

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



Récapitulatif

des

Le Partenariat
international contre
le SIDA en Afrique

Meilleures Pratiques en Afrique

NUMERO 2

2 0 0 1



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA/01.33F (version française, août 2001)
ISBN 92-9173-078-5

Version originale anglaise, UNAIDS/00.34 E, septembre 2000 :
Summary Booklet of Best Practices in Africa, Issue 2
Traduction - ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2001. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Récapitulatif des Meilleures Pratiques en Afrique

Numéro 2
de la série des récapitulatifs



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies
sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

Genève, Suisse

2001

Table des matières

Introduction: Meilleures Pratiques en Afrique.....	1
Le Partenariat international contre le SIDA en Afrique.....	1
Meilleures Pratiques dans la riposte au SIDA.....	3
Vos propositions sont les bienvenues.....	6
Enfants et jeunes.....	11
Tsa Banana Adolescent Reproductive Health Programme/ <i>Tsa Banana, Programme de santé reproductive pour adolescents</i> (Botswana).....	13
AIDS prevention through the National Union of Youth and Students/ <i>Prévention du SIDA par l'Union nationale des Jeunes et des Etudiants</i> (Erythrée).....	17
Life Skills Programme: «My Future Is My Choice»/ <i>Programme de compétences vitales : « Mon avenir est mon choix »</i> (Namibie).....	22
Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA.....	25
Groupe thématique élargi (Côte d'Ivoire).....	27
Interventions et services en milieu scolaire.....	32
Straight Talk/ <i>Parlons sans détours</i> (Ouganda).....	34
Maladies sexuellement transmissibles.....	38
Le Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest: stratégies de lutte contre les MST (International).....	39
Mobilisation communautaire.....	45
Centre d'Assistance socio-médicale (Côte d'Ivoire).....	47
Kariobangi Community-Based Home Care and Home-Based AIDS Care Programme/ <i>Programme de soins domiciliaires à assise communautaire et de prise en charge du SIDA à domicile de Kariobangi</i> (Kenya).....	53
Monde du travail : employeurs et salariés.....	58
Commercial Farmers' Union AIDS Control Programme/ <i>Programme de l'Union des exploitants agricoles pour la lutte contre le SIDA</i> (Zimbabwe).....	60
Personnel sanitaire et formation.....	66
Partnership for Home-Based Care in Rural Areas/ <i>Partenariat pour soins à domicile dans les zones rurales</i> (Ouganda).....	68
Professionnel(le)s du sexe et leur clientèle.....	73
PPP: Programme de prise en charge et de prévention parmi les professionnelles du sexe (Côte d'Ivoire).....	75
Religion.....	80
Treasuring the Gift/ <i>Gardons précieusement ce don</i> (Zambie).....	81

Réponses locales au VIH/SIDA.....	85
Initiative SIDA du district de Gaoua (Burkina Faso).....	87
Bambisanani: an EQUITY Project/ <i>Bambisanani : un projet EQUITY</i> (Afrique du Sud).....	93
Soins palliatifs.....	99
Mildmay Centre for Palliative HIV/AIDS Care/ <i>Centre Mildmay de Soins palliatifs pour le VIH/SIDA</i> (Ouganda).....	102
Transmission mère-enfant.....	107
HIVNET 012 study on effectiveness of nevirapine in prevention of mother-to-child transmission/ <i>Etude HIVNET 012 sur l'efficacité de la névirapine dans la prévention de la transmission mère-enfant</i> (Ouganda).....	110
Annexe 1 :	
<i>Comment soumettre une proposition destinée au Récapitulatif</i>	115
Annexe 2 :	
<i>Groupes thématiques et Conseillers de Programme (ONUSIDA) dans les pays d'Afrique subsaharienne</i>	120

Introduction: Meilleures Pratiques en Afrique

En Afrique subsaharienne, le SIDA est devenu le tueur le plus important. En 1998, les conflits armés ou les guerres ont fait 200 000 victimes en Afrique, mais le SIDA a tué 2,2 millions de personnes. La diffusion de la maladie a surpassé toutes les projections. En 1991, l'OMS estimait qu'il y aurait 9 millions de personnes infectées en 1999, avec un total de près de 5 millions de morts à cette date en Afrique. Dans la réalité, les chiffres pour l'année 2000 sont deux à trois fois plus élevés, avec 25,3 millions de personnes infectées et un total de plus de 17 millions de morts depuis le début de la pandémie¹.

Près de 70% des infections à VIH et 90% des morts dues au SIDA surviennent dans une zone qui abrite tout juste 10% de la population mondiale. C'est en Afrique subsaharienne que les taux d'infection sont les plus hauts, que le niveau d'accès aux soins est le plus bas et que, dans le domaine social et économique, les filets de sécurité qui pourraient permettre aux familles de faire face à l'impact de l'épidémie sont les plus fragilisés. Les ressources ne progressent pas aussi vite que les défis. L'incidence de la maladie augmente trois fois plus vite que les sommes consacrées à la lutte contre le fléau.

En Afrique, il faudra que les activités menées à l'heure actuelle dans le cadre de la lutte contre le SIDA augmentent de façon marquée si l'on veut avoir un impact sur l'épidémie. Dans le combat contre le VIH/SIDA, les dirigeants africains font preuve de qualités de leadership sans précédent – le moment est venu de mettre sur pied un effort exceptionnel. Le Partenariat international contre le SIDA en Afrique (IPAA) constitue une mobilisation de ce type. De même, le recueil des Meilleures Pratiques – qui consiste à amasser et à mettre en application les connaissances sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas dans des situations et des contextes divers – représente une contribution essentielle dans le cadre du Partenariat.

Le Partenariat international contre le SIDA en Afrique

Le Partenariat international contre le SIDA en Afrique [International Partnership against AIDS in Africa – IPAA] regroupe les acteurs qui ont choisi de travailler ensemble vers une vision commune et des buts communs, en se basant sur des principes mutuellement acquis et des étapes clés. Le but de l'IPAA est de mettre sur pied et d'entretenir des processus qui permettent aux gouvernements, à la société civile et surtout au secteur de la communauté ainsi qu'aux organisations nationales et internationales qui œuvrent contre le SIDA

¹ Source : ONUSIDA/OMS : *Le point sur l'épidémie de SIDA – décembre 2000*.

en Afrique de collaborer plus efficacement pour atténuer de façon marquée la diffusion du VIH et la souffrance humaine qu'elle engendre, tout en faisant reculer l'érosion humaine, sociale et économique observée en Afrique. (Pour plus de détails, consulter www.unaids.org/africapartnership/index.html.)

Les acteurs de l'IPAA comptent des gouvernements africains, les Nations Unies, le secteur privé,² et le secteur communautaire.^{3 4} On peut envisager l'IPAA comme une série de partenariats qui se recouvrent partiellement à différents niveaux et intéressent des acteurs divers qui visent des objectifs communs.

Au niveau des pays, les membres de l'IPAA s'engagent à travailler sous la conduite des gouvernements nationaux dans un cadre stratégique commun, souvent décrit comme un « plan stratégique national contre le VIH/SIDA ». Afin de fonctionner efficacement, ce plan devra identifier des zones d'intervention essentielles en matière de stratégies et de programmes et préciser le rôle des divers acteurs.

- ◆ Aux niveaux régional et sous-régional, les membres feront appel aux mécanismes de coopération existants pour renforcer et améliorer les ressources régionales telles que les Réseaux de ressources techniques (RRT), auxquels les programmes nationaux en quête de formation et de conseils techniques peuvent rapidement faire appel.
- ◆ Au niveau mondial, l'IPAA identifiera des processus et des produits auxquels il est possible de souscrire collectivement. Il s'agira par exemple d'intensifier les activités dans des domaines qui vont des biens publics internationaux aux processus politiques, en mettant l'accent sur les domaines susceptibles de bénéficier plus particulièrement d'un effort coordonné et sur ceux où l'action pourra entraîner une meilleure visibilité de l'épidémie et un accroissement des ressources destinées à combattre celle-ci.

Les avantages du partenariat

Les partenaires estiment que la synergie qu'entraîne le travail en commun renforcera de façon marquée l'impact des actions individuelles et permettra aux participants de continuer à bâtir sur les Meilleures Pratiques à tous les niveaux.

La valeur ajoutée par l'IPAA – tel que ce partenariat a été d'un commun accord élaboré par les partenaires – comporte les points suivants :

² Le secteur privé comporte des groupes tels que les firmes multinationales, les sociétés pharmaceutiques, les fondations et les syndicats.

³ Au sens du Partenariat, le secteur communautaire compte des personnes, des familles et des communautés qui se sont organisées sur des bases géographiques, des bases d'intérêts locaux ou des bases thématiques pour organiser leur riposte à l'épidémie. Ce secteur groupe des organisations non gouvernementales (ONG), des organisations à assise communautaire aux niveaux national et international, des organisations religieuses, des tradipraticiens, des organisations de jeunes, des réseaux de femmes, des réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVS), des centres d'information et des groupes d'intérêts particuliers.

⁴ On compte parmi les acteurs du Partenariat des centres de recherche et des institutions universitaires au niveau national.

- ◆ Une riposte coordonnée : Dans la plupart des pays, l'amélioration du niveau de coordination est d'un intérêt immédiat. Une approche plus flexible envers l'identification des déficits et une meilleure efficacité au sein des plans négociés au niveau national représenteront pour ces pays un grand pas en avant.
- ◆ Une riposte mise à niveau grâce à un accroissement et à une meilleure utilisation des ressources disponibles : Des programmes bien conçus, dont les coûts sont clairement définis et qui sont bien mis en œuvre auront plus de chances d'attirer des ressources, surtout quand les mécanismes requis pour transférer celles-ci vers les niveaux du district et de la communauté sont clairement visibles et bien établis.
- ◆ Une riposte élargie : L'IPAA assure des liens appropriés entre les ressources et initiatives subrégionales, régionales et internationales et celles des pays. En améliorant les communications et la qualité de l'information (et en servant d'intermédiaire si nécessaire), le Partenariat permettra aux pays de bénéficier des autres investissements sur les plans international et régional destinés à combattre l'épidémie, y compris les Meilleures Pratiques en matière de développement, d'information, de ressources ou de compétences techniques.
- ◆ Une riposte basée sur les Meilleures Pratiques engrangées en deux décennies d'expérience de l'épidémie, expérience qui a accumulé un *corpus* important de pratiques.

Une vision pour agir

La vision de l'IPAA est qu'au cours de la décennie à venir les nations d'Afrique – avec le soutien de la communauté internationale – mettront sur pied des ripostes multisectorielles soutenues au VIH/SIDA qui agiront à plus grande échelle et plus efficacement. Leurs efforts collectifs, leurs activités de promotion et de protection des droits de la personne et leurs efforts pour atténuer les effets de la pauvreté permettront aux pays de :

- ◆ diminuer considérablement le nombre d'infections nouvelles par le VIH
- ◆ fournir un éventail de soins aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA
- ◆ mobiliser et soutenir les communautés, les ONG, le secteur privé et les individus pour s'opposer à l'impact négatif de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique.

Meilleures Pratiques dans la riposte au SIDA

Une des principales tâches du Secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants consiste à promouvoir le recours commun aux Meilleures Pratiques, en faisant entre autres appel à la dissémination et à la diffusion étendue des leçons tirées, et à identifier de par le monde les pratiques qui s'avèrent efficaces contre l'épidémie de SIDA, tout en examinant comment et pourquoi ces pratiques se montrent efficaces.

Le concept de Meilleures Pratiques ne concerne pas uniquement les « vérités

absolues » ou les « normes de référence ». Pour l'ONUSIDA, le recours aux Meilleures Pratiques signifie accumuler et appliquer les connaissances sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans des circonstances et des contextes divers. En d'autres termes, il s'agit aussi bien des leçons tirées que du processus d'apprentissage continu, avec rétroaction, réflexion et analyse (ce qui marche, pourquoi, comment et ainsi de suite).

A tout le moins, les Meilleures Pratiques suggèrent une maxime très simple : Il ne s'agit de réinventer la roue, mais d'apprendre à l'améliorer, et de l'adapter au terrain pour qu'elle fonctionne mieux.

Le processus des Meilleures Pratiques se manifeste sous trois aspects :

- ◆ échange d'expériences, y compris les échanges entre experts individuels et Réseaux de ressources techniques (RRT)
- ◆ tests pilotes, recherche opérationnelle, autres projets et programmes
- ◆ documentation, y compris le recours à des formats comme les cassettes vidéo, les CD et les logiciels de présentation graphique (il convient cependant de garder présent à l'esprit que, outre leur aspect documentaire, les Meilleures Pratiques offrent une approche du partage et de l'utilisation des connaissances).

L'identification des Meilleures Pratiques qui apportent des leçons utiles implique qu'il faut porter des jugements. Deux approches permettent d'arriver à ces jugements, chacune correspondant à un niveau d'analyse différent.

La première se fonde sur une simple description des résultats de la pratique en cause. De ce point de vue, on peut considérer comme Meilleure Pratique toute approche partiellement ou entièrement efficace qui s'avérerait apporter des leçons utiles.

La seconde consiste à effectuer une analyse en profondeur en faisant appel à des critères connus et spécifiques qui examinent les points forts et les points faibles, les succès et les échecs. A cette fin, l'ONUSIDA fait appel comme guide à un jeu de cinq critères : efficacité, efficience, pertinence, validité éthique et pérennité. Les pratiques candidates au titre de Meilleures Pratiques devraient satisfaire à l'un ou plusieurs de ces critères, même s'il n'est pas obligatoire qu'elles satisfassent à chacun d'eux.

En résumé, le processus des Meilleures Pratiques permet d'identifier et de décrire les leçons tirées, ainsi que les clés du succès pour une politique, un projet ou un programme spécifique.

Pourquoi documenter les Meilleures Pratiques?

On demande sans cesse aux organismes coparrainants de l'ONUSIDA, au personnel sur le terrain et au Secrétariat de Genève de fournir une information à jour et concise – ce que l'on pourrait appeler des « instantanés » – sur les approches constructives et créatives que les gens et les organisations de par le monde appliquent à la lutte contre le VIH/SIDA. C'est là une illustration pratique d'une des principales raisons pour lesquelles nous documentons et diffusons

les Meilleures Pratiques. A défaut de pouvoir accéder à l'expérience et aux connaissances pratiques sur ce qui fonctionne, fût-ce partiellement, on risque de répéter les mêmes erreurs et de perdre un temps précieux. Il faut partager les enseignements tirés et les adapter aux circonstances locales pour permettre une riposte efficace à l'épidémie.

Les objectifs formels des Meilleures Pratiques sont :

- ◆ de renforcer la capacité à identifier, documenter, échanger, promouvoir, utiliser et adapter les Meilleures Pratiques en tant que leçons tirées au sein des pays et entre les pays comme moyen d'élargir la riposte nationale au VIH/SIDA
- ◆ de promouvoir la mise en application du processus des Meilleures Pratiques afin de permettre une meilleure définition et formulation des politiques et des stratégies
- ◆ d'assembler, de produire, de diffuser et de promouvoir les Meilleures Pratiques.

L'ONUSIDA s'efforce dans ce *Récapitulatif* de reprendre les détails d'une série de Meilleures Pratiques pour offrir des leçons utiles et des références à ceux et celles qui œuvrent aux activités liées au VIH/SIDA.

L'ONUSIDA a tenté de reprendre dans ce document les détails d'une série de Meilleures Pratiques en Afrique subsaharienne afin d'offrir des leçons utiles et des références aux acteurs de l'IPAA. *Ce document n'est ni exhaustif ni complet : on trouvera de nombreux autres exemples de Meilleures Pratiques en Afrique dans la précédente édition du Récapitulatif des Meilleures Pratiques ou dans les éditions à venir.*

D'où viennent les Meilleures Pratiques ?

Les Meilleures Pratiques proviennent de sources nombreuses et diverses : personnel du système des Nations Unies, organisations non gouvernementales, représentants et agences des gouvernements, groupes communautaires, individus. Les médias (restreints ou « grand public ») permettent parfois aussi d'identifier des Meilleures Pratiques. L'ONUSIDA reconnaît volontiers le travail de son propre personnel, mais apprécie tout particulièrement les efforts soutenus du personnel de ses organismes coparrainants sur le terrain (PNUCID, PNUD, UNESCO, FNUAP, UNICEF, OMS et Banque mondiale), ainsi que celui des présidents des Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA et d'autres partenaires – toutes et tous ont apporté au *Récapitulatif* les leçons tirées.

Certains documents ont été reçus sous forme de fichiers électroniques, souvent accompagnés de documents d'appui détaillés. D'autres sont arrivés, parfois sous forme manuscrite, dans le courrier en provenance d'organisations communautaires ou non gouvernementales et de chercheurs indépendants – les personnes qui travaillent en première ligne dans la lutte contre le VIH/SIDA. Certains documents ont été acceptés pour publication pratiquement sans changements. D'autres encore proviennent de revues scientifiques, de rapports d'activités, voire de journaux et de périodiques.

Certaines pratiques ont fait l'objet d'une évaluation formelle, mais tel n'a pas été le cas pour la plupart d'entre elles. Cela peut paraître étrange pour une publication consacrée aux Meilleures Pratiques, mais il existe à cela une raison étroitement liée à la réalité de l'épidémie de VIH/SIDA. Une évaluation formelle telle que la pratiquent les institutions universitaires et les institutions gouvernementales est souvent un processus lent, complexe et coûteux qui peut parfois exiger plus de ressources en personnel professionnel et en argent que le processus même soumis à évaluation – et qui doit être envisagé en tant que part intrinsèque de la pratique étudiée. La plupart des pratiques reprises en détail dans ce *Récapitulatif* avaient pour but l'action plutôt que la « pureté méthodologique » ; beaucoup de ces pratiques proviennent d'individus et d'organisations de base qui disposent rarement des ressources ou des compétences internes nécessaires à une évaluation formelle.

C'est pourquoi un certain nombre des pratiques présentées ici ne présentent pas d'information sur l'évaluation en tant que telle. Dans chaque cas, cependant, les leçons et les résultats obtenus fournissent l'information qui est disponible sur les produits et sur les impacts.

Comment utiliser le Récapitulatif

A l'heure actuelle, l'ONUSIDA assemble et publie des renseignements sur plus de 50 secteurs thématiques relatifs au VIH/SIDA. Les pratiques décrites dans ce *Récapitulatif* sont classées tout d'abord en fonction de leur secteur thématique principal. Une brève introduction au secteur thématique précède la présentation de chaque pratique, dont la plupart relèvent de plus d'un secteur (par exemple, un fonds destiné à couvrir le coût des médicaments de prix élevé appartient tout d'abord au secteur de l'accès aux médicaments, mais appartient aussi aux secteurs des droits de la personne, de l'éthique et des problèmes juridiques). On trouvera en fin de volume un index qui permet de retrouver les pratiques à partir de leurs secteurs thématiques secondaires aussi bien que par pays.

Nous nous sommes efforcés de fournir l'information la plus complète possible sur les personnes à contacter pour permettre aux lecteurs d'obtenir des compléments d'information sur les pratiques qui les intéressent. Dans la mesure du possible, chaque pratique contient une section intitulée « Lectures complémentaires », dans laquelle les lecteurs trouveront des références bibliographiques ; là où ces références sont accessibles par Internet, on trouvera aussi les adresses électroniques complètes. Une version électronique complète de la base de données du *Récapitulatif* est disponible sur www.unaids.org/bestpractice/collection/summary/index.html.)

Vos propositions sont les bienvenues

Le présent ouvrage ne traite que de l'Afrique subsaharienne et ne représente qu'une partie des nombreux rapports et commentaires que nous avons reçus. Des éditions ultérieures traiteront des Meilleures Pratiques en provenance de tous les continents, comme le faisait le volume produit en 1999. Nos

remerciements vont à toutes celles et à tous ceux qui nous ont adressé des suggestions, que celles-ci aient ou non été reprises dans ce volume.

Vous trouverez en fin de volume un formulaire de soumission de publication, à utiliser pour soumettre l'examen d'autres pratiques. Vous pouvez également télécharger le formulaire à partir de la page web de l'ONUSIDA. Les propositions auront plus de chances d'être acceptées pour publication si elles sont envoyées par l'intermédiaire du Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA ou du Conseiller de Programme (ONUSIDA) dans le Pays (avec une copie au Coordinateur des Meilleures Pratiques au Secrétariat de l'ONUSIDA à Genève). L'Annexe 2 contient les adresses pertinentes en Afrique subsaharienne.

L'ONUSIDA encourage tous commentaires et suggestions qui pourraient aider à rendre ce *Récapitulatif* meilleur et plus complet. Veuillez les faire parvenir au Coordinateur des Meilleures Pratiques, au Secrétariat de l'ONUSIDA à Genève.

Meilleures Pratiques

Enfants et jeunes

Les jeunes jouent un rôle décisif dans l'évolution de l'épidémie de VIH/SIDA. Leurs comportements actuels et ceux qu'ils adopteront au cours de leur vie détermineront l'évolution de l'épidémie pour les décennies à venir.

A la fin 1997, on estimait à plus d'un million le nombre d'enfants vivant avec le VIH de par le monde et souffrant des conséquences physiques et psychologiques de l'infection. Sur les 16 000 infections nouvelles que l'on estime survenir chaque jour, 1600 environ concernent des enfants âgés de moins de 15 ans. Les jeunes entre 10 et 24 ans représentent plus de la moitié des nouvelles infections contractées après la petite enfance à travers le monde. De même, ce groupe d'âge représente plus de 30% de la population du monde en développement où l'épidémie est la plus présente. Si la prévention du VIH échoue au sein de cette population gigantesque, les pays en développement seront confrontés aux coûts – ahurissants sur les plans humain et économique – du grand nombre de cas de SIDA chez les adultes.

On reconnaît de plus en plus la valeur des jeunes en tant que ressource susceptible de modifier le cours de l'épidémie. Ils réagissent aux programmes de prévention du VIH et constituent des promoteurs efficaces des actions de prévention du virus. Il est probable qu'investir dans les efforts de prévention du VIH parmi les jeunes contribuera de manière significative à mettre en place une action plus durable contre le VIH/SIDA. Nous avons retenu plusieurs leçons au cours des dernières années, leçons qui sont susceptibles d'être appliquées pour planifier des actions efficaces de lutte contre l'épidémie de VIH qui visent plus précisément les jeunes.

Parmi les actions prioritaires qui devront être prises en considération compte tenu de l'analyse de la situation et de l'action dans différents pays ainsi que la rétro-information apportée par les organisations de jeunes et les jeunes eux-mêmes on notera :

- ◆ la mise en place ou la révision des politiques nationales destinées à réduire la vulnérabilité des jeunes au VIH/SIDA en s'assurant que leurs droits sont reconnus, protégés et respectés
- ◆ la promotion d'une participation authentique des jeunes à l'élargissement des actions nationales de lutte contre le VIH/SIDA
- ◆ l'appui aux groupes de jeunes et de pairs dans la communauté afin qu'ils participent aux actions nationales de lutte contre le VIH/SIDA
- ◆ la mobilisation des parents, des décideurs, des médias et des organisations religieuses pour influencer l'opinion publique et les politiques en ce qui concerne le VIH/SIDA et les jeunes
- ◆ l'amélioration de la qualité et de la couverture des programmes scolaires qui

intègrent une composante VIH/SIDA et des questions connexes

- ◆ l'accès à des services de santé accueillants pour les jeunes, y compris des services de prévention du VIH et des MST, de dépistage et de conseil, de prise en charge et d'appui
- ◆ la prise en charge des jeunes qui vivent avec le VIH/SIDA.

Un accent tout particulier devra être mis sur deux groupes spécifiques d'enfants et de jeunes : les orphelins du SIDA et les jeunes vivant avec le VIH/SIDA.

L'ONUSIDA estime qu'au mois de décembre 1998 le nombre d'orphelins du SIDA (définis comme des enfants qui ont perdu leur mère ou leurs deux parents du SIDA avant l'âge de 15 ans) totalisait au moins 8,2 millions depuis le début de l'épidémie. Dans de nombreux pays en développement, les systèmes familiaux élargis ont de tout temps pris en charge les orphelins. Toutefois, le SIDA, combiné à d'autres pressions telles que les migrations, sollicite les systèmes familiaux élargis à un degré tel que, dans les communautés les plus durement touchées, ils en arrivent à un point proche de la rupture.

Comme les adultes plus âgés séropositifs au VIH, les enfants et les jeunes qui vivent avec l'infection à VIH ont de plus en plus besoin de soins médicaux à mesure que leur système immunitaire s'affaiblit et que leur santé se détériore. Il leur arrive toutefois d'être confrontés à des obstacles particuliers lorsqu'ils souhaitent exercer leur droit à la santé. Les jeunes sont parfois trop pauvres pour se payer des soins ou craignent trop que les prestataires de services de santé ne révèlent leur état, au mépris de leur devoir de confidentialité.

L'absence de services qui tiennent compte des spécificités des jeunes est un obstacle. Conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, tous les enfants vivant avec le VIH/SIDA doivent avoir accès à un traitement, à des conseils, à une éducation, à des loisirs et à un appui social et doivent être protégés contre toute forme de discrimination.

Tsa Banana Adolescent Reproductive Health Programme

Tsa Banana, Programme de santé reproductive pour adolescents (Botswana)

Année de lancement : 1995

Secteur thématique principal : Enfants et jeunes

Secteurs thématiques secondaires : Santé reproductive

Personnes à contacter :

Dominique Meekers, Guy Stallworthy,
John Harris

Téléphone : +1 202 785-0072

Télécopie : +1 202 785-0120

Courrier électronique :

generalinfo@psiwash.org

Site web : www.psiwash.org

Adresse :

Population Services International
Social Marketing and
Communications for Health
1120 19th Street, NW, Suite 600
Washington DC 20036
USA

Responsables de la mise en place

Population Services International

Financement

Agence des Etats-Unis pour le Développement international (United States Agency for International Development – USAID)

Objectifs

Le Programme a été conçu pour :

- identifier, développer et promouvoir une information, des produits et des brochures qui soient adaptés à la jeunesse
- encourager les jeunes à se rendre dans les centres pour la jeunesse, les dispensaires, les pharmacies, pour y recevoir des conseils afin d'éviter les grossesses précoces et de se protéger contre le VIH/SIDA
- former les détaillants et le personnel hospitalier à répondre aux besoins spécifiques de leurs jeunes clients.

Généralités

L'activité sexuelle avant le mariage chez les moins de 17 ans est chose courante au Botswana ; jeunes gens et jeunes filles y ont fréquemment plus d'un partenaire sexuel. Les jeunes au Botswana estimaient que les services de santé reproductive n'étaient pas destinés aux adolescents et se sentaient

intimidés par le dispensaire et le personnel. Le Botswana connaît pourtant une aggravation croissante des problèmes de santé reproductive chez les adolescents, notamment grossesses précoces, infections à VIH et autres MST.

Tsa Banana, qui signifie en tswana « pour adolescents », a été lancé pour tester les effets d'une campagne de promotion visant les jeunes adultes dans une ville de taille moyenne, Lobatse.

Activités principales

Le projet a été lancé à Lobatse en mars 1995 et a fonctionné pendant un an. Il comportait :

- ◆ une campagne de communication
- ◆ un marketing social orienté vers les jeunes pour les préservatifs
- ◆ des activités de proximité au sein de la communauté par des vendeurs éducateurs pour leurs pairs
- ◆ la diffusion de brochures adaptées aux spécificités de l'adolescence concernant l'information sur les préservatifs et la distribution de ceux-ci.

Des éducateurs pour les pairs ont enseigné aux adolescents des techniques de négociation pour l'emploi des préservatifs et leur utilisation correcte. Le programme prévoit également des séances éducatives par les pairs dans les écoles primaires et secondaires ; ces séances visent tous les étudiants et traitent tous les thèmes liés au SIDA, à la transmission du VIH, à la grossesse précoce et aux préservatifs. Dans les écoles primaires, les séances ne visent que les enfants de plus de 13 ans – elles comportent essentiellement une information sur la puberté et prônent l'abstinence.

Impact/Résultats

Les recherches ont montré que 68% des adolescentes et 71% des adolescents avaient entendu parler du programme Tsa Banana. La plupart d'entre eux (59% des filles et 64% des garçons) s'étaient vu proposer des outils de promotion tels que T-shirts, autocollants et brochures. Plus de 20% avaient assisté à une démonstration Tsa Banana sur les préservatifs ou en avaient entendu parler. Environ 41% des filles et 33% des garçons avaient directement pris part aux activités de Tsa Banana.

Résultats de l'évaluation

Les études préalables et postérieures à l'intervention ont été conduites à la fois sur les lieux (Lobatse) et dans une ville témoin (Francistown) par la Social Impact Assessment and Policy Analysis Corporation (SIAPAC) Africa [Groupe d'Etudes de l'Impact social et de l'Analyse des Politiques en Afrique]. L'analyse se base sur le Health Belief Model (HBM) [Modèle des Convictions en Matière de Santé], qui étudie les changements dans les convictions des individus touchant la santé selon : 1) la gravité de la menace ; 2) la vulnérabilité des individus face à la menace ; 3) les bénéfices attendus des mesures de protection et leur efficacité ; 4) les obstacles et les effets négatifs liés à l'action préventive ; 5) un déclic qui conduit les individus à agir en fonction de ces convictions.

Tous les changements observés dans les convictions relatives à la santé ont été statistiquement significatifs. Lors de l'enquête de suivi, les filles étaient 0,6 fois moins portées à croire que lors de l'enquête initiale qu'il est difficile de convaincre un partenaire d'utiliser un préservatif. Dans le même temps les garçons se disaient plus timides à l'idée d'acheter des préservatifs dans un lieu public (index 2,2) qu'à l'idée de les demander au personnel de santé (index 1,8).

Après l'intervention, les garçons étaient 1,5 fois plus enclins à croire que les gens peuvent utiliser des préservatifs pour éviter les risques sexuels et moins prêts (0,7) à estimer qu'il pouvait être difficile de convaincre une partenaire d'en faire usage. Les filles étaient 2,7 fois plus souvent convaincues que le SIDA ne peut être guéri ; 3,4 fois plus souvent persuadées que les gens peuvent utiliser des préservatifs ; 1,5 fois plus prêtes à croire que les gens peuvent pratiquer l'abstinence et moins portées (0,2) à croire que le sexe est une bonne chose parce qu'il peut conduire au mariage.

De nombreux changements – bénéfiques ou indésirables – se sont produits tant dans la ville témoin que sur les lieux de l'intervention et ne sont pas dus à cette dernière. Parmi les changements positifs, les garçons sont plus portés à admettre que les personnes actives sexuellement sont exposées au VIH/SIDA, que les gens diminuent les risques en s'abstenant sexuellement et que nombreux sont leurs amis qui utilisent des préservatifs. Ils sont moins convaincus que les rapports sexuels sont bons parce qu'ils conduisent au mariage. On observe également des changements non souhaitables. Dans les deux sites, les femmes ont davantage tendance à être intimidées à l'idée d'acheter des préservatifs en public ou à penser que les femmes perdent le respect des hommes si elles proposent l'usage d'un préservatif et que peu parmi leurs amies y ont recours. Elles sont moins portées à croire que les gens évitent les rencontres fortuites et les partenaires multiples pour éviter les risques. Les garçons, eux, sont davantage portés à croire que les rapports sexuels sont une bonne chose car ils confèrent un meilleur statut.

L'étude montre toutefois que le programme a eu un impact positif sur diverses convictions des adolescents en matière de santé. En huit mois, l'intervention a significativement accru la conviction que le SIDA ne peut être guéri, que les gens recourent aux préservatifs ou à l'abstinence pour se protéger et qu'il est facile de convaincre un partenaire d'utiliser des préservatifs.

Enseignements

Garçons et filles diffèrent à la fois quant à leurs réactions à la campagne Tsa Banana et quant aux tendances sociétales que l'on observe. Les interventions à venir devront tenir compte de ces différences. Il faudrait sans doute aussi lutter contre les changements néfastes.

La conviction croissante que les préservatifs protègent contre les risques encourus au cours des activités sexuelles occasionnelles et/ou avec des partenaires multiples peut dans le même temps stigmatiser l'usage du préservatif – associé à un comportement à haut risque – même si cette conviction accompagne une meilleure perception des bénéfices qu'apporte le recours au préservatif. Cette connaissance accrue de la complexité des

facteurs qui jouent sur l'impact du programme aidera ceux qui en ont la responsabilité à poursuivre leur action en l'améliorant, ainsi qu'à mettre sur pied des programmes de prévention contre le SIDA, tant à l'heure actuelle que pour l'avenir.

Lectures complémentaires

Meekers D, Stallworthy G, and Harris J. *Changing adolescents' beliefs about protective sexual behavior: the Botswana Tsa Banana Program*. Population Services International, Research Division, Working Paper No. 3, 1997.

AIDS prevention through the National Union of Youth and Students

Prévention du SIDA par l'Union nationale des Jeunes et des Etudiants (Erythée)

Année de lancement : 1998

Secteur thématique principal : Enfants et jeunes

Secteurs thématiques secondaires : Programmation en matière de communication • Santé reproductive • Préservatifs masculins

Personne à contacter :

Ms Eden Asghedom

Responsable du Projet

Téléphone : +291 1 120 488/124 751

Télécopie : +291 1 125 981

Courrier électronique :

nueyspro@eol.com.er

Adresse :

Ms Eden Asghedom

National Union of Eritrean Youth and Students (NUEYS)

HIV/AIDS Focal Point

P.O. Box 1042

Asmara, Erythée

Responsables de la mise en œuvre

National Union of Eritrean Youth and Students (NUEYS)

Financement

FNUAP, Population Services International (PSI), UNICEF et Family Planning Service Expansion and Technical Support Project (SEATS) [Projet d'Extension et d'Appui aux Services de Planification familiale], une ONG des Etats-Unis.

Objectifs

Le programme vise l'amélioration de la santé de tous les jeunes âgés de 14 à 30 ans en formant des volontaires en matière de santé reproductive et de planification familiale à la mise en œuvre de programmes d'éducation par les pairs dans les écoles et de partage des connaissances au sein de leurs groupes de pairs.

Généralités

En 1993, après 30 années de guerre, l'Erythée devient la 52ème et dernière-née des nations indépendantes africaines. Elle fait face à de nombreux problèmes graves. Près du quart des femmes érythréennes se marient avant d'avoir 15 ans et enfantent avant que leur corps ait atteint son plein développement. Pour l'ensemble du pays, le taux de fertilité est de 6,1 enfants

par femme (3,7 pour la ville d'Asmara). Ce grand nombre de naissances très rapprochées contribue à la mortalité maternelle et infantile. Le taux de prévalence du recours à la contraception n'est que de 26% à Asmara et de 8% dans l'ensemble du pays. En outre, l'Erythrée connaît un taux d'analphabétisme de plus de 80%, une grave pénurie d'enseignants, de matériel et d'équipement éducatifs, une répartition irrégulière des ressources éducatives et souffre de l'absence de dispositifs de formation professionnelle. A la fin de 1998, le Programme national de Lutte contre le SIDA (PNLS) d'Erythrée signale 5787 cas de SIDA et l'on estime que la prévalence de l'infection par le VIH croît rapidement, doublant tous les 18 mois.

La jeunesse érythréenne (14-24 ans) représente approximativement 30% à 35% de la population totale. Il n'y a pas assez de places à l'école, pas assez d'emplois, de nombreux jeunes restent ainsi sans formation et sans possibilité d'être productifs au sein de leur société. On estime à 20 000 le nombre de jeunes scolarisés et à 700 000 celui des jeunes non scolarisés.

En Erythrée, la tradition fait qu'il est difficile pour les jeunes d'obtenir des informations en matière de sexualité et de santé. La famille n'est souvent pas préparée à faire face aux besoins de ses jeunes en matière d'éducation, d'information et de vie en société. Dans une famille érythréenne traditionnelle, il n'est pas normal de parler de sexualité avec les enfants. Le système scolaire n'a pas davantage dispensé d'éducation sexuelle. De même, il n'y a guère d'autres institutions qui répondent aux besoins physiques et psychologiques des jeunes. Les jeunes en Erythrée sont donc plutôt ignorants des questions relatives à la santé des adolescents, ainsi que des problèmes de sexualité et de santé reproductive.

La National Union of Eritrean Youth and Students (NUEYS) est une ONG dont la visée est d'améliorer l'éducation et l'accès à l'emploi pour les jeunes. Cette Union est devenue un vaste réseau à l'échelle de la nation et compte plus de 138 000 membres. Elle dispose d'un personnel salarié de 269 personnes dans 51 bureaux urbains ou ruraux et d'un nombre encore plus important de volontaires, dont environ la moitié sont des femmes. La NUEYS a des relations de collaboration avec d'autres ONG – nationales ou étrangères –, des agences des Nations Unies, des ministères gouvernementaux et a participé à la mise en place d'une large gamme d'activités dans toute l'Erythrée, notamment par la création de quatre centres de santé.

Activités principales

Dans une telle situation et devant l'aggravation des problèmes des jeunes, la pauvreté de leur savoir en matière de santé reproductive et de responsabilité sexuelle, NUEYS et l'Association érythréenne pour la planification familiale [Planned Parenthood Association of Eritrea (PPAE)] ont lancé en 1994 un projet d'éducation et de services touchant la santé reproductive. Ces dernières années, les activités concernant le VIH ont pris de l'ampleur au sein de cet effort d'ensemble. Elles comportent :

- Des séminaires de sensibilisation réguliers dans les établissements secondaires. On y traite essentiellement de la croissance de la population,

d'anatomie et de physiologie des organes de la reproduction, de l'adolescence et des changements qu'elle occasionne, de la façon dont survient une grossesse, des méthodes pour éviter celle-ci, ainsi que des MST, en mettant l'accent sur le VIH/SIDA.

- Des formations au conseil sur la santé reproductive des adolescents. Les thèmes traités pendant cette formation comprennent la croissance de la population, les méthodes de conseil pour le dépistage, la situation en Erythrée quant au SIDA, la perception de la grossesse qu'ont les parents et les adolescents, la psychodynamique du conseil, la maturation sexuelle, les spécificités sexuelles, les moyens d'éviter la grossesse, la mutilation génitale des filles, les conséquences de rapports sexuels non protégés (grossesse, avortement, infection par les MST et le VIH/SIDA).
- Des programmes d'éducation par les pairs. On encourage les jeunes formés à tenir des réunions avec leurs pairs dans les écoles, les centres NUEYS et les bureaux citadins ou ruraux de la NUEYS.
- Des ateliers sur la participation des hommes à la planification familiale et le recours au préservatif féminin. On transmet notamment aux hommes l'idée que ce recours facilite la planification familiale et réduit en même temps le risque d'infection de leurs partenaires par une MST et en particulier le VIH/SIDA.
- La distribution de préservatifs. Ceux-ci sont distribués par les centres de soins pour les personnes atteintes de MST et les autres personnes clientes du centre, ainsi que dans les différents sites où se tiennent les séminaires de sensibilisation et les cours de formation.
- La fourniture de services de gestion clinique des MST et de planification familiale, conseil en matière de santé reproductive, bibliothèque et activités de loisirs. C'est quotidiennement que ces services sont offerts dans des centres sensibles aux spécificités des jeunes. Chacun de ces services a une composante VIH/SIDA : dans les bibliothèques ou les centres de loisirs, par exemple, on trouvera du matériel IEC et autres documents traitant spécifiquement du VIH/SIDA, ainsi que des films et des cassettes vidéo portant sur le VIH/SIDA.
- Théâtre et cinéma. Plusieurs pièces de théâtre ont été montées et jouées pour les jeunes et le grand public, certaines à Asmara seulement et d'autres dans tout le pays grâce à une troupe théâtrale itinérante. Ces spectacles s'accompagnent toujours d'une distribution de matériel d'information et de préservatifs. La NUEYS a récemment coproduit un film sur le SIDA et la jeunesse qui montre, dans un langage aisément compris par les jeunes, les comportements habituels et les problèmes auxquels doit faire face la jeunesse érythréenne. La première diffusion du film a eu lieu en présence de nombreux représentants d'ONG, de leaders de jeunes, de fonctionnaires du Ministère de la Santé et d'autres responsables. Le film a ensuite été diffusé par la télévision nationale le jour du lancement de la Campagne mondiale contre le SIDA.
- Presse et radio. La NUEYS publie dans l'un de ses trois organes de presse des articles qui traitent du VIH/SIDA et autres questions de santé reproductive et qui répondent aux questions que posent les jeunes sur des problèmes de

société tels que le flirt, l'amitié, l'amour et la sexualité, l'école et les pairs, la pression qu'exercent ces derniers, etc. La publication paraît tous les quinze jours et vise globalement à l'adoption par les jeunes d'un comportement sexuel sain et protégé. A la suite d'un accord avec le Ministère de l'Information, la NUEYS dispose d'un temps d'antenne sur la radio nationale tous les samedis de 14 à 15 heures pour y traiter des problèmes des jeunes. Les messages concernant la santé sont inclus dans ces émissions sous forme de pièces de théâtre, de poèmes et autres manifestations. La NUEYS a organisé un programme radio d'une durée de deux heures en direct pour la Journée mondiale SIDA de 1999.

Impact/Résultats

L'examen des données cumulées des quatre centres de santé montre un fort accroissement des services entre 1996 et 1999. Il est difficile d'isoler la composante VIH/SIDA des autres activités mais il a été possible de recueillir les données chiffrées qui suivent.

Année	1996	1997	1998	1999
Clients des services cliniques et de conseil	86	577	1219	1700
Stagiaires en formation	145	158	87	154
Utilisateurs de la bibliothèque et des activités de loisirs	984	15 282	19 974	70 832
Participants aux séminaires de sensibilisation	3210	25 730	25 570	33 400

Il faut noter que les jeunes fréquentant ces centres ont entre 14 et 35 ans, à Asmara comme dans les autres villes. Ils sont accueillis qu'ils soient ou non membres de l'Union et quels que soient leur sexe, leur religion, leur origine ethnique, etc.

La NUEYS a toutefois de sérieux problèmes de financement car tous les services offerts sont gratuits. Cette gratuité est sans doute bienvenue étant donné le niveau de pauvreté mais il reste que la NUEYS doit trouver de nouvelles sources de financement si elle veut accroître les services proposés, voire de pouvoir simplement continuer à les offrir.

Enseignements

Ce programme montre le potentiel dont dispose une organisation nationale de masse comme la NUEYS pour participer à un grand effort de santé publique – dans le cas présent pour mobiliser les jeunes contre le VIH/SIDA et leur dispenser des services. La taille de cette union nationale lui permet d'être un partenaire pour les ministères gouvernementaux et les principales ONG, ce qui

ne serait pas doute pas possible pour une organisation comptant moins de membres ou offrant une couverture géographique plus restreinte.

La NUEYS a tiré de toutes ses activités un enseignement important, à savoir qu'il faut aborder les différentes catégories de jeunes de façons différentes. Il est relativement aisé de faire passer l'information et d'offrir des services aux jeunes scolarisés mais, étant donné la situation difficile des campagnes, concentrer les activités sur les seuls jeunes scolarisés signifierait laisser de côté un très grand nombre de bénéficiaires potentiels. C'est pourquoi une approche diversifiée – abordant le problème du VIH/SIDA et l'ignorance en matière de santé reproductive de diverses façons avec des outils variés – est la plus sûre façon d'atteindre tous les jeunes et en particulier certains des plus vulnérables, par exemple les jeunes non scolarisés vivant en zones urbaines ou périurbaines.

Life Skills Programme : “My Future Is My Choice”

Programme de compétences vitales : « Mon avenir est mon choix » (Namibie)

Année de lancement : 1997

Secteur thématique principal : Enfants et jeunes

Secteurs thématiques secondaires : Programmation en matière de communication • Santé reproductive

Personne à contacter :

Mr Rick Olson

Responsable du Projet

Téléphone : +264 61 229220

Télécopie : +264 61 224413

Courrier électronique : rolson@unicef.org

Site web : www.un.na/unicef

Adresse :

c/o UNICEF

P.O. Box 1706

Windhoek

Namibie

Responsables de la mise en place

Programme de Développement de la Santé des Jeunes [Youth Health Development Programme – YHDP] et ses comités multisectoriels, Ministères de la Jeunesse, de la Santé et de l'Éducation

Financement

UNICEF, Agence suédoise de Coopération pour le Développement international (ASDI), Irish Aid (Agence d'aide irlandaise), Fondation mondiale SIDA (FMS), Comité allemand de l'UNICEF.

Objectifs

L'objectif principal est, d'ici à l'an 2001, de doter de compétences vitales 80% des jeunes du pays âgés de 10 à 18 ans. Le projet vise à :

- leur donner des informations sur la santé reproductive, la grossesse, les MST, l'abus d'alcool et l'abus de drogues et le VIH/SIDA afin de les aider à prendre des décisions positives
 - améliorer le mode de communication entre garçons et filles, entre amis, entre jeunes et leurs parents, en développant leurs compétences en matière d'information, de communication et de prise de décisions touchant la santé sexuelle.
-

Généralités

Le programme My Future is My Choice (MFMC) développe les compétences vitales particulièrement en ce qui concerne la prévention du VIH/SIDA, la diminution du nombre de grossesses précoces, la responsabilisation des jeunes, ainsi que les modifications de comportement concernant la sexualité, l'alcool, la drogue et le viol. Le programme adopte une méthode très interactive pour informer les jeunes tout en leur permettant d'explorer leurs sentiments dans un environnement où ils se sentent en sécurité.

Activités principales

Le Programme comporte 10 sessions conçues pour informer les jeunes et leur donner les compétences vitales dont ils ont besoin pour penser et faire des choix quant à leur avenir. Le fait de s'impliquer dans leur propre développement leur permet de penser par eux-mêmes et de prendre la responsabilité de leur avenir. En d'autres termes, le Programme leur donne courage et confiance et les rend aptes à faire à bon escient leurs choix de comportement.

Des jeunes qui ont achevé leurs études secondaires reçoivent une formation de 10 jours en tant qu'animateurs MFMC. Ils exercent ensuite cette fonction auprès de groupes de 20 à 22 autres jeunes qui participent volontairement au Programme. Les 10 sessions de deux heures s'échelonnent sur trois à cinq semaines. Elles ont lieu dans les écoles après les cours ou au sein de la communauté pour les jeunes non scolarisés.

Des jeunes qui ont reçu une formation de formateurs supervisent les animateurs. Les 622 animateurs et les 45 formateurs sont responsables devant un comité régional ou sous-régional du Programme de Développement de la Santé des Jeunes, comité qui compte également des jeunes. Chaque animateur s'appuie sur le manuel de formation qui propose 6 ou 7 activités par session. Les activités d'ouverture et de clôture sont brèves et comportent souvent une activité ludique. Chaque session comporte trois activités participatives ou destinées à développer les compétences, d'une durée de 20 à 25 minutes.

Chaque participant a un cahier où trouver toutes les informations concernant la session et où prendre des notes. Chaque session est évaluée par trois participants. À la dernière, chacun élabore un plan d'éducation par les pairs. Dans chaque école, un enseignant assure la supervision de l'animateur.

Impact/Résultats

En 1997, 7500 jeunes environ ont suivi le programme, et 21 000 en 1998. En 1999, le manuel a été revu, rendu plus participatif et recentré. Un peu plus de 20 000 jeunes ont participé. L'objectif pour l'an 2000 est de dispenser à un minimum de 40 000 jeunes quelque 20 heures d'éducation animées par leurs pairs sur la santé sexuelle et reproductive.

Résultats de l'évaluation

En 1998, une étude longitudinale a comparé le comportement déclaré de jeunes ayant participé au Programme et celui de jeunes qui ne l'avaient pas

suivi. Les premiers avaient leurs premiers rapports sexuels plus tardivement que les seconds et ils étaient nombreux à utiliser des préservatifs.

Enseignements

Une importante leçon est que « l'appropriation » d'une intervention par la communauté dans laquelle elle se situe est un facteur décisif de succès. Cette appropriation n'est pas seulement affaire de bonne volonté et d'ouverture, c'est une question de structure organisationnelle.

Cette leçon a été comprise dès les premiers temps de l'opération, ce qui a conduit à une décentralisation du MFMC en 1999 et a ainsi permis aux régions de suivre et de gérer la mise en place du projet. Ce succès s'est traduit par une implication accrue des jeunes dans la gestion et le contrôle des activités – sur un pied d'égalité avec les fonctionnaires des Ministères de la Jeunesse, de la Santé et de l'Éducation. Pour les membres des comités – jeunes et adultes – ce fut une riche expérience dont la révision du manuel de formation en 1999, assurée à la fois par des jeunes et par des experts, a constitué une application concrète.

Le développement des compétences des partenaires est un processus à long terme et les compétences en matière de gestion, de suivi et d'évaluation devront encore être renforcées. Les partenaires du programme sont néanmoins convaincus qu'une écoute accrue des jeunes participants a permis de répondre plus étroitement aux besoins de ces derniers.

Lectures complémentaires

Consulter sur le site web www.un.na/unicef les documents pédagogiques.

Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA

La résolution du Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC) qui a mis en place l'ONUSIDA a recommandé l'établissement de Groupes thématiques des Nations Unies comme élément essentiel d'exécution du mandat du Programme commun au niveau des pays. Sous l'égide du Coordonnateur résident des Nations Unies dans chaque pays, le Groupe thématique aurait pour objet d'assurer un soutien efficace et coordonné du système des Nations Unies au Programme national de Lutte contre le SIDA (soit la riposte au niveau national). Par la même occasion, le Groupe devrait aider les organismes des Nations Unies à mieux intégrer leur action dans les mécanismes de coordination nationaux et, dans la mesure du possible, faciliter la coordination d'autres assistances extérieures avec le programme national.

La composition fondamentale du Groupe réunit les représentants des sept (originellement six) organismes coparrainants de l'ONUSIDA et les représentants d'autres organismes du système des Nations Unies. La résolution précise que les Groupes thématiques sur le VIH/SIDA peuvent être élargis pour inclure des représentants d'organisations gouvernementales ou d'autres organisations internationales, y compris des organismes donateurs, et qu'il est aussi possible d'inviter des organisations non gouvernementales représentant des personnes vivant avec le VIH/SIDA à y prendre part. La résolution de l'ECOSOC reconnaissait ainsi la diversité des situations au niveau des pays et envisageait la possibilité d'une plus grande flexibilité, en particulier en ce qui concerne la composition des Groupes thématiques.

Les divers types de fonctionnement rencontrés parmi les Groupes thématiques témoignent de la multiplicité des contextes et des cadres au sein desquels ces Groupes évoluent et fonctionnent. Les Groupes thématiques élargis, plutôt que ceux qui sont limités aux organismes coparrainants et aux organisations du système des Nations Unies, sont maintenant la règle plutôt que l'exception.*

Dans la plupart des pays, le Groupe thématique des Nations Unies n'est pas seul à couvrir le thème du SIDA. Parmi les autres mécanismes prévus à cet effet on notera les Groupes de Travail techniques (GTT), les groupes consultatifs pour les questions de politique et les groupes de travail touchant des problèmes ou des sujets particuliers liés au VIH/SIDA (activités de plaidoyer, transmission mère-enfant, enfants et jeunes et ainsi de suite). Dans de nombreux cas les GTT ont d'abord réuni les points focaux techniques des organismes du système des Nations Unies pour conseiller le Groupe thématique en ce qui concerne l'appui technique du système à la riposte nationale. Presque inmanquablement, ces groupes se sont élargis à leurs partenaires nationaux et internationaux et constituent souvent *de facto* le site majeur où échanger des informations et mettre sur pied une programmation

conjointe, voire commune, ce qui est encore plus important. Le forum des chefs de secrétariat, lui, s'est montré particulièrement valable et efficace aux fins de plaidoyer et d'élaboration des politiques.

La coordination de la riposte nationale reste du domaine des responsabilités de l'Etat Membre ; il ne devrait jamais y avoir la moindre intention de remplacer ou de supplanter cette responsabilité finale. En tout état de cause, la force de chaque Programme national de Lutte contre le VIH/SIDA et sa capacité à coordonner la riposte sont des éléments critiques dans le fonctionnement d'un Groupe thématique donné. Là où l'organisme de coordination sur le VIH/SIDA est fort, il y aura déjà souvent un forum élargi destiné aux partenaires nationaux et internationaux, y compris les membres du système des Nations Unies. Si les capacités nationales de coordination sont faibles, ou si le gouvernement en exprime le souhait, le système des Nations Unies peut continuer à jouer un rôle clé en facilitant des consultations régulières parmi les partenaires internes et externes. En pareil cas, le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA pourra prendre la responsabilité de réunir un Groupe thématique élargi sur le VIH/SIDA.

* Le terme « Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA » s'emploie souvent de façon interchangeable avec le terme « Groupe thématique des Nations Unies ». Ce dernier terme s'applique à tout groupe ou à l'ensemble des groupes que réunit le système des Nations Unies, et en particulier les groupes dont une personne désignée par le système des Nations Unies assure la présidence. Ce type de Groupe thématique peut inclure un forum pour les chefs de secrétariat ou les personnes qui les représentent, ou bien un Groupe élargi aux partenaires du gouvernement ou à d'autres partenaires nationaux et internationaux. En soi, le Groupe thématique constitue l'expression de l'ONUSIDA dans le pays. Il s'agit d'un mécanisme fondé sur le système des Coordonnateurs résidents dont le représentant local assure le bon fonctionnement. Le rôle premier du Groupe est d'assurer une riposte coordonnée du système des Nations Unies en ce qui concerne les programmes et les politiques relatives au VIH/SIDA.

Groupe thématique élargi (Côte d'Ivoire)

Année de lancement : 1995

Secteur thématique principal : Groupes thématiques • Système des Nations Unies au niveau des pays

Secteurs thématiques secondaires : Planification stratégique nationale • ONG et réseaux

Personne à contacter :

Mamadou Diallo

Téléphone : +225 33 71 54

Télécopie : +225 33 74 04/ 21 13 67

Courrier électronique :

onusida@africaonline.co.ci

Adresse :

c/o Représentant résident du PNUD

01 B.P. 1747

Abidjan 01

Côte d'Ivoire

Responsables de la mise en place

Initialement constitué des organismes coparrainants de l'ONUSIDA actifs en Côte d'Ivoire, le Groupe thématique a par la suite été élargi à de nombreuses autres organisations (voir *Généralités*).

Financement

Les organismes coparrainants de l'ONUSIDA actifs en Côte d'Ivoire contribuent à un fonds commun administré par le bureau du PNUD (voir *Activités principales*).

Objectifs

Les Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA ont quatre fonctions principales :

- fonction de plaidoyer pour une riposte coordonnée, multisectorielle et dotée de ressources adéquates qui réponde à des normes élevées dans les domaines de la technique, de l'éthique et de la stratégie
- coordination des efforts entrepris par les organismes coparrainants, les autres organismes des Nations Unies et les donateurs de fonds bilatéraux ou multilatéraux pour soutenir la riposte nationale
- collaboration technique pour soutenir les compétences des gouvernements, des communautés et des autres partenaires dans la gestion de leurs ripostes au VIH/SIDA
- élaboration de politiques et promotion de la recherche de nouvelles ou de meilleures approches pour lutter contre l'épidémie.

Généralités

Les organismes coparrainants de l'ONUSIDA ont mis en place le Groupe thématique de Côte d'Ivoire en décembre 1995. Le Groupe s'est très vite allié au Programme national de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose (PNLS/MST/TUB). Dès 1997, des groupes de la société civile, surtout des ONG actives dans le domaine de l'action sociale, du développement et de la santé et des groupes représentant les personnes touchées ou affectées par le VIH/SIDA, ont pris place au sein du Groupe thématique.

En 1998, le Groupe thématique s'est élargi pour mieux refléter l'extension de la riposte en Côte d'Ivoire et pour pouvoir apporter une meilleure coordination des ressources humaines, matérielles et financières consacrées à cette riposte.

Parmi les nouveaux membres du Groupe thématique élargi, on compte :

- d'autres organismes des Nations Unies représentés à Abidjan, parmi lesquels l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Bureau des Nations Unies pour les Services d'Appui aux Projets (UNOPS) et l'Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel (ONUDI)

- des partenaires bilatéraux et multilatéraux dont les missions de coopération de l'Allemagne, de la Belgique, du Canada, des Etats-Unis et de la France et celle de l'Union européenne.

Les représentants des organismes coparrainants assurent à tour de rôle pendant un semestre la présidence du Groupe thématique. Les réunions du Groupe restreint ont lieu tous les mois mais la présidence peut convoquer une réunion en cas de besoin. Le Groupe élargi se réunit tous les deux mois.

Une cotisation annuelle (fixée pour 1998 à 5600 dollars) assure le financement du Groupe thématique. Ces sommes ont permis de recruter un assistant exécutif pour le Conseiller de Programme (ONUSIDA) dans le Pays, d'acheter de l'équipement, et de financer la participation de certains partenaires à des réunions internationales.

Activités principales

Le Groupe thématique n'est pas un organisme d'exécution mais un organisme de coordination. Ses principaux domaines d'activité comprennent :

1. Soutien au Programme national de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose (PNLS/MST/TUB)

Le Directeur exécutif de ce programme est très vite devenu membre du Groupe thématique, et son directeur technique assiste aux réunions du Groupe de Travail technique (GTT) établi au sein du Groupe thématique et présidé par le Conseiller de Programme ONUSIDA en Côte d'Ivoire. Entre autres initiatives, le Groupe thématique et le Programme national collaborent au sein de l'Initiative nationale pour l'Accès aux Médicaments qui vise à améliorer la fourniture de médicaments liés au VIH pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

2. Soutien aux autres partenaires et coordination

Le Groupe thématique élargi apporte des mécanismes qui assurent le maintien

d'un contact formel avec les principaux acteurs bilatéraux ou multilatéraux de la riposte au SIDA en Côte d'Ivoire, et permettent au Groupe thématique de rester au fait des projets que mènent ces derniers, par exemple :

- le projet de recherche sur les agents microbicides mené par l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers (Belgique)
- les projets soutenus par le Fonds de Solidarité du gouvernement français ainsi que divers autres projets de recherche soutenus par la France, tels que l'utilisation du cotrimoxazole contre les infections opportunistes, l'utilisation de l'AZT contre la transmission mère-enfant et plusieurs projets en sciences sociales
- la participation de l'USAID aux travaux de dépistage du VIH et dans les travaux de recherche au sein du Projet Retro-Ci (voir résumé du Projet PPP en Côte d'Ivoire).

3. Soutien à la planification stratégique nationale

Le Groupe thématique a apporté expertise et soutien à l'élaboration du Plan stratégique national sur le VIH/SIDA 2000–2004 en Côte d'Ivoire et a permis de bénéficier d'une aide de la part du Fonds ONUSIDA pour la Planification stratégique et le Développement des Programmes (FPSDP) afin de finaliser ce Plan.

4. Mise en place d'une approche commune parmi les agences

Le Groupe thématique en Côte d'Ivoire bénéficie de la présence des chefs de secrétariat des Nations Unies aux réunions mensuelles du groupe restreint. De temps à autre, le Groupe thématique organise des retraites au cours desquelles les chefs de secrétariat peuvent (parfois avec d'autres partenaires) approfondir certaines activités ou certains problèmes. Tel a été le cas pour le Plan stratégique national de Côte d'Ivoire en 1999 et pour la participation du pays au Partenariat international contre le SIDA en Afrique.

Impact/Résultats

Le Groupe thématique de Côte d'Ivoire a réussi à assurer les éléments suivants :

- la cohésion des organismes coparrainants et la participation efficace de ceux des organismes des Nations Unies qui ont un rôle à jouer dans la riposte nationale
- une prise de conscience renforcée des problèmes liés au SIDA parmi les chefs de secrétariat
- une relation de travail étroite et efficace avec le PNLS/MST/TUB, principal partenaire du Groupe thématique, et avec le Directeur exécutif de ce Programme
- l'intégration de la société civile dans les activités du Groupe thématique, intégration qui a bénéficié à tous les partenaires.

Le Groupe thématique a en particulier pu formuler et adopter un Plan de Travail intégré (19 avril 2000). Ce Plan est le résultat d'un processus de planification stratégique financé par l'ONUSIDA. Les points focaux des organismes des Nations Unies et le Directeur technique du PNLS/MST/TUB se sont réunis en

Groupe de Travail technique (GTT) présidé par le Conseiller de Programme ONUSIDA en Côte d'Ivoire. Le GTT a tenu six réunions au cours desquelles il a utilisé le plan d'opérations 2000-2001 du PNLS/MST/TUB comme base d'analyse pour permettre au Groupe thématique d'identifier les moyens de soutenir ce plan – que ce soit par une action commune ou selon le mandat spécifique de chaque agence. Pour cet appui, le GTT a énuméré les activités à mener en commun, précisé les budgets et désigné de façon formelle les organisations faîtières.

Au moment où ces lignes sont écrites, la Côte d'Ivoire est dirigée par un gouvernement de transition et les bailleurs de fonds traditionnels ont gelé leurs activités. Le plan est donc centré sur :

- de vigoureuses activités de plaidoyer au niveau politique (ateliers sur le SIDA et le développement pour les journalistes politiques) et au niveau des institutions (séminaires pour les responsables gouvernementaux et rencontres avec divers Ministres) afin de donner au SIDA une position centrale dans les campagnes électorales et de préparer une décentralisation effective des activités
- le renforcement des compétences pour les associations et les ONG liées au SIDA (formation, équipement et aide à la coordination de leurs activités)
- le renforcement des compétences institutionnelles du PNLS/MST/TUB : formation du personnel, décentralisation de la coordination et du financement et création d'une base de données comme instrument destiné à améliorer la gestion des activités
- un début de mobilisation du secteur privé et de la société civile dans son ensemble afin de pallier les carences en ressources internes et externes.

Le plan permet entre autres la création d'un cadre commun pour les propositions de projet afin de venir en aide à tous les membres (surtout ceux qui ne sont pas des organismes coparrainants de l'ONUSIDA) dans la soumission des propositions de projets SIDA dans leur secteur. Le plan recommande une évaluation conjointe de toutes les interventions et fournit des lignes directrices à cet effet. Ces lignes directrices comportent des évaluations à mi-parcours et en fin d'activités avec la participation de représentants d'au moins deux organismes autres que celui qui a mis en route le projet. Elles requièrent aussi que chaque projet fasse l'objet d'un rapport d'activité à présenter aux réunions des Groupes de Travail techniques et que les conclusions de ce rapport soient soumises au Groupe thématique.

Il reste quelques problèmes et déficiences à surmonter. Le manque de clarté du mandat a entraîné quelque confusion en ce qui concerne la composition du Groupe thématique et celle du Groupe de Travail technique ; l'absence de procédures communes en ce qui concerne les débours par les divers partenaires (organismes coparrainants et partenaires de la société civile) a entraîné quelques difficultés ; les mécanismes de suivi ou d'évaluation n'en sont encore qu'à leurs débuts et devront être sérieusement renforcés. Par ailleurs, certains organismes n'ont pas encore complètement compris ni accepté le mode de travail coordonné que préconise le Groupe thématique et poursuivent certaines activités sans référence à la riposte nationale ni aux mécanismes de planification généralement acceptés.

Enseignements

Le Groupe thématique de la Côte d'Ivoire apporte quelques leçons importantes en ce qui concerne le potentiel que représente le mécanisme des Groupes thématiques des Nations Unies pour les pays qui, comme la Côte d'Ivoire, doivent affronter une épidémie déjà bien en place.

Parmi ces leçons, l'une des plus importantes est la nécessité d'établir des liens étroits avec les autorités nationales statutairement responsables du SIDA (dans le cas particulier, le Ministère de la Santé et le Programme national de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose). Il ne s'agit pas de liens formels, mais de liens fondés sur une véritable participation à divers niveaux. Au niveau le plus élevé, le Directeur exécutif du PNLS/MST/TUB fait partie du Groupe thématique pratiquement depuis la création de ce dernier. Au niveau de l'exécution, le Directeur technique du PNLS/MST/TUB participe au Groupe de Travail technique du Groupe thématique, ce qui le tient au fait de toutes les activités d'intervention et de recherche. L'un et l'autre participant en retirent des avantages, puisque les autorités nationales ont ainsi pu faire partager leurs connaissances propres – et importantes – au Groupe thématique et offrir des services comme le transport, des lieux de travail et un appui logistique pour les ateliers.

Les arrangements financiers du Groupe thématique, fondés sur les frais d'inscription, lui permettent un bon niveau de pérennité – ceci constitue une leçon importante. Ces arrangements fournissent aussi une indication que les participants ont vis-à-vis des projets un sentiment de propriété et que les organismes participants se sentent impliqués dans ces derniers.

Les problèmes qu'a connus le Groupe thématique par rapport au mandat de ses membres et les divers procédés de débours parmi les membres soulignent l'importance qu'il y a à maintenir des normes administratives de qualité pour toutes les activités du Groupe thématique. Les arrangements administratifs ne sont pas des créations spontanées : il convient de les planifier et de les mettre en œuvre avec attention si l'on veut que le Groupe thématique réalise pleinement le potentiel qui doit être le sien. Les membres doivent donc parfaitement connaître le *Guide pratique* élaboré à cette fin par le Groupe.

Parmi les autres enseignements importants, on notera les points ci-après :

- la motivation et la participation personnelle des chefs de secrétariat sont indispensables au succès des Groupes thématiques
- les points focaux doivent être formellement désignés comme tels et doivent participer régulièrement et activement au(x) Groupe(s) de Travail technique(s)
- il est recommandé d'impliquer les autres organismes des Nations Unies en plus des organismes coparrainants, ce qui accroît le dynamisme du Groupe thématique
- le financement de la planification stratégique et/ou l'accélération des programmes aident à accroître la crédibilité du Groupe thématique.

Interventions et services en milieu scolaire

Le monde compte plus d'un milliard d'adolescents. Dans les pays en développement, leur nombre – plus de 800 millions – est appelé à augmenter de 20% au cours des 15 années à venir. Les jeunes sont l'avenir de la société et il faut absolument investir à fond pour qu'ils puissent protéger leur propre santé, influencer et éduquer leur pairs. Cet investissement requerra des programmes efficaces d'éducation sur le SIDA en milieu scolaire à côté des efforts de prévention dans la communauté et par le biais des médias.

L'enseignement est une préoccupation nationale dans le monde entier et le bon fonctionnement des programmes scolaires d'éducation sur le SIDA requiert donc une coopération aux plus hauts niveaux du gouvernement. L'expérience vécue en diverses parties du monde montre que dans chaque pays le Programme national de Lutte contre le SIDA doit travailler en collaboration avec le Ministère de l'Éducation et avec les services de santé et les services sociaux pour apporter à tous les enfants scolarisés une éducation sur le SIDA.

Pour être efficace, cette éducation devra comporter des informations sur la prévention, sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et sur la non-discrimination. On a pu montrer que ce type d'éducation aidait les jeunes à retarder l'âge de leurs premières expériences sexuelles et à éviter les comportements à risque dès le début de leur activité sexuelle. Il arrive néanmoins souvent que cette éducation scolaire sur le SIDA soit refusée aux enfants et aux jeunes. Les raisons invoquées pour ce refus peuvent être l'aspect délicat ou controversé du sujet dans certaines sociétés ou bien la difficulté de trouver le temps nécessaire pour l'éducation sur le SIDA dans un programme déjà surchargé. Il arrive parfois que l'école soit autorisée à donner l'information sur le SIDA mais pas à enseigner les compétences en matière de comportement requises par la prévention et le soutien.

Parmi les Meilleures Pratiques en milieu scolaire, on notera :

- ◆ la création de partenariats entre les décideurs politiques, les autorités religieuses et les responsables communautaires, les parents et les enseignants, partenariats destinés à mettre en place des politiques sensées sur l'éducation en matière de SIDA
- ◆ l'élaboration d'un programme scolaire ou périscolaire de bonne qualité adapté à la culture et aux conditions locales et centré sur les compétences vitales plutôt que sur l'information biomédicale
- ◆ la formation des écoliers du primaire et du secondaire à l'analyse des normes sociales et à la façon dont on peut y répondre, y compris la distinction entre celles qui peuvent être nuisibles et celles qui protègent leur propre santé et leur propre bien-être

- ◆ une formation appropriée des enseignants aussi bien que des pairs chargés de la formation des jeunes de la même classe d'âge, spécialement choisis pour former leurs amis et connaissances à propos du SIDA
- ◆ la mise en place la plus précoce possible des programmes de prévention du VIH et de promotion de la santé destinés aux enfants – en tout cas avant le début de l'activité sexuelle. Pour être efficaces, les programmes adaptés à différentes classes d'âge devraient donc commencer dès l'école primaire.

Straight Talk

Parlons sans détours (Ouganda)

Année de lancement : 1993

Secteur thématique principal : Interventions et services en milieu scolaire

Secteurs thématiques secondaires : Programmation en matière de communication • Santé reproductive • Préservatifs masculins • Enfants et jeunes

Personnes à contacter :

Ms Anne Akia, Directrice du Programme

Ms Catherine Watson, Directrice de Rédaction

Téléphone : +256 41 543 025 ou 543 884

Télécopie : +256 41 543 884

Courrier électronique :

strtalk@swiftuganda.com

ou strtalk@imul.com

Site web : www.swiftuganda.com/~strtalk

Adresse :

Fondation Straight Talk

P.O. Box 22366

Kampala

Ouganda

Responsables de la mise en place

La Fondation Straight Talk est une ONG en communications installée à Kampala.

Financement

Les organismes de financement incluent l'UNICEF, l'Agence suédoise de Coopération pour le Développement international (ASDI), l'organisation danoise DANIDA, Save the Children Alliance [Alliance pour le Secours aux Enfants], l'USAID (par l'intermédiaire de Population Services International), la Fondation Ford, le Department for International Development, UK (DFID) (Agence britannique pour le Développement international), et l'Union européenne (à partir de l'an 2000).

Objectifs

Le but est d'encourager les adolescents à retarder le début de leur activité sexuelle et à adopter des comportements à moindre risque une fois qu'ils ont entamé celle-ci. La déclaration d'intention mentionne « le maintien des adolescents en sécurité » et « la communication au service d'une meilleure santé ».

Généralités

Straight Talk [Parlons sans détours] est un mensuel d'information de quatre

pages destiné aux écoliers du secondaire âgés de 15 à 19 ans ainsi qu'aux jeunes adultes des universités et centres d'enseignement supérieur (de 20 à 24 ans). La publication a pour but de sensibiliser à la sexualité à moindre risque, y compris l'abstinence, la masturbation, les rapports sexuels sans pénétration et le recours au préservatif.

Son homologue pour les plus jeunes, *Young Talk [Parlons aux jeunes]*, vise les élèves du primaire supérieur et les jeunes adolescents âgés de 10 à 14 ans. Les principaux sujets en sont les changements observés à la puberté, les droits et les responsabilités des enfants et les questions générales liées à la santé et à l'hygiène du corps. *Young Talk* recommande l'abstinence, tout en fournissant des renseignements sur les préservatifs si les enfants le demandent. A ceux et celles qui font état d'une activité sexuelle, on demande de réfléchir. Les enseignants sont encouragés à utiliser *Young Talk* comme outil d'enseignement.

L'une et l'autre publication prennent fermement position contre les relations d'exploitation et de manipulation et plaident pour le respect des valeurs familiales.

Ces publications ont entraîné la création de la Fondation Straight Talk, une ONG dans le domaine des communications qui produit du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour les adolescents. Le mandat de la Fondation consiste en partie à préserver son public (les adolescents ougandais de 10 à 19 ans et les jeunes adultes de 20 à 24 ans) de l'infection par les MST et le VIH.

Activités principales

La publication de *Straight Talk* et *Young Talk* constitue l'activité principale de la Fondation. Ces deux publications sont distribuées gratuitement à travers l'Ouganda (voir *Impact/Résultats*).

Straight Talk paraît en anglais et est aussi traduit et publié en deux langues locales, quatre fois par an, pour les adolescents non scolarisés qui ont des difficultés à maîtriser l'anglais. En avril 1999, une émission radio appelée *Straight Talk* a été lancée sur deux chaînes FM anglophones bien connues. A l'heure actuelle, cette émission couvre cinq chaînes FM et atteint la presque totalité du pays. Des programmes en langues locales sont prévus.

L'un et l'autre bulletin sont publiés par des professionnels, mais ce sont des adolescents qui y apportent leur force de soutien. Le contenu du courrier des lecteurs détermine l'information qui paraît dans les bulletins, et le contenu des messages est régulièrement testé à l'avance auprès des adolescents. Les bulletins offrent aux adolescents une information adaptée à l'âge de leur lectorat en ce qui concerne la santé reproductive, les compétences vitales et les droits des adolescents. En termes d'actions de prévention contre le VIH/SIDA, ils encouragent le report de l'activité sexuelle et soulignent l'importance de la sexualité à moindre risque pour ceux et celles qui ont déjà entamé cette activité.

Straight Talk compte aussi une équipe de médecins et d'autres visiteurs qui se rendent chaque trimestre dans une douzaine d'écoles de six districts. Au cours

de chaque visite d'école, une équipe de médecins et de conseillers en phase avec les spécificités adolescentes passent tout d'abord deux jours à sensibiliser les enseignants aux questions de comportement des adolescent(e)s, aux modifications corporelles de l'adolescence et ainsi de suite. Les deux jours suivants se passent avec 150 élèves d'une école ; les deux derniers avec les élèves d'une seconde école. Les élèves décident des sujets qui devront être abordés, et qui vont de l'amour et de la sexualité aux rapports avec les parents et avec le sexe opposé, en passant par les MST/le VIH, les modifications corporelles (règles, pollutions nocturnes, taille des seins, taille du pénis) et les compétences vitales. Les élèves interprètent plusieurs scénarios qui font appel au jeu de rôles. La journée se termine par des séances de conseil individuel.

La mise en place de près de 200 clubs *Straight Talk* fondés par les élèves dans les écoles de tout l'Ouganda constitue une autre activité associée au projet.

Impact/Résultats

Straight Talk a un tirage mensuel de 150 000 exemplaires et parvient à 1400 écoles secondaires. *Young Talk* a un tirage mensuel de 270 000 exemplaires et est par ailleurs placé en encart dans le journal *New Vision*, qui a un tirage de 40 000 exemplaires ; *Young Talk* parvient à 12 000 écoles primaires. En outre, environ 130 grandes ONG, 426 institutions d'éducation post-secondaire, 50 groupes communautaires et religieux, 191 clubs *Straight Talk* fondés par des élèves et 149 institutions médicales reçoivent les bulletins. Chaque numéro coûte 0,07 dollar mais les bulletins sont distribués gratuitement.

En termes de rétro-information, *Straight Talk* reçoit chaque année plus de 3000 lettres de lecteurs.

Résultats de l'évaluation

En 1995, une évaluation après 16 parutions a montré que tous les élèves du secondaire participant à l'enquête avaient vu *Straight Talk*. Parmi les 1682 adolescents interrogés, 8% citaient *Straight Talk* comme leur principale source d'information sur le VIH (la première source – la radio – comptait pour 43%).

Enseignements

Le projet a montré qu'il était possible à des éducateurs en matière de santé de parler de sexualité, même dans des milieux très conservateurs. Il est néanmoins essentiel d'adopter un ton qui permette de ne pas offenser la culture en place, et l'information doit être sous-tendue par des faits médicaux prouvés et véridiques. On notera les points suivants parmi les autres leçons à tirer de cette expérience :

1. L'information fournie doit être complétée par l'apprentissage de valeurs et de compétences vitales pratiques, sans quoi son utilité pour le destinataire est pour le moins limitée.
2. Des adultes convenablement préparés doivent guider la participation des adolescent(e)s à ce travail. Les adolescent(e)s souhaitent être dirigés et en ont besoin, mais il est essentiel de les respecter, ainsi que leurs opinions.

3. Afin d'utiliser au mieux les ressources disponibles, il est important de faire appel aux moyens les moins coûteux qui soient. L'expérience de *Straight Talk* a montré par exemple que le recours à du papier journal plutôt qu'à du papier glacé a été très bénéfique. Chaque exemplaire du bulletin est lu par environ dix personnes.

4. La production du matériel n'est que la bataille à moitié gagnée. Il faut accorder beaucoup d'efforts et de réflexion à la diffusion de ce matériel, faute de quoi le public visé ne sera pas atteint. Les contacts avec les ONG, les journaux et toutes les formes de distribution sont indispensables pour établir un réseau de diffusion satisfaisant à cet égard.

Lectures complémentaires

Voir le site web www.swiftuganda.com/~strtalk.

Maladies sexuellement transmissibles

Au cours de la dernière décennie, l'accumulation des connaissances et des compétences dans la lutte contre le VIH/SIDA et les autres maladies sexuellement transmissibles (MST) a permis la mise en place d'interventions efficaces en matière de prévention et de prise en charge. Aucune stratégie n'est suffisante par elle-même si elle est mise en œuvre isolément et aucun pays ne peut œuvrer seul pour lutter contre ces maladies. Il faut mettre en place aux niveaux mondial, régional et local une approche fondée sur des principes éprouvés. L'OMS estime qu'environ 340 millions de nouveaux cas de MST guérissables sont survenus chez les femmes et les hommes de 15 à 49 ans en 1995. Dans les pays en développement, les MST et leurs complications comptent parmi les cinq maladies les plus importantes pour lesquelles les adultes se font soigner. Parmi les femmes en âge de procréer, les MST viennent au deuxième rang après les complications maternelles en termes de morbidité et de journées de vie en bonne santé perdues – même sans tenir compte de l'infection par le VIH. Le problème est trop important pour que les seuls centres de MST suffisent à y faire face : il faudra donc renforcer le traitement des MST et en intégrer la gestion au sein des centres de santé primaires et des autres institutions de soins.

Il existe beaucoup de raisons pour lesquelles les MST continuent à se propager et à compromettre à court et à long termes la santé des communautés. Il arrive souvent qu'elles soient asymptomatiques et l'on ignore trop souvent leurs causes, leurs symptômes, les traitements et leurs conséquences éventuelles. Beaucoup de personnes symptomatiques hésitent à se faire traiter et éprouvent de la difficulté à informer leur conjoint ou leurs partenaires sexuel(le)s de leur propre état de santé. En beaucoup d'endroits, les services pour MST sont absents ou inadaptés pour de nombreux clients potentiels et les traitements prescrits sont souvent inadéquats.

Il est possible d'arriver à une prévention et à une lutte efficaces contre les MST en faisant appel à une combinaison de ripostes comportant un « ensemble de santé publique ». Les soins pour MST devront être élargis pour couvrir les éléments ci-après :

- ◆ la promotion de comportements sexuels à moindre risque
- ◆ des programmes étendus en matière de préservatifs, depuis la promotion de leur emploi jusqu'à la planification et la gestion des fournitures et à la distribution
- ◆ l'incitation des malades à se faire soigner
- ◆ l'intégration de la lutte contre les MST dans les soins de santé primaires, les institutions de santé reproductive, les institutions de soins privées et autres établissements de santé
- ◆ des services spécifiques pour les populations dont le comportement peut accroître le risque d'infection par les MST ou l'infection par le VIH et la transmission de celles-ci
- ◆ une prise en charge intégrée des MST
- ◆ la prévention et la prise en charge de la syphilis congénitale et de la conjonctivite néonatale
- ◆ la détection précoce des infections symptomatiques et asymptomatiques.

Le Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest : stratégies de lutte contre les MST (International)

Année de lancement : 1996

Secteur thématique principal : Maladies sexuellement transmissibles

Secteurs thématiques secondaires : Mobilisation communautaire • Migration • Professionnel(le)s du sexe et leur clientèle

Personne à contacter :

Robert Beaudry, Chargé du Projet
(Québec)

Téléphone : +1 418 657-5525

Télécopie : +1 418 656-2627

Courrier électronique :

Robert.beaudry@ccisd.org

Site web : www.ccisd.org

Adresse :

Centre de Coopération internationale
pour la Santé et le Développement,
Inc. (CCISD)

2180, Chemin Sainte-Foy

Sainte-Foy, Québec,

Canada G1K 7P4

Personne à contacter :

Pierre Champagne

Représentant régional

Téléphone : +226-31.35.73

Télécopie : +226-31.59.45

Courrier électronique :

pierre.champagne@ccisd.bf

Adresse :

01 B.P. 6643

Ouagadougou, 01

Burkina Faso

Responsables de la mise en place

Le Centre de Coopération internationale en Santé et Développement (CCISD) à Sainte-Foy (Québec) coopère avec divers partenaires africains à la mise en place et à la gestion du projet au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le CCISD travaille aussi avec trois partenaires institutionnels pour le projet, à savoir l'Unité de santé internationale de l'Université de Montréal (USI-UdM), le Centre de recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CRC-CHUS), et le Centre de recherche de l'Hôpital Saint-Sacrement (CRHSS).

Financement

L'Agence canadienne pour le Développement International (ACDI) apporte un financement global de 24 millions de dollars canadiens ; un large éventail de bailleurs de fonds soutient des activités spécifiques dans divers pays.

Objectifs

Les buts globaux sont de réduire la transmission du VIH par la lutte contre les MST au niveau syndromique et de mettre en place une lutte efficace et permanente contre l'infection par le VIH et contre les MST à travers :

- ◆ le renforcement des réseaux de santé primaires et communautaires
- ◆ la priorité accordée aux activités visant les groupes susceptibles d'avoir des comportements à risque élevé
- ◆ l'encouragement aux parties prenantes à s'assurer une autonomie financière dans le travail.

Les objectifs généraux sont d'aider les équipes nationales à mettre en place des interventions efficaces et efficientes fondées sur des données scientifiquement valables dans un cadre de santé publique, ainsi que des mécanismes qui permettront de rendre disponibles en permanence les médicaments essentiels pour le traitement des MST dans un contexte d'autofinancement par les personnes qui auront recours à ces médicaments.

Généralités

Le projet soutient divers services de santé de base dans des zones urbaines défavorisées et le long des itinéraires de migration. Ces activités sont essentiellement orientées vers la formation du personnel et la lutte contre les MST, surtout par l'accès aux médicaments essentiels, par la formation et par le soutien aux organisations communautaires. Le projet opère dans le cadre des stratégies d'intervention élaborées au niveau régional – un bureau régional a été mis en place à Ouagadougou, au Burkina Faso – dans chacun des pays africains mentionnés plus avant, mais agit par l'intermédiaire d'interventions mises en place et gérées au niveau national.

Sur place, le projet coopère avec les Ministères de la Santé des pays en cause, les ambassades du Canada et diverses institutions et ONG. Le projet coordonne ses activités avec celles de nombreux autres bailleurs de fonds. Les équipes nationales sont reliées entre elles – et au reste du monde – par Internet.

Activités principales

Il est difficile de résumer un projet aussi complexe, aux composantes multiples en place dans de nombreux pays. Pour une discussion détaillée, on pourra consulter le site web www.ccsid.org et les documents du projet. Les activités suivantes ont été retenues pour le présent récapitulatif :

1. Stratégies de lutte contre les MST et gestion des médicaments essentiels

Ces activités sont centrées sur les aspects techniques de la prise en charge des MST :

- une évaluation des schémas de prise en charge des MST en usage dans chaque pays avec des recommandations pour leur amélioration le cas échéant

- une étude régionale sur l'étiologie des cas d'urétrite et d'ulcères génitaux afin de valider les choix qu'impliquent ces schémas, ainsi qu'une étude dans deux pays seulement sur la susceptibilité *in vitro* à divers agents pathogènes responsables de MST (*Haemophilus ducreyi* et *Neisseria gonorrhoeae*)

- une étude de la qualité des médicaments utilisés pour traiter les MST a été entreprise dans quatre pays du projet (Bénin, Burkina Faso, Ghana et Guinée), afin de fournir aux décideurs l'information qui leur permettra de mieux orienter leur action quant à la disponibilité des médicaments essentiels. Le rapport final de cette étude a été distribué en octobre 1998.

Dans les pays où il a été décidé de s'adresser spécifiquement aux professionnel(le)s du sexe, il faudra entreprendre – avant et après intervention – des études sur la prévalence des MST dans cette population, ce qui constituera une indication précieuse quant aux quantités de médicaments et de fournitures de laboratoire à commander.

En ce qui concerne la gestion des médicaments essentiels contre les MST, les activités du projet comportent :

- une évaluation de la gestion et des méthodes d'autofinancement déjà appliquées dans les unités d'intervention en ce qui concerne les médicaments essentiels, avec des recommandations individuelles pour leur amélioration
- l'élaboration de matériel de formation à la gestion là où le besoin s'en fait sentir et l'apport d'aide aux coordonnateurs nationaux dans la mise en place des activités de formation
- pour chaque pays, une analyse des réseaux et mécanismes de fourniture des médicaments essentiels, ainsi qu'une étude des structures tarifaires et des possibilités de diminuer le coût des médicaments.

2. Participation communautaire

La composante régionale en participation communautaire assure la promotion et l'acceptabilité de la lutte contre les MST parmi les populations que desservent les centres de santé, surtout pour les groupes et les individus particulièrement exposés aux MST et au SIDA. La participation de ces groupes à haut risque aux activités de formation et d'éducation a pour but non seulement de stimuler la demande en services de santé orientés vers les MST et le SIDA, mais aussi de renforcer le développement autonome de ces populations et d'encourager la prise de décisions en ce qui concerne l'adoption de mesures de prévention. Il faut donc que les organisations locales participent, avec les responsables de la santé, à l'analyse des problèmes de santé et à la planification des activités de lutte contre les MST/le SIDA.

Parmi les activités auxquelles le projet apporte son soutien pour arriver à cette participation, on notera :

- la formation de formateurs dans le domaine de la planification, de la gestion de projets et de la communication ; à leur tour, ces formateurs formeront leurs partenaires nationaux, y compris les personnels chargés du soutien à la communauté

- la supervision des personnels chargés du soutien à la communauté, la planification de leurs interventions et la gestion, le suivi et l'évaluation des initiatives à petite échelle
- l'élaboration d'outils de gestion pour les initiatives à petite échelle
- le partage d'expériences et de connaissances grâce à des réunions, des visites et des publications pertinentes sur le thème envisagé
- l'appui à la mise en place de mécanismes de coopération et de consultation parmi les organismes de transmission, les bénéficiaires et les responsables locaux et nationaux des services de santé
- la recherche de financements supplémentaires pour les initiatives à petite échelle.

3. *Suivi*

Avec l'appui des composantes à assise nationale, le personnel chargé du suivi évalue à l'heure actuelle la qualité de la prise en charge des MST dans au moins 487 unités. Il assure aussi le suivi des indicateurs de résultats choisis pour le projet dans son ensemble. Un système simple et restreint de surveillance des données de base – comportant un petit nombre de variables – a été mis en place. La collecte régulière des données permet d'évaluer le degré auquel les résultats attendus ont été atteints, surtout en ce qui concerne la formation et le soutien à la communauté.

Il reste plusieurs étapes avant d'arriver à l'intégration des systèmes nationaux d'information en matière de santé. Il faudra tout d'abord analyser les divers registres et/ou dossiers institutionnels en usage dans le projet. Il faudra ensuite comparer ces instruments à ceux qui sont utilisés dans les institutions publiques placées sous la supervision directe des autorités nationales. Les coordonnateurs nationaux devront discuter des possibilités d'harmonisation de ces instruments et des habitudes de travail sur le terrain avec un responsable choisi par les autorités sanitaires de chaque pays. Le but de ces discussions sera d'arriver à un accord sur les mesures correctives à appliquer et/ou les adaptations à apporter afin de permettre aux agents nationaux de tous les pays concernés d'adopter en pratique – avant la fin du projet – les outils et le système de suivi adoptés au sein de ce dernier.

Impact/Résultats

Les rapports du projet montrent en gros les résultats ci-après (que l'on peut considérer comme une indication de la couverture du projet). Au mois de décembre 1999, un total cumulé de 146 460 patients, dont 75% de femmes, avait été pris en charge pour MST sous l'égide du projet depuis le commencement de ce dernier.

Le projet a fourni un appui à quelque 627 institutions de santé. En tout, 1663 travailleurs communautaires et 3712 éducateurs pour les pairs ont été formés, ainsi que 5747 travailleurs de santé, avec une supervision régulière. En outre, 325 projets communautaires sont en cours ou achevés. En ce qui concerne la prévention, les activités associées au projet ont atteint 453 421 personnes.

Résultats de l'évaluation

En ce qui concerne l'objectif d'amélioration de la prise en charge des MST et de la lutte contre ces dernières, l'évaluation entreprise de janvier à septembre 1998 a montré que le pourcentage de traitements conformes aux schémas nationaux avait augmenté par rapport à ce que l'on avait observé au cours des neuf premiers mois d'activité du Projet (avril à décembre 1997). Tous les pays où des interventions ont eu lieu ont entrepris des enquêtes sur deux indicateurs de résultats (indicateurs 6 et 7) au début de la deuxième année d'opérations (sauf pour le Ghana qui n'a procédé qu'à une seule enquête de ce type). Ces enquêtes avaient pour but d'évaluer les progrès observés depuis la première évaluation en ce qui concerne tant le pourcentage de patients atteints de MST traités selon les normes nationales (indicateur 6) que le pourcentage de patients MST encouragés à recourir aux préservatifs et à envoyer leurs partenaires se faire traiter (indicateur 7). Dans les institutions soutenues par le projet, les résultats sont passés de 8% à 57% pour l'indicateur 6 et de 15% à 49% pour l'indicateur 7 au niveau régional. Cette augmentation confirme que les institutions de santé offrent une meilleure prise en charge des cas de MST et c'est pour cet aspect de « traitement » que le projet a eu les meilleurs résultats.

Le pourcentage de malades pour qui l'on dispose d'une anamnèse complète a peu varié (de 83% à 89%) et le pourcentage de malades chez qui on note un examen complet n'a que modérément augmenté (de 51% à 78%). Le pourcentage de traitements efficaces a plus que doublé, de 27% avant l'intervention à 73% après une année d'activité.

Le pourcentage de cas traités efficacement est encore plus élevé si l'on prend en compte non seulement les traitements conformes aux schémas nationaux mais aussi « les prescriptions non conformes mais néanmoins considérées efficaces » : 96% pour les cas d'écoulement urétral, 89% pour les ulcères génitaux, 81% pour les cas d'écoulement vaginal, 73% pour les douleurs du bas-ventre et 83% pour l'ensemble des MST, au niveau régional.

Enseignements

La principale des nombreuses leçons tirées au cours du projet est que la lutte contre les MST au niveau syndromique parmi les groupes de population à comportement risqué est possible au sein des services de soins de santé primaires déjà en place (sans devoir créer d'infrastructure nouvelle pour fournir ces services) tout en faisant appel à un mécanisme qui permette de recouvrer les dépenses en médicaments. Un certain nombre d'éléments sont néanmoins indispensables au succès de cette approche :

- il est essentiel de procéder à une évaluation préalable des comportements face à la nécessité de consulter, car ces comportements (surtout en ce qui concerne les endroits choisis par les clients potentiels pour faire soigner leurs MST) varient considérablement d'une région à l'autre
- les activités de participation communautaire devront encourager le recours aux services MST et veiller à ce que les éléments d'information, d'éducation, et de communication (IEC) soient fournis de façon efficace

- la formation des travailleurs de santé sur le terrain doit rester la plus simple possible ; un suivi régulier de la part des superviseurs permettra de conserver les compétences acquises
- une formation et une supervision cohérentes au niveau du terrain devront s'accompagner d'activités de sensibilisation au niveau central (en particulier au Ministère de la Santé) si l'on souhaite voir se poursuivre l'utilisation d'algorithmes appropriés
- l'approche syndromique doit être reprise dans les programmes d'enseignement de toutes les écoles de santé
- l'ensemble des services de santé doit adopter le recours aux médicaments génériques
- il faut inscrire le développement d'un potentiel d'action en planification et en gestion dans tous les projets visant à améliorer l'acquisition, la distribution et l'utilisation des médicaments essentiels.

Toutes les équipes travaillant dans les pays ont dû prendre conscience de l'importance qu'il y avait à garder un rythme et un niveau de qualité communs. La surveillance des données fondamentales fonctionne à l'heure actuelle dans l'ensemble des pays concernés – à des degrés divers selon la durée du soutien apporté aux unités concernées. Cette surveillance permet (avec l'aide du Projet) au personnel des divers projets nationaux de suivre au cours du temps les pourcentages de cas de MST traités correctement. Elle permet aussi d'évaluer de façon indirecte la mise en application par le personnel de soins de santé ainsi formé de l'approche syndromique à la prise en charge des cas de MST.

Lectures complémentaires

Le CCSID a mis en place une information importante en ce qui concerne le Projet d'appui à la lutte contre le SIDA en Afrique de l'Ouest sur son site web www.ccsid.org. Cette information comprend la description détaillée des activités dans chaque pays avec les indications nécessaires pour entrer en contact avec les partenaires nationaux.

Mobilisation communautaire

Les initiatives communautaires – la plupart lancées par des personnes infectées ou affectées par le VIH – ont toujours joué un rôle majeur dans la lutte mondiale contre le SIDA. Dans bon nombre de pays, l'action communautaire est venue avant celle des autorités nationales. Elle a contribué de façon décisive à la réussite de nombreux volets de l'action nationale, notamment la sensibilisation, la prévention, le changement sur les plans politique et juridique, l'atténuation de l'impact, le plaidoyer, ainsi que le soutien et la prise en charge au sein de la famille ou de la communauté.

L'ONUSIDA définit « la communauté » dans son sens le plus étendu et le plus global comme suit : une communauté est un groupe de personnes qui ont quelque chose en commun et agissent ensemble dans un intérêt commun. Bon nombre de personnes appartiennent à plusieurs communautés à la fois – quartier ou voisinage, collègues de travail ou groupe professionnel, par exemple.

La mobilisation d'une communauté commence à partir du moment où les personnes d'un groupe particulier prennent conscience du fait qu'elles ont un problème ou un besoin en commun et décident de s'unir dans l'action pour le bien de tout le groupe. L'aptitude d'une communauté à s'unir dans l'action peut exister depuis des siècles ou se forger face à la nécessité de résoudre un problème urgent. Dans le passé, la mobilisation communautaire était généralement synonyme d'initiative à l'échelle du quartier, du village ou du district.

Aujourd'hui, la pandémie de SIDA et les techniques modernes de communication ont remis en question les idées traditionnelles concernant la communauté. Des communautés nationales, voire mondiales, sont nées, fondées sur des préoccupations communes : prévenir la propagation du virus, prendre en charge les personnes touchées par le VIH et le SIDA, et défendre les droits de la personne et le droit à la santé. Si le concept de communauté s'est élargi, la nécessité de concevoir des interventions pertinentes du point de vue culturel et épidémiologique pour aider des groupes spécifiques a généré l'obligation de définir chaque communauté avec plus d'exactitude.

S'agissant du VIH/SIDA, une communauté dite « mobilisée » présente la plupart ou l'ensemble des caractéristiques suivantes :

- ◆ Ses membres sont conscients – parce qu'ils ont été informés en détail et de façon réaliste – de leur vulnérabilité individuelle et collective au VIH/SIDA.
- ◆ Ses membres sont résolus à agir pour atténuer cette vulnérabilité.
- ◆ Ses membres connaissent les différentes options pratiques qui permettent d'atténuer leur vulnérabilité.

- ◆ Ses membres utilisent les ressources disponibles, exploitant leurs points forts et investissant leurs propres ressources – argent, main-d’œuvre, matériel, etc.
- ◆ Ses membres participent à la prise de décisions concernant les mesures à prendre, évaluent les résultats et assument la responsabilité des succès comme des échecs.
- ◆ La communauté fait appel à l’aide et à la coopération extérieures s’il y a lieu.

Il est généralement plus facile de mettre en route une initiative communautaire que d’en garantir la permanence. Bon nombre d’organisations et de programmes communautaires sont à l’œuvre depuis des années et poursuivent leur action avec la même énergie. D’autres s’essouffent quelque peu ; d’autres encore ont disparu. Pour que l’action nationale soit efficace, il faut renforcer les initiatives communautaires en place et soutenir les nouvelles initiatives au fur et à mesure de leur création. Cela nécessite des partenariats souples avec les pouvoirs publics et les autres forces qui font campagne contre le VIH/SIDA, en particulier dans les pays en développement.

Les projets de mobilisation communautaire pour combattre le VIH/SIDA font appel à un très large éventail d’actions efficaces. Toutefois, l’expérience montre que les Meilleures Pratiques dans ce domaine se distinguent par les principes fondamentaux suivants :

- ◆ Respecter les droits et la dignité des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.
- ◆ Garantir la participation active d’un groupe de membres de la communauté aussi étendu et aussi représentatif que possible.
- ◆ Contribuer à instaurer un esprit de partenariat équitable et de respect mutuel entre la communauté et les intervenants extérieurs.
- ◆ Développer un potentiel d’action et garantir la durabilité.
- ◆ Tenir compte des réalités de la vie avec le VIH et le SIDA tout en entretenant un espoir fondé sur l’action collective et communautaire.
- ◆ Assurer une utilisation maximale des ressources de la communauté tout en recherchant et en utilisant des ressources extérieures supplémentaires, le cas échéant.

Centre d'Assistance socio-médicale (Côte d'Ivoire)

Année de lancement : 1991

Secteur thématique principal : Mobilisation communautaire

Secteurs thématiques secondaires : Soins palliatifs • Religion • Mobilisation des ressources

Personne à contacter :

Dr Marc Aguirre

Téléphone : +225 41 80 83

Télécopie : +225 41 80 83

Courrier électronique :

105223.3613@compuserve.com

Site web : www.hopeww.org/

Adresse :

Hope Worldwide

B.P. 1021 Cidex 1

Abidjan 06

Côte d'Ivoire

Responsables de la mise en place

HOPE Worldwide est une ONG confessionnelle internationale qui œuvre en collaboration avec le Ministère de la Santé, le Programme national de Lutte contre le SIDA et le Centre hospitalier universitaire (CHU).

Financement

Les ressources financières proviennent de diverses sources, notamment : HOPE Worldwide, Etats-Unis ; les agences et les institutions qui financent des projets spécifiques en cours (activités en milieu carcéral, jeunesse, conseil) ; les activités génératrices de revenus (fabrication de cartes) ; la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA (2,50 dollars) ; les dons extérieurs. Des dons provenant d'individus ou d'entreprises sur place et l'organisation de ventes de nourriture et de vêtements assurent également un appui matériel.

Enfin, des organismes internationaux comme l'USAID, l'UNICEF, l'ONUSIDA, le PNUD et la Coopération française apportent un soutien et une formation techniques sous forme d'ateliers et de conférences.

Objectifs

Les objectifs initiaux du Centre d'Assistance socio-médicale étaient les suivants :

- assurer la décentralisation des soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA
- assurer des soins accessibles, d'un coût abordable et accueillants
- aider et encourager les patients à vivre positivement avec le VIH/SIDA.

Avec le temps, ces objectifs ont été élargis. L'action vise aujourd'hui :

- la mise en place d'un système complet de soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA grâce à un réseau de liens avec les autres services et institutions
- l'implication des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les programmes de soins et de prévention
- la mobilisation des ressources de la communauté pour développer et soutenir une action locale suivie.

Généralités

Le Centre d'Assistance socio-médicale (CASM), un dispensaire de consultations externes, a ouvert ses portes en février 1991. La motivation de départ venait de volontaires (pour la plupart membres de l'Eglise du Christ) qui accueillaient malades et mourants à l'Unité des Maladies infectieuses du CHU de Treichville. Il apparut rapidement que la grande majorité des patients admis étaient séropositifs pour le VIH et qu'ils étaient laissés pour compte, stigmatisés ou négligés par leur famille, leurs amis et le personnel médical. A leur sortie d'hôpital, bien peu avaient les moyens de poursuivre un traitement, et la nécessité d'un soutien psychologique compatissant se faisait sentir de façon criante.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA voient souvent leurs liens familiaux et communautaires brisés par la maladie, la peur et la stigmatisation qui l'accompagnent. Le principe directeur du CASM a été de restaurer un sens de la solidarité entre les personnes vivant avec le VIH/SIDA et leur communauté. Le moyen le plus constructif d'améliorer la qualité de leur vie réside dans le foyer et l'entourage communautaire et la participation des membres de la famille et de la communauté qui sont infectés ou affectés. Encourager l'implication directe de personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le conseil, la prévention, le soutien, la collecte de fonds, la production de revenus et les soins est de nature à influencer directement sur la situation présente.

Activités principales

Les principales activités du CASM sont les suivantes.

1. Soins médicaux

Le CASM emploie deux médecins à plein temps et deux à temps partiel, un assistant de pharmacie et quatre autres personnes. Il dispose de quatre lits pour les patients qui ont besoin d'un traitement intraveineux et d'un suivi. Une infirmière, elle-même ouvertement séropositive, travaille également au centre. Le centre suit, dans la mesure du possible, les procédures de traitement recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) telles qu'elles figurent dans son *Guide pour la prise en charge à domicile des malades du SIDA*, ainsi que les procédures que recommande le gouvernement local. La plupart des personnes qui fréquentent le centre sont indigentes et ne reçoivent guère de soutien financier de leur famille. Les patients paient l'équivalent de 2,50 dollars par mois pour les consultations médicales, quel qu'en soit le nombre, et pour les médicaments de base. On retrouve parmi ces derniers une

grande partie des produits repris dans la liste des médicaments essentiels établie par l'OMS ; ils sont pour la plupart fournis quasiment à prix coûtant par la pharmacie gouvernementale.

2. *Transferts*

Le centre fonctionne comme institution centrale pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les patients qui y sont adressés viennent :

- du principal hôpital pour les maladies infectieuses de la région (CHU de Treichville – en vertu d'un accord officiel, l'hôpital consent au Centre des réductions sur les consultations de spécialistes, les examens de laboratoire et les hospitalisations)
- d'un centre de conseil et dépistage volontaires
- d'un hospice (OASIS) qui offre gratuitement soins et hospitalisation à des malades en phase terminale ou qui doivent recevoir des soins pour une convalescence de longue durée
- d'ONG de lutte contre le SIDA et d'associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et de volontaires qui assurent soutien et suivi au niveau communautaire.

Le centre reçoit également un petit contingent de personnes envoyées par le secteur privé ou les services de santé des régions éloignées.

3. *Conseil*

Le centre emploie deux conseillers – l'un à temps plein, l'autre à temps partiel – et un psychologue ; il recourt à diverses stratégies et méthodes (conseils de groupe, vidéos, codes picturaux) pour faciliter l'acceptation du statut de séropositif et une conduite qui permet de vivre de manière positive et de faire face. Les conseillers du centre font partie d'un groupe de « formateurs de formateurs » auquel le Programme national de Lutte contre le SIDA, les institutions et les organismes font régulièrement appel. Le CASM a également conduit une étude multicentrique sur l'impact du conseil auprès des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

4. *Soutien à domicile*

Le centre a une équipe d'environ 20 agents communautaires qui apportent un soutien à domicile aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont suivies au centre. Ces agents évaluent les conditions de vie au foyer, apportent une aide psychologique et, si nécessaire, accompagnent les malades au centre ou à l'hôpital le plus proche. Ils passent un jour par mois au centre pour conseiller ceux qui fréquentent ce dernier. Toute information recueillie, tout besoin satisfait et tout service rendu est noté après la visite afin d'assurer un suivi. Les coordinateurs de la communauté interviennent régulièrement et les 20 agents communautaires se rencontrent une fois par mois pour débattre des situations vécues, des problèmes et des moyens d'améliorer le programme.

5. Soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA

En 1994, le CASM a aidé à la création du premier groupe de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, le Club des Amis. Ce club a pour but de permettre à ces personnes de partager leur expérience, leurs espoirs et leurs craintes de retrouver dignité, estime de soi, espoir et liens d'amitié. Chaque jour, un petit noyau de membres du club apporte son aide aux agents du centre afin de les soutenir dans leur rôle. Des membres du club sont également associés aux programmes de prévention (notamment en participant aux activités du groupe théâtral dont le nom, Kazenze, signifie « rester ensemble »). Le centre a également apporté à certaines personnes vivant avec le VIH/SIDA un appui nutritionnel, matériel et financier. Avec le soutien du Lions Club, d'une initiative locale appelée Initiative Plus et de quatre à six volontaires, le centre fournit chaque jour à tous ses clients un petit-déjeuner gratuit – la table du petit-déjeuner sert de lieu où des personnes vivant avec le VIH/SIDA peuvent parler et s'entretenir en toute sécurité.

6. Génération de revenus

Grâce à des projets générateurs de revenus et à des dons, le CASM a pu fournir de modestes incitations financières à des personnes vivant avec le VIH/SIDA qui demandaient une aide pour financer un projet viable ou avaient besoin d'une assistance financière d'urgence. Les bénéficiaires en sont principalement des personnes sans ressources vivant avec le VIH/SIDA, surtout des femmes et des enfants. Les malades ont été encouragés à fabriquer des cartes, dont 20% du prix de vente leur est reversé.

7. Aide aux orphelins

En liaison avec une des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA, le CASM a été en mesure de soutenir un petit nombre d'enfants orphelins en les maintenant à l'école et leur assurant un minimum de ressources. Le centre organise également une fête de Noël pour les orphelins et enfants gravement atteints. Cette manifestation reçoit le soutien d'un grand nombre de partenaires.

8. Activités de prévention

Ces dernières années les activités de prévention du centre ont visé quatre groupes particulièrement vulnérables : les femmes, les jeunes, les détenus et les communautés mal desservies. Dans la plupart de ces groupes, des éducateurs pour leurs pairs ont été formés. Pour avoir le plus grand impact possible, diverses modalités ont été retenues : groupes de discussions, conférences dans les communautés, projections, représentations théâtrales, témoignages personnels et autres. Certaines de ces interventions ont été réalisées en collaboration avec d'autres ONG, des associations de jeunes et des associations sportives ; des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont participé à leur conception et à leur mise en place.

9. Apport des bénévoles

Pour la plupart de ses activités le centre est sérieusement épaulé par toute une réserve de bénévoles. Parmi les responsables actuels du centre, nombreux sont celles et ceux qui au départ ont travaillé comme bénévoles, en provenance des ONG luttant contre le SIDA, d'autres associations, de groupes religieux, d'institutions et d'agences internationales, ou tout simplement en tant que membres de la communauté. Les bénévoles interviennent de nombreuses façons et à différents niveaux. Au sein des locaux, il apportent conseil et soutien, aident au fonctionnement quotidien (nettoyage, dactylographie et classement, etc.). Ils préparent et servent les petits-déjeuners, fabriquent des cartes de vœux vendues au bénéfice du centre et décoorent celui-ci pour en faire un lieu accueillant et plaisant. Dans la communauté, ils visitent les malades chez eux ou à l'hôpital, aident lors des campagnes de prévention et des conférences, vendent les cartes réalisées au centre, font de la collecte de fonds et de la publicité. Les bénévoles, en particulier ceux qui aident aux soins, reçoivent une petite gratification financière ou matérielle et ont accès gratuitement aux soins médicaux. Des coordinateurs assurent régulièrement le suivi de l'activité des bénévoles tant au centre que dans la communauté.

Impact/Résultats

- Chaque mois, 25 à 30 personnes en moyenne sont référées au centre. Les femmes sont désormais aussi nombreuses que les hommes, ce qui représente un changement important car le rapport initial était de 4 à 1. L'âge moyen est de 25 ans.
- Les agents communautaires assurent environ 40 visites de malades à domicile par mois.
- Le Club des Amis est maintenant une association indépendante comptant plus de 300 membres et a aidé à mettre sur pied trois autres associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA.
- Au cours des cinq dernières années, les programmes de prévention ont touché plus de 200 000 personnes.

Enseignements

L'expérience du CASM dans le domaine de la mobilisation communautaire fournit des enseignements intéressants. Avec les années, le centre a développé d'importantes ressources locales qui étayent ses activités et lui permettent d'atteindre bon nombre de ses objectifs. Les plus importants de ces atouts sont les suivants :

- une grande réserve de bénévoles engagés
- une étroite collaboration avec les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA
- des liens formels avec d'autres services et institutions qui assurent un continuum d'attention aux patients.

La mise en place de ce type de ressources est indispensable à tout projet ayant les mêmes objectifs et visant la même population que le CASM.

Etant donné la gravité de l'épidémie et la difficile situation économique de la région, le centre a également découvert les limites de la mobilisation des ressources locales. L'action entreprise dépend largement des financements externes et n'a pas les moyens de salarier un personnel qualifié. Il n'a pas non plus les moyens d'acheter tous les médicaments de base dont il aurait besoin pour répondre aux demandes. Les responsables du projet estiment que des ressources locales non encore sollicitées existent mais le centre n'a pas encore trouvé la voie qui permettrait d'y accéder.

Lectures complémentaires

Pour une description d'ensemble du projet, consulter www.hopeww.org/Where/Africa/africa5.htm.

Kariobangi Community-Based Home Care and Home-Based AIDS Care Programme

Programme de soins domiciliaires à assise communautaire et de prise en charge du SIDA à domicile de Kariobangi (Kenya)

Année de lancement : 1986

Secteur thématique principal : Mobilisation communautaire

Secteurs thématiques secondaires : Soins palliatifs • Conseil • Religion

Personnes à contacter :

Mr Charles Thumi

Sister Gill Horsefield, MMS

Téléphone : +254 793 266/793 288

Adresse :

Kariobangi Community Health Programme

P.O. Box 53376

Nairobi, Kenya

Responsables de la mise en place

L'organisation en charge du projet est The Medical Mission Sisters Health Programme [Programme sanitaire des Sœurs missionnaires médicales].

Financement

L'essentiel du financement du programme vient de Memisa Medicus Mundi (Pays-Bas) et de Cordaid. L'UNICEF a apporté une aide initiale en matériel publicitaire. Le programme a également reçu des dons de groupes paroissiaux locaux et internationaux.

Objectifs

L'objectif est d'aider la population de Korogocho à faire face physiquement, socialement et psychologiquement au SIDA :

- en formant du personnel de santé communautaire pour prendre soin des personnes vivant avec le SIDA
- en mettant en place dans ce but une équipe de soutien composée de professionnels de la santé et des services sociaux.

Généralités

Korogocho, le quartier défavorisé de Kariobangi où le programme est mis en place, se situe à 12 km à l'est du centre de Nairobi. La population compte plus

de 100 000 âmes (des statistiques récentes non confirmées parlent de 130 000 personnes). La majorité vit dans des baraques faites de plastique, de tôle ou de boue séchée. Soixante pour cent des familles sont dirigées par une femme seule. La plupart des résidents n'ont pas de terre et sont squatters dans le bidonville. Il y a très peu d'occasions de travail, aussi tente-t-on de gagner sa vie par le petit commerce, le tri des ordures, la fabrication d'alcool ou la prostitution de survie.

Une étude conduite dans deux vastes zones des taudis de Korogocho a montré que 32% de la population était séropositive au VIH et que 14% des personnes infectées avaient le SIDA. Du fait de la pauvreté, 22% n'avaient jamais recherché des soins médicaux.

Le programme a été lancé en 1986 par Sœur Gill Horsefield et a entrepris des activités liées au SIDA en 1989-1990

Activités principales

Le programme offre la plupart de ses activités grâce à l'œuvre bénévole de travailleurs de santé communautaires (TSC), qui vivent tous à Korogocho. Ces TSC sont supervisés et soutenus par une équipe de professionnels, cinq infirmières, deux conseillers, un travailleur social qui voit les mères atteintes du SIDA et les aide à prévoir l'avenir de leurs enfants et enfin un membre de la paroisse qui répond aux besoins spirituels des patients. Le programme comprend aussi un laboratoire de diagnostic de la tuberculose rattaché à l'église catholique locale.

Le programme comporte six activités principales :

1. Soins aux malades

Le programme part d'une constatation et se construit à partir d'elle : d'un point de vue réaliste l'essentiel des soins que recevront les personnes vivant avec le VIH/SIDA ne viendra que de leur famille (non seulement les adultes mais fréquemment les enfants) et de leurs amis, et cela dans leur propre foyer. Le programme accroit et soutient donc cette source de soins grâce aux travailleurs de santé communautaires. Ces derniers offrent amitié et soutien, apportent les médicaments, et enseignent aux parents et amis des malades les techniques de soins à domicile. Lorsque c'est nécessaire, ils apportent de la nourriture lors de leurs visites – un repas préparé une fois par jour ou des denrées que la famille fera cuire. Lorsqu'il y a apport de nourriture, il y en a pour toute la famille et pas seulement pour le ou la malade, ce qui est indispensable vu les conditions difficiles dans lesquelles vivent la plupart des familles affectées par le SIDA.

2. Système de référence

Les travailleurs de santé communautaires vivent dans le quartier et chacun est responsable d'une petite zone. Lorsque dans cette zone quelqu'un est malade, les voisins en informent le TSC, qui vient déterminer sur place la gravité de la

maladie. Si celle-ci n'est pas grave, le TSC indiquera comment soigner le patient à domicile et conseillera peut-être une visite au dispensaire. Si le cas est grave, ou si le patient montre des symptômes du SIDA, le TSC appellera l'infirmière qui le rejoindra pour faire un diagnostic. S'il s'agit bien du SIDA, le patient fait alors partie du programme. Il recevra régulièrement la visite du TSC qui, chaque semaine, rendra compte de son état à l'infirmière. Lorsque des soins complémentaires sont nécessaires entre deux visites, le TSC en informe l'infirmière dès son arrivée le matin. Ce sont les infirmières qui prescrivent aux patients leurs médicaments, que les TSC lui apportent.

3. Soins en cas de crise pour les personnes vivant avec le SIDA

Un des objectifs du programme est d'aider les malades à demeurer chez eux jusqu'à leur mort. Lorsque les soins à donner dépassent les compétences des parents ou amis, certains malades peuvent, après une sérieuse aggravation, être acheminés vers un petit hôpital géré par les travailleurs communautaires. Cet hôpital a quatre lits mais n'héberge d'habitude qu'un ou deux patients à la fois.

4. Soins en cas de crise pour les enfants

Le programme fournit des soins médicaux aux enfants vivant avec le VIH et a aussi mis sur pied un centre spécial où les enfants peuvent séjourner pour un temps lorsque leur mère meurt subitement ou est trop malade pour faire face. Cela s'est avéré nécessaire lorsque la mortalité des adultes a fait qu'il est devenu de plus en plus difficile de trouver des membres de la famille à même de prendre les orphelins en charge. Le centre est également un lieu sûr où les enfants qui soignent leurs parents malades viennent pour apprendre, et où ils trouvent toujours conseils, soutien moral et affectif.

5. Programme pour les enfants

Les foyers gérés par un enfant sont devenus monnaie courante. Même lorsqu'un très jeune enfant est envoyé chez ses grands-parents, l'aîné(e) reste généralement à la maison pour s'occuper des plus jeunes. Le programme a été mis en place pour les enfants qui sont en bonne santé mais risquent de devenir orphelins afin de les préparer à vivre sans leurs parents. Ils apprennent comment soigner leurs parents malades et aussi comment élever leurs jeunes frères et sœurs par la suite. Tout en apprenant, ils partagent leur expérience et créent ainsi des groupes de solidarité qui, on l'espère, les aideront à l'avenir.

6. Recrutement et formation des travailleurs de santé communautaires (TSC)

Les TSC sont choisis dans les petites communautés chrétiennes du quartier, groupes de soutien mutuel qui attendent de leurs membres qu'ils rendent service d'une façon ou d'une autre. Huduma ya Afya (Service de Santé) est un des services pour lesquels ils peuvent se porter volontaires. Ils reçoivent

pendant cinq ou six mois une formation hebdomadaire à l'école de village de Korogocho. Après un an de travail, ils reçoivent un insigne et un certificat. Les TSC sont l'objet d'un grand respect dans le voisinage et sont considérés comme les pairs de l'équipe de professionnels qui les soutient et les aide à accroître leurs connaissances. Certains sont formés comme conseillers, la plupart ont en mains les médicaments pour le traitement des symptômes et quelques-uns ont des antibiotiques. Ceux qui travaillent à l'hôpital ont reçu une formation pour apporter aide psychologique et spirituelle aux mourants.

Les TSC prennent part à toutes les décisions qui concernent le programme. Leur forte motivation en tant que chrétiens est renforcée par la gratitude et le soutien que manifestent à leur égard tant les patients que l'équipe professionnelle. Certains font ce travail depuis 12 ans et, quoique ne recevant aucune gratification financière, estiment avoir beaucoup gagné en termes de compétences et de confiance.

Impact/Résultats

Le programme prend en charge 787 personnes à l'heure actuelle et le total cumulé depuis 1990 s'élève à 3746 personnes. Il y a eu 537 nouveaux patients en 1999.

En 1998, 68 volontaires ont apporté soins médicaux et soutien moral à 1880 personnes vivant avec le VIH/SIDA, dont 172 bébés et jeunes enfants.

Résultats de l'évaluation

L'analyse du budget du programme fait apparaître pour environ 2000 patients une dépense annuelle de 13,40 dollars par patient (ce montant comprend le coût des médicaments, les salaires du personnel, les transports, la voiture et la gestion). Le coût annuel des médicaments s'élève par patient à 5,20 dollars. On a chiffré le coût de la formation d'un TSC à 7 dollars.

Enseignements

L'expérience de Kariobangi montre qu'un programme qui repose principalement sur des volontaires peut apporter un mieux significatif dans la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA au sein d'une communauté très pauvre. Ce succès semble dû à trois facteurs :

- l'énergie et le dévouement des volontaires qu'anime pour la plupart leur foi religieuse et la façon dont ils sont recrutés, qui convient aux conditions locales (le recrutement est fondé sur le respect que la communauté manifeste vis-à-vis des candidats et candidates)
- l'appui et le contrôle apportés par des professionnels
- un réseau de partenariats locaux, y compris les institutions médicales voisines et les autres ONG travaillant dans la zone.

L'expérience de ce programme illustre toutefois aussi les limites qui découlent du manque de ressources locales. Le programme dépend largement du financement extérieur. Sans ce financement, il ne disposerait d'aucune source

de fonds pour la gestion et pour les salaires des professionnels, et ne disposerait que de très peu d'argent pour les fournitures médicales.

Des leçons ont également été tirées quant aux difficultés d'œuvrer contre le SIDA dans une culture où une stigmatisation considérable est encore liée à la maladie (malgré quelques signes d'ouverture au cours des toutes dernières années). Un membre du personnel s'exprime ainsi : « Souvent les gens parlent de 'leur maladie' et chacun comprend de quoi ils parlent mais personne ne prononce le mot 'SIDA'. Tous les professionnels connaissent la sérologie VIH de leurs patients mais gardent l'information confidentielle. Un TSC ne peut connaître la sérologie d'une personne malade que si celle-ci l'en informe. La plupart des TSC ont néanmoins une très bonne connaissance des signes et symptômes du SIDA et appréhendent très clairement l'état d'un patient donné ».

La stigmatisation persistante pose un problème important, celui de l'information des enfants quant à la sérologie de leurs parents. Les travailleurs communautaires ont essayé de persuader les parents séropositifs d'en parler à leurs enfants mais sans grand succès jusqu'ici. Très souvent les enfants savent ou s'en doutent, et les TSC sont convaincus qu'un débat ouvert dans les familles sur la vérité de la situation rendrait les choses plus faciles pour les enfants. Mais, sauf consentement des parents, ce type de confidences n'est pas autorisé.

Monde du travail : employeurs et salariés

Devant l'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA, les entreprises se préoccupent de plus en plus de l'impact de la maladie sur leur organisation. De même, les organisations de travailleurs sont profondément inquiètes des conséquences de l'épidémie pour leurs membres. Ces inquiétudes ne sont que trop fondées. Les entreprises sont largement tributaires de la vitalité et de la bonne santé des économies au sein desquelles elles travaillent. Le VIH/SIDA accroît les coûts d'opération, diminue la productivité et diminue la demande générale en biens et en services. Il est donc logique d'investir dans des programmes de prévention, de soins et de prise en charge afin de pallier la baisse de productivité et de rentabilité que l'on risque d'observer dans le monde des affaires.

Le monde du travail doit affronter des défis considérables dans sa riposte au SIDA. Pour la plupart, les responsables souhaitent bien traiter leurs salariés, mais dans le cas du SIDA ces responsables ont souvent l'impression qu'ils ne savent rien ou craignent d'entreprendre des programmes trop coûteux. Les entreprises peuvent hésiter à mettre en place des programmes VIH/SIDA sur le lieu de travail si elles craignent de ne pas disposer des ressources nécessaires ou de ne pas disposer sur place des connaissances requises, ou encore si elles considèrent qu'il s'agit d'un sujet trop sensible. Elles peuvent aussi être insuffisamment en contact avec le monde extérieur et donc ne pas savoir comment la communauté et d'autres groupes extérieurs pourraient leur venir en aide pour affronter les problèmes liés au VIH/SIDA – et *vice versa*. Trop souvent, les firmes qui mettent en place des programmes sur le lieu de travail ne disposent pas de politiques clairement établies sur la manière d'aborder le VIH/SIDA. Même si la firme dispose d'une politique, ses décisions seront rarement liées aux politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA, ou bien elles seront trop restreintes ou conçues à trop court terme. Les programmes éducatifs, par exemple, sont trop souvent réduits à une seule séance d'information, d'où des résultats médiocres et transitoires.

Une entreprise peut mettre sur pied des programmes efficaces sur le lieu de travail pour une fraction seulement du coût actuel et toujours croissant que le SIDA lui impose. Les entreprises ne doivent pas attendre que le gouvernement ou le secteur de la santé agisse à leur place. Dans un nombre croissant de pays, dont l'Afrique du Sud, le Brésil, les Etats-Unis et la Thaïlande, des entreprises se sont unies en coalitions pour mettre en commun leurs ressources et s'entraider à fournir une meilleure riposte aux crises que connaissent le lieu de travail et la communauté.

Les programmes VIH/SIDA sur le lieu de travail sont particulièrement efficaces là où les représentants d'un large éventail de secteurs ont participé aux processus de planification et de suivi. Il faut donc inclure des représentants des

travailleurs, des cadres, des services de santé de la firme le cas échéant, ainsi qu'un représentant chargé du respect des droits de la personne et des représentants de la communauté au sens large, y compris des organisations non gouvernementales, surtout si l'entreprise ne dispose pas sur place de services de soutien ou d'un service médical.

Le test obligatoire sera fortement déconseillé ; dans le cadre d'un programme d'éducation des employés, les employeurs pourront néanmoins choisir d'offrir à leurs salariés et aux partenaires de leurs salariés des services de dépistage et de conseil volontaires, confidentiels et éclairés.

Un programme SIDA sur le lieu de travail devra comprendre :

- ◆ un ensemble de politiques équitables qui seront communiquées à l'ensemble de la force de travail et adéquatement mises en œuvre
- ◆ pour l'ensemble du personnel, un processus d'éducation continue, formelle ou informelle, sur le VIH/SIDA
- ◆ la mise à disposition de préservatifs
- ◆ le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies sexuellement transmissibles, pour les salariés et leurs partenaires sexuel(le)s
- ◆ des services de dépistage et de conseil volontaires, de prise en charge et de soutien VIH/SIDA à l'intention de tous les salariés et de leur famille.

L'efficacité et la pérennité des programmes VIH/SIDA sur le lieu de travail seront d'autant plus grandes que ces programmes feront périodiquement l'objet d'un suivi, d'une réévaluation et d'une mise à jour. Ces programmes doivent être en évolution constante et il est essentiel de connaître les aspects pertinents de la culture des employés – y compris des aspects tels que l'incidence des MST, la violence (y compris le viol), et le recours aux drogues et à l'alcool chez les travailleurs et dans leur communauté – si l'on veut que ces programmes soient aussi pertinents et aussi efficaces que possible.

Commercial Farmers' Union AIDS Control Programme

Programme de l'Union des exploitants agricoles pour la lutte contre le SIDA (Zimbabwe)

Année de lancement : 1986

Secteur thématique principal : Monde du travail : employeurs et salariés

Secteurs thématiques secondaires : Maladies sexuellement transmissibles • Préservatifs masculins • Mobilisation communautaire • Développement agricole/rural • Réponses locales au VIH/SIDA

Personne à contacter :

Kerry Kay

Responsable du Projet

Téléphone : +263-4-309800

Télécopie : +263-4-309874

Courrier électronique :

kerrykay@cfu.co.zw

Site web : www.samara.co.zw/cfu/commodity/aids.html

Adresse :

Agriculture House

Marlborough Drive

Marlborough

Box WGT390, Westgate

Harare, Zimbabwe

Responsables de la mise en place

L'Union des Exploitants agricoles [Commercial Farmers' Union (CFU)], organisme de coordination pour le secteur de l'exploitation agricole au Zimbabwe, regroupe 73 associations d'exploitants au sein des huit régions du pays.

Financement

Le Gouvernement des Pays-Bas couvre le gros du financement pour le programme ; l'USAID a apporté auparavant un financement par l'intermédiaire de Family Health International et de AIDSTECH. Le Family AIDS Caring Trust [Fondation SIDA et Aide aux Familles], l'Association internationale des Cultivateurs de Tabac/Association des Cultivateurs de Tabac au Zimbabwe, le Programme national de Coordination SIDA, l'UNICEF, et le Conseil national de Planification au Zimbabwe [Zimbabwe National Planning Council] ont apporté d'autres contributions en espèces, en nature ou sous forme d'appui technique.

Objectifs

L'objectif principal du programme est de diminuer l'incidence des infections à VIH/SIDA et des MST parmi les exploitants agricoles et les travailleurs agricoles

et leur famille en réduisant les pratiques sexuelles à risque. Il s'agit spécifiquement :

- d'accroître les connaissances sur le VIH/SIDA au sein de la population concernée
- d'accroître au sein de cette population la perception du risque d'infection par le VIH
- de diminuer l'incidence des MST grâce à l'identification précoce des symptômes et à la promotion de comportements visant au traitement précoce de ces maladies
- d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs et d'encourager leur utilisation
- de renforcer la communication entre les enfants et leurs parents et/ou leurs enseignants
- de mettre en place des soins à assise communautaire et familiale pour les malades en phase terminale
- de former des volontaires au conseil pour les jeunes, et lors de mariage et de deuil.

Généralités

Le secteur agricole du Zimbabwe fournit environ 20% du produit intérieur brut du pays. On estime à deux millions (y compris les enfants) le nombre de personnes vivant en groupes familiaux sur les exploitations agricoles au sein desquelles les exploitants assurent l'infrastructure de base (logement, eau, etc.).

Le Programme de Lutte de la CFU contre le SIDA a commencé en 1986, à la suite de la première notification du SIDA dans le pays, avec un projet pilote dans l'exploitation de feu Peter Fraser-Mackenzie à Mutorashanga. Le projet a été étendu au Mashonaland, où cinq épouses d'exploitants ont offert leurs services en tant que coordinatrices pour ce qui à l'époque se limitait surtout à des campagnes de distribution de préservatifs. En 1995, l'Union a reçu un financement de Family Health International et a élargi ses activités à des activités de communication visant des modifications de comportement et à un travail intense d'éducation par les pairs. Depuis lors, le programme a débordé du secteur des exploitations agricoles pour s'étendre aux zones d'exploitation agricole en milieu communautaire ou à petite échelle, ou encore aux activités agricoles liées aux activités de transfert et de reclassement de populations ; le programme s'est étendu aussi à l'éducation sur le VIH/SIDA en milieu scolaire – conjointement avec le Ministère de l'Éducation et l'UNICEF – ainsi qu'à la formation de policiers ruraux et d'agents de l'agriculture commerciale.

La structure du projet est décentralisée – outre le chef comptable du projet, l'administration centrale ne compte qu'un responsable du projet et deux de ses assistants. Des épouses d'exploitants volontaires agissent en tant que coordinatrices pour entreprendre diverses activités liées au VIH/SIDA. Ces coordinatrices viennent de différents milieux professionnels, dont la pratique

des soins infirmiers, la police, l'ergothérapie et les activités de conseil. Les seules compétences requises sont l'engagement en temps et en énergie pour mettre sur pied les cours de formation et pour distribuer la documentation VIH/SIDA et les préservatifs en ayant recours à divers moyens (véhicules personnels, camions de l'exploitation, téléphone ou télécopie).

Activités principales

La communication aux fins de modification du comportement, qui fait appel à l'éducation pour les pairs, constitue le fondement de la stratégie directrice du programme. On notera parmi les principales activités gérées par les coordinatrices (qui elles-mêmes reçoivent une formation et participent à des réunions et à un suivi formels) :

1. La formation de formateurs pour les pairs

Les formateurs sont issus de la communauté agricole. Les critères de sélection incluent le respect que leur porte la communauté et un degré d'éducation (y compris un bon niveau de lecture et d'écriture en anglais) suffisant pour lire et comprendre le matériel VIH/SIDA et transmettre ce matériel à leurs pairs. Ce sont le plus souvent des gestionnaires agricoles de niveau moyen, des magasiniers, des enseignants de fermes-écoles ou d'écoles rurales, des policiers, des téléphonistes. Le Fonds de Conseil SIDA aux Familles [Family AIDS Counselling Trust (FACT)] à Mutare fournit le matériel et les programmes de formation : les cours comportent entre autres toute l'information fondamentale sur le VIH/SIDA et les MST, les activités de conseil et les compétences requises en matière de communication, de négociation sur le recours au préservatif, les techniques de notification, les soins à domicile, les aspects spirituels. Avec l'aide de personnes expérimentées en matière de formation et d'experts invités, les coordinateurs et coordinatrices du CFU forment les formateurs.

Les formateurs assurent des visites de suivi pour les agents d'éducation pour les pairs et soumettent leurs rapports aux coordinateurs et coordinatrices. Tous ces agents sont des agents volontaires et utilisent pour la supervision et le suivi leur propre vélo ou des vélos fournis par l'USAID, le Gouvernement des Pays-Bas et des associations d'exploitants agricoles.

2. Education par les pairs

Les femmes et les hommes choisis pour former leurs pairs en tant qu'éducateurs sont des volontaires ou des personnes qui inspirent le respect à la communauté et sont choisies par ceux et celles qui travaillent avec elles. Ces personnes, déjà reconnues pour leurs compétences et appréciées en tant que modèles, sont formées par les coordinateurs/coordinatrices et les agents de formation au sein de groupes mixtes de 15 individus. Les exploitants agricoles eux-mêmes fournissent une partie des locaux de formation, de la nourriture, du bois à brûler et des facilités de transport. Les activités d'éducation pour les pairs comportent des démonstrations sur l'emploi des préservatifs, la

distribution de matériel d'information, l'exécution de pièces de théâtre, la tenue de discussions informelles en groupe sur le VIH/SIDA, l'utilisation de vidéos, les activités de conseil individuel, l'apprentissage des soins à domicile et les modalités de transfert des malades aux institutions de soins. Le soutien compatissant aux personnes vivant avec le VIH/SIDA constitue un élément important de la formation, qui a lieu en grande partie au cours des pauses-repas, après le travail et pendant les congés de fin de semaine. Les coordinatrices et coordinateurs ainsi que les personnes chargées du suivi et de la formation des éducateurs pour les pairs assurent leur suivi en différents endroits de contact : dans les églises, les cours de fermes, la rue et les débits de boissons. Ces éducateurs ne sont pas payés mais reçoivent des certificats, des insignes et parfois des T-shirts. Des cours semestriels de suivi et mise à jour – occasions de réjouissances sociales, d'un bon repas et d'un partage d'expériences – constituent un élément important de motivation.

3. Soins et conseil à domicile

Les formateurs et les éducateurs pour les pairs apportent ces services chaque fois que cela est possible et les exploitants agricoles prennent de plus en plus fréquemment la responsabilité d'assurer aide et nourriture aux travailleurs agricoles malades.

4. Distribution de préservatifs

Le Conseil national de Planification familiale [National Family Planning Council] du Zimbabwe fournit gratuitement des préservatifs (avec l'assistance du gouvernement britannique) ; chaque exploitant agricole doit s'assurer que ces préservatifs sont disponibles dans son exploitation. Pour accroître leur accessibilité (et afin que les travailleurs ne doivent pas les demander directement à leurs employeurs), on a établi au sein des exploitations de nombreux points de distribution (magasins de la ferme, garages, bureaux de poste, boucheries, salles d'assemblée).

5. Activités de plaidoyer

La CFU veille à se poser en complément des efforts entrepris par le gouvernement contre le VIH/SIDA, ce qui ne l'empêche pas d'entreprendre des activités de plaidoyer destinées à influencer la politique ou la législation gouvernementales en matière de soins de santé, de distribution de médicaments, de soutien aux orphelins et autres problèmes liés au VIH/SIDA. La CFU a en outre des liens importants avec d'autres ONG et des organisations de services dans le domaine du SIDA et participe à des ateliers, conférences et autres réunions – aux niveaux tant national qu'international – dans la mesure où cette participation lui semble être pertinente pour ses propres activités et objectifs.

Impact/Résultats

Les 30 personnes chargées de la coordination et les 135 personnes chargées de la formation au sein du projet ont assuré la formation et la supervision d'environ 10 000 personnes chargées de l'éducation pour les pairs. Les activités se sont étendues à 3 500 fermes dans la plupart des provinces du pays. Le programme distribue environ 1,5 million de préservatifs par trimestre.

Le programme a produit *Jamie*, une vidéo éducative offrant le témoignage d'un fils d'exploitant agricole mourant du SIDA et en prépare deux autres, en anglais (*Listening and Learning from Youth [A l'écoute et à l'apprentissage de la jeunesse]*) et en shona.

Résultats de l'évaluation

Une enquête CACP (connaissances, attitudes, croyances et pratiques) a eu lieu en 1997 et une évaluation de fin de financement en 1998. L'une et l'autre ont montré chez les adultes et les jeunes un niveau de connaissances élevé sur le VIH/SIDA (entre 80% et 84%). Presque toutes les personnes interrogées avaient entendu parler du VIH/SIDA. La distribution des préservatifs fonctionnait bien dans la plupart des exploitations, même si l'exploitant ne pouvait pas toujours en assurer l'offre de façon constante. Lors de groupes de discussion focalisés, le recours au préservatif s'est montré plus faible chez les femmes que chez les hommes – à cause des accusations de promiscuité sexuelle envers les femmes qui en proposent. En dépit des activités du programme liées aux modifications de comportement, le recours aux partenaires sexuel(le)s occasionnel(le)s reste un problème pour les travailleuses et travailleurs agricoles. Les raisons en sont liées au flux saisonnier de l'emploi, à un climat économique dur et à un taux de chômage élevé (ce qui amène souvent les femmes à recourir à des activités sexuelles « de survie »), ainsi qu'à des facteurs sociaux d'ordre ethnique ou religieux.

En l'absence de données de départ, il est difficile d'évaluer de façon plus approfondie l'impact sur les comportements et sur l'incidence de la maladie.

Enseignements

L'organisation d'un programme par des exploitants agricoles a apporté un point d'entrée efficace pour des interventions contre le VIH/SIDA destinées aux deux millions de personnes qui vivent et travaillent dans ce secteur. Spécifiquement, le programme profite largement de l'infrastructure en place dans le secteur (communications, transports, organisation, etc.). La CFU constate que son succès a entraîné une dérive regrettable, à savoir que d'autres individus et d'autres organisations s'efforcent de mettre en place leurs propres activités contre le SIDA dans des exploitations commerciales tout en méconnaissant dans l'ensemble les besoins urgents de la population rurale générale, bien plus nombreuse pourtant.

On notera parmi les autres leçons de cette activité :

- Le fait que la décentralisation du programme semble avoir aidé ce dernier à couvrir un aussi grand nombre des exploitations agricoles commerciales du

pays. Le maintien de l'organisation centrale au minimum possible et le recours gracieux aux services de comptabilité et autres ressources de la CFU conservent les coûts administratifs à un niveau peu élevé.

- Le volontariat – élément fondamental du programme – s'est avéré bénéfique en ce que les incertitudes du financement n'affectent pas les activités de première ligne. Néanmoins, les organisateurs sont conscients du danger d'épuisement psychologique et de l'importance des réunions, du suivi de formation et des réunions de divertissement pour la motivation des volontaires.
- Les normes traditionnelles selon lesquelles ce sont les hommes qui assurent la plupart des choix en matière sexuelle (surtout en ce qui concerne le recours au préservatif) restent dominantes – il faudra trouver de meilleures méthodes pour accroître la responsabilisation et l'estime de soi chez les femmes.
- L'ouverture préconisée par le programme (par exemple les discussions de groupe et la distribution des informations) semble avoir eu des effets bénéfiques supplémentaires tant au sein de la population concernée qu'à l'extérieur de celle-ci : on note en particulier une plus grande cohésion au sein des communautés agricoles, un nombre croissant de volontaires en provenance de zones d'exploitation agricole communautaire (extérieures à la zone des exploitations agricoles commerciales) et une prise de conscience politique au niveau communautaire.

Lectures complémentaires

Voir les pages web www.samara.co.zw/cfu/commodity/aids.html.

Personnel sanitaire et formation

Les connaissances des travailleurs de santé sur le VIH/SIDA diffèrent selon les endroits et sont souvent incomplètes. Parce que l'épidémie est relativement récente, bon nombre de travailleurs de santé n'ont reçu sur le VIH/SIDA qu'une formation limitée. Si l'on n'assure pas une formation permanente, il ne sera pas possible de renforcer leurs connaissances ou leurs compétences dans ce domaine.

Néanmoins, les travailleurs de santé – infirmiers/infirmières, sages-femmes, médecins, dentistes et personnel paramédical – seront pour la plupart un jour ou l'autre confrontés à des personnes vivant avec le VIH/SIDA à qui ils seront amenés à prodiguer des soins. Il leur faudra pour cela de nouvelles compétences et des connaissances accrues. De même, les membres du personnel de soutien doivent être informés sur le VIH/SIDA pour pouvoir être efficaces dans leur travail, jouer un rôle en éducation sanitaire et se protéger contre les risques d'infection.

Pour recruter et conserver le personnel soignant, un programme planifié d'éducation VIH/SIDA peut constituer un investissement offrant un bon rapport coût/efficacité et ce pour différentes raisons importantes. Tout d'abord, le renforcement des connaissances et des compétences entraîne une meilleure prise en charge des patients tant au niveau de la prévention qu'à celui du traitement. Ensuite, de meilleures connaissances permettront aux travailleurs de santé de se protéger de l'infection sur le plan professionnel et sur le plan personnel. Enfin, il est de plus en plus évident que le renforcement des connaissances en matière de VIH/SIDA a un impact positif sur les comportements de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et contribue à diminuer la discrimination à leur égard.

Les méthodes éducatives, ainsi que leur contenu, peuvent influencer l'impact des programmes de façon significative. Un enseignement dirigé fondé sur l'expérience est par exemple plus efficace qu'une méthode didactique limitée à la simple transmission d'informations, qu'il s'agisse de communiquer les connaissances ou de faire changer les attitudes. Il est également important de noter que la formation peut permettre de renforcer les capacités dans la mesure où de plus en plus de travailleurs de santé acquièrent suffisamment de connaissances pour devenir eux-mêmes des enseignants – sous réserve qu'on leur ait appris pendant leur formation à acquérir et à utiliser ces compétences.

Parmi les nombreuses leçons retenues en matière de formation et de sensibilisation du personnel de santé en ce qui concerne le VIH, les expériences récentes dans différentes régions du monde proposent les enseignements suivants :

- ◆ Même si les responsables et les travailleurs de santé ont souvent peur d'être dépassés par l'épidémie de VIH/SIDA et n'ont ni le temps ni les ressources pour se former, ce point de vue manque de perspective. La formation peut effectivement renforcer les capacités dans le secteur sanitaire si elle est planifiée comme partie intégrante du développement du système de santé.
- ◆ Dans de nombreux pays, les programmes de formation ont non seulement permis de consolider les connaissances et les compétences des travailleurs de santé mais encore ont modifié le comportement de ces derniers à l'égard du travail avec les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Dans certains cas, l'amélioration des connaissances permet de corriger les idées fausses et, de ce fait, de changer les attitudes.
- ◆ Les travailleurs de santé qui sont séropositifs au VIH peuvent rester des membres valables du personnel sous réserve qu'on leur propose un soutien et qu'ils ne craignent pas de faire l'objet de discrimination de la part de leurs collègues. La formation peut aider à corriger les idées fausses concernant le risque d'infection ainsi qu'à modifier les comportements. Dans le même ordre d'idées, les travailleurs de santé séropositifs au VIH doivent être protégés contre les infections opportunistes, notamment la tuberculose, et il faut donner aux responsables et à leurs collègues les moyens d'y parvenir.
- ◆ Les travailleurs de santé à tous les niveaux devront être formés aux compétences nécessaires pour conseiller les personnes atteintes du VIH/SIDA, notamment en matière de dépistage.

Il est bien sûr essentiel de préparer de nouveaux étudiants dans tous les domaines des sciences de la santé à prendre en charge les personnes vivant avec le VIH/SIDA et cela renforcera, à long terme, les compétences des services de santé. De même, il sera toujours nécessaire d'étudier les effets de l'éducation sur tous les aspects de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et sur les travailleurs de santé eux-mêmes, et l'évaluation est donc une composante capitale des programmes de formation.

Partnership for Home-Based Care in Rural Areas

Partenariat pour soins à domicile dans les zones rurales (Ouganda)

Année de lancement : 1993

Secteur thématique principal : Personnel sanitaire et formation

Secteurs thématiques secondaires : Santé reproductive • ONG et réseaux • Mobilisation communautaire

Personne à contacter :

Ms Sophie Mukasa-Monico, TASO

Téléphone : +256 41 231138

Télécopie : +256 41 251982

Courrier électronique :

dirtaso@infocom.co.ug

Adresse :

TASO

P.O.Box 10443

Kampala, Ouganda

Personne à contacter :

Wilson Kisubi, Pathfinder International
(East Africa)

Télécopie : +254-2-224154

Courrier électronique :

WKisubi@pathfind.org

Adresse :

Pathfinder International

P.O. Box 48147

Nairobi, Kenya

Responsables de la mise en place

Family Life Education Programme – FLEP [Programme d'éducation à la vie de famille], une organisation à base communautaire créée par le diocèse de Busoga au milieu des années 1980, apporte aux communautés rurales d'Ouganda des services de planification familiale et de santé reproductive en général.

Pathfinder International est une ONG basée aux Etats-Unis qui œuvre pour l'amélioration de la qualité et pour l'accessibilité de la planification familiale ainsi que dans d'autres domaines de la santé reproductive dans les pays en développement. Pathfinder International a collaboré de longues années avec le FLEP, au départ essentiellement en matière de formation.

TASO [The AIDS Support Organization], une organisation de soutien, est née

du premier groupe africain de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Depuis 1987, TASO fournit une gamme étendue de services.

Financement

Le financement a été assuré par Pathfinder International et l'USAID, et indirectement par un certain nombre de donateurs qui soutiennent TASO.

Objectifs

L'objectif du partenariat est d'améliorer la qualité et l'accès aux services de soins et de prévention du VIH/SIDA dans les communautés rurales qui disposent de peu de services de santé officiels. L'action vise particulièrement les groupes vulnérables tels que femmes, enfants et adolescents, orphelins et personnes en situation de grande pauvreté. Les modalités d'action sont les suivantes :

- fournir des services de conseil en matière de santé reproductive, de planification familiale, des soins médicaux et un soutien social
- renforcer la capacité des autres organisations, des communautés, des institutions et des individus déjà présents au sein de la communauté pour ce qui concerne le VIH/SIDA
- créer des réseaux pour accroître les échanges d'information et la solidarité entre organisations, communautés, institutions et individus
- sensibiliser à la lutte contre le VIH/SIDA aux niveaux local et national.

Généralités

Quand le Family Life Education Programme (FLEP) a été lancé, la guerre civile des années 1980 avait détruit une grande partie de l'infrastructure rurale en Ouganda, d'où accroissement de la pauvreté et quasi-absence de services sociaux. Le FLEP a été créé pour fournir soins curatifs de base, planification familiale et éducation sanitaire aux communautés du diocèse de Busoga ravagées par la guerre. Le FLEP a été la première organisation à base communautaire de ce type en Ouganda.

Avec l'aide financière et technique de l'USAID et de Pathfinder International pour leurs activités de formation, le Programme a mené de vastes campagnes d'information et d'éducation sanitaire, a créé 46 dispensaires de soins de santé primaires, a formé des praticiens pour qu'ils y travaillent ainsi que de nombreux travailleurs de santé dans les villages et des responsables villageois. Le FLEP a ainsi acquis une grande expertise en matière de formation, qui lui permet aujourd'hui d'apporter une assistance technique pour la formation aux autres organisations œuvrant en Ouganda dans ce domaine.

En 1993, les communautés ont commencé à solliciter à propos du SIDA l'aide des travailleurs de santé du village qui n'avaient reçu aucune formation concernant le virus et son impact. On fit alors appel à TASO, le groupe de soutien contre le SIDA le plus ancien et le plus important du pays, pour former les travailleurs de santé, les infirmières et les superviseurs du Family Life Education Programme au conseil et à l'éducation en matière de VIH/SIDA.

Les conditions dans lesquelles opère ce partenariat sont extrêmement difficiles. L'épidémie de SIDA provoque dans le pays des demandes qui vont bien au-delà des capacités du système de santé publique, en particulier dans les zones rurales où œuvre le FLEP. Les hôpitaux sont surpeuplés de patients atteints du SIDA dont beaucoup se voient renvoyés dans leur foyer sans le moindre espoir afin d'y être soignés par des parents sans aucune formation. Simultanément, les travailleurs de santé de village sont submergés par les demandes émanant de personnes atteintes du VIH/SIDA et de leur famille sans pour autant pouvoir négliger leur travail habituel d'éducation sanitaire et de planification familiale. Il faut aussi noter que la plupart des services spécifiquement concernés par le SIDA sont concentrés dans les zones urbaines du pays.

Activités principales

Le Partenariat pour soins à domicile mène de front deux ensembles d'activités principaux. L'un englobe les activités de formation et renforcement des capacités, que l'on peut assez aisément décrire en termes de tâches et de produits. L'autre, que l'on peut désigner sous le terme de renforcement des compétences au sein de la communauté, comprend des opérations de sensibilisation, de négociation, de réforme institutionnelle et de constitution de réseaux. Ses effets sont plus difficiles à mesurer mais ces activités sont essentielles pour accompagner formation et développement des compétences.

1. Formation

Le partenariat vise l'amélioration et le développement des capacités des travailleurs de santé de village, du personnel infirmier et des superviseurs du FLEP dans les communautés rurales. La formation a pour but de garantir que les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans leur foyer disposent de toute une gamme de services offerts par différents personnels de santé basés dans un dispensaire, une unité sanitaire, au village, dans la famille et le foyer. Parmi ces services, on comptera les soins médicaux et infirmiers, les activités de soutien et de conseil, le soutien psychologique et spirituel, l'éducation touchant le SIDA, l'éducation sanitaire, la nutrition et l'hygiène.

TASO et Pathfinder International apprennent ainsi aux travailleurs de santé de village du FLEP à :

- a) évaluer les besoins des patients et des familles
- b) fournir eux-mêmes certains des services attendus, notamment les activités de conseil et certains soins médicaux élémentaires
- c) apprendre aux patients à assurer eux-mêmes certaines mesures adaptées à leur état
- d) former les membres de la famille et les amis des patients à prendre soin des besoins quotidiens des patients (veiller à leur confort, à une meilleure hygiène et une meilleure nutrition, à changer les pansements, à administrer des médicaments de base et à soutenir leur moral)
- e) à collaborer avec le personnel de l'hôpital local, les médecins, les

conseillers, les chefs spirituels et les travailleurs sociaux. Cela signifie connaître les capacités de ces autres sources d'aide et s'adresser à elles en cas de besoin.

2. Renforcement des compétences au sein de la communauté

Le projet tient compte du fait que la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA se situe à quatre niveaux qui trop souvent œuvrent indépendamment les uns des autres, voire s'ignorent ou se méfient les uns des autres :

- le personnel médical hospitalier (médecins, personnel infirmier, conseillers)
- les personnes issues de la communauté (travailleurs de santé de village, ou travailleurs communautaires SIDA)
- les dispensateurs de soins à domicile (famille et amis)
- l'auto-prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le partenariat vise à établir des passerelles entre ces différents niveaux afin que les efforts de l'un soient connus de tous et qu'il y ait concordance de l'ensemble, ce qui améliorera la qualité du travail de chacun. C'est tout le système de santé dans les communautés rurales qui y gagnera. Cette amélioration des compétences s'obtient grâce à des rencontres et à des ateliers qui traitent de la planification, de la mise en place et de l'évaluation des activités, mais aussi des négociations financières, de la révision et de l'enrichissement des programmes de formation. La sensibilisation est un autre volet important de ce type d'activités tant au niveau local (auprès des autorités et institutions locales) pour assurer une coopération entre les acteurs dans le village qu'au niveau provincial ou national auprès d'institutions concernées comme le Ministère de la Santé.

Impact/Résultats

A ce jour, 2240 travailleurs de santé villageois ont été formés dans 56 communautés rurales à fournir des services liés au SIDA en complément de leurs autres tâches. En outre, 160 conseillers d'autres organisations ont été formés dans des districts sans centres TASO. On estime à 16 000 le nombre de personnes auxquelles le partenariat fournit chaque année ses services par le canal du FLEP.

Enseignements

L'enseignement sans doute le plus important à tirer est le bénéfice significatif que l'on peut attendre de la collaboration entre services existants dont chacun apporte son expertise et son expérience pratique sans pour autant créer de nouvelles structures bureaucratiques. Ce dernier point est particulièrement intéressant dans un contexte de pauvreté. Chacun des trois partenaires a été renforcé mais le vrai bénéfice est celui que ressentent les communautés rurales et les personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui sans ce partenariat recevraient des services moindres et de moins bonne qualité.

En ce qui concerne justement la permanence de la qualité des soins, un enseignement important est que des cours de recyclage et une interaction fréquente avec des superviseurs prêts à soutenir le personnel aident à entretenir l'enthousiasme et accroissent le savoir des uns et des autres.

Dernière importante leçon à tirer : il faut veiller attentivement à entretenir le moral et la motivation. Étant donné la gravité de la crise due au SIDA et la situation économique très précaire de ces communautés, le facteur humain (fondamental dans de telles actions) reste fragile. Les exigences et les attentes des villageois vis-à-vis des travailleurs de santé villageois sont écrasantes et les partenaires doivent toujours garder présente à l'esprit la nécessité d'aider à lutter contre le désespoir qui souvent menace ceux et celles qui sont en contact étroit et permanent avec les malades. Pour les remercier et les motiver, le FLEP a commencé par leur donner du savon et, tous les trois ans, une bicyclette. Le savon a ensuite été remplacé par une somme équivalente à son coût, qui est ensuite passée à une allocation équivalant à 10 dollars par mois. Il arrive également qu'on leur verse une allocation annuelle pour l'entretien de la bicyclette et les dote d'un uniforme.

Lectures complémentaires

Voir les activités de Pathfinder International en Ouganda sur sa page Internet : www.pathfind.org/html/Worldwide/uganda_2.htm.

Professionnel(le)s du sexe et leur clientèle

Les professionnel(le)s du sexe ont existé de tous temps et leur longue histoire est jalonnée de conflits moraux et socio-économiques, de persécution, de stigmatisation et de violence, qui ont entouré l'industrie du sexe. Le VIH/SIDA est un problème nouveau qui a renforcé les craintes relatives au travail du sexe et à la manière dont les sociétés l'appréhendent. L'épidémie a par ailleurs mis en lumière plusieurs facteurs qui sous-tendent cette industrie et la rendent dangereuse.

Il y a plusieurs catégories de professionnel(le)s du sexe parmi les femmes, les hommes et les personnes transsexuées qui prennent part à ce commerce. La plupart du temps, on envisage le travail du sexe comme une occupation à temps plein en maison de passe. Celles et ceux qui travaillent dans ces conditions sont souvent appelés « prostitué(e)s » ou « call-girls » et sont sous la tutelle de souteneurs, de mères maquerelles ou de proxénètes. On rencontre aussi des professionnel(le)s du sexe occasionnel(le)s « indirect(e)s », qui échangent sexe contre argent, cadeaux ou faveurs, sur une base *ad hoc* ou en tant que deuxième métier. Ce type de professionnel(le)s du sexe aura moins tendance à dépendre d'un « protecteur ». Une troisième catégorie regroupe les professionnel(le)s du sexe qui sont contraint(e)s à faire ce genre de travail et peuvent ainsi rester asservi(e)s pour un temps plus ou moins long. Toutes ces catégories impliquent à des degrés divers l'exploitation sexuelle des jeunes et des femmes. La catégorie à laquelle appartient une professionnelle du sexe, tout autant que son âge, peut influencer ses possibilités de protection contre le VIH et les MST (cela est vrai aussi pour les professionnels du sexe).

Dans de nombreux pays, le VIH a d'abord été identifié parmi les professionnel(le)s du sexe. Au fur et à mesure que l'épidémie croissait, les organismes internationaux, les gouvernements et les ONG ont reconnu la nécessité de mettre sur pied des interventions pour les membres de ce groupe vulnérable, qui présentent des comportements à risque et ne disposent souvent ni des connaissances ni des moyens requis pour diminuer leur risque d'infection. Les prises de position sociales et politiques négatives vis-à-vis de l'industrie du sexe ont néanmoins eu recours – et continuent à avoir recours – à la mise en place et à l'application de lois qui entraînent une marginalisation et une criminalisation des professionnel(le)s du sexe.

Les premières ripostes ont consisté à promouvoir et distribuer des préservatifs aux professionnel(le)s du sexe et à leur faire donner des informations. La plupart de ces programmes ne visent que les professionnel(le)s du sexe et ignorent leur clientèle et les propriétaires ou les gérants des maisons de passe. Les stratégies d'éducation et de responsabilisation sont les deux composantes principales quand on s'adresse au travail sexuel et à l'infection par les MST/le VIH/SIDA, et les projets les plus susceptibles de réussir associent des

composantes de chacune d'elles. Ces projets doivent aussi impliquer les personnes qui influencent l'activité commerciale liée au sexe, la clientèle, les propriétaires et les gérants de maisons de passe, la police et les agents chargés d'appliquer la loi ; les autorités sanitaires ; les responsables de la communauté ; les médias ; les voisins et la famille.

Les projets globaux les mieux réussis sont souvent ceux que mettent en place des personnes (hommes ou femmes) qui elles-mêmes sont ou ont été des professionnel(le)s du sexe. On parle souvent dans ce cas d'éducation par les pairs, mais cet aspect peut et doit aller plus loin que l'éducation à la lutte contre l'infection par le VIH/les MST. Parmi les autres aspects importants des programmes de lutte contre le VIH et les MST dans l'industrie du sexe, on notera :

- ◆ le travail de voisinage ou le travail sur le terrain, qui consiste à rencontrer les professionnel(le)s du sexe et leurs patrons sur les lieux de travail, dans des lieux de rencontre informels – voire à domicile – et à parler avec la clientèle dans les bars et les clubs
- ◆ des sessions de formation en groupe lors d'activités de proximité
- ◆ la distribution de matériel éducatif aux professionnel(le)s du sexe, à leurs patron(ne)s et leur clientèle
- ◆ la promotion et la distribution des préservatifs ainsi que l'accès facilité à ces derniers et aux lubrifiants (ici encore il faudra que ces activités s'adressent à toutes les parties prenantes et pas seulement aux professionnel(le)s du sexe)
- ◆ la création ou le renforcement d'un milieu habilitant – services sanitaires, sociaux ou juridiques et accès à ces services, en particulier une prise en charge correcte des MST ainsi que des services de conseil confidentiels
- ◆ la mise en place d'un réseau de professionnel(le)s du sexe – aux niveaux local, national et régional – qui permette de plaider en faveur de lois destinées à leur assurer protection et des conditions de travail moins dangereuses, ainsi qu'à échanger informations et expériences
- ◆ des programmes de développement économique – y compris des programmes d'acquisition de compétences – susceptibles d'offrir aux professionnel(le)s du sexe d'autres possibilités d'emploi
- ◆ des stratégies spécifiquement destinées aux professionnel(le)s du sexe qui ont recours aux drogues, y compris des programmes d'échange des seringues, le recours à des drogues non injectables et des méthodes de réduction des risques
- ◆ des activités de plaidoyer pour un milieu qui assure un contexte favorable sur les plans social et juridique – en collaboration avec les communautés pour faire évoluer les normes sociales et avec les décideurs politiques et les personnes chargées de l'application des lois en ce qui concerne les problèmes juridiques que rencontrent les professionnel(le)s du sexe.

PPP: Programme de prise en charge et de prévention parmi les professionnelles du sexe (Côte d'Ivoire)

Année de lancement : 1991

Secteur thématique principal : Professionnel(le)s du sexe et leur clientèle

Secteurs thématiques secondaires : Préservatifs masculins • Maladies sexuellement transmissibles (MST)

Personne à contacter :

Dr Michel Ayokoin

Téléphone : +225 246 856/246 796/
243 013/243 014

Télécopie : +225 243 119

Adresse :

Programme national de Lutte contre le SIDA

Responsables de la mise en place

Le Programme national de Lutte contre le SIDA (PNLS) abrite le PPP au sein du système de santé de Côte d'Ivoire et en supervise la gestion administrative et financière. Le PNLS met à la disposition du PPP un bureau et du matériel de soutien audiovisuel, et lui assure accès à des véhicules et à du matériel éducatif. D'autres organisations sont ou ont été impliquées dans ce programme, par exemple :

- l'Institut national de Santé publique (INSP)
- le Projet Retro-Ci (un projet conjoint du Ministère de la Santé et des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis)
- l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers, en Belgique
- Population Services International (PSI)
- l'OMS et l'ONUSIDA.

Financement

Au cours des années, le financement a été assuré principalement par l'OMS, l'ONUSIDA, l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers, le PNUD et le FNUAP.

Objectifs

Le programme vise trois groupes principaux : les prostituées (professionnelles ou non), leur clients et partenaires sexuels, et les propriétaires et gérants des lieux où leurs activités se déroulent. Les objectifs globaux du programme sont :

- d'accroître les connaissances sur les risques d'infection par le VIH et les MST
- d'améliorer l'accès aux préservatifs
- d'améliorer l'accès aux soins pour MST et autres soins médicaux.

Généralités

Le statut de l'industrie du sexe en Côte d'Ivoire est ambigu : cette activité est illégale mais tolérée par les autorités et les hommes de toutes les classes sociales y ont largement recours. Dès 1990, on savait que le taux de prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe dans la capitale Abidjan dépassait 50%, avec un faible taux de recours aux préservatifs. Une enquête sur la prévalence du VIH parmi les clients des professionnelles du sexe a montré qu'environ un cinquième des individus testés était infecté.

En juillet 1990, l'INSP a entrepris une enquête pilote auprès de 130 professionnelles du sexe et de propriétaires de lieux de passe dans le quartier Adiopoume à Abidjan. Par la suite (1991), des discussions de groupe avec des professionnelles du sexe et leurs clients, une enquête « connaissances, attitudes et pratiques » (CAP), et d'autres activités de recherche ont permis une analyse et une présentation cartographique de l'industrie du sexe. L'enquête a montré parmi les professionnelles du sexe une proportion élevée de migrantes, un faible niveau de connaissances en ce qui concerne les MST et le VIH, un faible taux de recours au préservatif et un très faible taux d'accès aux soins médicaux. Se fondant sur les besoins mis en évidence au cours de cette étude, l'INSP a mis en place un programme en juillet 1991 dans trois des dix communes.

Le programme a été étendu à toutes les communes en 1993–1994, date à laquelle le programme a pris le nom qu'il porte aujourd'hui (Programme de prévention et de prise en charge des MST/SIDA chez les femmes et leurs partenaires), et est passé sous la responsabilité du PNLS. Quatre autres villes ont par la suite pris part au programme : Bouake, Daloa, Korhogo, et San-Pedro. Le personnel comprend des éducateurs sanitaires, des sociologues et des travailleurs sociaux du gouvernement ainsi que des personnes chargées de l'éducation pour les pairs recrutées parmi les professionnelles du sexe.

En 1992, un autre projet, le Projet Retro-Ci – fruit de la collaboration entre le Ministère de la Santé, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis, et l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers – a établi une consultation (appelée la Clinique de Confiance) dans la commune de Koumassi, où l'on savait que vivaient ou travaillaient de nombreuses professionnelles du sexe. Bien qu'il s'agisse pour l'essentiel d'un projet de recherche financé en tant que tel, la Clinique de Confiance collabore avec le programme PPP en assurant les coûts salariaux des 18 éducateurs sanitaires et en participant aux réunions mensuelles du programme. La Clinique de Confiance assure des actions de proximité dans neuf des dix communes d'Abidjan et des services cliniques pour les MST ainsi que des activités de test et de conseil volontaires.

Il convient de noter que l'existence du programme a coïncidé avec la mise en

place par le gouvernement de diverses activités de prévention, par exemple des campagnes de sensibilisation des médias au SIDA et le marketing social des préservatifs (cette dernière activité a été entreprise en collaboration avec PSI).

Activités principales

Le programme compte trois éléments principaux :

1. Mobilisation communautaire et éducation, dont les activités ci-après :

- éducation et participation au travail de prévention pour toutes les parties prenantes, y compris les autorités gouvernementales du lieu, les dirigeants des communautés immigrées, les propriétaires de bars ou d'hôtels où se pratique l'industrie du sexe et les dirigeantes de la communauté des professionnelles du sexe ;

- des réunions éducatives là où vivent ou bien travaillent des prostituées ; ces réunions traitent du SIDA et d'autres MST, des méthodes de prévention, du test et des services pour MST – la réunion comporte généralement aussi une démonstration de l'emploi correct du préservatif (avec des modèles de pénis en bois) ;

- une éducation pour les pairs assurée par le recrutement de professionnelles du sexe qui entreprennent des actions de proximité parmi d'autres professionnelles du sexe sur leurs lieux de travail et organisent des réunions éducatives ; des séances de formation à l'éducation pour les pairs ont en outre lieu tous les deux mois à la Clinique de Confiance.

2. Promotion du recours et de l'accès aux préservatifs. Le programme distribue gratuitement des préservatifs sur les lieux de l'industrie du sexe et dans quelques centres de santé. Le programme s'efforce aussi de faire participer les professionnelles du sexe et des propriétaires de bars ou d'hôtels à cette distribution.

3. Accès à la prise en charge des MST et au conseil et test volontaires. La Clinique de Confiance offre examen et traitements gratuits pour les MST spécifiquement aux professionnelles du sexe.

Outre les services offerts par la Clinique de Confiance, le programme aide les professionnelles du sexe à entrer en contact avec des centres de santé qui connaissent bien leurs besoins et leurs conditions et s'y adaptent. Le PPP a aussi mis en place un réseau de partenaires médicaux privés et publics qui peuvent répondre aux besoins des professionnelles du sexe.

Impact/Résultats

Les données ne sont pas complètes, mais une série de résultats ont déjà été étudiés. En 1996, par exemple, 176 réunions éducatives ont réuni un total de 2673 hommes, 1886 professionnelles du sexe, 1550 autres femmes non professionnelles du sexe et 1213 enfants. D'octobre 1992 à décembre 1998, 5218 professionnelles du sexe se sont rendues au moins une fois à la Clinique de Confiance.

L'information obtenue grâce à l'enquête CAP, conduite pour la première fois en

1991 et répétée à intervalles de deux ans depuis lors, constitue un produit important. Par ailleurs, la Clinique de Confiance a pu fournir des données annuelles sur la prévalence de l'infection à VIH et des autres MST depuis 1992. Des techniques simples d'évaluation et de suivi ont été mises en place depuis 1994 afin de fournir aux organismes donateurs des données d'impact.

Résultats de l'évaluation

Une évaluation entreprise en 1999 a étudié trois types d'indicateurs principaux :

1. La couverture du programme parmi les groupes cibles. De 1993 à 1995, le pourcentage de professionnelles du sexe qui connaissaient l'existence de la Clinique de Confiance est passé de 15% à 38%, et le pourcentage de femmes qui se sont effectivement rendues à la Clinique est passé de 7% à 21%. En 1997, la moitié environ des professionnelles du sexe connaissaient l'existence de la Clinique, et 37% environ s'y étaient rendues – un taux impressionnant compte tenu de la mobilité d'une grande partie des femmes et du taux élevé d'entrée et de sortie qui marque l'industrie du sexe. Le fait que le pourcentage de femmes qui connaissaient l'existence de la Clinique est plus élevé que le pourcentage des femmes qui s'y étaient rendues peut s'expliquer en partie par les difficultés de transport et par la difficulté de mettre en place des horaires de séances éducatives convenant à des femmes qui travaillent toute la nuit. Les priorités individuelles constituent un autre facteur d'explication : beaucoup de femmes reconnaissent l'importance de la santé sexuelle, mais elles sont en général plus préoccupées par des questions de survie pure et simple – avoir de quoi manger pour elles-mêmes et pour leur famille, trouver et garder un gîte et ainsi de suite. La mobilité de cette population explique le fait qu'un quart seulement des femmes formées à l'éducation pour les pairs avant 1996 ait effectivement pris part aux activités de prévention organisées en 1996. On a aussi constaté que très peu parmi les femmes qui ont assuré des activités d'éducation pour les pairs se sentaient « partie prenante » au programme et qu'elles n'assuraient qu'un rôle relativement restreint dans ces activités.

2. Connaissances et comportement des participants. Les enquêtes CAP menées au cours du temps ont montré une amélioration de la connaissance en ce qui concerne les modes de transmission du VIH et un recours plus important aux préservatifs dans l'ensemble de la population. Ces enquêtes ont aussi mis en évidence un niveau de connaissances plus élevé et des comportements à moindre risque chez les femmes qui avaient été en contact avec le programme (en ce qui concerne par exemple la déclaration par les intéressées du recours au préservatif avec les clients, la compréhension des modes de transmission, etc.).

3. Taux de prévalence de l'infection par le VIH et des MST parmi les femmes lors de leur première consultation à la Clinique de Confiance. La prévalence de l'infection à VIH et de certaines autres MST parmi les professionnelles du sexe a diminué à Abidjan depuis 1992. Si l'on ne peut dire avec exactitude ce qui, dans cette diminution, est attribuable au PPP et ce qui ressort d'autres efforts de prévention concomitants, la différence observée entre participantes et non-participantes semble suffisamment importante pour indiquer un impact positif et

autonome du programme, même si l'on prend en compte les problèmes de représentativité introduits par les modalités de collecte des données.

Comme pour d'autres études ailleurs de par le monde, le PPP et le Projet Retro-Ci ont montré que le taux de migration au sein de la population influence fortement les mesures relatives à la connaissance et au comportement ainsi que la prévalence de l'infection. La diminution du taux de professionnelles du sexe d'origine étrangère dans la ville d'Abidjan, observée dès le milieu des années 1990, peut avoir joué un rôle important dans la diminution des taux d'infection par le VIH.

L'évaluation a aussi noté l'exceptionnelle longévité du programme (qui fonctionne sans discontinuer depuis 1991), longévité liée à sa capacité d'obtenir soutien et coopération de la part de toute une série de partenaires nationaux et internationaux.

Enseignements

Le programme et ses diverses composantes soulignent utilement divers enseignements. Le plus important d'entre eux semble être qu'une stratégie IEC à assise communautaire – pour autant qu'elle soit fondée sur des données de recherche recueillies correctement afin d'évaluer les besoins et les circonstances – peut efficacement diminuer la prévalence de l'infection à VIH et accroître le recours au préservatif chez les professionnelles du sexe.

L'importance de la coopération entre diverses organisations dans le but d'utiliser au mieux les ressources existantes constitue une leçon très importante. Entre les communautés locales, les programmes gouvernementaux, les ONG et les organisations internationales, le programme permet une coordination qui reflète les points forts de chacun des participants. Cette coordination évite tout double emploi et offre la meilleure garantie de pérennité .

Religion

Dans de nombreux pays le VIH/SIDA reste perçu et traité exclusivement comme un problème médical ou sanitaire. Une chose devient néanmoins de plus en plus évidente : les programmes SIDA les plus efficaces sont ceux qui ont élargi leur action – initialement fondée sur l'urgence qu'il y avait à encourager les modifications de comportement individuel – pour y inclure la nécessité de percevoir comment les sociétés se comportent tant à l'égard des personnes touchées ou affectées par le VIH/SIDA qu'à l'égard des personnes vulnérables en général.

Une série de cadres institutionnels, parmi lesquels les écoles, les structures sanitaires, l'armée et les lieux de travail apportent l'occasion d'une action collective destinée à renforcer les efforts de prévention et de prise en charge pour le VIH/SIDA. Les institutions religieuses comptent toutefois parmi les plus importantes en ce domaine, en raison du leadership moral que ces institutions offrent à des centaines de millions d'individus de par le monde, de la confiance qu'elles ont bâtie au cours des générations et des excellents réseaux de communications que nombre d'entre elles ont mis en place.

De par le monde, divers lieux de culte au sein des communautés (églises, mosquées, synagogues, temples, hôpitaux affiliés à des groupes confessionnels, etc.) ont mis en place leurs propres initiatives pour lutter contre le VIH/SIDA et son impact au niveau local. On compte parmi ces initiatives des activités de sensibilisation destinées à changer les attitudes de la communauté locale, des prises de parole contre les préjugés, des activités de collecte de fonds et de mise en place de soins à domicile.

Les hiérarchies religieuses de certains pays ont par la même occasion entrepris des activités plus étendues, qui les ont parfois menées bien plus avant que leurs congrégations locales. En Afrique, les autorités religieuses ont pris position peu après le début de l'épidémie, et les institutions religieuses ont été parmi les premières à prendre en charge les malades et les mourants. En de nombreux endroits de l'Asie, les moines et les religieuses bouddhistes ainsi que d'autres groupes religieux participent étroitement à la prise en charge du VIH/SIDA. De nombreux chefs spirituels se sont attaqués aux problèmes complexes que l'épidémie pose à la théologie et ont constaté que la discussion de ces questions peut avoir des effets bénéfiques sur la foi et l'enseignement religieux.

L'engagement du secteur religieux dans diverses parties du monde peut avoir deux conséquences principales :

- ◆ Promouvoir l'échange d'idées et de formations pour des programmes de prévention et de prise en charge à assise communautaire – par des conférences et des symposiums et par la mise en place d'alliances interconfessionnelles au niveau local et aux niveaux supérieurs.
- ◆ Encourager les institutions religieuses à renforcer les activités de formation concernant les compétences vitales vis-à-vis du VIH/SIDA dans les écoles qui dépendent de leurs congrégations.

Treasuring the Gift

Gardons précieusement ce don (Zambie)

Année de lancement : 1998

Secteur thématique principal : Religion

Secteurs thématiques secondaires : Enfants et jeunes • Santé reproductive

Personne à contacter :

Ms Robie Siamwiza

Téléphone : +260 1 221314, 228118/9

Télécopie : +260 1 225741

Courrier électronique :

robie@zamnet.zm

Adresse :

Project Concern International

P.O. Box 32320

Lusaka

Zambie

Responsables de la mise en place

Lusaka Interfaith HIV/AIDS Networking Group [Groupe/Réseau interconfessionnel de Lusaka sur le VIH/SIDA], Conseil chrétien de Zambie, Assemblée évangélique de Zambie, Communauté islamique de Makeni, Conférence épiscopale de Zambie, Communauté Baha'i, Eglises indépendantes et Armée du Salut), avec le soutien de Project Concern International (Zambie)

Financement

Project Concern International (Zambie)

Objectifs

Le but du projet est de soutenir, renforcer et aider les responsables des groupes de jeunes liés aux organisations religieuses, en faisant appel à leurs valeurs et à leurs traditions religieuses pour promouvoir une bonne santé sexuelle.

L'objectif fonctionnel du projet est de mettre au point du matériel de formation à la santé sexuelle qui ne requière pas ou guère de compétences en lecture/écriture de la part des participants et qui permette aux groupes de jeunes dépendant d'organisations religieuses :

- d'acquérir une information précise et pertinente sur la sexualité, la reproduction, le VIH/SIDA et autres MST
- de mettre au point des valeurs et des attitudes qui encourageront la santé sexuelle
- de mettre en pratique les compétences nécessaires à une bonne santé sexuelle
- d'aider les membres de ces organisations à promouvoir leur santé sexuelle
- d'agir au sein de leurs communautés pour promouvoir leur santé sexuelle.

Généralités

Le projet a pour but d'offrir des activités de formation à la santé sexuelle aux groupes religieux de jeunes et en particulier aux jeunes qui ne sont plus scolarisés. Les mythes relatifs au VIH sont monnaie courante en Zambie, et de nombreux jeunes ne disposent pas des renseignements et des compétences vitales requises, surtout parmi les jeunes non scolarisés, qui sont en outre souvent pénalisés par leur illettrisme. Les groupes religieux ont identifié la nécessité de mettre en place de nouvelles méthodes pour préparer la jeunesse à l'adolescence et à l'âge adulte et demandent qu'on les soutienne dans ce domaine. Dans de nombreuses communautés – urbaines tout autant que rurales – ces groupes constituent le seul type d'organisation ouverte sur le monde extérieur. Ils représentent donc une voie idéale pour transmettre des messages relatifs à la santé sexuelle.

Il a fallu prendre en considération un certain nombre de conditions et de préoccupations spécifiques à la Zambie et à des groupes religieux donnés :

- En Zambie, le laps de temps entre la puberté et le mariage peut atteindre dix ans, voire plus. Les conventions sociales et religieuses exigent toujours que les jeunes s'abstiennent de relations sexuelles avant le mariage.

- Le flirt ("dating") constitue un exutoire pour les adolescents qui souhaitent entrer en contact avec le sexe opposé, même si certaines cultures, comme l'Islam, l'interdisent expressément. Ce type de relations sociales n'était pas courant à l'époque où la plupart des religions ont été fondées et ne se retrouve pas dans la société zambienne traditionnelle ; il y a donc très peu de directives à ce sujet. Même là où elle est considérée comme acceptable, la culture du flirt est différente en Zambie et dans la société occidentale. En Occident, jeunes gens et jeunes filles peuvent avoir une petite amie ou un petit ami sans que cela n'entraîne nécessairement de rapports sexuels. En Zambie, ces termes désignent la plupart du temps quelqu'un avec qui l'on a ce type de rapports. Là où les conventions religieuses admettent le flirt, il conviendrait de modifier cette connotation de façon à ce que le flirt sans rapports sexuels puisse devenir la règle pour les jeunes.

- Les études sur le comportement sexuel en Zambie ont montré que les personnes qui avaient des croyances religieuses « plus strictes » ont moins tendance à avoir recours au préservatif alors même que beaucoup d'entre elles ont des rapports sexuels en dehors du mariage, ce qui accroît le risque d'infection par le VIH pour de nombreuses personnes croyantes. Les congrégations religieuses devront faire face à ce problème.

Activités principales

Un consultant a reçu pour tâche d'élaborer un livre destiné à aider les communautés religieuses à préparer les jeunes au passage à l'âge adulte dans un monde frappé par le SIDA (la Zambie a un des taux d'infection par le VIH les plus élevés au monde). La production de ce livre a comporté les étapes suivantes :

- le recrutement d'une équipe de production comptant des professionnels de l'édition, des représentants des ONG, et des jeunes originaires de diverses

organisations religieuses. L'équipe comptait 14 jeunes à leur sortie de l'école, âgés d'une vingtaine d'années ; le Réseau interconfessionnel de Lusaka a identifié des jeunes destinés à travailler avec le consultant, qui leur a appris à mettre en forme la documentation

- la formation pour l'équipe, y compris une information sur la santé sexuelle et sur les prises de position religieuses en matière de santé sexuelle ; les méthodes de formation ont pour l'essentiel fait appel aux activités participatives d'apprentissage

- le choix de sujets destinés à être inclus dans l'ensemble d'apprentissage (valeurs personnelles, compétences en matière de communication, situations à risque et maîtrise de soi, gestion de la pression adverse exercée par les pairs, relations interpersonnelles, puberté et masturbation, reproduction, grossesse, avortement, MST, prévention de l'infection à VIH, comment vivre avec le VIH/SIDA et comment surmonter les barrières traditionnelles)

- recherche participative par les membres de l'équipe de production lors du retour au sein de leurs groupes de jeunes, avec recours aux techniques participatives d'apprentissage et d'action telles que le cadrage géographique, les organigrammes et les groupes de discussion focalisée.

Le processus de production a comporté une série de réunions destinées à évaluer les activités et à tester les graphiques, les diagrammes et les autres éléments en les adaptant si nécessaire. Cette information a ensuite servi au processus d'écriture. Des représentants du Groupe interconfessionnel ont rencontré les jeunes de l'équipe de production et les animateurs pour apporter leurs suggestions d'amélioration. D'un commun accord, le livre a été conçu pour l'ensemble des confessions plutôt que de publier une version différente pour les chrétiens, les musulmans et les Baha'i.

Impact/Résultats

Treasuring the Gift: How to handle God's gift of sex [Gardons précieusement ce don : comment traiter ce don divin qu'est la sexualité], un livre de 142 pages destiné aux responsables de groupes religieux de jeunes, couvre 18 activités d'apprentissage participatives, avec 47 pages d'information de base.

L'information convient aux enfants et aux jeunes à partir de 10 ans et peut être utilisée par des groupes mixtes ou non. Les instructions sont clairement présentées dans un anglais simple qui permet une traduction aisée.

Diagrammes, dessins et photos apportent une illustration très complète. Le livre ne requiert de la part des utilisateurs qu'un minimum de formation aux approches d'animation et de participation.

Les activités sont destinées à encourager la discussion sans faux-fuyants des réalités du comportement sexuel des jeunes, membres ou non d'une communauté religieuse, et de permettre à ceux-ci de mettre en pratique les compétences requises pour éviter les traumatismes émotionnels, les grossesses non planifiées ou les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection par le VIH. Une information et des conseils appropriés soutiennent chaque sujet pour permettre aux animateurs de mener la discussion et de répondre aux questions avec assurance.

On notera quelques autres résultats plus indirects, par exemple :

- la création d'un groupe de jeunesse islamique pour continuer après la fin du programme en élargissant son champ d'action au-delà de la santé sexuelle et de la prévention du VIH ;
- un atelier sur le prévention du VIH chez les jeunes, envisagé par l'Armée du Salut pour faire partager le travail de ses deux participants au programme ;
- la demande adressée à une des participantes d'animer un atelier d'une journée sur la santé sexuelle et la prévention du VIH avec l'un des groupes de jeunes où elle organisait des tests de connaissance préliminaires.

Un des objectifs du programme était de produire du matériel qui ne requière pas des participants la maîtrise de la lecture et de l'écriture, d'où le choix pour l'apprentissage et l'action technique d'approches participatives qui ne font pas appel à ces compétences. Le livre est très facile d'emploi : les instructions sont simples et il suffit de quelques jours de formation pour qu'un jeune puisse utiliser le livre avec succès. Au cours des essais préliminaires, des jeunes qui ne faisaient pas partie du programme et n'avaient reçu aucune formation ont utilisé le livre pour diriger des groupes.

Enseignements

Le projet a clairement mis en évidence l'efficacité du recours à des jeunes eux-mêmes pour diffuser des messages et a en outre permis de tirer les leçons ci-après :

- Les approches participatives accroissent l'assurance et l'expérience de ceux et celles qui y ont recours, et l'implication des animateurs dans toutes les phases de la production leur rend plus simple l'enseignement des matériaux qu'ils ont aidé à élaborer.
- Une approche interconfessionnelle des sujets sensibles réussira dans la mesure où les représentants des groupes religieux auront participé au processus dès le début et que l'on aura demandé leur avis tout au long du processus.
- Il n'est pas besoin de savoir lire ou écrire avec facilité pour utiliser, en matière de santé sexuelle, des matériaux d'information fondés sur les textes.
- S'il arrive fréquemment que l'on doive recourir à des consultants externes, l'inclusion de groupes cibles dès le début du processus rendra leur travail plus efficace. Le consultant recruté pour le projet avait déjà travaillé en Zambie et avait une bonne expérience de la production de matériaux sur la santé reproductive pour un public zambien, ce qui a facilité la collaboration avec le Réseau de Travail interconfessionnel. Le consultant avait été identifié par Projet Concern International et les liens entre le Réseau de Travail interconfessionnel et Project Concern ont permis l'acceptation immédiate de cette personne au sein des groupes.

Réponses locales au VIH/SIDA

De nombreux exemples de Meilleures Pratiques ont été repérés ces quelques dernières années parmi les réponses locales au VIH/SIDA : au Burkina Faso, comme par exemple l'Initiative SIDA du district de Gaoua rapportée ici, au Malawi, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie, au Sénégal et en Zambie.

Par réponse locale au VIH/SIDA on entend la participation des gens là où ils vivent, c'est-à-dire dans leur foyer, leur voisinage et sur leur lieu de travail. Une telle réponse vise à rendre les communautés locales capables d'acquérir ce qu'on peut appeler les « compétences en matière de SIDA ». Cela signifie que les gens deviennent aptes à faire face au SIDA, en particulier qu'ils sont pleinement informés de l'épidémie, qu'ils sont capables d'évaluer avec précision les facteurs qui les exposent – eux-mêmes et leur communauté – au risque d'infection et qu'ils agissent de façon à réduire les conséquences de ces risques.

L'objectif final est de freiner la transmission du VIH et de permettre à ceux qui vivent avec le VIH/SIDA d'améliorer leur qualité de vie. Il y a néanmoins des limites à ce que les gens peuvent faire par eux-mêmes, aussi des partenariats locaux peuvent-ils assurer une meilleure efficacité des réponses locales. Ces partenariats rassemblent des groupes clés dans la société, des dispensateurs de services et des animateurs :

- ◆ Les groupes clés sont ceux dont les membres ont un rôle particulièrement important à jouer quant à la prévention du VIH et aux soins à dispenser, soit parce qu'ils courent de grands risques d'infection (groupes vulnérables) soit pour d'autres raisons. On peut citer par exemple les jeunes (surtout les jeunes non scolarisés ou chômeurs), les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les migrants et les membres de certains groupes professionnels tels que professionnel(le)s du sexe, militaires et chauffeurs routiers.
- ◆ On peut ranger parmi les dispensateurs de services des organismes du gouvernement (y compris le gouvernement local), des ONG, des groupes à assise communautaire et des groupes religieux qui tous dispensent information, ressources ou services spécifiques.
- ◆ Les animateurs favorisent l'interaction entre les diverses parties prenantes à la réponse locale en les aidant à accroître leurs compétences, à faire des choix et fixer des priorités, à gérer des ressources plus importantes ou à mieux exprimer leur point de vue.

L'expérience collectée dans de nombreux pays conduit à penser que les réponses locales efficaces passent par plusieurs (et souvent la plupart) des étapes suivantes :

- ◆ Créer des compétences en matière de SIDA. Rendre les gens capables d'évaluer correctement les facteurs qui les exposent – eux et leur communauté – à des risques d'infection et capables d'agir pour diminuer ces risques demande un environnement politique propice ainsi que l'accès à toute une gamme d'interventions, d'activités et de services.
- ◆ Développer, par consensus, une stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA à partir des réponses locales. Les éléments clés d'une telle stratégie sont la décentralisation des interventions jusqu'à l'unité de planification compétente la plus proche des communautés ; des approches multisectorielles et participatives et des partenariats comptant divers groupes sociaux, culturels et religieux où les tâches de chacun sont clairement définies.
- ◆ Nommer un animateur national pour les réponses locales au VIH/SIDA. Sa tâche principale sera de favoriser la rétro-information à partir des leçons tirées des activités conduites au niveau local et de mettre en place des possibilités d'échanges entre les communautés, les secteurs et les décideurs politiques.
- ◆ Mettre en place, au niveau du district, une équipe d'appui aux réponses locales chargée de développer les partenariats, de trouver de nouvelles ressources, d'enregistrer et d'utiliser l'expérience acquise à l'occasion des projets communautaires. L'équipe devra avoir le soutien moral des communautés locales et compter en son sein des fonctionnaires de district, des chefs religieux et traditionnels, des représentants d'ONG, d'organisations communautaires, et du secteur privé, et enfin des personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'existence d'une telle équipe de soutien aux réponses locales renforcera significativement celles-ci en :

- identifiant les groupes clés qui courent des risques particuliers d'infection à VIH et pour lesquels il est urgent de créer ou renforcer les compétences en matière de SIDA

- mettant en place un système de rétro-information pour recueillir les leçons à tirer dans l'ensemble du district et en faire profiter les partenaires locaux pour qu'ils précisent les critères de compétences en matière de SIDA et les moyens d'acquérir celles-ci

- encourageant des réformes sectorielles. Il est nécessaire, dans chaque secteur, de revoir – en fonction du VIH/SIDA – l'importance et la qualité des services fournis, les structures organisationnelles internes, l'interaction entre secteurs, ainsi que la planification et le développement des ressources humaines. La mise en place de ces réformes sectorielles devra créer un environnement propice au développement des compétences en matière de SIDA.

L'ordre de succession des différentes étapes n'est pas impératif. En fonction des circonstances locales, l'une ou l'autre étape pourra servir de point de départ.

Initiative SIDA du district de Gaoua (Burkina Faso)

Année de lancement : 1997

Secteur thématique principal : Réponses locales au VIH/SIDA

Secteurs thématiques secondaires : Mobilisation des ressources • ONG et réseaux

Personne à contacter :

Kekoura Kourouma

CPP Burkina Faso

Téléphone : +226 31 08 72

Télécopie : +226 31 04 70

Courrier électronique :

kekoura.kourouma@undp.org

Adresse :

PNUD

01 B.P. 575

Ouagadougou 01

Burkina Faso

Personne à contacter :

Genève :

Jean-Louis Lamboray

ONUSIDA

Téléphone : +41 22 791 4756

Courrier électronique :

lamborayj@unaids.org

Adresse :

ONUSIDA

20 avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Suisse

Responsables de la mise en place

L'initiative SIDA du district de Gaoua compte des partenaires aux niveaux local, national et international. Au départ, les principaux acteurs étaient les partenaires locaux sous l'égide du Ministère de la Santé, soutenus par les structures politiques (administration locale, préfecture, maires de Gaoua, délégués administratifs), la radio locale et dans une certaine mesure le Ministère de l'Education. Des ONG (Plan international burkinabé), de nombreuses associations (Association pour les femmes de Gaoua – APFG, Association pour les jeunes, Association des femmes chrétiennes) et d'autres groupes (Union des Transporteurs, marketing social des condoms/PROMACO) ont été actives dans les secteurs privé et associatif.

Un grand nombre d'autres partenaires s'y sont joints depuis lors (voir *Résultats*).

Financement

A l'origine, le financement a été assuré par le Ministère de la Santé, aidé par l'agence de coopération technique allemande (GTZ) et le Plan international, ce dernier œuvrant dans quelques communautés. A ces premiers bailleurs de fonds se sont joints au cours des deux dernières années le PNUD, la Banque mondiale, le FNUAP, l'ONUSIDA et l'OMS. Le Projet national Population et Lutte contre le SIDA (PPLS/Banque mondiale) a fourni des médicaments.

Objectifs

Les objectifs opérationnels de l'Initiative SIDA du district de Gaoua étaient de :

- dresser un état de la situation qui permette une réponse locale au VIH/SIDA coordonnée dans tout le district
- réunir tous les secteurs qui pourraient contribuer à la riposte ou en bénéficier
- créer un plan stratégique de riposte
- mettre en œuvre ce plan.

Le 1^{er} décembre 1999, le Comité local VIH/SIDA (lui-même un produit de l'Initiative) a défini les objectifs visés comme suit :

- changer les comportements sexuels individuels
- lutter contre la stigmatisation frappant les personnes vivant avec le VIH/SIDA
- encourager le dépistage volontaire du VIH
- améliorer la qualité des soins hospitaliers
- accroître la mobilisation des gens contre le VIH/SIDA
- diminuer ou stabiliser le taux de prévalence du VIH.

Généralités

Le district de Gaoua dans la province de Poni, qui a obtenu l'autorisation de mobiliser des fonds sur place et d'en disposer, progresse dans la mise en place de soutien aux réponses locales au VIH/SIDA. Avant l'Initiative, seul le secteur de la santé prenait en charge le SIDA. En 1997, la GTZ, l'ONUSIDA, l'OMS et le Ministère de la Santé ont entrepris une étude pour accroître la réponse locale.

Activités principales

Les activités opérationnelles de l'Initiative sont analogues à celles qu'on observe dans bien des ripostes au VIH/SIDA dans le monde (promotion de la santé et information, éducation, communication (IEC), marketing social des préservatifs, accès aux services de test et conseil, etc.). C'est toutefois du processus de conception lui-même de l'Initiative que l'on peut tirer les leçons les plus intéressantes. Les éléments principaux et le déroulement de ce processus sont les suivants :

- mai 1997 : le point sur la situation (analyse socio-économique locale, facteurs sociaux et comportementaux de l'épidémie, attitudes sociales et connaissance

relatives au VIH/SIDA, accès aux soins et environnement institutionnel)

- mars 1998 : atelier d'une durée de trois jours : pré-planification pour créer un consensus entre les partenaires
- juillet-août 1998 : études sur le terrain à Gaoua, Kampti, Batie et Diebougo ; analyse de la situation du point de vue des besoins en soins et conseil ; leçons à tirer de ces études
- septembre 1998 : rapport préliminaire
- novembre 1998 : atelier de quatre jours pour fixer des priorités ; attribution de domaines d'action aux différents secteurs à partir de ces priorités ; projet de constitution d'une équipe chargée de proposer un plan stratégique et de répartir les activités
- décembre 1998 : réunion de travail sur cinq jours de l'équipe de planification pour élaborer des propositions détaillées concernant les actions et responsabilités des secteurs
- décembre 1998 : atelier de quatre jours pour étudier les propositions de l'équipe de planification, adopter les principes directeurs de l'Initiative, atteindre un consensus sur les objectifs et les stratégies et adopter une procédure de coordination
- janvier 1999 : deux jours de travail pour finaliser le plan stratégique et le budget
- janvier-avril 1999 : planification détaillée par les partenaires de leur contribution à l'Initiative, dans le cadre du plan stratégique retenu
- 25 juin 1999 : réunion des partenaires internationaux pour la mobilisation des ressources financières
- 1^{er} juillet 1999 : date officielle de la mise en place de l'Initiative
- janvier 2000 : premier examen des activités (évaluation interne et recommandations touchant les modifications nécessaires).

Il est important de noter qu'un seul organisme (dans le cas présent l'ONUSIDA) a assuré le soutien technique à ces activités d'appui aux réponses locales.

Outre les fonctions de secrétariat et de transport, ce soutien s'est traduit par :

1. des consultations et la coordination des activités
2. la documentation des processus et des réformes aux niveaux national et des districts
3. l'organisation de rencontres, de séminaires et d'ateliers en vue du partage des leçons tirées
4. la production de documents de travail.

Un intermédiaire a été recruté au niveau du pays pour faciliter le processus de réponse locale, prendre en compte les leçons tirées de l'action et en assurer la diffusion.

Impact/Résultats

Au niveau local, l'Initiative s'est assurée la participation d'un large éventail de secteurs, groupes et institutions, notamment :

- des associations religieuses, par exemple des groupes de femmes catholiques, musulmanes ou protestantes
- des groupes de femmes tels que l'Association pour les Femmes de Gaoua (APFG), l'Association des mères éducatrices, des épouses de militaires, le Foyer Biboo Yir (Promotion de la jeune fille et prévention du SIDA)
- des groupes de jeunes tels que l'Association pour la promotion anti-SIDA et la planification (APASP), la troupe de théâtre Pale Nani, et l'orchestre Sabougnouma
- des institutions du secteur public, en particulier des institutions régionales comme la Direction régionale de la santé (DRS), l'Equipe cadre du district (ECD) et d'autres (DRASF, DRERA, DRJS); l'Hôpital régional (CHR), l'armée (22^{ème} Ric), les lycées et collèges, l'inspection de l'école publique et le centre de détention
- des sections locales de l'ONG Plan international burkinabé.

Les participants au niveau national sont notamment le Programme national de Lutte contre le SIDA, le PPLS et le Centre Muraz de Bobo Dioulasso. Enfin, les participants comptent au niveau international une ONG – le Plan international burkinabé ; des organismes d'aide bilatérale – la Coopération française et la Coopération technique allemande (GTZ), ainsi que des institutions internationales comme l'ONUSIDA, le PNUD, le FNUAP, l'OMS et la Banque mondiale.

En ce qui concerne la mobilisation des ressources extérieures, le district de Gaoua a dès 1999 recueilli 200 000 dollars (1 dollar par habitant) pour la mise en place du plan au niveau du district.

L'Initiative a eu dans le pays un impact au plus haut niveau gouvernemental. Le Ministre de la Santé du Burkina Faso a décidé d'étendre le soutien aux réponses locales à 11 districts (un par province) dès le second semestre 2000. Le Haut Commissaire de la province de Poni a créé et préside un comité provincial multisectoriel de lutte contre le SIDA. Enfin, 45 hauts commissaires et 44 maires du Burkina Faso se sont réunis en 1999 pour échanger leurs expériences sur la mise en place d'une riposte accrue au SIDA en prenant le district de Gaoua comme exemple concret de ce qui pouvait être fait.

Evaluation des résultats

Un premier aperçu sur l'Initiative fait apparaître divers indicateurs d'impact. Des interviews dans les journaux démontrent un grand enthousiasme pour cette riposte généralisée et une forte prise de conscience de la population, prise de conscience qui s'est étendue au personnel médical, aux autorités sanitaires et autres instances gouvernementales et aux associations civiles. Si le nombre de personnes volontaires pour un dépistage n'a pas augmenté, la connaissance de ces services s'est étendue, ce qui pourrait maintenant se traduire par des

chiffres plus élevés. Malgré quelque retard dans le versement des fonds promis, la majorité des activités planifiées sont maintenant financées et opérationnelles. La plupart ont lieu dans la ville de Gaoua même, les zones les plus reculées étant moins touchées (sauf en ce qui concerne le programme radio).

Cette première analyse met aussi en évidence des points faibles de l'Initiative, notamment le manque de précision dans la définition des tâches des membres du Comité technique et le faible niveau d'échanges entre ce Comité et le Comité provincial de lutte contre le SIDA.

Enseignements

L'expérience de Gaoua fournit une leçon importante (que l'on peut également tirer de bien d'autres projets développés ailleurs), à savoir l'importance d'une analyse ciblée sur les problèmes que pose le VIH/SIDA, utilisant en particulier les techniques actuelles de recherche orientée vers l'action. Une telle analyse fournit une base solide à toutes les activités et apporte des réponses à bien des questions que peuvent se poser donateurs extérieurs et partenaires techniques avant de s'engager dans une initiative de ce genre. S'ils peuvent faire l'objet d'une bonne diffusion, les résultats de la recherche contribueront largement à accroître les compétences de toute une communauté en matière de SIDA en la mettant pleinement au fait de la situation présente – un pas décisif vers l'action.

Un second enseignement est qu'il est nécessaire d'ancrer et de conduire le processus au niveau local ; il faut aussi compter deux à trois ans pour permettre au processus de se développer.

Enfin, il est d'une importance cruciale que soit institué un organe officiel (ici, le Comité technique) qui ait la responsabilité d'établir un consensus et de coordonner et planifier la réponse locale au niveau du district. Une telle instance jouera un rôle essentiel en repérant de nouveaux partenaires, en identifiant de nouvelles ressources et en suivant le travail accompli. Il est indispensable que cette équipe ait le soutien moral des communautés locales. Ses membres pourront appartenir à diverses institutions et devront sans doute compter des fonctionnaires de district, des chefs religieux et traditionnels, des représentants d'ONG, d'organisations à base communautaire et du secteur privé, ainsi que des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Lectures complémentaires

Etude de cas ONUSIDA, *Meilleures Pratiques dans le district de Gaoua : réponses locales au Burkina Faso* (à paraître en 2001)

Ministère de la Santé. *Plan de lutte contre le VIH/SIDA et les MST dans le District Sanitaire de Gaoua*. Burkina Faso, Ministère de la Santé, 1999.

M'Pelé P. *Etude de cas Burkina Faso : processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA dans le domaine spécifique de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans un District Sanitaire*. Equipe de soins ONUSIDA, 1999.

M'Pelé P. *Documentation des processus et des résultats, planification stratégique pour une réponse élargie face au VIH/SIDA dans un District Sanitaire, Gaoua, Burkina Faso*. Equipe de soins ONUSIDA, juillet 1999.

M'Pelé P. et al. *The impact of a local response to HIV/AIDS in a rural district of Burkina Faso* [L'impact d'une réponse locale au VIH/SIDA dans un district rural du Burkina Faso]. 13e Conférence mondiale sur le SIDA, Durban, juillet 2000.

Salla R. et al. *District Response Initiative (DRI) : fostering partnership in HIV/AIDS control. Situation analysis in Burkina Faso* [Initiative de riposte au niveau du district : encourager le partenariat dans la lutte contre le VIH/SIDA. Analyse de situation au Burkina Faso]. Poster No. 34127, supplément. 12e Conférence mondiale sur le SIDA, Genève, juillet 1998.

Bambisanani : an EQUITY Project

Bambisanani : un projet EQUITY (Afrique du Sud)

Année de lancement : 1999

Secteur thématique principal : Réponse locale

Secteurs thématiques secondaires : Migrations • Lieu de travail • Personnel sanitaire et formation • Mobilisation communautaire.

Personne à contacter :

Mrs Rose Smart

Téléphone : +27 11 465-9803

Télécopie : +27 11 465-9803

Courrier électronique :

rsmart@netactive.co.za

Adresse :

Bambisanani : An EQUITY Project

P.O. Box 415, Magalies View

2067 Afrique du Sud

Responsables de la mise en place

Bambisanani (ce qui veut dire « en partenariat pour s'aider les uns les autres ») résulte de la coopération de plusieurs organisations qui fournissent financement et autres services de soutien.

- Le projet EQUITY dispensera une formation au personnel du secteur sanitaire. Ce projet, d'une durée de sept ans, est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID) pour un montant de 50 millions de dollars dans le but d'aider le Gouvernement d'Afrique du Sud à mettre en place des projets intégrés de santé publique pour tous les Sud-Africains. Le Projet est sous l'égide du Eastern Cape Department of Health [Département de la Santé pour le Cap oriental] (ECDOH) et du Ministère de la Santé d'Afrique du Sud. La première phase du projet (1997-2000) a été centrée sur le Cap oriental.

- Le Bureau de l'Emploi en Afrique (The Employment Bureau of Africa – TEBA), dont la principale fonction jusqu'ici avait été de fournir une main-d'œuvre « bon marché » à l'industrie minière, a modifié ses activités de façon marquée dans la nouvelle Afrique du Sud. TEBA apportera son soutien à Bambisanani en tant que point de référence et d'appui et en tant que lien avec les compagnies minières, particulièrement en ce qui concerne les travailleurs migrants rapatriés. Ce Bureau assumera en outre un leadership du groupe de soutien, notamment en ce qui concerne la génération de revenus.

- L'Agence de Développement pour les Mineurs (Mineworkers Development Agency – MDA) prendra en charge les aspects relatifs à la création d'emplois et à la génération de revenus pour le projet. La MDA est la branche du Syndicat

national des Mineurs (National Union of Mineworkers – NUM) qui est plus particulièrement chargée des problèmes de développement.

- Les compagnies de mines d'or ont donné leur accord pour fournir des ressources (par exemple des kits pour soins à domicile) aux services de soins à domicile. Elles prennent de plus en plus conscience qu'elles doivent étendre leur engagement dans le domaine des soins aux zones d'où sont issus leurs mineurs.
- La section « Eastern Cape » de l'Association pour la Planification familiale en Afrique du Sud (PPASA-EC) prendra en charge et contrôlera les composantes de renforcement des capacités dans la communauté et de secours aux enfants en détresse (Children in Distress – CINDI) au sein du projet.
- L'ONG Hospice (Transkei and South Coast), ONG internationale qui assure des soins palliatifs en phase terminale, prendra en charge et contrôlera la dimension soins à domicile du projet y compris la formation du personnel soignant.

Financement

Le capital de lancement pour les deux premières années est apporté principalement par Bristol-Meyers-Squibb sur leur fonds « Secure the Future [Assurons l'Avenir] », par Goldfields Ltd (Afrique du Sud) et par le Projet EQUITY.

Objectifs

L'objectif de Bambisanani est de permettre à des communautés choisies dans la région E de la province du Cap oriental d'apporter un ensemble complet de soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, à leur famille et à la communauté où elles résident. Par ensemble complet, le projet entend la satisfaction non seulement des besoins physiques des malades mais aussi de leurs besoins spirituels, affectifs, nutritionnels et sociaux.

En termes plus concrets, Bambisanani doit mettre en place une structure et une organisation qui, à un coût raisonnable et sans bureaucratie supplémentaire, pourront :

- coordonner les services dispensés par le gouvernement, les entreprises, les ONG, les soignants et les volontaires
- donner une formation satisfaisante à tous ceux qui assurent des services sociaux et des soins à domicile
- veiller à ce que soient pris en compte les besoins et préoccupations de groupes tels que les personnes vivant avec le VIH/SIDA, les femmes et les enfants.

Généralités

La région E, anciennement partie du territoire appelé Transkei, comprend quatre districts et couvre une superficie de plus de 17 000 km². La population compte 1,2 à 1,3 million d'habitants. Bien que 2% seulement des habitants vivent en zone urbaine, la densité de la population est élevée, avec 70 habitants au km².

L'accès aux services sanitaires et sociaux est très restreint. On compte moins d'un(e) infirmier/infirmière pour 1000 habitants, le taux le plus faible du pays, et un médecin pour 16 592 habitants. Les chiffres de la mortalité infantile (58,2 pour 1000 naissances vivantes) et de l'espérance de vie à la naissance (59,5 ans) sont respectivement le plus élevé et le plus faible du pays.

Plus de 40% de tous les travailleurs migrants sud-africains travaillant dans les mines d'or viennent de cette région et il en est de même pour la quasi-totalité des coupeurs de canne qui travaillent pour l'industrie sucrière. Le profil démographique de la région montre qu'il y a beaucoup d'enfants et peu de personnes âgées excepté les grands-mères. L'absence d'adultes de sexe masculin est frappante. Dans le groupe d'âge 20 à 24 ans, il y a une fois et demie plus de femmes que d'hommes. Les coups portés à la vie de famille par le système de travail migratoire hérité de l'apartheid constituent un obstacle majeur à la lutte contre l'épidémie et à la mise en place de soins et de soutien familiaux pour les malades du SIDA.

Les chiffres de la fin de l'année 1998 indiquent un taux de prévalence du VIH de 15,9% chez les femmes présentes dans les centres prénatals pour l'ensemble de la province. Ce taux est 40 fois plus élevé qu'en 1990 et représente une augmentation de 26% depuis 1997. Pour la région E, ce taux est de 21,5%. On compte 69 392 personnes séropositives (44 948 femmes adultes, 22 207 hommes et 2237 enfants et nourrissons). La tuberculose, un très gros problème, est la cause la plus fréquente de décès chez les personnes séropositives. Dans la région, 17% seulement des patients vont au bout de leur traitement de six mois pour la tuberculose.

Plus de 70% des lits d'hôpitaux dans la région sont occupés par des personnes atteintes par le VIH (associé ou non à la tuberculose). Tous les hôpitaux se disent surchargés mais reconnaissent qu'il n'existe pas de services qui permettraient d'envoyer les malades chroniques ou en phase terminale pour être soignés dans leur famille et leur communauté.

Activités principales

L'idée fondamentale du projet est que la décentralisation (situer la prise de décision et la gestion au niveau local plutôt que provincial ou national) et l'intégration de tous les services relatifs au VIH/SIDA (par des partenariats entre les participants actuels, chacun œuvrant dans son domaine de compétence sans compétition ni double emploi) constituent la meilleure chance de durabilité et d'efficacité économique.

En novembre 1999 une consultation des représentants de toutes les parties prenantes potentielles de la région a été organisée sous l'égide du projet. L'objectif en était de faire le point sur leurs expériences dans le domaine du VIH/SIDA, de la tuberculose, des travailleurs rapatriés et de la prise en charge des enfants en détresse. Pour établir un plan d'ensemble, il fallait envisager tous les partenaires potentiels et fixer les lignes directrices des partenariats tout en restant dans des paramètres réalistes. Une mise en relation structurée des besoins immédiats fut ainsi le point de départ du projet, que l'on peut résumer sous quatre grandes catégories :

1. Renforcement des capacités communautaires

Créer un environnement propice à des soins et un soutien à domicile aux enfants en détresse demande le renforcement urgent des capacités d'un grand nombre de parties prenantes (chefs traditionnels ou religieux dans la communauté, groupes de femmes et de jeunes, guérisseurs traditionnels, ainsi que des structures communautaires telles que les Comités communautaires de Santé). Dans ce but, des réunions et séminaires de type participatif au sein des communautés et des ateliers de formation mettront l'accent sur le VIH/SIDA et la tuberculose dans le contexte du développement communautaire. Lors des premiers ateliers un questionnaire sera distribué pour mieux connaître les attitudes et les perceptions relatives aux soins à domicile ; les réponses fourniront une base de départ et permettront de mesurer par la suite les changements survenus. Des mises à jour ultérieures auront lieu chaque trimestre.

2. Soins à domicile

Le projet définira les ressources indispensables pour dispenser ces soins et instaurera un système qui assurera ces ressources à tout soignant du premier niveau. Il faudra donner une formation à toutes les catégories d'acteurs, tant aux professionnels et aux travailleurs sanitaires des secteurs public et privé qu'aux guérisseurs traditionnels. Le projet coordonnera une formation de formateur/superviseur communautaire pour des personnes dont chacune encadrera plusieurs soignants du premier niveau dans sa communauté. Afin de garantir le maintien de la qualité des soins, un suivi sera assuré sous forme de rencontres régulières et de formation en cours d'emploi. Bambisanani fait sienne l'idée très largement confirmée selon laquelle les volontaires œuvrant dans des communautés très pauvres sont plus actifs et plus efficaces lorsqu'ils se sentent soutenus. On encouragera donc les volontaires par le remboursement de leurs déplacements, la fourniture d'un uniforme ou autre signe distinctif, de documents de suivi et de paiements symboliques.

3. Soins et soutien aux enfants en détresse (CINDI)

Bien que l'on sache que le nombre d'enfants gravement affectés par l'épidémie va croissant, il n'y a le plus souvent aucun moyen permettant d'identifier ceux-ci et ils ne bénéficient d'aucune protection. Le premier travail dans ce domaine sera donc une recherche/action visant l'instauration de mécanismes de repérage de ces enfants qui, une fois repérés, seront pris en charge conjointement à la fois par les Départements Santé et Assistance compétents (sous forme d'aliments et d'allocations) et par les centres d'hébergement pour renforcer leurs compétences vitales et développer leurs compétences techniques pour l'emploi. Les professionnels des services sociaux et les conseillers pour la jeunesse recevront également une formation.

4. Soutien aux groupes et activités générant des revenus

Dans un contexte de grande pauvreté, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et les enfants en détresse ont besoin d'un soutien particulier et de méthodes assurant la création de revenus. Des activités générant des revenus dans le domaine de la construction, de l'alimentation et autres micro-entreprises seront prévues dans les centres d'hébergement – une recherche/action permettra de les identifier et de choisir ces activités.

Il faudra conduire des évaluations externes à mi-parcours et au terme du projet. Les critères d'évaluation aux différents niveaux seront vraisemblablement les suivants :

- pour les clients/patients : diminution des souffrances et amélioration de la qualité de vie ; traitement approprié ; prise en charge ; meilleure assistance en fin de vie
- pour les familles : meilleure capacité à faire face et soigner ; aide pratique ; appui en cas de deuil
- pour les soignant(e)s : compétences, ressources et soutien pour dispenser des soins de qualité ; accès à des réseaux de soutien professionnels et communautaires
- pour les communautés : plus grande capacité à faire face ; environnement favorable ; diminution de la stigmatisation ; développement des compétences et création d'emplois
- pour les enfants : identification précoce des enfants en détresse ; accès à un ensemble cohérent de soins et de soutien
- pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA : développement des compétences ; accès à des réseaux de soutien
- pour les services de santé : diminution de la pression ; systèmes d'orientation efficaces vers les différentes ressources ; économies financières
- pour les services d'assistance : meilleure utilisation des services et meilleur accès aux allocations
- pour l'Afrique du Sud : leçons tirées et modèles à reproduire.

Impact/Résultats

Les principaux résultats à ce jour sont la constitution d'un Comité de Direction du Projet réunissant des représentants de la région E : l'élaboration d'un plan de mise en œuvre détaillé pour la première année, la mobilisation des ressources, la nomination d'un coordonnateur et le lancement d'une recherche faisant le point de la situation (ces deux derniers éléments sont en voie d'achèvement).

Enseignements

Bambisanani représente la mise en application de bien des leçons tirées d'expériences dans divers contextes, en Afrique du Sud et ailleurs. Le

processus d'élaboration du projet recèle néanmoins une nouvelle leçon : le fait que les mêmes problèmes graves se posent dans des secteurs apparemment éloignés (dans le cas présent le monde des affaires, le monde du travail, l'aide sociale et la santé) peut donner naissance à des ripostes créatives, à des ressources nouvelles (ou à une application plus rentable des ressources déjà en place) si l'on adopte des approches multisectorielles.

L'épidémie de SIDA représente un énorme défi pour la jeune démocratie d'Afrique du Sud. Les efforts et les coûts qu'exige un projet comme Bambisanani entrent nécessairement en concurrence avec ceux que requièrent d'autres transformations aussi urgentes, comme la réforme du système du travail migratoire. En organisant des actions communes ou complémentaires, le projet de la région E bénéficie toutefois non seulement aux mineurs migrants et aux coupeurs de canne mais aussi à leur famille et aux communautés dont ils sont issus.

Lectures complémentaires

Les documents qui suivent, bien que ne traitant pas spécifiquement du Projet, fournissent une information utile sur le contexte : le premier sur les mineurs et leurs partenaires sexuels, le deuxième sur les soins à domicile et le troisième sur la situation des enfants en Afrique du Sud.

Campbell C., Williams B. Understanding the impact of a community-led HIV prevention programme in South Africa : context, conceptual framework and methodology. *Australian journal of primary health interchange*, 1999, 15, 4.

Russell M., Schneider H. *A rapid appraisal of community-based HIV/AIDS care and support programmes in South Africa*. Centre for Health Policy, 2000.

Smart R. *Children living with HIV/AIDS in South Africa – a rapid appraisal*. Pretoria, Department of Health and Save the Children (UK), 1999.

Soins palliatifs

La gestion médicale du VIH/SIDA est la recherche d'un équilibre entre l'administration d'un traitement limité dans le temps et le contrôle éventuel des symptômes. Sur des périodes relativement longues, les personnes infectées par le VIH peuvent être sujettes à toutes sortes d'infections opportunistes ou de cancers, de symptômes multiples et doivent affronter d'innombrables problèmes psychologiques. En outre, la progression de la maladie est imprévisible : une période d'altération de la santé peut alterner avec une période de stabilité physique et émotionnelle, ce qui se traduit par une incertitude permanente. Lorsque la maladie est sur le point de l'emporter, tests et traitements n'apportent plus guère de bénéfices à long terme et ne font qu'augmenter la détresse du malade.

Bien des maladies associées au VIH – ou leurs symptômes – peuvent heureusement être traitées de façon relativement facile par des médicaments de base. Dispenser ces traitements peut grandement améliorer la vie des patients et atténuer la pression exercée sur les personnes qui les soignent. Les symptômes les plus fréquents sont :

- ◆ la douleur, souvent accrue avec le progrès de la maladie
- ◆ la diarrhée et la constipation
- ◆ les nausées, les vomissements, l'anorexie et la perte de poids
- ◆ la toux et l'essoufflement
- ◆ les malaises, la faiblesse et la fatigue
- ◆ la fièvre
- ◆ les problèmes psychologiques
- ◆ l'altération des fonctions cérébrales.

Il est important de soulager la douleur

Il ne faut pas laisser un malade avec ses souffrances sans tenter de soulager celles-ci. Le traitement de la cause première est important mais, dans tous les cas, soulager la douleur est une priorité. Les personnels de santé ne doivent pas invoquer leur crainte que ne s'installe une dépendance aux médicaments ou aux analgésiques pour renoncer à soulager les souffrances d'un malade. Il faut réexaminer fréquemment les médicaments antalgiques et les augmenter si nécessaire.

Accès aux analgésiques et aux médicaments liés aux soins palliatifs

Dans beaucoup de pays, les analgésiques tels que la codéine et autres

produits opiacés ne peuvent être prescrits que par des médecins. Cela peut limiter considérablement l'accès à ces produits dans les cas où les soins palliatifs sont dispensés par du personnel infirmier ou communautaire. Il faut trouver un équilibre entre l'accès accru aux médicaments contre la douleur et une supervision rigoureuse avec un contrôle des prescriptions de produits opiacés.

Besoins particuliers des enfants atteints par le VIH

Les enfants ne verbalisant pas leur souffrance, leurs besoins en traitements palliatifs sont souvent ignorés, en particulier en cas de ressources insuffisantes dans les services de santé. Par ailleurs on évite le plus souvent d'apporter aux enfants des conseils touchant la fin de vie et la mort sous prétexte que cela ferait plus de mal que de bien.

Organisation des soins dans diverses situations

Il y a différentes façons de dispenser des soins palliatifs en fonction de facteurs tels que l'état des ressources du secteur de la santé et l'organisation sociale. Il peut s'agir de :

- ◆ Soins à domicile. Les soins domiciliaires à assise communautaire se sont avérés moins coûteux dans bien des cas et présentent l'avantage supplémentaire de souder la communauté, d'aider à la prise de conscience et de favoriser tolérance et acceptation.
- ◆ Centres de jour. Les malades vivent dans leur foyer et se rendent à l'extérieur pour des soins palliatifs et un soutien émotionnel ; ils bénéficient en outre d'autres services tels que repas, soins aux enfants et même activités génératrices de revenus. Les personnes qui les soignent au foyer bénéficient aussi de temps libre dans la journée.
- ◆ Hospice. Ce peut être une solution pour des malades en phase terminale qui vivent seuls, sans pouvoir contrôler leurs symptômes, ou qui ne peuvent guère gérer des symptômes tels qu'une altération des fonctions cérébrales. Cette solution peut également offrir un répit aux personnes qui prennent soin de ces malades.

Par ailleurs, il ne faut pas ignorer les guérisseurs traditionnels et les systèmes alternatifs là où ils sont largement acceptés et peuvent assurer un traitement symptomatique et soulager la douleur en ayant recours à des plantes ou à des pratiques telles que l'acupuncture. Dans ces cas les guérisseurs et autres praticiens doivent être associés à la planification et à la dispense des soins palliatifs.

Reconnaître l'intérêt des soins palliatifs

Dans des pays où le budget disponible pour les médicaments est limité, les médicaments pour soins palliatifs ne sont pas toujours considérés comme une priorité par rapport aux médicaments curatifs. Pourtant beaucoup des médicaments et des services dont peuvent bénéficier les personnes vivant avec

le VIH/SIDA sont bon marché, disponibles et figurent sur la liste des médicaments essentiels de l’OMS. Il est indispensable qu’un engagement politique et des ressources accrues permettent de dispenser des soins au nombre croissant de personnes atteintes et que tous ceux qui donnent des soins aux malades reçoivent une formation. Ces besoins de soutien et d’allègement des souffrances sont souvent insuffisamment pris en compte, aussi les plans stratégiques nationaux doivent-ils souligner leur importance. Il faudra aussi coordonner l’action avec les donateurs pour que ceux-ci veillent à ce que les soins palliatifs soient une priorité et qu’une mobilisation des ressources soutienne les efforts entrepris.

Mildmay Centre for Palliative HIV/AIDS Care

Centre Mildmay de Soins palliatifs pour le VIH/SIDA (Ouganda)

Année de lancement : 1998

Secteur thématique principal : Soins palliatifs

Secteurs thématiques secondaires : Mobilisation communautaire • Personnel sanitaire et formation

Personne à contacter :

Dr Catherine Sozi

Directrice des services cliniques

Téléphone : +256 41 200862/5/6/7

Télécopie : +256 41 200861

Courrier électronique :

mildint2@infocom.co.ug

Adresse :

The Mildmay Centre

P.O. Box 24985

Kampala

Ouganda

Responsables de la mise en place

Mildmay International, une ONG britannique, a acquis une grande expérience en matière de soins et de formation VIH/SIDA. Elle est liée au Mildmay Hospital en Angleterre.

Financement

Le projet est financé par le Department for International Development, UK (DFID) (Agence britannique pour le Développement international) et a reçu au départ une aide de la Banque mondiale pour l'achat d'équipement.

Objectifs

Le Centre Mildmay a pour objectifs d'assurer des soins palliatifs aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'assurer leur réhabilitation dans leur communauté locale. Le Centre définit ainsi les soins palliatifs : « Prendre soin globalement d'une personne atteinte d'une maladie incurable ; l'atténuation des souffrances, la satisfaction impérative des ses besoins physiques, psychologiques, affectifs et spirituels constituent des éléments essentiels pour améliorer sa qualité de vie. La diminution de la douleur et des autres symptômes éprouvants peut permettre un prolongement de la durée de vie, ce qui est aussi bénéfique socialement et économiquement pour l'entourage immédiat. Ce genre de soins permettent aussi une mort plus paisible et plus digne. »

Généralités

Les traitements antirétroviraux étant financièrement inaccessibles à la majorité des Ougandais, le Ministère ougandais de la Santé a demandé à Mildmay de créer un centre de soins palliatifs et de formation pour réduire les souffrances et améliorer la qualité de vie des personnes infectées par le VIH. On s'attend à ce qu'une des conséquences de cette activité soit de permettre au pays de bénéficier d'une prolongation de la productivité économique et sociale des malades et aux enfants de bénéficier plus longtemps des soins parentaux.

Le Centre Mildmay, opérationnel depuis septembre 1998, est situé à 14 km de Kampala sur la route d'Entebbe dans le district de Mpigi. Il dispense des consultations externes de toute nature et œuvre à la réhabilitation d'hommes, de femmes, d'adolescents et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA ou affectés par la maladie.

Activités principales

Mildmay ne soigne pas au premier niveau, ce qui reste la responsabilité du médecin, du personnel infirmier ou du conseiller ayant adressé le patient. Il s'agit plutôt d'un centre d'orientation spécialisé qui veut apporter un appui aux services existants et donner force au principe de réhabilitation. Ses principales activités sont les suivantes :

1. Soins

Le centre dispense des activités de conseil et des soins intégrés et de haute qualité en insistant sur le fait que le respect des intérêts, des droits, des croyances de chaque individu est partie intégrante de la prise en charge. Il recourt à des thérapies pluridisciplinaires grâce à une équipe de professionnels réunissant des médecins, des infirmiers/infirmières, des aides infirmiers/infirmières, des conseillers (y compris des spécialistes des enfants), un physiothérapeute, un ergothérapeute, des aromathérapeutes et un diététicien. Y travaillent aussi des membres du personnel paroissial, du personnel de laboratoire et des pharmaciens, sans compter une main-d'œuvre bénévole qui accompagne les patients au sein du centre. Les patients paient un droit d'admission plus quelques frais de séjour mais des dispositions sont prises pour les enfants et les adultes qui ne peuvent pas payer (voir ci-après 5. *Aide financière pour les traitements et les soins*).

2. Formation des personnes dispensant des soins

La prise en charge globale est le fait non seulement des professionnels ou bénévoles du centre mais également de toutes les personnes (essentiellement la famille des patients) qui donnent des soins au foyer et qui sont reconnues et valorisées en tant que principale source de soins pour la plupart des malades. Des ateliers ont été mis en place pour répondre au besoin qu'éprouvent ces personnes de se former pratiquement et psychologiquement afin d'être plus confiantes en elles-mêmes lorsqu'elles œuvrent auprès des malades. Les ateliers, coordonnés par les infirmiers/infirmières, ont lieu à la fin de chaque

mois et sont assurés par l'équipe interdisciplinaire. Les thèmes traités au cours de ces ateliers sont d'abord des techniques simples de garde-malade : bain au lit ; prévention et soins des escarres ; soins de la bouche ; utilisation des toilettes ; lever et déplacer un patient ; techniques d'alimentation ; régime alimentaire ; administration des médicaments. Ces ateliers couvrent également des thèmes touchant la fin de vie et la mort, la rédaction d'un testament ou encore les soins à un patient difficile, la communication avec les enfants, les modes de transmission du VIH, la vision positive et les activités génératrices de revenus.

3. Développement des compétences en matière de soins palliatifs pour le SIDA

Mildmay a mis en place des programmes éducatifs pour contribuer à l'amélioration des soins dans toute la région en mettant l'accent sur le développement des capacités en matière de soins palliatifs. Des ateliers qui comportent un noyau permanent de sujets sont adaptés à chaque catégorie de participants. Ces derniers peuvent être : des membres du personnel de santé (médecins, infirmiers/infirmières, conseillers, travailleurs sociaux, volontaires, travailleurs de santé communautaires, etc.), des membres du gouvernement ou d'ONG y compris des décideurs politiques, des professionnels des médias, des enseignants et des écoliers, des ouvriers, des hommes, des femmes ou des enfants vivant avec le VIH/SIDA (par exemple un atelier peut réunir des parents séropositifs), des employeurs et des salariés du monde des affaires, des journalistes ou des leaders religieux. L'Equipe mobile de Formation clinique se déplace dans les districts ruraux, se rend dans les centres de soins agréés par le Ministère de la Santé, évalue les besoins et élabore un programme de formation. Les personnes en formation passent une semaine au centre Mildmay et au cours de l'année suivante l'équipe mobile leur assure un suivi et une formation continue.

4. Soutien aux jeunes séropositifs

Les enfants vivent désormais plus longtemps avec le VIH/SIDA, parfois jusqu'à 16 ans. Certains souffrent de maladies chroniques et ont besoin de soins particuliers que les familles et les communautés ont beaucoup de mal à assurer. Les jeunes séropositifs au VIH tombent souvent malades, quittent l'école ou sont orphelins et leurs besoins sont très rarement perçus et pris en charge. L'adolescence est en outre toujours une période difficile et l'adolescent séropositif connaît les mêmes tensions sociales et affectives qu'un jeune séronégatif. Pour leur venir en aide, Mildmay a créé un club d'adolescents : le Our Generation Mildmay Adolescent Club [Club des Adolescents de notre Génération à Mildmay]. On y enseigne aux adolescents à améliorer certains aspects de leur vie ou à y faire face (nutrition, santé reproductive et sexuelle, comportements positifs) et on les encourage à fréquenter les services de santé.

5. Aide financière pour les traitements et les soins

Il est vite devenu évident que les personnes soignantes n'étaient pas en

mesure de payer les services nécessaires, non seulement pour elles-mêmes mais pour les enfants infectés ou affectés. Un fonds, le Hardship Fund [Fonds pour personnes en difficultés] a été institué par Mildmay International, l'ONG mère en Angleterre, pour aider au financement des traitements et des soins dispensés à tous les enfants et adolescents et à quelques adultes.

Impact/Résultats

La première année, le Centre Mildmay a enregistré un total de 980 patients dont 80% étaient porteurs d'une lettre de transfert et a fourni ses services à des milliers d'autres. La majorité des personnes transférées (90%) viennent des environs de Kampala et d'Entebbe. Elles sont orientées vers le centre par des organisations de soins à domicile (par exemple l'Hospice Ouganda et le Joint Home Care Team [Equipe conjointe de soins à domicile]), des ONG comme l'AIDS Support Organization [Soutien SIDA] ou le AIDS Information Centre [Centre d'Information sur le SIDA]), des guérisseurs traditionnels, des médecins privés, des praticiens, des hôpitaux et des organisations gouvernementales comme l'Hôpital Mulago et les centres de santé. Les maux des patients transférés sont : douleur permanente ou récurrente (47%), toux (39%) et problèmes dermatologiques (38%). Le ratio hommes:femmes est 4:3.

Fin mars 2000, plus de 10 500 personnes avaient bénéficié des services du centre et il y avait 1450 nouvelles inscriptions parmi lesquelles 230 d'enfants de moins de 19 ans. L'âge moyen des enfants était de 8 ans et demi mais un quart environ avaient entre 10 et 19 ans.

Evaluation des résultats

Tous les trois mois, les clients du centre (les malades ou les personnes qui en prennent soin) remplissent une fiche d'évaluation pour que le centre puisse connaître l'évolution de leur appréciation. De même, le personnel présente ses activités lors de rencontres d'audit et chaque département conduit trois audits mensuels des soins fournis. Des rapports trimestriels sont adressés pour examen au DFID et à Mildmay International. Un audit réalisé après six mois de fonctionnement du centre a conclu qu'une approche centrée sur le malade et recourant à des thérapies multidisciplinaires avait donné satisfaction aux malades concernés par l'audit et leur avait été bénéfique : 42% des symptômes avaient disparu et 18% étaient significativement atténués après quatre visites au centre. Soixante-dix pour cent des patients concernés par l'étude avaient subi au moins un examen de laboratoire, de microbiologie le plus souvent (microscopie, Ziehl-Neelsen, coloration de Gram). Les traitements ou services prescrits par les médecins comportaient : des médicaments (au minimum une prophylaxie par cotrimoxazole pour 88%, surtout pour les enfants), conseil (41%), soutien/conseil spirituel (16%), physiothérapie (24%) y compris l'aromathérapie pour les personnes souffrant d'atteintes dermatologiques, conseil nutritionnel (31%) et ergothérapie (5%). Un système de transfert développé par les Equipes conjointes de soins à domicile assure le transfert vers l'hôpital (10% des cas) et des services de soins à domicile (0,5%).

Enseignements

Dans une phase de l'épidémie où le besoin en soins palliatifs n'est pas suffisamment reconnu, les activités du Centre Mildmay montrent que ces soins peuvent être dispensés d'une façon qui complète et renforce les systèmes médicaux en place et les soins domiciliaires et communautaires. Les soins palliatifs améliorent réellement la qualité de la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA et peuvent aider à rompre l'isolement des personnes qui leur viennent en aide, que ce soit en institution ou à domicile. Les composantes du projet en éducation et en renforcement des compétences aident un nombre considérable de gens à mieux comprendre les bénéfices que l'on peut attendre des soins palliatifs.

Un des enseignements de Mildmay (que livrent également bien d'autres projets de soins à assise communautaire) est que l'épuisement qui gagne ceux et celles qui s'occupent des malades est un problème permanent auquel il faut être attentif. Les projets doivent prendre en compte le besoin qu'éprouvent ces personnes, comme les malades, en matière de soutien affectif et psychologique et satisfaire ce besoin. A Mildmay, des services de conseil indépendants du centre s'efforcent d'intervenir avant que l'épuisement ne plonge soignants et soignantes dans une crise grave.

Sur le plan clinique, il a été très utile à Mildmay de tenir des réunions interdisciplinaires hebdomadaires au cours desquelles chaque cas est étudié et où tous les membres du personnel échangent leurs points de vue à son sujet. Cela aide à lutter contre le fait que les patients ne communiquent bien souvent qu'une partie de leur histoire, de leurs symptômes et de leurs problèmes à l'un ou l'autre membre de l'équipe. Ces réunions permettent d'avoir une vision plus claire et d'adapter les actions à mener. Par ailleurs, de telles réunions permettent aussi aux participants de faire connaître leurs émotions, leurs sentiments devant les situations auxquelles ils sont confrontés, ce qui les aide aussi à lutter utilement contre le découragement.

Transmission mère-enfant

La transmission mère-enfant (TME) est le mode dominant d'infection des jeunes enfants. Sans intervention préventive, la probabilité qu'une mère séropositive transmette ainsi le virus à son enfant est de 15% à 25% dans les pays industrialisés et de 25% à 35% dans les pays en développement.

Le virus peut être transmis de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance ou, après la naissance, pendant l'allaitement au sein. Lorsque ce dernier est la norme, il peut représenter la cause du tiers de toutes les transmissions. C'est en Afrique que sont nés 90% de la totalité des nourrissons séropositifs depuis le début de la pandémie, même s'il est vrai que le nombre de cas en Inde et en Asie du Sud-Est augmente rapidement.

En 1994 un traitement long par un antirétroviral – la zidovudine (ZDV, ou AZT) – a permis de réduire des deux tiers la transmission mère-enfant en l'absence d'allaitement au sein. Ce traitement (ACTG 076) est maintenant largement prescrit dans les pays industrialisés mais son coût moyen de 1000 dollars par grossesse le rend trop cher pour les pays pauvres. Un essai de traitement plus court (zidovudine) pendant les quatre dernières semaines de la grossesse et l'accouchement réalisé en février 1998 en Thaïlande a permis de réduire de moitié la transmission mère-enfant et cela pour un coût 10 fois inférieur à celui de l'ACTG 076. Le pourcentage de transmission est même tombé à 9% lorsque les femmes avaient une solution alternative sûre à l'allaitement au sein. De nouveaux traitements moins coûteux sont à l'étude (voir ci-dessous).

Toute stratégie nationale de prévention de la transmission du VIH mère-enfant doit faire partie de stratégies plus larges de prévention de la transmission du VIH et des MST, de prise en charge des femmes séropositives et de leur famille, et de promotion de la santé maternelle et infantile. La mise à disposition à grande échelle et le plus tôt possible des interventions visant à réduire la transmission du VIH mère-enfant est fonction de la volonté politique, du coût des interventions (qui doit être abordable) et de la force des ressources humaines et des infrastructures existantes. Pour faire évoluer la situation, il est particulièrement convaincant d'invoquer, preuves à l'appui, le succès des interventions visant à réduire la transmission du VIH mère-enfant, ainsi que les dépenses induites si l'on n'intervient pas pour prévenir ce type de transmission.

Infrastructure et services de soutien indispensables

Les quatre facteurs qui influent sur le coût des interventions visant à prévenir la transmission mère-enfant sont les suivants : le coût des médicaments, le coût des alternatives sûres à l'allaitement au sein, le coût des tests de dépistage du VIH et le coût de la prestation de services. Dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant, l'OMS a ajouté la zidovudine à la liste des

médicaments essentiels ; Glaxo-Wellcome a récemment proposé de la ZDV à des prix très réduits. D'autres négociations sont prévues afin de réduire le coût des trois premiers parmi les facteurs cités plus haut.

Les paramètres suivants décrivent le contexte optimal dans lequel mettre en œuvre avec toute l'efficacité voulue les interventions nécessaires pour réduire la transmission du VIH mère-enfant :

- ◆ Toutes les femmes doivent avoir des connaissances en matière de VIH et pouvoir accéder à l'information nécessaire afin de faire des choix appropriés concernant la prévention du VIH, la santé sexuelle et reproductive, ainsi que l'alimentation du nourrisson, eu égard au VIH.
- ◆ Le conseil VIH doit être offert aux femmes enceintes et à celles qui envisagent une grossesse. Dans le cadre de ce conseil, il faut évoquer les besoins des femmes enceintes et des femmes vivant avec le VIH, et aborder notamment les questions de santé reproductive telles que la planification familiale et la sécurité alimentaire du nourrisson. Les femmes séropositives au VIH et leur famille doivent pouvoir bénéficier d'un système d'aiguillage actif ou des services d'un réseau de conseil après le test, d'une prise en charge complète et d'un appui social.
- ◆ Les femmes enceintes, ainsi que celles qui envisagent une grossesse, doivent avoir accès au test de dépistage du VIH librement consenti et recevoir les résultats de leur test avec le moins de retard possible (ce qui nécessite l'existence de services de laboratoire appropriés pour procéder à ce test), ainsi qu'à des services de conseil.
- ◆ Toutes les femmes enceintes doivent avoir accès aux soins prénatals, aux soins obstétricaux et du post-partum, et bénéficier d'une assistance qualifiée au moment de l'accouchement.
- ◆ Jusqu'à l'âge de 18 mois au moins, les enfants doivent faire l'objet d'un suivi portant notamment sur la nutrition et les maladies infantiles.

Essais récents de traitements antirétroviraux contre la transmission mère-enfant

En 1999, on a pu tirer les conclusions de trois essais de monothérapie courte à la zidovudine en Thaïlande et en Afrique occidentale. Bien que le risque de transmission mère-enfant soit plus grand chez les populations où prédomine l'allaitement au sein, le traitement a réduit le risque dans des proportions sensiblement égales (40% à 50%) pour chacun des trois essais.

Concurremment, une autre étude, l'essai vaccinal PETRA, a suivi des femmes enceintes séropositives au VIH dans trois pays d'Afrique. L'essai a été conduit sur quatre groupes, trois groupes, A, B et C recevant divers traitements de zidovudine et de lamivudine (3TC), et le quatrième recevant un placebo. Le traitement du groupe A couvrait la période prénatale, l'intra-partum et le post-partum, celui du groupe B l'intra-partum et le post-partum et celui du groupe C l'intra-partum uniquement. Le groupe D a reçu le placebo. En septembre 1999 les risques de transmission dans les quatre groupes étaient respectivement de 8,6% (groupe A) ; 10,8% (groupe B) ; 17,7% (groupe C) et 17,2% (groupe D).

En juillet 1999 une étude conjointe de l'Ouganda et des Etats-Unis a comparé l'efficacité d'une seule dose d'un médicament antirétroviral, la névirapine avec celle d'un traitement court de zidovudine donné à la mère pendant le travail et administré au nourrisson pendant une semaine après la naissance. L'infection par le VIH est passée de 25% (zidovudine) à 13% (névirapine) chez les nourrissons à l'âge de trois mois environ (voir HIVNET 012 ci-après).

HIVNET 012 study on effectiveness of nevirapine in prevention of mother-to-child transmission

Etude HIVNET 012 sur l'efficacité de la névirapine dans la prévention de la transmission mère-enfant (Ouganda)

Année de lancement : 1998

Secteur thématique principal : Transmission mère-enfant

Secteurs thématiques secondaires : Traitement antirétroviral • Accès aux médicaments

Personnes à contacter :

Equipe de Prise en Charge

Téléphone : +42 22 791-4808

Télécopie : +42 22 791-4741

Courrier électronique :

summaryreply@unaids.org

Site web : www.unaids.org

Adresse :

ONUSIDA

20 avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Suisse

Personnes à contacter :

OMS

Département de la Santé génésique
et de la Recherche

Courrier électronique :

reproductivehealth@who.ch

Site web : www.who.int/rht

Adresse :

Organisation mondiale de la
Santé

20 avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Suisse

Responsables de la mise en place

HIVNET 012 a été mis en place à l'Hôpital Mulago par des chercheurs de l'Université Makerere à Kampala et de l'Université Johns Hopkins à Baltimore, Maryland, Etats-Unis.

Financement

L'étude a été soutenue par le HIV Prevention Trials Network [Réseau d'essais de prévention du VIH] de l'Institut national des Etats-Unis pour les Allergies et les Maladies infectieuses – NIAID. Les sociétés pharmaceutiques Glaxo-Wellcome et Boehringer-Ingelheim ont fourni les médicaments utilisés au cours de l'étude.

Généralités

Divers essais de traitements courts à la zidovudine et à la névirapine sont en cours en Thaïlande et en Afrique. L'un d'entre eux, PETRA, est un essai contrôlé randomisé qui a porté sur des femmes enceintes séropositives sur cinq sites : deux en Afrique du Sud, deux en Ouganda et un en République-Unie de Tanzanie. L'essai est réalisé sur quatre groupes : trois groupes reçoivent divers traitements par la zidovudine et la lamivudine (3TC), le quatrième se voyant administrer un placebo. Une autre étude, ACTG 316, – aux Etats-Unis, en Europe et au Brésil – compare une bithérapie à la zidovudine et la névirapine avec une monothérapie à la zidovudine. Enfin, en Afrique du Sud, un essai dénommé SAINT (South African Intrapartum Nevirapine Trial – Essai de névirapine intra-partum en Afrique du Sud) réalise sur 1200 mères infectées une étude comparant le traitement HIVNET 012 à la névirapine avec celui du groupe B de PETRA. Les résultats devaient être connus à la fin juin 2000. Pour de plus amples informations sur la recherche en matière de transmission mère-enfant, voir : www.unaids.publications/documents/mtct/prevmtct.html.

Activités principales

L'essai contrôlé randomisé a porté sur 645 dyades de mères (âge moyen 24 ans) et leurs nourrissons vivant à Kampala et aux alentours. Il s'agissait de comparer un traitement à la névirapine consistant en une seule dose de 200 mg donnée à la mère au début du travail et une dose de 2 mg par kg de poids donnée au nouveau-né dans les 72 heures suivant sa naissance avec un traitement à la zidovudine consistant en une dose de 600 mg de zidovudine administrée à la mère au début du travail puis 300 mg de zidovudine toutes les trois heures pendant l'accouchement, traitement maternel suivi d'une dose de 4 mg de zidovudine par kg de poids administrée quotidiennement au nourrisson pendant les sept jours suivant sa naissance.

Impact/Résultats

Les premières données de base enregistrées ont été l'infection par le VIH et la survie au VIH à 6 à 8 semaines puis 14 à 16 semaines (sur 609 dyades mère-enfant) ; sur 509 dyades les données ont été recueillies à 14-16 semaines. A 6-8 semaines, 11,9% des nourrissons du groupe traité à la névirapine étaient infectés par le VIH et ce pourcentage était de 21,3% pour le groupe traité à la zidovudine. A 14-16 semaines, les taux étaient respectivement 13,1% et 25,1%.

Enseignements

Un groupe de travail technique composé d'experts de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de l'ONUSIDA est tombé d'accord sur les points suivants :

1. La névirapine est bon marché et facile à administrer. L'Ouganda a fait un calcul relativement simple sur le coût que représenterait l'achat de médicaments pour traiter toutes les femmes enceintes du pays. Avec la névirapine, le coût annuel s'élèverait à 640 000 dollars. Avec la zidovudine, à 21 450 000 dollars, et avec le traitement du groupe PETRA B il atteindrait 29 250 000 dollars. Devant de tels écarts de coût, il est probable que le choix

se portera généralement sur la névirapine en ce qui concerne la lutte contre la transmission mère-enfant.

2. Le faible prix de la névirapine ne doit pas faire oublier aux décideurs que l'efficacité des interventions en matière de transmission mère-enfant ne repose pas uniquement sur le choix du bon médicament à un bon prix. Certes, le médicament retenu est un élément central des projets pilotes mais bien d'autres composantes des projets sont indépendantes du médicament utilisé. Citons l'existence d'une infrastructure de dépistage volontaire et confidentiel, de nombreux aspects des soins pré- et post-natals à fournir aux femmes, le soutien psychologique aux femmes infectées et le suivi des nouveau-nés pour connaître leur statut par rapport au VIH. Ces composantes doivent être présentes et maintenues quel que soit le médicament recommandé, actuellement ou à l'avenir. D'autres éléments de l'infrastructure tels que les tests en laboratoire (surtout mesure de l'hémoglobine), la fréquence des examens prénatals et le suivi des femmes par rapport à la toxicité des médicaments devront toutefois être en place plus longtemps en cas d'utilisation du traitement court par la zidovudine qu'en cas de traitement par la névirapine.

3. Dépistage et conseil volontaires sont requis. On a bien envisagé d'utiliser la névirapine auprès de populations à fort taux de prévalence du VIH en l'absence de dépistage volontaire et confidentiel mais l'avis général est que cette stratégie aurait des aspects négatifs. En effet, même si la névirapine ne nuit pas à la santé de femmes enceintes non infectées par le VIH, le fait que les femmes soient bien au courant de leur statut par rapport au VIH présente d'autres avantages substantiels. Elles seront plus en mesure de prendre de meilleures décisions, de veiller sur leur santé et le bien-être à venir de leur famille et d'éviter la transmission sexuelle de l'infection.

4. Il faut poursuivre l'étude des risques liés aux médicaments et de la résistance du virus aux médicaments. L'effet bénéfique des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant – une réduction significative du risque d'infection par un virus mortel – l'emporte sur tout autre risque que pourrait courir le nourrisson. Ces risques ont néanmoins été étudiés et doivent continuer à l'être. Un risque sérieux – l'apparition de nouvelles formes résistantes du virus – est considéré comme négligeable si les antirétroviraux sont utilisés pendant une période brève. La recherche et l'utilisation à large échelle de la zidovudine depuis 1987 ont montré qu'il faut au moins trois mois au virus pour développer une résistance au médicament lorsque celui-ci est utilisé en monothérapie. En revanche, on a découvert que le VIH développe très rapidement une résistance à la monothérapie à la névirapine. Dans la mesure où une seule dose de névirapine a été administrée à la mère et au bébé au cours de l'étude décrite ci-dessus sur la prévention de la transmission mère-enfant, il ne devrait pas y avoir de problème de résistance, mais on ne dispose pas encore de données de confirmation. Lorsque l'on a recours à une association de médicaments antirétroviraux, la résistance est encore plus lente à se développer qu'en cas de monothérapie et ils représentent pour le virus un défi plus complexe. Il reste qu'aujourd'hui on ne sait rien du risque de voir apparaître une résistance lorsqu'une femme est traitée par le même médicament lors de plusieurs grossesses.

Lectures complémentaires

Pour en savoir davantage sur HIVNET 012, voir : www.Nlaid.nih.gov/newsroom/simple/qa.htm.

Pour plus d'information sur les essais de lutte contre la transmission mère-enfant, consulter le site web ONUSIDA : www.unaids.org/publications/documents/mtct/prevmtct.html.

Annexe 1: Comment soumettre une proposition destinée au Récapitulatif

L'ONUSIDA accueille toutes les propositions destinées au *Récapitulatif des Meilleures Pratiques*. Des formulaires-types de dépôt de propositions figurent aux pages suivantes. Prière d'adresser les formulaires complétés au Conseiller de Programme (ONUSIDA) dans le Pays ou au Groupe thématique des Nations Unies dans le pays concerné (voir Annexe B), ou encore au Secrétariat de l'ONUSIDA à Genève :

Bureau du Coordinateur des Meilleures Pratiques

20 Avenue Appia

1211 Genève 27

Suisse

Les formulaires peuvent être également fournis par courrier électronique adressés à summaryreply@unhcr.org

Formulaire de dépôt de Meilleure Pratique (page 1/4)

Prière d'indiquer les secteurs thématiques correspondant au mieux à la pratique proposée :

<input type="checkbox"/> Accès aux médicaments	<input type="checkbox"/> Accès à la prise en charge
<input type="checkbox"/> Agriculture/développement rural	<input type="checkbox"/> Analyse du rapport coût/efficacité
<input type="checkbox"/> Consommation de drogues injectables	<input type="checkbox"/> Dépistage et conseil volontaires
<input type="checkbox"/> Déterminants de l'épidémie	<input type="checkbox"/> Droits de la personne, éthique et législation
<input type="checkbox"/> Ecoles	<input type="checkbox"/> Education extra-scolaire
<input type="checkbox"/> Enfants	<input type="checkbox"/> Estimations et projections (épidémiologie)
<input type="checkbox"/> Groupes thématiques – action du système des Nations Unies à l'échelle des pays	<input type="checkbox"/> Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes
<input type="checkbox"/> Impact sur l'agriculture et les foyers ruraux	<input type="checkbox"/> Impact sur le développement et l'économie des pays
<input type="checkbox"/> Impact sur les enfants et les familles	<input type="checkbox"/> Impact sectoriel (développement)
<input type="checkbox"/> Infections opportunistes	<input type="checkbox"/> Jeunes
<input type="checkbox"/> Maladies sexuellement transmissibles	<input type="checkbox"/> Microbicides
<input type="checkbox"/> Mobilisation communautaire	<input type="checkbox"/> Mobilisation des ressources
<input type="checkbox"/> Monde du travail	<input type="checkbox"/> ONG et réseaux
<input type="checkbox"/> Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Personnel sanitaire et formation
<input type="checkbox"/> Personnes âgées	<input type="checkbox"/> Planification stratégique et gestion nationales
<input type="checkbox"/> Populations autochtones	<input type="checkbox"/> Populations mobiles : personnes déplacées, migrants, populations réfugiées, travailleurs mobiles
<input type="checkbox"/> Préservatifs féminins	<input type="checkbox"/> Préservatifs masculins

Formulaire de dépôt de Meilleure Pratique (page 2/4)

<input type="checkbox"/> Prisons	<input type="checkbox"/> Professionnel(le)s du sexe et leur clientèle
<input type="checkbox"/> Programmation en matière de communication	<input type="checkbox"/> Religion
<input type="checkbox"/> Réponse locale : communautés urbaines et rurales	<input type="checkbox"/> Santé reproductive
<input type="checkbox"/> Sécurité transfusionnelle	<input type="checkbox"/> Services en uniforme
<input type="checkbox"/> Sexospécificité et VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> SIDA pédiatrique
<input type="checkbox"/> SIDA en situations de crise	<input type="checkbox"/> Soins à domicile
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs	<input type="checkbox"/> Surveillance et diffusion d'informations (épidémiologie)
<input type="checkbox"/> Test et conseil volontaires	<input type="checkbox"/> Tests de diagnostic du VIH
<input type="checkbox"/> Traitements antirétroviraux	<input type="checkbox"/> Transmission mère-enfant
<input type="checkbox"/> Tuberculose et VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Vaccins
<input type="checkbox"/> Virologie, immunologie et pratiques de laboratoire	<input type="checkbox"/>

Formulaire de dépôt de Meilleure Pratique (page 3/4)

Nom	<i>Nom du projet, de la politique, de la loi ou de la stratégie</i>
Pays	<i>Pays dans lequel la pratique est ou a été mise en place</i>
Secteur thématique	<i>Auxquels des secteurs thématiques figurant aux pages précédentes s'applique cette pratique (maximum 4) ?</i>
Année	<i>Quand la pratique a-t-elle débuté ou fini ou quand est-il prévu qu'elle finisse ?</i>
Personne(s) à contacter	<i>Nom Titre</i>
Coordonnées	<i>Adresse courrier Téléphone, télécopie, courrier électronique, site web, etc.</i>
Responsables de la mise en place	<i>Qui a mis en place la pratique ? En cas de partenariat, quels étaient les partenaires ? Quelle est la participation de personnes vivant avec le VIH/SIDA (ou de groupes représentant ces personnes) ?</i>
Financement	<i>Qui a assuré le financement ou fourni les autres ressources ?</i>
Objectifs	<i>Que devait-on faire évoluer ou quel était le but à atteindre grâce à la mise en place de la pratique ?</i>
Généralités	<i>Quelles sont les généralités d'ordre historique, médical, social ou autre qui peuvent aider les lecteurs à comprendre la nécessité de la pratique ou le contexte dans lequel celle-ci a été mise en place ?</i>
Activités principales	<i>Quelles sont les activités principales entreprises par la pratique pour atteindre ses objectifs ? Comment le travail est-il organisé et qui fait quoi ? Les activités doivent-elles être réalisées dans un ordre spécifique ?</i>

Formulaire de dépôt de Meilleure Pratique (page 4/4)

Impact/Résultats	<i>Quelles ont été les impacts concrets de la pratique, y compris les résultats mesurables ? Par exemple, nombre de préservatifs distribués, nombre de personnes formées, etc.</i>
Evaluation	<i>Y a-t-il eu évaluation ? Dans l'affirmative, décrire la méthode utilisée et les résultats.</i>
Enseignements	<i>Quels sont les enseignements les plus importants qu'un lecteur devrait tirer de cette pratique ? Quelles sont les clés de sa réussite ? Quels ont été les problèmes ou les obstacles rencontrés et comment ont-ils été surmontés ou pourraient-ils l'être ?</i>

Prière de joindre des pages supplémentaires si vous voulez donner davantage d'informations. Joindre à votre formulaire de dépôt tout document susceptible de nous aider à mieux connaître la pratique (par exemple : rapports d'évaluation, documentation sur le projet, articles de revues spécialisées/professionnelles, coupures de presse).

Annexe 2: Groupes thématiques et Conseillers de Programme (ONUSIDA) dans les pays d'Afrique subsaharienne

Veillez faire parvenir vos propositions de Meilleures Pratiques au Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA ou au Conseiller de Programme (ONUSIDA) dans votre pays. Vous pouvez si vous le désirez faire parvenir en même temps une copie au Coordinateur des Meilleures Pratiques au Secrétariat de l'ONUSIDA à Genève.

Angola

Rui Gama Vaz, Président, Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA
C.P 3243
Luanda
Téléphone : (244) 2 33 42 38 (matin)
Téléphone : (244) 2 39 04 85 (après-midi)
Télécopie : (244) 2 33 23 14
Courrier électronique : sida@ebonet.net

Rue Giscard d'Estaing B.P. 836,
Yaoundé
Téléphone : (237) 22 57 63 / 22 99 30
Mobile: (237) 22 99 90/ 22 31 82
Télécopie : (237) 22 63 89 / 23 16 53
Courrier électronique :
e.menze-monie@unesco.org

Comores (voir Madagascar)

Botswana

Rosalind Saint-Victor
Conseillère de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD
Barclays House, 2nd floor, P.O. Box 54
Khama Crescent
Gaborone
Téléphone : 267 352 121
Télécopie : 267 353 093
Courrier électronique :
rosalind.saint@undp.org

Congo (République démocratique du)

Charles Misangu
Conseiller de Programme national
ONUSIDA c/o PNUD
B.P. 7248 KIN 1
Kinshasa
Téléphone : (243) 880 0840
Télécopie : (243) 88 43 675
Courrier électronique :
olivier.eyenga@undp.org

Burkina Faso (+ Mali et Niger)

Kékoura Kourouma
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
Interpays
c/o PNUD
BP 575
Ouagadougou 01
Téléphone : (226) 30 67 62/64
Télécopie : (226) 31 04 70 / 31 05 81
Courrier électronique :
kekoura.kourouma@undp.org

Côte d'Ivoire

Mamoudou Diallo
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD
01 B.P. 1747
Abidjan 01
Téléphone direct : (225) 20 32 51 51
Téléphone : (225) 20 33 71 52 – 54
Télécopie : (225) 20 33 71 53 / 21 13 67
Courrier électronique :
unaids@Africaonline.co.ci

Cameroun

Emmanuel Gnaoré
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD

Erythrée

Rachel Odede
Point focal ONUSIDA
UNICEF

P.O. Box 2004
Andenet Street, No 5
Asmara
Téléphone : (291) 1 15 11 16
Télécopie : (291) 1 15 13 50
Courrier électronique :
rodede@unicef.org

Ethiopie

Claire Mulanga Kabeya
Commission économique pour l'Afrique
P.O. Box 3001
Addis Abéba
Téléphone : (251) 1 51 65 13
Télécopie : (251) 1 51 37 98
Courrier électronique :
cmulanga@hotmail.com

Ghana

Cynthia Eledu
Conseillère de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD
P.O. Box M.
1423 Accra
Téléphone/Télécopie : (233) 21 23 82 56
Courrier électronique :
eledu@ighmail.com

Kenya

Warren Naamara
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD
Room 119 Block Q, UN Gigiri Complex
Nairobi
Téléphone direct: (254) 2 62 43 89
Téléphone Secrétariat: (254) 2 42 43 91
Télécopie : (254) 2 62 43 90
Courrier électronique :
warren.naamara@undpken.org

Madagascar (+ Comores, Maurice, Seychelles)

Bureau de l'ONUSIDA
c/o OMS
B.P. 362
Antananarivo 101
Téléphone : (261) 2022 64669
Télécopie : (261) 2022 64677 / 29913
Courrier électronique :
onusida@bow.dts.mg

Malawi

Angela Trenton-Mbonde
Conseillère de Programme (ONUSIDA)
c/o Représentant résident du PNUD
P.O. Box 30135
Lilongwe 3

Téléphone : (265) 78 26 03
Télécopie : (265) 783 992
Courrier électronique :
atrenton-unaidsmz@malawi.net

Mali (voir Burkina Faso)

Maurice (voir Madagascar)

Mozambique

Maria Tallarico
Conseillère de Programme (ONUSIDA)
P.O. Box 4595
Av des Presidentes 33
Maputo
Téléphone : (258) 1 49 23 45 / 49 17 75
Télécopie : (258) 1 49 23 45
Courrier électronique :
unaidsmz@virconn.com

Namibie

Mulunesh Tennagashaw
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD
Private Bag 13329
Windhoek
Téléphone : (264) 61 204 6219
Télécopie : (264) 61 204 6203
Courrier électronique :
muluresh.tennagashaw@undp.org

Niger (voir Burkina Faso)

Nigéria

Brigitte Imperial
Conseillère de Programme (ONUSIDA) a.i.
c/o PNUD
P.O. Box 2075
11 Oyinkan Abayomi Drive
Ikoyo, Lagos
Téléphone : (234) 9 413 4226
Télécopie : (234) 9 413 5673
Courrier électronique :
bimperial@unicef.org

Ouganda

Dr. Jantine Jacobi
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o UNICEF
P.O. Box 7057
Kampala
Téléphone : (256) 41 34 40 38
Télécopie : (256) 41 34 01 13
Courrier électronique :
jacobi@infocom.co.ug

Rwanda

Ivan Hermans
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD
P.O. Box 445
Avenue de l'Armée
Kigali
Téléphone : (250) 510 623
Télécopie : (250) 76 263
Courrier électronique :
ivan.hermans@un.rw

Seychelles (voir Madagascar)**Soudan**

Abdalla Ismail Mohamed
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o PNUD, UN Compound, Juba
P.O. Box 913
Khartoum
Téléphone : (249) 11 77 31 21/23/25/28
Télécopie : (249) 11 78 37 64
Courrier électronique:
abdalla.ismail@unpd.org

Swaziland

Bernadette Olow-Freers
Conseillère de Programme (ONUSIDA)
c/o OMS
P.O. Box 903
Mbabane
Téléphone : (268) 404 8559 / 2928
Télécopie : (268) 404 9931
Courrier électronique :
bolowo-freers@realnet.co.sz

Tanzanie (République-Unie de)

Evaristo Marowa
Conseiller de Programme (ONUSIDA) a.i.
c/o OMS
Luthuli Road
P.O. Box 9292
Dar es-Salaam
Téléphone : (255) 51 13 03 50
Télécopie : (255) 51 13 96 54
Courrier électronique :
tanzania-un aids@twiga.com

Togo

Yamina Chakkar
Conseillère de Programme (ONUSIDA)
Interpays
c/o OMS
B.P. 1504
Lome
Téléphone : (228) 22 46 52 / 21 33 60 / 21 41
58

Télécopie : (228) 21 78 32
Courrier électronique :
ychakkar@rdd.tg

Zambie

Kenneth Ofosu-Barko
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
c/o 4th UN Building
P.O. Box 31966
Alick Nkhata Road
10101 Lusaka
Téléphone : (260) 1 255 364
Télécopie : (260) 1 25 1214
Courrier électronique :
kofosu-barko@unicef.zm

Zimbabwe

George Tembo
Conseiller de Programme (ONUSIDA)
Bureau de l'ONUSIDA
c/o PNUD
P.O. Box 4775
Harare
Téléphone : (263) 4 79 26 81
Fax direct: (263) 4 250 691
Courrier électronique :
gtembo@id.co.zw

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de ses sept organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts et dans tous les domaines – médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange des connaissances, des compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

En Afrique, il faudra que les activités menées à l'heure actuelle dans le cadre de la lutte contre le SIDA augmentent de façon marquée si l'on veut avoir un impact sur l'épidémie. Dans le combat contre le VIH/SIDA, les dirigeants africains font preuve de qualités de leadership sans précédent – le moment est venu de mettre sur pied un effort exceptionnel. Le Partenariat international contre le SIDA en Afrique (IPAA) constitue une mobilisation de ce type. De même, le recueil des Meilleures Pratiques – qui consiste à amasser et à mettre en application les connaissances sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas dans des situations et des contextes divers – représente une contribution essentielle dans le cadre du Partenariat.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
ONUSIDA - 20 avenue Appia - 1211 Genève 27 - Suisse
tél. : (+41 22) 791 46 51 ; fax : (+41 22) 791 41 87
Courrier électronique: unaids@unaids.org - Internet: <http://www.unaids.org>