSH et les personnes Trans. Ce sont des populations vulnérables qui ont des difficultés dans l'accès aux soins et à la prévention des maladies.²³ En Uruguay, les HSH et les personnes Trans sont les populations les plus affectées et les moins soignées. Selon des enquêtes, la prévalence de VIH parmi les HSH s'élève à 9%, parmi les travailleurs du sexe Trans le chiffre s'élève à 36,5%.²⁴

3.4 Cadre législatif en santé sexuelle et reproductive et en diversité sexuelle

Dans le contexte de la Réforme du système de santé en Uruguay avec la création du Système National Intégré de Santé, « l'implémentation de services intégraux pour les soins de santé sexuelle et reproductive ciblés aux femmes, hommes et diversités

²⁰ Cf. ONUSIDA: <http://www.onusida-latina.org/es/modules-menu-es.html> (06.05.2014).

²¹ Cf. ONUSIDA: Rapport Mondiale sur l'épidémie de sida 2013. Genève 2013, p. 22.

²² Cf. ONUSIDA: Rapport Mondiale sur l'épidémie de sida 2013. Genève 2013, p. 24. Selon: Wilson, P., Santos, G., Herbert, P. and Ayala, G. (2011). *Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care Providers* (Oakland, CA: Global Forum on MSM and HIV).

²³ Cf. Ministerio de Salud Pública Uruguay: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. Diciembre 2011, p. 3.

²⁴ Cf. Agencia Nacional de Investigación e Innovación y Ministerio de Salud Pública de Uruguay: La Población ante el estigma y la discriminación. Actitudes y creencias de la población uruguayana hacia la población Trans, hombres que tienen sexo con hommes, y personas que viven con VIH. Diciembre 2013, p. 9.

sexuelles, dans toutes les institutions de prestataires de santé et dans tout le territoire national, est une priorité pour le Ministère de la Santé Publique »²⁵ Contemplant la promulgation des droits sexuels et reproductifs de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement à Le Caire en 1994, l'Uruguay a implémenté une législation qui assure le droit aux soins en matière de santé sexuel et reproductive. Le droit à la santé est considéré comme pierre angulaire par le Ministère de Santé Publique de l'Uruguay et unique dans le monde entier.²⁶

Le MSP prétend mettre en œuvre ce cadre juridique du droit à la santé sexuelle et reproductive à travers les trois niveaux suivants de la relation sanitaire : Le premier niveau correspond à tout ce qui est normatif dans le système, à savoir la réglementation de la loi 18.426. Le second niveau renvoie aux équipes de santé (equipos de salud) qui doivent être sensibilisées et formées, en particulier à l'intérieur du pays. Quant au troisième niveau, que sont les usagers du système de santé, il s'agit d'assurer l'empowerment des citoyens par le biais de campagnes d'informations.²⁷

Les soins de santé en VIH/SIDA des personnes trans et HSH font partie du secteur de santé sexuelle et reproductive. C'est une question d'accessibilité des services de santé respectifs ainsi qu'une problématique de droits de l'homme et de non-discrimination. Pour cela, dans les pages qui suivent, sera abordée la législation en vigueur en droit à la santé, particulièrement en santé sexuelle et reproductive, la législation en matière de non-discrimination dans l'accès aux soins et en diversité sexuelle en Uruguay. Le statut de la Commission Nationale de Lutte contre le SIDA sera présenté (Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA, CONASIDA) ainsi qu'un avant-projet de lois actuel sur les soins de santé de VIH/SIDA en Uruguay.

3.4.1 Le droit à la santé dans la Constitution et le SNIS

La Constitution uruguayenne établit que l'État est législateur dans tous les sujets liés à la santé et l'hygiène publics, procurant le perfectionnement physique, moral et social de tous les habitants du pays. Tous les habitants ont l'obligation de se soigner ainsi que de se faire soigner dans le cas de maladie. L'État est en charge de mettre à disposition

²⁵ Ministerio de Salud Pública Uruguay, Dirección General de Secretaría Departamento de Programación Estratégica en Salud: Guías para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadores de salud., 2010, p. 4.

²⁶ Cf. Ibid.

²⁷ Cf. Ibid.

gratuitement les moyens de prévention est d'assistance aux démunis et aux personnes qui ne disposent pas de ressources suffisantes.²⁸ Comme déjà mentionné antérieurement, le SNIS met en avant le droit à la santé de tous les habitants de l'Uruguay : « La protection de la santé est un droit humain fondamental dont l'exercice effectif est de la responsabilité de l'État, qui doit créer les conditions pour que toute la population résidant dans le pays ait accès aux services intégraux de santé. »²⁹

3.4.2 Les services de santé sexuelle et reproductive

En matière de santé sexuelle et reproductive, la loi 18.426 de décembre 2008 sur « La défense du droit à la santé sexuelle et reproductive » est la plus importante et met en avant dans le premier article que ce soit la responsabilité de l'État uruguayen de garantir le « exercice pleine » des droits sexuels et reproductifs. Dans son second article, la loi présente les objectifs généraux de la loi : Ainsi, le texte requiert l'universalisation de la couverture de la santé sexuelle et reproductive dans les soins primaires, renforçant « l'intégralité, la qualité et l'opportunité des prestations avec une infrastructure suffisante, la capacité et le compromis des ressources humaines et un système d'information adéquat. »³⁰ En outre, la loi exige que la qualité, la confidentialité, la protection de la vie privée et le respect des droits sexuels et reproductifs soient garantis à travers l'information et la capacitation du personnel et des usagers en termes de promotion et de prévention de santé. La loi fait également valoir les prestations de santé mentale depuis une perspective de prévention de la violence physique, psychique, sexuelle et des comportements discriminatoires. En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive des hommes, la loi promeut aussi un changement dans le système de santé pour permettre aux hommes de vivre pleinement et d'assumer la responsabilité de leur sexualité et de la reproduction.³¹

Le décret 293/010 réglemente postérieurement cette loi afin de déterminer les caractéristiques des services de santé sexuelle et reproductive, que les prestataires de services du système sont obligés d'implémenter. Il exprime également la conformité de

²⁸ Art. 44°, Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1997.

²⁹ Art. 1°, ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

³⁰ Art. 2°, Loi 18426 "La defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva".

³¹ Cf. Loi 18426 "La defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva".

l'État uruguayen à la définition de santé sexuelle et reproductive de l'Organisation Mondiale de Santé de 2006 :

„Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.“³²

Reproductive health is “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capacity to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant.”³³

Ce qui est important en termes des politiques de VIH destinées aux populations Trans et HSH, c'est l'article 3° du décret qui établit les services de santé sexuelle et reproductive comme partie des programmes intégraux de santé. Quant à la diversité sexuelle il est important de mentionner les aspects suivants de cet article : Le décret réclame des services accueillants qui diminuent les barrières d'accès, en particulier des populations les plus vulnérables et socialement exclues. Les services doivent être inclusifs, recevant les femmes, les hommes et personnes Trans comme des usagers et non seulement comme des accompagnateurs des personnes avec qui ils ont des rapports sexuels. En outre, afin d'obtenir une approche intégrale de la santé sexuelle et reproductive, les services doivent considérer les usagers dans leur dimension bio-psycho-social et leur santé en général ainsi que de leurs familles et la communauté. Le décret attribue au Ministère de Santé Publique la responsabilité de définir les contenus et de planifier des

³² World Health Organization: Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. URL:

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1

³³ Ibid.

activités de sensibilisation et de capacitation des professionnels des équipes de santé de référence en santé sexuelle et reproductive.³⁴

3.4.3 La non-discrimination dans l'accès aux soins

L'article 8 de la Constitution de la République Orientale de l'Uruguay définit que « toutes les personnes sont égales devant la loi, ne reconnaissant pas d'autre distinction que leurs talents et vertu. »³⁵ Évidemment, cet article se prononce contre toute forme de discrimination. La loi 17.817 déclare comme intérêt national la lutte contre toute forme de discrimination et le Code Pénal établit la surveillance afin de protéger les personnes victimes de discrimination et afin de sanctionner les infractions aux lois de non-discrimination.

En matière d'accès aux soins, le « Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay » de 1995 établit que les professionnels de médecine doivent soigner les personnes et de la communauté sans aucune forme de discrimination et en respectant la vie et les droits humains. Concernant la diversité sexuelle et de minorités dans la société, le Código met en avant que les personnes qui font partie de groupes sociaux minoritaires de par leur orientation sexuelle, leur origine ethnique ou parce qu'elles souffrent des maladies stigmatisantes, doivent recevoir le même traitement que les autres patients. Toute discrimination dans la prise en charge pour ce motif sera considérée comme faute éthique grave.³⁶

Le « Colegio de Enfermería de Uruguay » a signé la « Declaración de Principios Éticos del Consejo Regional de Enfermería MERCOUR », lequel requiert de proposer des soins de santé sans discrimination de quelconque nature.³⁷

La loi et le décret correspondant sur les services de santé sexuelle et reproductive mettent également en valeur l'importance de la non-discrimination des patients dans les services respectifs. Le terme de non-discrimination se dirige tant à la non-discrimination de patients avec des maladies à transmission sexuelle qu'à la non-discrimination à cause

³⁴ Cf. Decreto 293/010 de reglamentación de la ley 18426 de "La defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva" de diciembre 2008.

³⁵ Art. 8°, Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1997.

³⁶ Cf. Código de Ética Médica, Sindicato Médico del Uruguay, 27. de abril 1995. URL: <http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/codigoch.pdf> (25.06.2014).

³⁷ Cf. Art. 3°, Declaración de Principios Éticos, Consejo Regional de Enfermería MERCOSUR, <http://www.bioeticachile.cl/felaibe/documentos/argentina/Codigo%20Enferm%20Argentina.PDF> (25.06.2014).

de l'identité de genre ou de l'orientation sexuelle des personnes. Afin de lutter contre la discrimination des personnes vivant avec des maladies à transmission sexuelle, la loi réclame des campagnes éducatives. En outre, les services doivent proposer une approche égalitaire qui respecte la diversité des personnes et qui évite la discrimination à cause du genre, de la condition ethnico-racial, l'orientation sexuelle et d'identité de genre, les capacités différentes (personnes avec handicap)³⁸, les convictions philosophiques, confessionnelles et idéologique.³⁹

3.4.4 L'avant-projet de loi sur VIH en Uruguay

La CONASIDA (Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA), un conseil consultatif de coordination des politiques publiques concernant le VIH/SIDA, a approuvé un avant-projet de loi, lequel était présenté en mai 2014. Le motif de cet avant-projet est que l'Uruguay dispose d'une législation spécifique au VIH/SIDA, comme c'est déjà le cas dans quelques pays dans la région. L'Uruguay peut enregistrer des progrès importants en matière de lutte contre le VIH/SIDA mais avec une loi, l'État uruguayen mettra en valeur l'importance accordée à cette maladie. Avant tout, il faut constater que le SIDA est un défi social, étant donné que les personnes vivant avec le VIH souffrent de la discrimination dans la société et également dans les soins de santé. C'est la raison pour laquelle la loi adoptera le sujet de VIH/SIDA depuis une perspective de droits fondamentaux humains.

La loi obligera l'État à garantir l'accès aux soins de santé intégrale et à contribuer à la protection et la promotion de la santé de la population en matière de VIH/SIDA. L'État devra également assurer le traitement médical, psychologique et pharmaceutique, incluant les médicaments antirétroviraux. La loi réclame également la formation et la capacitation des ressources humaines en matière de test de détection de VIH. En termes de non-discrimination, l'avant-projet de loi est exigeant afin de garantir la dignité de la personne. Il demande également le non-isolement des personnes vivant avec VIH/SIDA dans toutes les sphères de la vie.⁴⁰

³⁸ Le terme de « capacité différente » s'utilise en Uruguay pour définir les personnes vivant avec un handicap.

³⁹ Cf. Loi 18426 de "La defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva" de diciembre 2008.

⁴⁰ Les informations sur cet avant-projet de loi de la CONASIDA se basent sur la présentation de celui-ci le 15/05/2014 à Montevideo et le document redistribué dans la présentation.

3.4.5 La reconnaissance de la diversité sexuelle en Uruguay

Comparé au reste des pays de la région, la législation uruguayenne en matière de reconnaissance de la diversité sexuelle est assez avancée. Le mariage homosexuel est légal depuis mai 2013.⁴¹ Ainsi, l'Uruguay était le second pays dans l'Amérique de le reconnaître, après l'Argentine en 2010. Le Brésil suivait comme troisième pays également en 2013.⁴²

En outre, il existe une loi sur le Droit de l'Identité de Genre et au Changement du Nom et du Sexe dans les Documents Identificatoires. Cette loi porte sur le droit de chaque personne au libre développement de sa personnalité, conformément à sa propre identité de genre et indépendamment du sexe biologique, génétique, anatomique, morphologique, hormonal, d'assignation ou autre. Toute personne peut solliciter l'ajustement de son nom, son sexe ou des deux enregistrés, quand les deux ne coïncident pas avec l'identité ou le genre de la personne.⁴³

Pour résumer le cadre législatif en matière de santé sexuelle et reproductive et en matière de reconnaissance et de respect de la diversité sexuelle en Uruguay dans le milieu de la santé, il faut mettre en avant que l'accent est mis sur une approche des deux problématiques liées l'une à l'autre, par les Droits de l'Homme. Cette approche représente et s'inscrit intégralement dans la Réforme du système de santé uruguayen. Il faut souligner que cette législation a pour objectif de garantir l'accès aux soins de toute la population sans aucune forme de discrimination, ni de manière négative et non plus de manière positive. Cependant, il faut prendre en considération que la discrimination de la population minoritaire des personnes Trans et HSH est une problématique qui dépend largement de l'attitude et du comportement de la société. Par conséquent, ces lois sont une base juridique afin de lutter contre la discrimination de ces personnes qui doit inciter et accompagner un changement culturel dans la société pour pouvoir garantir et faire vivre la non-discrimination de dite population stigmatisée et des personnes qui vivent avec VIH/SIDA.

⁴¹ Cf. Art. 1°, Ley N° 19.075 Matrimonio Igualitario.

⁴² Cf. El Mundo: Brasil es el tercer país en Latinoamérica donde el matrimonio gay es legal, 15.05.2013, URL: <http://www.elmundo.es/america/2013/05/15/brasil/1368619221.html> (30.06.2014).

⁴³ Cf. Ley N° 18.620 Derecho a la Identidad de Género y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios.

3.5 Les facteurs limitant l'accès aux soins des personnes Trans et HSH

À travers les entretiens menés et un travail bibliographique, il s'avère que le facteur principal limitant l'accès aux soins de santé des personnes Trans et HSH est la discrimination. Les services de santé ne sont pas accueillants envers cette population ce qui fait que ces personnes viennent à peine aux services de crainte de subir de la discrimination, par le personnel des services ainsi que par les autres usagers présents dans les salles d'attente. Dans ce qui suit seront donc exposées les raisons et origines de la discrimination de ces personnes et des personnes séropositives. Sera également expliquée la relation entre la discrimination de la population Trans et HSH et la maladie de VIH/SIDA. Des difficultés persistent pour permettre à cette population de se faire soigner dans le système de santé, difficultés qui seront abordées à la fin de ce chapitre.

3.5.1 La discrimination des personnes Trans et HSH liée au VIH/SIDA

La stigmatisation et la discrimination représentent des facteurs majeurs limitant la prise en charge du VIH des personnes Trans et HSH. C'est pourquoi la ONUSIDA insiste pour que l'élimination de la discrimination et le stigmatisme est un impératif dans la lutte et le contrôle de l'épidémie du VIH/SIDA, parce que c'est une mesure erronée, injuste et inefficace en matière de santé publique.⁴⁴

Selon l'ONUSIDA, la stigmatisation peut être décrite comme « un processus dynamique de dévalorisation qui discrédite fortement une personne aux yeux des autres »⁴⁵ La discrimination est le résultat de la stigmatisation, lorsque cette dernière est suivie de faits qui peuvent prendre la forme de gestes ou d'omissions : « La discrimination désigne toute forme de distinction, d'exclusion ou de restriction arbitraire à l'égard d'une personne, généralement fondée – mais pas toujours – sur une caractéristique personnelle apparente ou perçue l'assimilant à un groupe donné (dans le cas du sida, la séropositivité confirmée ou supposée), indépendamment du caractère justifié de ces mesures.»⁴⁶

⁴⁴ Cf. ONUSIDA: Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Genève 2001. URL: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc295-protocol_fr.pdf (24.07.2014).

⁴⁵ ONUSIDA: Guide de terminologie de l'ONUSIDA. Genève, 2011. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_fr.pdf (22.07.2014).

⁴⁶ Ibid.

Les personnes Trans et HSH sont une des populations les plus discriminées dans nos sociétés. Afin de connaître les perceptions et le comportement de la société uruguayenne à l'encontre de des personnes Trans, HSH et personnes vivant avec le VIH/SIDA, la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) avec le soutien du Fonds Mondial a mis en œuvre une enquête à niveau nationale en Uruguay. L'objectif de cette enquête était de pouvoir élaborer des recommandations pour les politiques publiques, afin de garantir l'élimination du stigmatisme envers ces populations.⁴⁷ Ainsi, se sont réalisés des entretiens face à face dans des zones urbaines dans tout le pays afin d'obtenir une enquête avec une approche quantitative.

Seront présentés très brièvement les résultats de l'étude afin de démontrer la situation de la problématique de discrimination envers les populations en question : Environ 92% des personnes interviewées reconnaissent qu'il existe un problème de discrimination envers des groupes de personnes pour cause de leurs caractéristiques physiques, économiques, culturelles ou leur orientation sexuelle et une majorité des personnes se positionnent à un niveau d'acceptation haute et moyen haute⁴⁸. Par contre, à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, la majorité des personnes interviewées se situent dans un niveau d'acceptation moyenne. De l'enquête résulte également que la discrimination et l'acceptation manquante des personnes qui vivent avec le VIH proviennent de croyances erronées sur la transmission du VIH. Un constat intéressant de l'étude met en avant que grâce à l'activisme de la communauté LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Trans) depuis environ 10 ans, s'est considérablement améliorée l'acceptation de la population en question.⁴⁹

Les deux intervenants "referentes" pour personnes Trans et HSH du Centre EDISA Montevideo constate également avoir découvert au début du Projet Fonds Mondial que déjà, il n'y avait pas autant de préjudices ou agressivité dans la rue envers les personnes Trans et HSH et que ces personnes sont déjà plus acceptées dans la société.⁵⁰

⁴⁷ Cf. Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII) : La población ante el estigma y la discriminación. Actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, y personas que viven con VIH. Montevideo 2013, p. 11.

⁴⁸ Selon des indicateurs prédéfinis. Pour obtenir plus d'information sur les indicateurs, voir: ANII 2013.

⁴⁹ Cf. ANII 2013.

⁵⁰ Cf. Entretien avec les deux intervenants „referentes“ pour personnes Trans et HSH du Centre EDISA de Montevideo du 01/07/2014.

En Uruguay, les personnes Trans et HSH sont les plus affectés par l'épidémie du VIH/SIDA et ils souffrent d'une double discrimination par leur identité de genre et orientation sexuelle ainsi qu'à cause de leur séropositivité. En outre, très fréquemment dans la société, il se crée automatiquement une corrélation entre le fait d'être une personne Trans ou un homme ayant des rapports sexuels avec des hommes et le fait d'être séropositif. Par conséquent, la population en question est couramment et seulement vue et perçue en santé publique depuis une approche de VIH/SIDA. Évidemment, l'identité de genre et l'orientation sexuelle n'ont rien à voir avec l'épidémie du VIH. La raison pour laquelle la maladie se concentre dans cette population est les déterminants sociaux défavorables à ce groupe de personnes. Et entre les déterminants sociaux et la stigmatisation et la discrimination existe une relation causale, car ces derniers empêchent l'inclusion des personnes Trans et HSH et leur jouissance des ses Droits de l'Homme. Ces personnes très vulnérables dans le domaine social, économique et d'éducation sont encore plus à même de s'infecter, ce qui fait du SIDA une « maladie sociale ». Par conséquent, la stigmatisation et la discrimination des personnes Trans et HSH ont un impact social et ainsi sont des facteurs qui accompagnent et aggravent l'épidémie dans cette population.⁵¹

3.5.2 La discrimination dans les services de santé

Naturellement, la discrimination qui existe dans la société se reflète également dans le secteur de la santé, dans les centres de santé et hôpitaux.

Il faut reconnaître qu'il existe une discrimination assez franche des personnes vivant avec le VIH/SIDA car il y a des médecins qui refusent de prendre en charge des personnes avec des maladies de transmission sexuelle : Par exemple, il existe un cas dans lequel un patient voulant faire un dépistage du VIH et de la syphilis a consulté un médecin infectiologue. Cet infectiologue lui a dit qu'il faut consulter un urologue pour le diagnostic du VIH et de la syphilis, lequel lui a répondu que cela relevait de la compétence de l'infectiologue. L'utilisateur a dû parcourir cinq différents lieux et dans aucun ils ne le voulaient prendre en charge pour détecter le VIH. A la fin, ce patient arriva au Centre EDISA de Montevideo où il a été pris en charge.

En outre, il faut constater que les services de santé pour Trans et HSH sont très liés au VIH/SIDA et autres infections de transmission sexuelle. Ainsi, la Directrice d'un Centre

⁵¹ Cf. ANII 2013, p. 16.

de Santé à Montevideo (Centro de Salud de Ciudad Vieja) décrit l'attitude des équipes de santé dans les centres de santé et les hôpitaux à l'égard de cette population de la manière suivante : « Tu veux un service de santé parce que tu as le VIH ou la syphilis ; mais non pas parce que tu veux te faire un contrôle de santé comme toute autre personne qui a diabète par exemple. »⁵² Cette citation montre très bien que, déjà en se rapprochant des services de santé, cette population est supposée avoir le VIH ou toute autre infection de transmission sexuelle. Il n'est même pas pris en considération que ces personnes peuvent avoir les mêmes problèmes de santé que tout le monde. Évidemment, c'est une réalité que la population Trans et HSH ait besoin de soins de santé spécifiques comme par exemple des traitements hormonaux. Mais ces nécessités particulières ne sont pas automatiquement liées au VIH/SIDA. La Directrice du Centro de Salud de Ciudad Vieja affirme que l'objectif de son centre de santé est d'aborder la diversité sexuelle depuis une prise en charge intégrale de la santé et non pas « de la main du VIH »⁵³

Une des raisons principales de la discrimination dans le secteur de la santé est que les médecins et le personnel de santé ne sont pas formés ni n'ont les capacités de prendre en charge des personnes Trans et HSH. Une ONG uruguayenne qui s'appelle « Ovejas Negras » expose à travers une vidéo les questions et le comportement des médecins qui font la différence pour une prise en charge adéquate et opportune des personnes Trans et HSH. Avant tout, il faut aux équipes de santé se rendre compte qu'il existe une diversité sexuelle et que cela a pour conséquence différents besoins des personnes selon leur identité de genre et leur orientation sexuelle. La vidéo s'appelle « Cuál es la diferencia » et montre la prise en charge de quatre usagers différents. Pour chaque patient se produisent deux situations avec le même problème de santé. Dans la première situation le médecin ne demande pas l'orientation sexuelle ou l'identité de genre, dans la seconde situation si et la différence dans la prise en charge devient évidente. Par exemple, dans l'un des cas de figure vient une fille Trans chez le médecin et elle lui raconte qu'elle se sent très déprimée tout le temps. Le médecin qui ne prend pas en compte que sa patiente est une femme Trans et que cette population a des besoins particuliers en matière de santé, la réfère à un psychologue. Le médecin formé en matière de prise en charge de la diversité sexuelle pose plus de question à l'usagère, en particulier sur une possible auto-hormonisation de la patiente et la réfère, et à un psychologue, et à un médecin

⁵² Entretien avec la Directrice du Centre de Santé « Centro de Salud de Ciudad Vieja » à Montevideo, du 07.04.2014.

⁵³ Ibid.

endocrinologue. Dans la dernière situation la patiente est prise en charge de manière intégrale et opportune. Les autres exemples de la vidéo pointent également que la formation et la capacité des équipes de santé sont fondamentales afin d'assurer la prise en charge adéquate des populations Trans et HSH.⁵⁴

Toutes les personnes interviewées pour cette étude sur la politique de VIH/SIDA constatent que les médecins et le personnel de santé ne sont pas formés pour prendre en charge les particularités médicales des personnes Trans et HSH, ce qui provoque facilement des comportements discriminatoires de la part des équipes de santé.

Actuellement, d'avril à septembre 2014, le Projet Fonds Mondial se trouve en phase de transition avec l'objectif d'intégrer les centres EDISA dans le système intégral de santé et il se réalisent des ateliers de formation pour les équipes de santé en matière de la prise en charge des diversités sexuelles. J'ai participé à l'un de ces ateliers et à travers les conversations menées avec les participants, entre autres des médecins et infirmières, il ressort que ces ateliers sont perçus très utiles et intéressants. Simultanément, les participants se plaignent de l'absence de l'apprentissage des particularités de la prise en charge de personnes Trans et HSH dans leurs formations originales respectives.⁵⁵

Également, il faut constater que dans les centres de santé et les hôpitaux, il y a les autres usagers qui souvent adoptent un comportement discriminatoire à l'égard des personnes Trans et HSH. Avant tout, les personnes Trans souffrent de la discrimination, étant donné qu'ils sont les plus visibles. Les salles d'attente sont des endroits publics et les personnes Trans ne se sentent pas à l'aise avec les regards des autres patients qui sont souvent stigmatisants, car la société en général n'est pas encore prête à accepter pleinement la diversité sexuelle.⁵⁶

Pour résumer, il faut constater que la méconnaissance des professionnels dans les services de santé est un défaut majeur dans le système de santé qui empêche la prise en charge intégrale et opportune des populations Trans et HSH et qui est également à l'origine de la discrimination de ces personnes et en revanche empêche les personnes de se rapprocher des services de santé.

⁵⁴ Vidéo disponible sur URL: <http://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79Zls> (25.07.2014).

⁵⁵ Informations reçues lors de l'atelier de phase de transition « Taller Fase de Transición » du Ministère de Santé Publique et ASSE. 11 juillet 2014 dans la Clinique « Policlínica Crottogini », à Montevideo.

⁵⁶ Cf. Entretien avec les deux intervenants „referentes“ pour personnes Trans et HSH du Centre EDISA de Montevideo du 01/07/2014.

3.5.3 Les facteurs limitant d'atteindre les personnes Trans et HSH

C'est une réalité que les populations Trans et HSH ne se rapprochent pas des services de santé à cause des facteurs vus antérieurement. Également, il est important d'analyser les facteurs limitant qui empêchent d'atteindre les personnes Trans et HSH, car un travail essentiel est d'inciter cette population aux soins de santé. Par conséquent, comme ces personnes ne se rapprochent pas des services de santé, il faut que le système de santé prenne l'initiative et se rapprochent vers eux.

Les personnes interviewées constatent qu'une grande difficulté se pose pour capter les personnes, car il s'agit d'une population très flottante : Il y a beaucoup d'immigrants et travailleurs du sexe et ils bougent et déménagent beaucoup ; ils ne se tiennent pas dans des endroits fixes et n'y restent généralement pas longtemps. Évidemment, cela complique la prise en charge de cette population et notamment une prise en charge continue. Mais ce ne sont pas seulement des personnes qui vivent dans la rue. En réalité, c'est également une population très hétérogène, ce qui complique aussi la mise en relation : Le personnel du Centre EDISA constate que des personnes de toutes classes socio-économiques venaient pour se faire soigner là-bas et non seulement des personnes en situation de pauvreté et sans assurance.

Un travail important du personnel du Centre EDISA Montevideo était de se rapprocher de la population cible, c'est-à-dire concrètement, d'établir une collaboration avec les ONG, distribuer des brochures et plaquettes dans les bars et discothèques où se retrouve cette population, mais également d'interpeller les gens directement, les travailleurs du sexe par exemple. Pour le personnel du Centre EDISA, il était beaucoup plus difficile de capter les hommes gays. Les filles Trans sont beaucoup plus visibles et très souvent en situation de pauvreté et dans la rue. Les hommes gays sont les plus difficiles à aborder parce qu'ils sont de toute provenance socioéconomique et souvent ne veulent pas reconnaître leur orientation sexuelle officiellement et ainsi refusent par exemple d'accepter les kits avec les préservatifs et les lubrifiants que les intervenants du Centre EDISA distribuent. C'était plus difficile de les convaincre de faire le dépistage du VIH dans le centre.⁵⁷

Un autre problème qui se pose lors de la mise en relation et de la prise en charge de la population cible, c'est un manque d'information sur la situation démographique, car

⁵⁷ Cf. Entretien avec les deux intervenants „referentes“ pour personnes Trans et HSH du Centre EDISA de Montevideo du 01/07/2014 et entretien avec le médecin du Centre EDISA Montevideo du 10.04.2014.

dans le recensement ne se posent pas de questions sur l'identité de genre ni sur l'orientation sexuelle. L'absence de cette information complique également la mise en place d'une politique publique à l'égard de cette population et les centres de santé, par exemple, ont également des difficultés à adapter leurs services à la demande et aux besoins des usagers sans savoir qui consulte leurs services.⁵⁸

La révision bibliographique, mais notamment les entretiens ont permis de déceler les causes des difficultés d'accès aux soins des personnes Trans et HSH. Ainsi, on peut constater que le principal facteur limitant l'accès aux soins des populations Trans et HSH est la discrimination à cause de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle ou d'avoir le VIH/SIDA et se révèle le besoin de services de santé plus accueillant et plus orientés vers les diversités sexuelles. À l'origine de la discrimination, il y a d'un côté la méconnaissance ainsi que l'aversion de la prise en charge de la population en question par les équipes de santé dans les services. De l'autre côté il faut constater un manque de formation sur les diversités sexuelles dans toute la société. En outre, les soins de santé à l'égard des personnes Trans et HSH sont fréquemment très liés au VIH/SIDA, sans prendre en compte que cette population a les mêmes besoins médicaux que le reste de la population. Évidemment, ces populations ont des besoins spécifiques sur lesquels il faut formé les médecins et tout le personnel de santé. Un enjeu majeur afin d'améliorer l'accès aux soins de ces populations est qu'ils ne se rapprochent même pas aux services de santé et que le système de santé doit prendre l'initiative et se diriger explicitement à la population et les inviter de venir pour se faire soigner.

3.6 Le Projet VIH/SIDA destiné aux populations les plus vulnérables

Le Projet « Vers l'inclusion sociale et l'accès universel à la prévention et aux soins de santé intégraux de VIH/SIDA des populations les plus vulnérables en Uruguay »⁵⁹ est un accord de subvention signé en décembre 2011 entre le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et le Ministère de Santé Publique de l'Uruguay ainsi que l'Agence Nationale de Investigation et d'Innovation⁶⁰. Pour ce Projet de VIH

⁵⁸ Cf. Entretien avec la Directrice du Centre de Santé « Centro de Salud de Ciudad Vieja » à Montevideo, du 07.04.2014.

⁵⁹ Titre original en espagnol : « Hacia la inclusión social y el acceso universal a la prevención y atención integral en VIH/SIDA de las poblaciones más vulnerables en Uruguay. »

⁶⁰ Nom espagnol : Agencia Nacional de Investigación e Innovación.

en Uruguay, le Fonds Mondial a prévu une somme de financement de USD 3.800.867 pour une période de deux ans, avec la possibilité d'être étendu sur une seconde phase de trois ans de plus, selon l'évaluation de la première phase par le Fonds Mondial. En fin de compte, la seconde phase ne va pas se mettre en œuvre en Uruguay pour raisons de difficultés bureaucratiques et de coopération entre différents organismes. Au total, l'Uruguay a reçu une somme de paiement d'environ USD 2.226 mille du Fonds Mondial.

Le Fonds Mondial « est une institution financière internationale qui lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en adoptant une démarche du 21e siècle : partenariat, transparence, apprentissage permanent et financement en fonction des résultats. » Le Fonds a été créé en 2002 avec l'objectif de contrôler les trois pandémies en augmentant considérablement le financement pour lutter contre ces maladies et de promouvoir la collaboration entre le Gouvernement, la société civile, le secteur privé et les communautés affectées par les maladies. Déjà 151 pays bénéficiaient de USD 22.900 millions pour plus de 1.000 programmes destinés à la prévention, au traitement et aux soins de santé des trois pandémies. Pour obtenir un financement, le Fonds Mondial exige trois principes : Premièrement, il faut que le pays soit pleinement responsable de la mise en œuvre du projet, étant donné que les pays connaissent mieux leurs problèmes ainsi que leur contexte. Deuxièmement, le financement se fait en fonction des résultats. Le financement initial dépend de la solidité de la proposition, mais pour obtenir une continuation des subventions, le pays doit démontrer comment les financements étaient utilisés et quels résultats étaient atteints. Le troisième principe est le partenariat, ce qui signifie travailler en coopération et impliquer toutes les parties prenantes dans le projet, à savoir le Gouvernement, la société civile, le secteur privé, les communautés qui vivent avec la maladie et autres organisations et organismes concernés.⁶¹

Quant au Projet de VIH en Uruguay, afin d'accompagner et de poursuivre sa mise en œuvre, le Fonds Mondial dispose d'un agent local qui est l'entreprise KPMG.

Pour l'implémentation du Projet VIH du Fonds Mondial, il s'est créé en avril 2011 l'Unité de Gestion du Projet Fonds Mondial « Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial » (UGPFM) par ordonnance du Ministère de la Santé Publique. Cette Unité est responsable de gérer, planifier et coordonner le Projet ainsi que de réaliser la

⁶¹ Cf. Le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme <http://www.theglobalfund.org/fr/> (25.07.2014).

surveillance et l'évaluation du Projet et l'accomplissement des réquisitions du Fonds Mondial. L'UGPMF est également compétente pour administrer les versements reçus par le Fonds Mondial et pour contrôler l'exécution technique et financière des activités menées.

L'Agence Nationale d'Investigation et d'Innovation « Agencia Nacional de Investigación e Innovación » (ANII) est une collectivité qui prétend à construire une société équitable et à atteindre un développement productif et social dans différents secteurs comme la science, la technologie et l'inclusion sociale. Dans le Projet Fonds Mondial, l'ANII est en charge de travailler avec la société civile et de réaliser des activités afin de consolider les organisations et collectivités Trans et HSH. Concrètement, il s'agit de mettre en œuvre des programmes et ateliers d'éducation et de formations sur les diversités sociales et leurs soins médicaux, en collaboration avec les organisations « Centro Virchow », « Mujer y Salud Uruguay » et l'association « Iniciativa Latinamericana ».

L'objectif de la proposition du Projet VIH par l'Uruguay est de promouvoir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et aux soins médicaux de VIH, les infections transmissibles sexuellement (ITS) et la coinfection avec la tuberculose de la population HSH et personnes Trans. Le Projet estime que le Ministère de la Santé Publique atteindra cet objectif en collaboration avec d'autres organismes et organisations de la société civile. Ce Projet veut également consolider les organisations des personnes Trans et HSH en Uruguay afin de favoriser l'intégration sociale de cette population. Il s'agit de créer un environnement de santé et social favorable à ces personnes pour contrôler l'épidémie de VIH/SIDA. L'objectif est d'arriver à une société libre d'homophobie et de transphobie dans laquelle les personnes Trans et HSH puissent pleinement exercer leurs droits de citoyens.

Afin d'arriver à ce que ces personnes vulnérables se rapprochent des infrastructures médicales, le Projet VIH installe les centres EDISA « Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción », au total cinq dans tout le pays ainsi que deux équipes mobiles. Tant les centres que les équipes mobiles ont pour objectif d'aborder des personnes Trans et HSH et de leur offrir le diagnostic du VIH et de la syphilis.

Évidemment, le projet proposé au Fonds Mondial par l'Uruguay s'inscrit dans le paradigme du droit à la santé et des Droits de l'Homme. Avant le Projet, il n'existait pas

une politique destinée aux diversités sexuelles en Uruguay. La proposition d'aborder la difficulté de l'accès aux soins des personnes Trans et HSH à travers le prisme d'une discrimination positive avec des centres de santé exclusive pour cette population était ainsi un pas progressif vers l'intégration de la population dans le secteur de la santé. Par contre, en raison d'un changement au niveau des autorités politiques deux ans plus tard, cette approche est perçue comme un concept passé. Le nouveau paradigme prévoit des soins de santé intégraux pour toute la population sans exception – ni positive, ni négative. Les deux paradigmes sont considérés comme contradictoires dans la politique de santé publique en Uruguay.

3.6.1 Le travail réalisé du Centre EDISA de Montevideo lors du Projet VIH

Afin d'analyser et d'évaluer l'implémentation du Projet VIH du Fonds Mondial, sera présenté dans l'exemple suivant du Centre EDISA de Montevideo, ses activités et le travail quotidien du personnel.

Le Centre EDISA de Montevideo se compose d'un médecin infectiologue, d'une infirmière, d'une intervenante « référente » pour personnes Trans et d'un intervenant pour HSH. Dans le cas où le besoin d'un assistant social ou d'un psychologue ou d'une autre spécialité en médecine outre que le diagnostic de VIH et syphilis se ferait sentir, le personnel de santé de l'EDISA réoriente ses usagers vers un service correspondant. Le centre est situé dans la « Ciudad Vieja » de Montevideo, une zone portuaire et vulnérable dans laquelle se concentre la population ciblée par le Projet VIH. Avec le but d'offrir à cette population un horaire accueillant et accessible, le centre fonctionne l'après-midi de 13 à 17 heures du lundi au vendredi. Cet horaire s'adapte à la population qui très souvent travaille pendant la nuit et ainsi dort le matin. Le nom « Espaces Diverses d'Inclusion Social et d'Action » a été choisi pour souligner non seulement le côté médical du Projet mais également l'importance du côté social, à travers de nombreuses activités et un engagement sociale que le centre envisage de mettre en œuvre.

Le Centre EDISA effectue seulement le dépistage du VIH et de la syphilis et éventuellement le traitement de la syphilis, mais il n'offre pas le traitement du VIH/SIDA. Pour cela, les patients seront transférés dans un centre compétent. La tâche la plus importante du centre est de faire la consultation pré-test et post-test – ce dernier indépendamment du fait que le résultat soit positif ou négatif : Le personnel du centre

EDISA Montevideo reste en contact avec les usagers afin de leur communiquer les résultats et de leur assurer qu'ils puissent toujours venir au centre pour n'importe quel problème de santé afin de recevoir une consultation et éventuellement un transfert correspondant. Un thème de santé important pour les personnes Trans est celui du traitement hormonal ou de chirurgie plastique, et le médecin prodigue des conseils et les réorientent à de spécialistes compétents. Évidemment, le EDISA dispose de contacts avec les spécialistes respectifs. Le Centre EDISA gère également un dossier médical pour chaque usager. Les travailleurs du sexe sont incités à venir tous les trois mois pour se faire dépister.

Le centre distribue également des kits de prévention avec des préservatives et des lubrifiants : aux HSH ils remettent 30 préservatives et 15 lubrifiants, et aux travailleurs du sexe le double. Les usagers peuvent venir chaque mois pour récupérer les kits. La distribution des kits est un travail important de prévention médicale et de même le travail de consultation du médecin et de l'infirmière à travers des entretiens circonstanciés et la répartition de plaquettes et brochures d'information qui abordent les thèmes de santé pertinents pour la population en question. Le travail de promotion et de prévention de santé du Centre EDISA est essentiel afin de contrôler l'épidémie de VIH/SIDA dans la population Trans et HSH.

Les deux intervenants pour respectivement personnes Trans et HSH ne sont pas présents tous les jours dans le Centre EDISA de Montevideo. Leur responsabilité est d'aborder les personnes Trans et HSH et de les faire se rapprocher des centres de santé et consulter le EDISA. Mais le travail réalisé par les intervenants en réalité ne se limite pas à capter les personnes mais s'étend plutôt à un accompagnement social au cas où cela s'avère nécessaire. Les intervenants sont en contact avec des organisations sociales qui accueillent les personnes en situation de pauvreté.

Après les entretiens réalisés, il devient évident que le personnel du Centre EDISA a bien plus qu'une responsabilité médicale et de prévention des infections de transmission sexuelle. La part sociale de l'activité du centre joue un rôle très important. L'intervenante pour personnes Trans dit que ce n'est pas seulement un compromis professionnel, mais aussi un compromis personnel.

Cela se voit avant tout dans le fait que les membres du centre EDISA Montevideo ont fait un grand effort pour aborder les personnes cibles, ils les cherchaient véritablement, partant dans le quartier, dans les bars et discothèques avec une forte concentration de la

population Trans et HSH, informaient les gens sur le Centre EDISA et répartissaient les plaquettes et brochures d'information sur le Centre et sur la prévention de maladies sexuellement transmissibles. Ils contactaient également les centres de santé et hôpitaux dans le quartier afin d'établir une coopération et de sensibiliser le personnel de santé de ces endroits à propos de la diversité sexuelle. L'équipe de l'EDISA également appelait les travailleurs du sexe et font passer leurs annonces dans les journaux pour les informer sur le centre et son offre de santé exclusivement pour eux. Parfois, le personnel du centre envoie des messages de texte aux personnes pour que ceux-ci aient l'information enregistrée dans leur téléphone mobile. Car dans quelques cas, les personnes ne réagissent pas toute suite, mais décident quelques semaines plus tard de se faire dépister. Au total, l'équipe appelait plus de 500 personnes par téléphone. L'équipe EDISA de Montevideo participait à la marche de la diversité sexuelle de Montevideo pour distribuer des informations sur le Centre. Ensuite, il existe un site internet et un compte Facebook où les usagers peuvent s'informer et également contacter le personnel du Centre EDISA. Un moyen important de distribution de l'information reste la publicité via le bouche-à-oreille, car beaucoup d'usagers emmenaient des connaissances ou des amis pour qu'ils se fassent également soigner dans le centre ; et beaucoup des usagers constataient qu'ils apprenaient à travers d'autres personnes qui leur recommandaient le centre. La somme de toutes ses mesures et mécanismes de transmission d'information causait que l'EDISA Montevideo compte plus de 400 usagers. Quelques-uns seulement venaient une fois, mais il y en a beaucoup qui viennent de manière régulière. Évidemment, ce chiffre est un succès, étant donné que chaque usager qui s'est fait dépister est un succès pour contrôler l'épidémie concentrée dans les populations HSH et Trans. L'équipe du centre EDISA affirme également que les réactions à l'égard de l'initiative étaient toujours très positives. Vu que d'autres centres EDISA en Uruguay ont fermé avant la fin du Projet Fonds Mondial à cause d'une très pauvre activité manifeste l'impact positif de l'engagement de l'équipe à Montevideo. Se montre avec cet exemple également que l'implémentation d'une politique et son résultat obtenu dépend largement de l'engagement, l'activisme et de l'initiative du personnel contracté sur le terrain.

3.6.2 La phase de transition du Projet VIH et des Centres EDISA

À partir d'avril 2014 jusqu'à septembre 2014 se met en œuvre la phase de transition du Projet VIH avec le Fonds Mondial. L'objectif est d'intégrer les Centres EDISA dans le système de santé publique. Afin de garantir des soins de santé adaptés à la population Trans et HSH et afin de lutter contre la discrimination de ces personnes dans les services de santé, se réalisent des ateliers de formation pour le personnel de santé de différents centres de santé, polyclinique et hôpitaux dans tout le pays. Le taux de participants et l'écho à l'égard des ateliers sont assez satisfaisants. Cependant, il faut remarquer que les personnes qui viennent à ces ateliers sont intéressées par le sujet des soins de santé des personnes Trans et HSH. Ainsi, ce sont les employés de santé qui déjà détiennent une certaine sensibilisation à cet égard, tandis que le personnel de santé qui ne s'y intéresse pas ou n'est pas conscient de l'enjeu des diversités sexuelles dans le secteur de santé, il est donc difficile à atteindre. Évidemment, ce sont justement ces personnes qui ne sont pas attentives au sujet, qui devraient être sensibilisées et se qualifier.

3.7 Conclusion sur les politiques de VIH/SIDA et diversités sexuelles

L'étude réalisée a montré que le principal facteur qui complique l'accès aux soins de santé des personnes Trans et HSH est la discrimination et par conséquent également la peur d'être discriminé dans les services de santé. En outre, une autre cause de cette difficulté est le manque de formation et de connaissance du personnel de santé en matière des particularités médicales des personnes Trans et HSH.

Afin de résoudre l'épidémie de VIH de cette population vulnérable en termes sociaux et médicaux, l'Uruguay a mis en œuvre deux politiques de santé publique - distinctes dans leurs paradigmes à cause d'un changement au niveau des autorités politiques. En observant la politique VIH liée aux populations vulnérables Trans et HSH, émerge rapidement la question de savoir quelle est la meilleure condition pour améliorer l'accès aux soins de la population discriminée : une approche intégrale dans les services de santé communs comme toute autre personne sans discrimination de quelque manière ; ou une approche exclusive avec des centres de santé spéciaux pour les personnes Trans et HSH.

Cependant, il est évident que les deux approches ont l'objectif principal en commun, à savoir la pleine intégration des personnes Trans et HSH dans le secteur de la santé ainsi que dans la société en général, sans être discriminées. Cette finalité commune tant au

Projet Fonds Mondial qu'au Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive et sa législation correspondante, permet d'unir les deux concepts prétendument opposés en établissant une cohérence entre les deux. Cela peut se mettre en œuvre à travers deux phases : premièrement, vu que l'initiative du Centre EDISA Montevideo est un succès avec plus de 400 usagers, il semble qu'une phase de discrimination positive est nécessaire afin que cette population se rapproche de la santé. Une fois que les personnes Trans et HSH se sont rendus compte que le système de santé s'occupe d'eux comme pour chaque autre personne et que le système de santé les invite à se faire soigner, certainement cette population vulnérable se rapprochera plus facilement des services de santé. Il faut concevoir les Centres EDISA comme des ponts vers l'intégration dans le système de santé, ce qui est le concept de la phase de transition du Projet Fonds Mondial. En même temps, afin de que les services de santé puissent recevoir les usagers Trans et HSH d'une manière appropriée, c'est-à-dire sans les discriminer, respectant et connaissant toutes leur particularités en besoins de santé, il faut former et qualifier les ressources humaines dans les services. Évidemment, la formation de la société en matière de diversité sexuelle et en matière de VIH et de sa transmission est également un enjeu important afin de lutter contre la discrimination des personnes Trans et HSH et des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

La phase de transition pour intégrer les EDISA est en œuvre, malheureusement déjà après un an et demi de fonctionnement des EDISA. Probablement, avec au total cinq ans d'activité le succès en termes de préparation et de formation de la société et des ressources humaines dans les services de santé aurait été mieux.

Après les observations reçues à travers les entretiens, on peut constater que les deux concepts de politiques en santé publique paraissent être de nature opposée, mais il existe quand même une cohérence par rapport à l'objectif final. Par conséquent, il serait recommandable de ne pas voir les deux politiques comme concurrentes, mais plutôt de travailler ensemble et d'unir les forces de chaque approche afin d'obtenir un meilleur résultat dans les conditions d'accès aux soins de santé des populations les plus vulnérables en termes de VIH/SIDA en Uruguay.

4. La « Escuela de Gobierno en Salud Pública »

Pendant les mois de juin et juillet de mon stage, j'ai participé au séminaire « Escuela de Gobierno en Salud Pública », un cursus sur les systèmes et services de santé et la protection sociale universelle, organisé principalement par l'Organisation Panaméricaine de la Santé. Cela consistait en une première phase de 10 jours de séminaire, à Paso Severino, un village hors de Montevideo et en une seconde phase, sous la forme d'un projet de groupe qui devait être réalisé pendant le reste des deux mois, avec une présentation finale le 31 juillet. Les groupes étaient préalablement constitués par le comité académique afin d'assurer une variété de professions et de formations dans chaque équipe. J'étais dans un groupe avec quatre fonctionnaires du Ministère de Santé Publique, une maître de conférences de l'Université de la République, un directeur d'hôpital et un fonctionnaire du prestataire publique des services de santé ASSE.

Ma participation à ce cursus n'était pas prévue au début de mon stage, mais comme j'ai été très vite intégrée aux activités du bureau, le représentant et le consultant responsable du projet Escuela de Gobierno m'ont invité lorsqu'ils se sont aperçus de mon intérêt pour les politiques en santé publique en Uruguay. Naturellement, les thèmes du séminaire sont étroitement liés à ma formation à l'EHESP et c'était l'opportunité d'étudier les politiques en santé publique sous une perspective latino-américaine, connaître profondément le système de santé de l'Uruguay et notamment les enjeux qui se posent lors du processus de la réforme. En outre, la description faite par l'Escuela Gobierno et ses objectifs, suscitaient vivement mon intérêt. Le processus de transformation du système de santé est un enjeu majeur et extrêmement intéressant. Par conséquent, participer à ce cursus destiné aux professionnels me plaçait au cœur du processus, auprès des responsables de l'implémentation du changement, c'était une vraie chance de pouvoir y accéder en qualité de stagiaire.

Puisque le séminaire et le travail en équipe occupaient finalement une grande partie de mon stage ainsi qu'une partie conséquente de mon temps libre avec des réunions de groupe en dehors des horaires de travail, mon implication a ainsi transformé ce cursus qui prenait de l'ampleur, en une autre mission de stage. Être présente dans ce groupe de travail formé de professionnels de haut niveau a été une expérience si formatrice, que tout cela me pousse à exposer la stratégie de l'OPS de l'« Escuela de Gobierno », mes connaissances et compétences acquises lors du cursus ainsi que le travail final réalisé avec mon groupe.

4.1 La stratégie de la « Escuela de Gobierno en Salud Pública » en Uruguay

Dans la stratégie de coopération technique de l'OPS Uruguay, un élément clé est l'appui dans la formation d'une masse critique dans le domaine de politiques en santé publique. En Uruguay, il n'y a pas de cursus universitaire en politiques en santé publique. Pour cela, l'Organisation ensemble avec le Ministère de Santé Publique (MSP), le Banco de Previsión Social (BPS), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) et la Universidad de la República (UDELAR) ont mis en place la « Escuela de Gobierno en Salud Pública ». Le rôle de l'OPS est intégrateur et facilitateur de la coopération internationale au processus est d'associer avec d'autres adhérents possibles et impliqués dans le processus. Cette Escuela de Gobierno est une construction collective et interinstitutionnelle et fixée dans le budget du ministère de santé. Il est accordé de l'importance en particulier à la volonté d'une construction conjointe pour réconforter le rapport entre l'Université de la République, le Ministère de Santé Publique et autres organisations. C'est une décision politique stratégique de prioriser le domaine du public comme première ligne de construction d'alliances. Il est prévu d'intégrer des organisations d'usagers, de travailleurs et de prestataires afin d'articuler les connaissances de l'État, de la société civile et de l'Université. Il faut que l'accord institutionnel soit un réseau élargi qui peut innover dans la construction de pensée et connaissance.

L'OPS et ses partenaires de la initiative élaboraient un document de fondation et de justification de la nécessité de constituer l'Escuela de Gobierno. Je vais présenter cette argumentation dans le suivant pour expliquer les objectifs du cursus et son importance pour le secteur de santé en Uruguay. En 2005 s'est mise en œuvre une transformation profonde du système de santé en Uruguay. Aujourd'hui il s'agit donc de consolider ce nouveau Système National Intégré de Santé (SNIS) et pour cela, se pose la nécessité de disposer d'une masse critique de professionnels de santé publique et de gestion des services de santé avec la capacité de réponse aux besoins du processus de consolidation du SNIS. La complexité et la profondeur du processus de changement du système de santé imposent des enjeux quotidiens en termes politiques, institutionnelles, organisationnelle, financières, culturelles et gestionnaires. Un document interne de l'OPS explique qu'existe la reconnaissance croissante que la soutenabilité de la politique en santé publique a besoin d'une « intelligence sanitaire ». Cette masse critique doit se

conformer d'une communauté épistémologique qui partage la complaisance avec les principes d'universalité, solidarité, réductions des inégalités, redistribution de la richesse et justice sociale. Simultanément cette intelligence sanitaire doit être dotée de capacités et compétences technico-professionnels, gestionnaires et académiques pour l'accomplissement des tâches de l'implémentation des changements, la gestion du système dans sa totalité et les services et programmes intégrant le système. Les organisateurs de l'Escuela de Gobierno considèrent que la soutenabilité du processus de consolidation du SNIS dépende de plusieurs facteurs, mais principalement des idées et des personnes qui peuvent faire de ces idées des interventions et ainsi générer des espaces d'innovation et contribuer à la génération et l'application de politiques.

Afin de développer et implémenter la réforme du secteur, il se constate le besoin de former des cadres et des professionnels avec une capacité critique, orientés à la gestion des services de santé dans un sens large, avec capacité d'action de manière autonome et intelligente, avec pouvoir de référence, configurant un collectif canalisateur et créateur d'opinion qui se consolide comme une entité de professionnels avec capacités pour nouvelles formes de gestion des services de santé et de santé publique.⁶²

Ainsi, l'Escuela de Gobierno prétend à créer une masse critique qui soit capable de gérer un processus de réforme générant des conflits d'intérêts et qui soit préparée d'aborder les points critiques « nudos críticos » de l'économie politique pour appuyer ce processus. La réforme du système de santé et ses acteurs dedans doivent faire face à des enjeux importants qui se sont développés dans les dernières décennies. Ainsi, des dynamiques sociales ont provoqué des grands changements dans les sociétés, générant une complexité sociale, économique, démographique et environnemental. Cela a même un plus grand impact pour des systèmes des santé qui tendent à une couverture universelle gratuite. Autres facteurs comme le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques non transmissibles et l'incorporation de technologies et dispositifs de diagnostique et thérapeutiques neufs et puissants engendrent un impact significatif dans la gestion sanitaire. Si ces phénomènes ne se contrôlent pas, cela peut provoquer un accroissement majeur des coûts en santé, avec par conséquent un sous-financement du secteur de santé avec des implications graves dans les soins de santé de l'utilisateur.

⁶² Cf. Martínez Millán: Análisis de viabilidad del desarrollo de una Escuela de Salud Pública - Escuela de Gobierno en Salud en Uruguay. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Il se manifeste l'importance d'un échange entre le domaine de la « rectoría⁶³ », le domaine académique. Dans le même sens, l'articulation entre les différents acteurs dans le système de santé est un impératif ; des acteurs provenant de la gestion, de la formation et de la recherche avec les acteurs politiques et de corporations.

À partir de cette base de justification il s'engendrent le propos et les objectifs de l'Escuela de Gobierno : Le propos général est de construire une masse critique dans le champ de la santé publique, qualifiant les ressources humaines du secteur dans le but de contribuer à la soutenabilité du processus de consolidation du Système Nationale Intégré de Santé, avec une orientation nationale. Les objectifs sont premièrement de promouvoir l'engendrement d'une masse critique et des agents de changement qui dessinent et appliquent les politiques publiques, générant une connaissance appliquée pour le développement et la soutenabilité du SNIS, mobilisant les capacités institutionnelles disponibles dans le pays et la région, dans ce but d'améliorer la qualité de la gouvernance en santé. Deuxièmement, il s'agit de développer une intelligence sanitaire pour le pilotage du système, avec des capacités générales et spécifiques afin d'appuyer un processus continu de description-explication, compréhension-interprétation-critique, intervention-action dans le champ de santé en tant qu'espace d'interrelation entre l'État, la Société et le Marché. Troisièmement, l'Escuela de Gobierno veut contribuer à la construction et l'amplification d'un agenda de recherche et de génération de connaissance dans le champ de la santé publique et le gouvernement en santé.

Le cursus de l'Escuela de Gobierno se dirige à des parcours professionnels et profils divers : fonctionnaires de niveau intermédiaire et de haute niveau de pilotage appartenant à des prestataires de services de santé et à la domaine de la « rectoría », usagers qualifiés, travailleurs et syndicats, des diplômés et personnes avec une formation académique avancée.

4.2 Le séminaire sur systèmes et services de santé et protection sociale

Le cursus de 2014 est le second module de l'Escuela de Gobierno et dans ce qui va suivre, je propose de présenter les objectifs, la méthodologie et le contenu du module 2014.

⁶³ Voir chapitre sur le système de santé en Uruguay.

Comme mentionné antérieurement, l'Escuela de Gobierno veut créer une masse critique afin de consolider la Réforme du SNIS. Le module de 2014 veut ainsi aborder des problèmes majeurs qui se posent dans le système de santé en Uruguay qui sont la segmentation et la fragmentation du système, la nécessité de renforcer la capacité du « rectoría » du Ministère, la persistance du « gasto de bolsillo », c'est-à-dire les out-of-pocket payments, ainsi qu'une disparité dans l'accomplissement des complaisances et buts fixés par les prestataires intégrés du SNIS. Ainsi, le module est destiné aux responsables de haut niveau et niveau intermédiaire qui sont activement intégrés dans l'analyse, la formulation et l'implémentation de politiques qui orientent l'organisation et le fonctionnement du système de santé dans le pays. Le séminaire s'adresse également aux personnes qui travaillent dans des institutions de recherche et/ ou académiques.

Le cursus débute par l'échange d'expériences, l'interprétation des premières leçons apprises et l'identification de stratégies appropriées afin d'atteindre l'universalité dans la couverture des services, produits et biens de santé et en matière de protection sociale universelle en santé et son expression dans l'exercice du droit de santé, de manière intégrale et interdépendante avec les Droits de l'homme.

Les objectifs généraux du cursus sont de renforcer la capacité d'analyse, de formulation et d'implémentation de politiques, stratégies, plans et interventions afin de contribuer à une amélioration de la gouvernance et de l'exécution des organismes de pilotage et de « rectoría » ainsi qu'à l'amélioration de la gestion des services de santé depuis une perspective de protection sociale universelle dans le cadre du SNIS. Il s'agit de qualifier des agents de changement qui désignent et appliquent les alternatives et les options de politiques publiques, engendrant une connaissance appliquée pour le développement et la soutenabilité du SNIS, dans le but d'améliorer la qualité de la gouvernance en santé.

Ainsi, les objectifs spécifiques sont que les participants analysent les transformations des systèmes de santé dans une perspective de droit à la santé, de réduction des inégalités et de l'exclusion sociale, mais aussi de la construction d'une citoyenneté (« ciudadanía »). Il s'agit d'identifier les axes critiques de la réalisation des systèmes et services de santé, d'analyser les effets des contextes locaux, nationaux et internationaux dans le développement des actions en santé publique et les réseaux des services de santé. Il faut également générer des capacités de formulation d'options de politiques afin de renforcer la réponse des systèmes de santé dans un cadre de protection sociale universelle.

La méthodologie du cursus requiert un rôle prépondérant des participants à travers des travaux de groupe et des interactions entre les groupes ainsi qu'avec les enseignants et les intervenants. Ainsi, se déroulent des conférences et débats sur les thèmes centraux du module. Les intervenants sont des experts au niveau national et international. Tout au long de la phase de présence, des petits travaux de groupe d'environ huit personnes étaient un élément essentiel afin d'encourager l'échange de connaissances et d'informations entre les professionnels des différentes institutions. Parfois les groupes sont invités à exposer leurs résultats devant les autres groupes et enseignants. Il s'agit également d'étudier de la littérature et des études de cas et d'en discuter. Les groupes sont constitués préalablement par le comité académique de l'Escuela de Gobierno afin d'assurer une bonne répartition des professions et institutions dans chaque groupe. En outre, chaque équipe dispose d'un tuteur qui est responsable, chargé d'accompagner le groupe ainsi que d'animer les travaux et d'assurer la participation de chaque membre. Le tuteur doit également évaluer les travaux ainsi que la participation des membres envers le comité académique. Il est prévu que les petits travaux en équipe, les conférences et les débats amènent les groupes à discerner une problématique spécifique dans le système de santé, qu'ils souhaitent traiter dans le projet final de groupe. Ainsi, le séminaire de présence tend de préparer les participants à élaborer une proposition ou un projet d'intervention pour lequel ils doivent réviser des documents, mener des entretiens etc. Évidemment, le tuteur est à la disposition du groupe pour l'accompagner dans la méthodologie et mener la dynamique de groupe.

Tous les groupes présentent leur projet deux mois après le séminaire aux autres participants, comme au comité académique puis ensuite, les groupes restent à l'écoute des critiques émises.

La structure du séminaire est composée de trois thématiques qui seront traitées pendant le séminaire de présence et l'atelier d'intégration finale afin de faciliter l'apprentissage.

Le premier thème est relatif au droit à la santé, aux inégalités, à la protection sociale et aux dynamiques de changements du système de santé. Ainsi, sont abordés les transformations du système de santé dans une perspective de droit à la santé, de réduction des inégalités, de lutte contre l'exclusion sociale et la construction d'une « ciudadanía ». Cette partie du cursus a commencée par une conférence sur l'évolution historico-conceptuelle et le cadre analytique des systèmes de santé et la protection

sociale. Puis, ont suivi des conférences sur les déterminants sociaux de la santé, l'inégalité et les injustices socio-économiques, ethniques, de genre et de générations ainsi qu'une conférence sur la santé, la « ciudadanía » et les droits. La dernière thématique avait la forme d'une conférence concernant le contexte politico-économique et les enjeux pour les systèmes de santé en Amérique Latine et les Caraïbes dans le 21^{ème} siècle.

Ce thème m'a particulièrement intéressé, notamment les sujets traitant des déterminants sociaux et des inégalités en santé qui m'ont beaucoup apporté. Par contre, les conférences sur les systèmes de santé traitaient majoritairement des systèmes en Europe et leurs évolutions, un sujet qui n'est pas nouveau pour moi, mais le voir sous un angle latino-américain était très enrichissant, étant donné que les pays de la région prennent les systèmes en Europe comme exemples et qu'ils s'appuient sur ceux-ci.

La deuxième thématique abordait les axes critiques dans l'exécution des systèmes et services de santé. Le but était d'identifier les fonctions et les éléments critiques des systèmes de santé, notamment du SNIS de l'Uruguay. Pour cela, une grande partie de ce composant reposait sur un travail de groupe sur la base d'un cas pratique. Il s'agissait d'un usager à l'intérieur du pays qui s'était cassé une jambe en tombant d'une échelle. Le cas décortique les difficultés que le patient a rencontré pour se faire soigner. C'est particulièrement difficile dans une zone du pays où l'offre des services de santé est limitée, et plus encore en médecine spécialisée. La coopération entre le secteur public et privé a aussi été abordée, elle reste à améliorer afin d'assurer l'offre des soins de santé dans l'intérieur du pays. Ensuite, tout au long des différentes thématiques, chaque groupe traitait un élément du système de santé qui a un effet sur l'exécution de celui-ci, afin de présenter les résultats du travail au reste des participants. Mon groupe traitait le sujet de provision des services. La tâche principale était de s'appuyer sur la littérature distribuée, d'en discuter et appliquer cette théorie au système de santé de l'Uruguay. Les membres de chaque groupe viennent de secteurs distincts, il y avait des personnes qui connaissaient bien les services de santé et d'autres moins. Étant donné qu'il s'agissait de se baser largement sur la littérature, j'étais capable d'apporter ma part au travail et de discuter avec le groupe, ce qui était très motivant.

En outre, j'ai pu assister à une conférence d'un professeur et médecin cubain sur les systèmes de santé, leurs fonctions et leurs éléments critiques. Un panel de quatre

intervenants présentait les capacités d'un gouvernement à orienter des changements dans les systèmes de santé, notamment en matière de qualité des services.

La dernière et troisième partie abordait le thème de la protection sociale universelle et proposait de présenter des options des politiques afin de renforcer la capacité de réponse des systèmes de santé dans un cadre de protection sociale universelle. Il y avait une aussi conférence sur la nécessité de renforcer les fonctions de base des systèmes de santé afin d'améliorer l'exécution et la capacité de réponse aux enjeux d'équité et de garantie des droits. Ensuite des conférences sur le pilotage de politiques publiques, le financement des systèmes de santé sur le chemin d'une couverture universelle santé ainsi que sur les soins de santé de premier recours. Chaque intervention était suivie par une discussion et il y avait quelques petits travaux et discussions en groupe de travail.

Pour résumer, c'était extrêmement formateur de participer dans ce cursus et j'ai appris énormément sur le système de santé en Uruguay, sa réforme et les enjeux en santé du pays ainsi qu'en Amérique Latine. C'était très enrichissant d'aborder des thèmes de santé déjà connus mais sous une perspective latino-américaine. Les discussions et les travaux en groupe avec des professionnels en santé m'apportaient également beaucoup et pouvoir participer et apporter mes connaissances acquises lors du master PPASP était une grande motivation. L'Escuela de Gobierno était à la fois complémentaire et approfondissait aussi quelques aspects du Master 2 au sein de l'EHESP et m'a apporté une vision différente de la seule perspective européenne.

Par contre, les dix jours de séminaire et d'apprentissage étaient très intenses, notamment pour moi vu que je n'étais pas aussi familier avec le système de santé en Uruguay que les autres professionnels. Évidemment, un cursus en langue étrangère exige encore plus d'efforts et de concentration.

Évidemment, je me suis préparée pour le séminaire : il me fallait approfondir mes connaissances sur le système de santé avec la bibliographie disponible et le consultant Dr. Fernández-Galeano de l'OPS m'a donné une introduction au système de santé de l'Uruguay et son processus de réforme. Il est responsable de l'organisation de l'Escuela de Gobierno et un expert en systèmes de santé et processus de réformes de ceux-ci.

4.3 Le travail de groupe : Améliorer la référence et contre-référence

Comme mentionné antérieurement, la seconde étape après le séminaire consistait en l'élaboration d'un projet en équipe. Le but était que chaque groupe développe durant le séminaire des idées sur les thèmes traités pour ce travail final.

Pendant le séminaire, une des problématiques majeures concernait le système de référence et de contre-référence des usagers entre les différents niveaux de recours des soins de santé qui, en Uruguay, compte de nombreuses irrégularités. Ce qui ne va pas sans affecter la continuité des soins de santé des patients. Le projet final de mon groupe de travail a pour objectif de faire une proposition pour améliorer la référence et la contre-référence qui peut être implémentée dans la région sud (départements de Montevideo et San José) entre les services de soins de premiers recours et de second recours du prestataire public ASSE. Le but est de faciliter l'accessibilité et la continuité des soins de santé des usagers dans les services de santé. Avec cette proposition d'amélioration de la référence et contre-référence le groupe de travail considère pouvoir contribuer à la consolidation du SNIS en Uruguay.

En termes de méthodologie, nous avons réalisé deux entretiens afin d'identifier les points critiques « nudos críticos » et sur cette base de départ, faire ensuite une proposition d'amélioration. Les expériences de l'Hospital Español, un hôpital du prestataire ASSE à Montevideo, et les réseaux des soins de premiers recours de Montevideo (Redes de Atención Primaria RAP) servent d'étude de cas à ce projet. Ainsi, les entretiens se sont déroulés avec d'une part, la directrice adjointe du Hospital Español (le directeur de cet hôpital faisait partie du groupe de travail et pour cela ne pouvait pas être interviewé, mais il a évidemment apporté ses connaissances et son expérience) et d'autre part, avec la directrice des RAP.

Dans ce qui va suivre, je me propose de présenter le travail réalisé par mon groupe.

4.3.1 La référence et contre-référence

La référence et contre-référence est un processus de soins de santé mais aussi administratif, il met en relation tous les niveaux des soins de santé. À travers un tel système, un service de santé qui dispose d'une capacité résolutive définie, il est possible de rattacher un patient à un service de santé capable de réaliser des procédures diagnostiques, un traitement médical/chirurgical ou une consultation intermédiaire. Après avoir réalisé les soins de santé auprès de l'utilisateur, le service concerné entame la

procédure de contre-référence. Ceci signifie qu'il va diriger le patient dans le sens inverse, dans l'objectif de lui garantir la continuation dans les soins de santé. Au sein de ce système, nous avons pu établir des critères pour la référence et la contre-référence des patients et avons ainsi accumuler les informations nécessaires. Notre analyse permettant d'améliorer la productivité, tout en augmentant la qualité des services de santé. En effet, il n'est pas seulement question d'intégration des réseaux de services de santé, mais aussi de garantir la continuité des soins de santé des patients, l'utilisation efficiente des ressources, l'application du focus sur les droits de l'homme dans la santé et un service engagé.

Afin de consolider les systèmes de santé dans la région et de faire face à la segmentation et la fragmentation de ceux-ci, l'OPS a pris l'initiative de créer réseaux intégrés des services de santé (Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS). Cette initiative offre aux pays un cadre conceptuel et opérationnel pour comprendre les RISS et présente des instruments en politiques publiques et mécanismes institutionnels afin de développer les RISS et propose également un fil conducteur pour leur implémentation. La référence et contre-référence sont des éléments essentiels pour obtenir des services de santé complets et appropriés, tout en générant des synergies et d'éviter des redondances dans les services ou les acteurs.⁶⁴

Les soins de premier recours sont considérés comme pouvant résoudre 80-90 des problèmes de santé et ce n'est qu'en cas d'impossibilité de les résoudre que la solution sera cherchée dans des niveaux de complexité plus élevée – cela impliquant des coûts en santé plus importants. Les conséquences d'une référence inappropriée sont des dysfonctionnements qui viennent saturer les services spécialisés, les patients n'ayant pas en réalité besoin d'être pris en charge ici mais auraient pu l'être à premier degré de soins. Par conséquent, ces patients mal orientés viennent également compliquer l'accès aux services de soins complexes aux patients qui en ont vraiment besoin.

4.3.2 Les « nudos críticos » dans la référence et contre-référence

L'objectif des entretiens était d'identifier les points critiques « nudos críticos » dans le système de référence et de contre-référence. Ainsi, les deux personnes interviewées ont

⁶⁴ Cf. OPS/OMS. Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud; (14) 2004.

pu mettre en avant le fait que le système de santé en Uruguay est marqué par un fort « hospitalo-centrismo ». Il est constaté un manque de formation en ressources humaines en soins de santé de premier recours. Ensuite, la majorité des usagers n'a pas de médecin de famille ou de référence ni de centre de soins de santé de premiers recours. Par conséquent, les patients viennent directement à l'hôpital, c'est-à-dire aux soins de santé de second recours alors qu'ils auraient pu être soignés dans le secteur du premier recours. En outre, la gestion et la coordination de la contre-référence est très faible : d'un côté, se trouve un manque en ressources humaines dédiées à la contre-référence. De l'autre côté, les services de premier recours ne disposent pas, par exemple, d'une procédure d'accueil des patients issus des urgences ou de l'hôpital afin de garantir la continuité de leur traitement et le contrôle dans ce premier niveau de prise en charge. Il n'existe pas de système formel de la contre-référence. De plus, il n'existe pas davantage de dispositif d'évaluation de l'instrument de la référence et de la contre-référence.

Les personnes interviewées constatent également un manque de coordination entre les services afin de garantir l'accessibilité aux médicaments pour les usagers. Pour finir, la directrice des RAP souligne notamment que la plus grande difficulté en matière de référence et de contre-référence reste l'absence de géo-référence des usagers. Cela complique considérablement la mesure du degré de satisfaction/insatisfaction et rend impossible toute identification des ressources nécessaires pour quelles personnes et dans quels endroits.

4.3.3 L'exigence d'un changement culturel

À travers les entretiens, le groupe de travail a pu identifier qu'il était nécessaire d'effectuer un changement culturel dans le modèle des soins de santé en Uruguay pour rompre avec l'hospitalo-centrisme. Comme les usagers n'ont pas de médecin de famille ni de référence publique ou de polyclinique de référence, la contre-référence ne peut être faite car l'hôpital ne sait pas où orienter le patient, cela empêchant la continuité des soins de santé. Les ressources humaines ne sont pas suffisamment formées et qualifiées en matière de soins de santé de premiers recours ce qui implique que les usagers préfèrent aller directement à l'hôpital, ceci renforçant à nouveau « hospitalo-centrismo ». Pour en sortir, il faut former les ressources humaines dans l'université en matière de soins de santé et de gestion de soins de premier niveau. Une fois les soins de santé de premiers recours consolidés par cette mesure, la référence pourrait mieux se faire et par

conséquent également la contre-référence. Cependant, cela suppose également que les usagers prennent l'habitude de consulter en premier lieu les soins de santé de premiers recours. Un tel changement de comportement est évidemment difficile à mettre en œuvre. Le groupe de travail a émis l'hypothèse qu'il pouvait revenir à l'hôpital de demander à chaque patient qui est son médecin traitant. Dans les cas où l'utilisateur n'en a aucun, ce serait à l'hôpital de faire son travail de contre-référence, en incitant le patient à chercher un médecin de confiance. Si cela était fait de façon systématique, pour chaque patient passant à chaque consultation dans le second niveau, cela participerait à la prise de conscience de l'importance d'avoir un médecin traitant et amorcer la mise en œuvre d'un changement culturel dans le modèle des soins de santé afin de sortir du modèle centré sur l'hôpital.

5 Parenthèse : La visite de la Directrice Générale de l'OPS

J'ouvre une parenthèse qui concerne la visite de la Directrice Générale de l'OPS ainsi que la Réunion des Gestionnaires des Pays et Subrégions de l'OPS qui s'est déroulée la dernière semaine d'avril 2014 en Uruguay. Je souhaite décrire cela dans mon rapport de stage car la Visite, comme la Réunion sont deux événements très importants pour la Représentation de l'OPS Uruguay. Durant une semaine, j'ai pu assister à toutes les réunions et autres événements, ce qui a été une expérience très formatrice.

Chaque année, les Gestionnaires des Pays et Subrégions se retrouvent pour une Réunion dans un des pays. L'Uruguay fait partie de la subrégion Cône Sud avec l'Argentine, le Brésil, le Chili et Paraguay. Pour la Réunion des gestionnaires en Uruguay en 2014, se sont rattachées la subrégion Cône Sud et la subrégion Andine (Bolivie, Chili, Colombie, Equateur, Pérou et Venezuela) pendant 5 jours (27/04/2014 – 01/05/2014). La Directrice Générale de l'OPS étaient également présente pendant cette semaine et participait à la majorité des présentations et discussions entre les gestionnaires des pays et les gestionnaires des différents domaines de travail du siège principal de l'OPS à Washington. Pendant les 4 jours de réunion, les participants présentaient leurs travaux et activités de coopération technique dans et avec leur pays respectif, suivis à chaque fois d'un temps d'échange avec les autres gestionnaires des pays et de Washington. Le Ministère de Santé Publique de l'Uruguay faisait également des interventions afin

d'expliquer le système de santé en Uruguay et son processus de réforme. Mais aussi sa coopération technique avec l'OPS Uruguay et sa coopération internationale avec d'autres pays. Deux thèmes étaient particulièrement importants : le processus de réforme de l'OPS ainsi que la communication et la collaboration entre le siège principal et les représentations dans les pays de l'Amérique.

Suite à l'invitation du représentant, le Dr. Levcovitz, j'ai pu participer à toutes les réunions ainsi qu'à quelques événements officiels auprès de la Directrice Dr. Carissa Etienne. Cette semaine s'est avérée très formatrice et une expérience très riche, c'est ainsi que j'ai pu apprendre beaucoup sur l'organisation et son fonctionnement. Et puis, d'un point de vue plus intime, cela a également été un honneur de connaître personnellement la Directrice.

Conclusion

En ce qui concerne la réalisation de mes missions de stage, je n'ai pas pu réaliser toutes les commandes initiales en raison de la contrainte de temps ainsi qu'en termes d'organisation. Cependant, j'ai réussi à faire un rapport assez profond sur les politiques en VIH en Uruguay. Je considère que grâce à mon point de vue extérieur sur les deux politiques contradictoires mises en place ainsi qu'à travers les entretiens avec des personnes représentatives de chaque politique, j'ai pu rédiger un rapport objectif sur l'approche de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes Trans et HSH en Uruguay. J'ai pu identifier une problématique qui met en relation l'aspect des conditions d'accès aux soins de santé et le problème de discrimination d'une population vulnérable. Lors de mon stage, mon chef et également mon groupe de l'Escuela de Gobierno ont tous apprécié que j'ai pu apporter une vue extérieur sur les sujets de stage et de travail. Avec mon maître de stage, on a toujours discuté sur les réunions auxquelles j'ai participé afin d'échanger nos opinions et j'ai pu comparer avec les expériences faites en France et en Allemagne.

Les cinq mois de stage au sein de l'OPS en Uruguay étaient un apprentissage continu avec des apports très formateurs et variés pour ma formation académique et professionnel.

Lors de mes missions de stage, j'ai pu suivre l'élaboration et la mise en pratique des politiques et actions en santé publique grâce à la participation des réunions respectives ainsi que lors de mes entretiens réalisés pour l'analyse de la politique en VIH. Ainsi, j'ai également pu connaître les difficultés qui sont parfois liées aux politiques et leur réalisation. L'expérience interculturelle était également un apport très précieux car j'ai pu connaître la vie professionnelle ainsi que la manière de vivre d'un pays latino-américain. Pour mon futur professionnel, cela va être certainement un atout, d'autant plus que j'ai pu améliorer et perfectionner mon espagnol.

Grâce à ce stage en Uruguay, il s'est réaffirmé mon souhait de travailler au niveau international, ou de chercher un travail à l'étranger. L'Amérique Latine est pour moi devenu une région très intéressante et je peux imaginer de retourner travailler là-bas pour un certain temps. La culture est bien distincte de la culture allemande ce qui entraîne évidemment quelques difficultés dans le quotidien du travail ainsi que dans la vie privée. Par contre, l'accueil chaleureux que j'ai reçu pendant mes cinq mois en Uruguay, dans le travail ainsi que dans l'environnement de ma vie privée, m'a fasciné et était à l'origine du fait que je me suis sentie très vite intégrée et à l'aise à Montevideo. Ce stage en Uruguay et tout autour de celui-ci a été une expérience très positive, précieuse et formatrice pour moi.

Bibliographie

Agencia Nacional de Investigación e Innovación y Ministerio de Salud Pública de Uruguay: La Población ante el estigma y la discriminación. Actitudes y creencias de la población uruguaya hacia la población Trans, hombres que tienen sexo con hombres, y personas que viven con VIH. Montevideo, décembre 2013.

El Mundo: Brasil es el tercer país en Latinoamérica donde el matrimonio gay es legal, 15.05.2013, URL: <http://www.elmundo.es/america/2013/05/15/brasil/1368619221.html> (30.06.2014).

Fernández Galeano M., Benia W. : Salud. Nuestro Tiempo, Nr. 17. Montevideo 2013.
Le Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme: URL: <http://www.theglobalfund.org/fr/> (25.07.2014).

Lukomnik, Julia: La identidad de género en las políticas sociales. Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans, Montevideo, 2013.

Martínez Millán: Análisis de viabilidad del desarrollo de una Escuela de Salud Pública - Escuela de Gobierno en Salud en Uruguay. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública: Informe de la situación nacional de VIH/SIDA. Montevideo, décembre 2013.

Ministerio de Salud Pública Uruguay, Dirección General de Secretaría Departamento de Programación Estratégica en Salud: Guías para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadores de salud. Montevideo, 2010.

ONUSIDA : Guide de Terminologie de l'ONUSIDA. Genève 2011.

ONUSIDA: Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Genève 2001. URL: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc295-protocol_fr.pdf (24.07.2014).

Organisation Mondiale de la Santé : Plan mondial pour la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020. Genève 2011.

OPS/OMS: Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Volúmenes I y II. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Unidad de Organización de Servicios de Salud; (14) 2004.

Représentation en Uruguay de l'Organisation Panaméricaine de la Santé :

Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud con la República Oriental del Uruguay 2012-2015. Montevideo 2011.

UNAIDS: Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Ginebra 2013. P. 4, URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf (06.05.2014).

UNASEV: Informe de Siniestralidad Vial Año 2013. URL: http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/ac348b0042bf9c579417d5d7c7c121d0/Informe+SV+2013.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ac348b0042bf9c579417d5d7c7c121d0 (21/05/2014)

UNASEV : Informe de Siniestralidad Vial Año 2012. URL: UNASEV: Informe de Siniestralidad Vial Año 2013. URL: http://unasev.gub.uy/wps/wcm/connect/cf0a02804fc6a03cb2d3f7deba2def97/InformeSiniestralidadVialUruguay_2012.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=cf0a02804fc6a03cb2d3f7deba2def97 (21/05/2014).

UNASEV : Fines de semana – período crítico de mortalidad en el tránsito, en: Caras y Caretas, Suplemento UNASEV. Montevideo, février 2014.

World Health Organization: Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1 (20/07/2014).

Législation uruguayenne :

Constitución de la República Oriental del Uruguay, 1997.

Ley 18.211 “Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.”

Ley 18426 “La defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. Diciembre 2008.

Decreto 293/010 de reglamentación de la ley 18426 de “La defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” de diciembre 2008.

Decreto 255/008 Comisión Nacional de lucha contra el SIDA. Modificaciones. Montevideo, 26 de mayo 2008.

Ley 19075 Matrimonio Igualitario.

Ley 18620 Derecho a la Identidad de Género y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios.

Sources Internet :

Agencia Nacional de Investigación e Innovación, URL: <http://www.anii.org.uy/web/institucional> (23.07.2014).

Banque Mondiale, URL: <http://www.bancomundial.org/es/country/uruguay/overview#1> (20/07/2014).

El Fondo Mundial, URL: <http://www.theglobalfund.org/es/about/> (22.07.2014).

KPMG Uruguay, URL: <http://www.kpmg.com/uy/es/paginas/default.aspx> (22.07.2014).

ONUSIDA: <http://www.onusida-latina.org/es/modules-menu-es.html> (06.06.2014).

Proyecto VIH Uruguay, URL: <http://proyectovihuruguay.org/index.php/quienes-somos> (22.07.2014).

UNAIDS: <http://www.onusida-latina.org/es/modules-menu-es.html> (06.06.2014).

UNASEV, URL : <http://unasev.gub.uy/> .

UNASEV, URL :

http://unasev.gub.uy/inicio/institucional/lineas_de_accion/decenio+de+accion+-+naciones+unidas/decenio+accion-naciones+unidas (03.04.14).

Vidéo : “Cuál es la diferencia”, URL:

<http://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQnpQY> (21.07.2014).