

Collection allemande  
de pratiques liées au VIH



## Remettre la lutte contre le SIDA entre les mains responsables locaux

Renforcer les capacités des administrations  
locales et provinciales au Lesotho, en Tanzanie  
et à Mpumalanga (Afrique du Sud)

**gtz**

Renforcer la contribution  
allemande à la riposte mondiale  
contre le sida



Mandaté par :

Ministère fédéral de la  
Coopération économique  
et du Développement

# Table des matières

Remerciements .....	2
« Collection de pratiques liées au VIH » de la GTZ .....	3
Résumé .....	4
Remettre la lutte contre le SIDA entre les mains des responsables locaux .....	5
À l'épicentre de l'épidémie mondiale de SIDA .....	5
Renforcement de la lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale .....	5
Renforcement de la lutte contre le SIDA dans chaque pays .....	6
Pourquoi une forte réponse régionale et locale au SIDA est essentielle .....	7
Engagement de la GTZ en faveur du mainstreaming régional et local .....	7
Au Lesotho, faire des conseils communautaires les points de départ de la lutte contre le SIDA .....	8
Le contexte .....	8
Soutien de la GTZ à la réponse du Lesotho au SIDA .....	9
L'approche du point d'accès, une solution de renforcement des moyens d'action des conseils communautaires .....	9
2006 et au-delà .....	11
En Tanzanie, renforcement des moyens d'action des districts et des cantons grâce au renforcement des capacités .....	13
Le contexte .....	13
Formation des comités multisectoriels de lutte contre le SIDA – conseils et cantons .....	14
Les résultats, évalués un an plus tard .....	19
Au Mpumalanga, le mainstreaming de la lutte contre le SIDA dans l'administration provinciale, régionale et locale .....	21
Le contexte .....	21
Le mainstreaming dans le programme de développement rural du Mpumalanga .....	22
Le mainstreaming dans les services de l'administration provinciale .....	22
Le mainstreaming dans l'administration régionale et locale .....	24
Résultats et marche à suivre .....	25
Leçons apprises de l'expérience au Lesotho, en Tanzanie et au Mpumalanga .....	26
Résultats obtenus à ce jour .....	26
Principaux problèmes et quelques moyens de les résoudre .....	26
Apprendre, mais en s'adaptant .....	27
Bibliographie .....	33
Outils à télécharger sur l'internet .....	34
Abréviations .....	35
Contacts et crédits .....	35

## Remerciements

Nous souhaitons remercier tous ceux qui ont pris part aux activités décrites dans le présent rapport et à sa préparation. En plus des experts de la GTZ (pour les trois projets), ces remerciements s'adressent :

- aux gouvernements du Royaume du Lesotho, de la République Unie de Tanzanie et de la province de Mpumalanga (République d'Afrique du Sud), ainsi qu'à la Commission tanzanienne de lutte contre le SIDA (TACAIDS) ;
- aux leaders politiques et au personnel des nombreux ministères nationaux et provinciaux et des autorités régionales et locales, aux chefs traditionnels, aux représentants d'organisations de la société civile et d'organisations religieuses, ainsi qu'aux gardiens de troupeaux du Lesotho ;
- à Anna von Roenne, EPOS/GTZ, secrétaire du groupe d'évaluation par les pairs des approches liées au VIH (de la GTZ), qui a coordonné les travaux de rédaction, et à Bob Verbruggen (ONUSIDA) et Andrea Milkowski (GTZ), membres du groupe d'évaluation par les pairs, qui ont examiné et commenté les versions préliminaires du rapport.

# La Collection allemande de pratiques liées au VIH

Validé par les pairs

La Collection allemande de pratiques liées au VIH est publiée par le groupe d'évaluation par les pairs (« HIV Peer Review Group - PRG ») mis en place en septembre 2004 à l'initiative d'experts du sida travaillant dans le cadre de la coopération allemande et internationale au développement. Le but poursuivi par ce groupe est de gérer sur une base collaborative les connaissances sur les bonnes pratiques et les enseignements recueillis dans le cadre des contributions de l'Allemagne à la riposte au sida dans les pays en développement.

Sur la base d'un ensemble de critères conjointement définis s'appliquant aux « bonnes pratiques » (voir encadré), les membres du PRG évaluent les différentes approches de riposte au sida qui leur ont été soumises pour évaluation. Les approches qui remplissent la majorité des critères seront documentées, publiées et largement diffusées en tant que partie intégrante de cette collection de pratiques. Tandis que certaines des pratiques documentées ne peuvent pas encore remplir les critères de « bonnes pratiques » (à savoir notamment plusieurs évaluations externes et une transposition répétée dans différents pays), toutes représentent des exemples de « pratiques prometteuses » susceptibles d'informer et d'inspirer d'autres acteurs dans le domaine complexe et dynamique de la prévention du VIH, du traitement du sida, de la réduction de son impact, des mesures de soins et de prise en charge psychosociale.

Les membres du PRG considèrent la gestion collaborative des connaissances comme un moyen de « réunir les bonnes personnes, au bon moment, pour traiter les bonnes questions ». L'évaluation par les pairs, la discussion et la diffusion d'approches novatrices sont les instruments dont se sert la coopération allemande au développement pour soutenir les principes essentiels du renforcement des capacités.

- Le processus est organisé sous forme d'expériences d'apprentissage mutuel et transparent impliquant les experts du sida des organisations allemandes, de leurs institutions partenaires dans les pays en développement et leurs confrères travaillant pour des organisations multilatérales.
- Il fournit aux planificateurs et aux praticiens une série de modèles de programmation pratiques, fondés sur des données probantes.
- Il met l'accent sur les résultats des approches évaluées et tient compte à cet effet de ce qui a été accompli, des défis restant à relever et des leçons apprises.

L'adhésion au PRG est ouverte aux experts du sida et aux planificateurs et praticiens de la coopération au développement s'intéressant aux contributions de l'Allemagne à la lutte contre le sida dans les pays en développement. Pour plus d'informations, veuillez contacter le secrétariat du groupe d'évaluation par les pairs à l'adresse [aidsprg@gtz.de](mailto:aidsprg@gtz.de) ou consulter le site Internet : <http://hiv.prg.googlepages.com/home>.

## Critères de sélection

- Efficacité
- Reproductibilité
- Approche participative et responsabilisante
- Sensibilisation aux spécificités sexuelles
- Qualité du suivi et de l'évaluation
- Innovation
- Rapport coût-efficacité ;
- Durabilité

# Résumé

Alors que les dernières estimations indiquent que l'épidémie de SIDA recule dans deux des 50 pays d'Afrique subsaharienne et se stabilise dans de nombreux autres, les taux de prévalence et le nombre de nouvelles infections par année restent à des niveaux très élevés. Dans certains pays, à cause du SIDA, l'espérance de vie moyenne a pratiquement diminué de moitié et la courbe du développement s'est inversée. Par ailleurs, on sait aujourd'hui, et cela ne manque pas d'être alarmant, que dans certains pays les jeunes femmes ont plusieurs fois plus de chances d'être infectées par le VIH que les jeunes hommes.

En 2001, la Déclaration d'engagement de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/SIDA a invité les institutions bilatérales et multilatérales à accroître de façon substantielle leur soutien technique et financier aux pays en développement qui intensifient le plus rapidement possible leurs efforts de lutte contre le SIDA. Elle a demandé le mainstreaming des politiques et des programmes de lutte contre le SIDA dans tous les instruments nationaux de développement et dans tous les secteurs de l'administration et de l'économie. Lors du sommet mondial de 2005 et à nouveau lors de la réunion de haut niveau de 2006 sur le SIDA, l'Assemblée générale des Nations unies a réitéré la Déclaration d'engagement et s'est donnée comme objectif d'universaliser l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien d'ici à 2010.

La GTZ note que les quartiers urbains et les communautés rurales ont toujours été en première ligne de l'épidémie car c'est là que vivent les personnes infectées et affectées par le VIH et qu'elles peuvent bénéficier de la prévention, du traitement, des soins, du soutien et de l'atténuation de l'impact de la maladie.

Dans un certain nombre de pays de l'Afrique subsaharienne, la GTZ travaille en partenariat avec les administrations nationales, provinciales, régionales et locales qui se sont engagées à « s'approprier la lutte contre le SIDA » en intégrant cette dernière dans les activités des administrations régionales et locales. Elle doit pour cela renforcer les capacités de ces dernières en assurant une formation et un suivi, ainsi qu'un soutien technique des activités liées à la lutte contre le SIDA.

Le présent rapport décrit comment, grâce au soutien technique de la GTZ, le Royaume du Lesotho, la République Unie de Tanzanie et la province de Mpumalanga, en République sud-africaine, ont permis aux districts et aux localités de prendre à leur compte la lutte contre le SIDA. Dans les trois cas, la démarche a consisté à apprendre en tâtonnant. Les méthodes et les outils sont développés et appliqués et lorsqu'ils ne fonctionnent pas aussi bien que prévu, on les affine ou on les remplace par de nouvelles méthodes et de nouveaux outils. Le processus d'habilitation est permanent. S'il est trop tôt pour dire ce que seront les résultats à long terme, les résultats immédiats sont impressionnants. Ils incluent des stratégies et des mécanismes qui rationalisent le flux de l'argent disponible vers les premières lignes et l'utilisent là où il est le plus nécessaire.

Grâce à cette publication et à la boîte à outils qui l'accompagne (sur CD-ROM), la GTZ met à la disposition de tous les leçons apprises ainsi que les méthodes et les outils utilisés au Lesotho, en Tanzanie et dans la province de Mpumalanga et elle invite les lecteurs à les utiliser et les adapter de quelque manière que ce soit à d'autres conditions.

Les résultats comprennent également les méthodes et les outils – repérés dans le texte par le symbole ► – qui peuvent être adaptés en vue de leur utilisation dans d'autres pays, provinces, districts et localités.



# Remettre la lutte contre le SIDA entre les mains des responsables locaux

## À l'épicentre de l'épidémie mondiale de SIDA

En 2005, les 50 pays de l'Afrique subsaharienne représentaient 11 % de la population mondiale et 64 % (près des deux tiers) du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans le monde. On estimait à 24,5 millions le nombre d'Africains subsahariens séropositifs, à 2,7 millions le nombre de nouvelles infections par le VIH cette année là, et à 2 millions le nombre de personnes mortes du SIDA. L'épicentre de l'épidémie mondiale de SIDA était toujours la partie australe de l'Afrique subsaharienne. Les 10 pays où le taux de prévalence du VIH était le plus élevé du monde chez les adultes de 15 à 49 ans (de 10,7 à 33,4 %, respectivement) comprenaient les cinq pays de la sous-région d'Afrique australe, les quatre pays situés le plus au sud de la sous-région de l'Afrique orientale et le pays situé le plus au sud de la sous-région de l'Afrique centrale<sup>1</sup>.

Alors que les dernières estimations indiquent que l'épidémie recule dans deux pays subsahariens (en raison de l'efficacité de la prévention mais aussi du décès d'un nombre important de personnes infectées) et se stabilise dans d'autres, les taux de prévalence et les nombres de nouvelles infections restent chaque année très élevés. De plus, on sait aujourd'hui, et cela ne manque pas d'être alarmant, que le taux d'infection des jeunes femmes est très supérieur à celui des jeunes hommes. Des estimations basées sur une enquête complète auprès des ménages veulent qu'en Afrique du Sud, parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans, le taux de nouvelles infections en 2005 a été de 0,8 % chez les hommes et de 6,3 % (près de 8 fois plus) chez les femmes<sup>2</sup>.

## Renforcement de la lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale

Le SIDA, une nouvelle maladie, est apparu en 1981 et un an plus tard, sa cause essentielle, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), était identifiée. Alors que l'épidémie se propageait de pays en pays, le grand public et les leaders politiques ont mis du temps à réagir. Il était difficile de faire face à la réalité car le VIH se transmet par des activités sexuelles et autres qui sont souvent illégales, tabous, très largement désapprouvées ou simplement considérées comme trop personnelles ou embarrassantes pour qu'on en discute en public, même lorsqu'elles sont couramment pratiquées dans la vie privée. Les premiers à appeler au secours ont généralement été ceux qui étaient atteints par le VIH ou qui étaient exposés à l'infection, leurs amis et les membres de leur famille, ainsi que les groupes d'action sociale qu'ils ont créés ou qui ont épousé leur cause. La première réaction, et la plus vigoureuse, est généralement venue de leurs propres quartiers et communautés – centres de consultation, hôpitaux, agences de service social, et réseaux officiels ou non de soins et de soutien.



1 ONUSIDA (2006). Rapport de 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA.  
2 HRSC (2005). South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey. Johannesburg, Nelson Mandela Foundation (NMF) et Human Sciences Research Council (HSRC) of South Africa.

L'épidémie a continué de progresser d'année en année et rien n'indiquait qu'elle allait atteindre le palier que les épidémies atteignent normalement en quelques mois ou quelques années avant de commencer à régresser. Il était évident que le SIDA était une maladie exceptionnelle à laquelle il fallait réagir de manière exceptionnelle. En septembre 2000, le Sommet du Millénaire des Nations unies a défini huit objectifs du Millénaire pour le développement et l'un d'eux concernait la lutte contre le SIDA, avec pour cible, l'arrêt et l'inversion de l'épidémie d'ici à 2015.<sup>3</sup> En juin 2001, une session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies donnait lieu à une Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA engageant les pays donateurs (intervenant bilatéralement et par l'intermédiaire d'institutions multilatérales) à accroître de manière considérable le soutien technique et financier offert aux pays en développement s'engageant à prendre des mesures urgentes pour intensifier la lutte contre le SIDA.<sup>4</sup>

Lors du sommet mondial de 2005<sup>5</sup> et de la réunion de haut niveau de 2006 sur le SIDA, l'Assemblée générale des Nations unies a examiné les progrès réalisés relativement aux objectifs du Millénaire pour le développement et à la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA et s'est donnée pour objectif « l'accès universel à des programmes complets de prévention, aux soins, au traitement et au soutien d'ici à 2010. »<sup>6</sup>

### Renforcement des moyens de lutte de chaque pays contre le SIDA

La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA demandait aux pays en développement « d'intégrer les programmes de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA, ainsi que les mesures de soutien et les priorités d'atténuation des effets de la maladie, dans les préoccupations générales de la planification du développement, y compris dans les stratégies d'éradication de la pauvreté, les affectations du budget national et les plans de

développement sectoriel ».<sup>7</sup> Dans un souci de brièveté on désigne souvent ce processus d'intégration par l'expression « mainstreaming du SIDA ». Toutefois, à mesure qu'augmentait le soutien financier accordé à la lutte contre le SIDA, il est devenu évident qu'il y avait vraiment trop d'exemples de double emploi et de gaspillage et trop d'insuffisances majeures dans la lutte générale contre cette maladie au niveau de chaque pays. De nombreuses institutions bilatérales et multilatérales disposaient de mécanismes d'attribution de fonds et de soutien technique qui leur étaient propres et de nombreux partenaires nationaux n'avaient atteint aucun accord réciproque sur les stratégies ou les mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation de leurs activités.

En avril 2004, lors de la consultation sur l'harmonisation du financement international de la lutte contre le SIDA, les représentants de pays en développement, d'institutions bilatérales et multilatérales et d'autres partenaires internationaux ont approuvé les principes des « Trois uns » orientant les efforts de lutte contre le SIDA de chaque pays : un seul cadre d'action contre le SIDA, une seule autorité de coordination de la lutte contre le SIDA, et un seul système de suivi et d'évaluation. En mars 2005, une réunion de suivi a analysé les progrès réalisés et a constitué une cellule mondiale de réflexion qui a recommandé un certain nombre de moyens permettant aux institutions multilatérales d'assurer un soutien plus efficace aux pays afin d'accélérer la mise en œuvre des principes des « Trois uns » et l'évolution vers un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien.<sup>8</sup>

### Mainstreaming du SIDA dans tous les secteurs, à tous les niveaux

À la suite des recommandations de la cellule mondiale de réflexion, le plan 2006-2007 de soutien technique intégré des Nations unies<sup>9</sup> et la division du soutien technique d'ONUSIDA à la

3 Nations unies (2000). *Déclaration du Millénaire : Assemblée générale des Nations unies, 55e session, 6 septembre 2000*. New York : Nations unies.

4 Nations unies (2001). *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : Assemblée générale des Nations unies, session spéciale sur le VIH/SIDA, 25-27 juin 2001*. New York, Nations unies.

5 Nations unies (2005). *Résultats du Sommet mondial 2005*. New York, Nations unies.

6 Nations unies (2006). *Projet de déclaration politique, 2 juin 2006*. New York, Nations unies.

7 Nations unies (2001). *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : Assemblée générale des Nations unies, session spéciale sur le VIH/SIDA, 25-27 juin 2001*. New York, département de l'information publique des Nations unies et ONUSIDA.

8 ONUSIDA (2006). *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA.

9 ONUSIDA (2005). *Plan 2006-2007 de soutien technique intégré de la lutte contre le SIDA*. Genève, Programme conjoint sur le VIH/SIDA.

main-d'œuvre<sup>10</sup> font du PNUD le principal partenaire du système des Nations unies sur le « développement, la gouvernance et le mainstreaming » et de l'OIT, du secrétariat de l'ONUSIDA, de l'UNESCO, de l'UNFPA, du HCNUR, de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale les autres principaux partenaires du système des Nations unies. Selon un guide de mise en œuvre pour les pays :

*« Le mainstreaming est un processus qui permet à tous les acteurs du développement d'aborder les causes et les effets du SIDA de manière efficace et durable, tant dans le travail habituel que sur le lieu de travail. »<sup>11</sup>*

Dans les pays concernés, les acteurs ou partenaires du développement sont (ou sont potentiellement) les administrations nationales, régionales et locales et tous leurs ministères, départements, divisions et agences, ainsi que les groupes et réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations de la société civile et les entreprises et industries privées au niveau national, provincial, régional et local. Le mainstreaming les mobiliser et leur permet :

- de comprendre les causes et les effets du VIH, notamment en ce qui concerne la nature de leur travail et leur lieu de travail ;
- de déterminer comment ils peuvent s'attaquer aux causes et aux effets en tirant parti des éventuels avantages comparatifs dont ils peuvent disposer ;
- de travailler avec d'autres pour coordonner les efforts, mettre les ressources en commun et ajouter de la valeur à leurs propres efforts – par exemple, de soutenir une organisation de la société civile en lui attribuant le contrat de préparation et de mise en œuvre un programme de lutte contre le VIH sur le lieu de travail.



et du lieu de travail de multiples partenaires, dans tous les secteurs, au niveau national, provincial, régional et local, est un moyen efficace :

- de mobiliser les compétences et les ressources de tous les partenaires du public, du privé et de la société civile ayant la possibilité de participer à la réponse que peut donner un pays au SIDA ;
- de s'attaquer aux causes structurelles et systémiques de la vulnérabilité au VIH – par exemple, la vulnérabilité des filles à l'infection dans la mesure où elles font l'objet d'une exploitation et d'agressions sexuelles à l'école et sur le chemin de l'école ;
- d'améliorer la durabilité de la réponse au SIDA en intégrant dans les politiques et les programmes de multiples partenaires différents de sorte que les faiblesses ou les défaillances de quelques-uns d'entre eux ne soient pas trop préjudiciables ;
- de faire en sorte que le SIDA ne soit plus une entrave au développement mais au contraire une occasion de développement en renforçant et en améliorant les performances des partenaires. Ces derniers sont ainsi plus à même de contribuer à la lutte contre le SIDA mais également de à d'autres aspects du développement qu'ils ont normalement à charge.<sup>12</sup>

#### Le mainstreaming du SIDA au niveau du travail

<sup>10</sup> ONUSIDA (2005). Division du soutien technique d'ONUSIDA à la main-d'œuvre : Sommaire et argumentation. Genève, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA.

<sup>11</sup> PNUD, ONUSIDA, Banque mondiale (2005). Mainstreaming du VIH et du SIDA dans les secteurs et les programmes : un guide de mise en œuvre pour les réponses nationales. New York, Genève, Washington, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA, Programme de développement des Nations unies et Banque mondiale.

<sup>12</sup> Adaptation autorisée de « Mainstreaming du SIDA dans le développement : Pourquoi et comment faire, » ONUSIDA/PNUD/BM (2006).

## Pourquoi il est essentiel que la réponse au SIDA aux niveaux du district et de la localité soit forte

Dans la plupart des pays, la première réponse au SIDA vient des quartiers et des communautés où l'épidémie apparaît et commence à se propager. Les premières lignes de l'épidémie se situent précisément dans les lieux où la population qui en a besoin bénéficie de services de prévention, de soins, de traitement, de soutien et d'atténuation des effets de la maladie. Si les stratégies nationales, les mécanismes de coordination et les systèmes de suivi et d'évaluation sont essentiels, ils doivent néanmoins atteindre le niveau régional et local, soutenir les stratégies, les mécanismes de coordination et les systèmes de suivi et d'évaluation mis en place au niveau local, et être soutenus par eux.

En 1999, les maires et les responsables municipaux de dix pays de l'Afrique subsaharienne ont créé l'Alliance des maires et des responsables municipaux sur le VIH/SIDA en Afrique, alliance qui compte aujourd'hui des sections dans 13 pays. Pour ces derniers comme pour d'autres, les autorités nationales responsables de la lutte contre le SIDA reconnaissent dorénavant que les administrations régionales et locales sont des partenaires clés.<sup>13</sup> Elles sont plus proches des premières lignes de l'épidémie de SIDA que les administrations nationales et sont mieux placées pour comprendre la spécificité des conditions, des structures sociales, des attitudes, des traditions et des besoins locaux. Elles peuvent appliquer cette connaissance de la réalité locale à la recherche des solutions les plus pratiques et les mieux adaptées aux problèmes – omniprésents dans l'Afrique subsaharienne – du manque d'infrastructures et de ressources humaines dans les services de la santé, du social et autres.

Parallèlement, les administrations régionales et locales n'ont pas les capacités financières et techniques (personnel qualifié ou accès au soutien technique, par exemple) qui leur permettraient de mettre en place des réponses efficaces au problème du SIDA. Pour cette raison, il est indispensable que le *mainstreaming* redescende jusqu'à leur niveau.

## Engagement de la GTZ en faveur du *mainstreaming* régional et local

La Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ - agence allemande de coopération technique), une entreprise publique, soutient quelque 2 700 projets et programmes dans plus de 130 pays, a des bureaux dans la moitié d'entre eux et emploie environ 10 000 personnes dont plus de 8 000 sont des citoyens des pays dans lesquels les projets et les programmes sont mis en œuvre.

Au début de 2003, la GTZ a lancé un programme mondial de lutte contre le VIH sur le lieu de travail, pour ses employés et les membres de leur famille. Elle exige en outre le *mainstreaming* de la lutte contre le SIDA dans tous ses travaux en Afrique subsaharienne. Le département Afrique de la GTZ a intégralement mis en œuvre les deux piliers sur lesquels repose l'efficacité du *mainstreaming* : 1) un programme d'ensemble pour ses propres employés et 2) des contributions à la lutte contre le SIDA qui sont cohérentes avec l'expertise et les responsabilités de la GTZ dans tous ses projets et programmes de développement. Pour soutenir ses chargés de projets et de programmes, la GTZ a produit une « boîte à outils » baptisée « *Mainstreaming* de la lutte contre le VIH/SIDA : Comment nous y prenons. »<sup>14</sup> Elle décrit les activités de *mainstreaming* de la GTZ dans différents secteurs et fournit des mémoires à ce sujet.

De nombreux projets et programmes soutenus par la GTZ sont montés en partenariat avec les administrations nationales, provinciales, régionales et locales et se sont engagés à renforcer les capacités régionales et locales de lutte contre le SIDA. Les chapitres suivants décrivent trois exemples de renforcement des capacités régionales et locales soutenu par la GTZ et le renforcement des capacités régionales et locales dans l'Afrique subsaharienne.



# Au Lesotho, faire des conseils communautaires les points de départ de la lutte contre le SIDA

## Le contexte

### Conditions socio-économiques

Appelé « Royaume des montagnes », le Royaume du Lesotho est enclavé dans l'Afrique du Sud. Ses plaines, collines, montagnes et vallées abritent une population estimée à 1,8 million d'habitants qui, pour la plupart, vivent en zones rurales qui ne sont souvent accessibles qu'à pied, à dos d'âne ou aux véhicules tout-terrain. En 2002, après plusieurs années de troubles civils, le Lesotho a effectué des réformes constitutionnelles qui ont été suivies d'élections parlementaires multipartites paisibles.



L'économie du Lesotho s'appuie essentiellement sur l'agriculture de subsistance, notamment sur l'élevage, même si le pays exporte des céréales. Son niveau de chômage officiel se situe autour des 40 % et de nombreux hommes travaillent dans les mines sud-africaines. Le rapport sur le développement humain 2005 classe le Lesotho en 149e position sur la liste des 177 pays couverts. La division Population des Nations unies estime que, sans le SIDA, l'espérance moyenne de vie serait de 63,9 ans alors qu'avec le SIDA elle n'est que de 32,9 ans et la population est sur le déclin.<sup>15</sup>

### Le point sur l'épidémie de SIDA

Sur la base des résultats de l'enquête 2004 sur la démographie et la santé au Lesotho et de la surveillance Sentinel du ministère dans les centres de consultation prénatale des zones urbaines, le taux

de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans était de 23,2 % à la fin de 2005 et s'était stabilisé à un niveau très élevé.<sup>16</sup> Il était plus fort dans les zones urbaines (29,1 %) que dans les zones rurales (21,9 %) mais était de toute façon élevé dans les 10 districts du Lesotho. Chez les adultes de moins de 40 ans, ce taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, 2,3 % des hommes étaient séropositifs contre 7,9 % de femmes. Dans la tranche des 20 à 24 ans, ce taux était de 12,2 % pour les hommes mais atteignait 24,2 % pour les femmes. Enfin, c'est dans la tranche d'âge de 35 à 39 ans, chez les femmes, qu'il atteignait son plus haut niveau (43,9 %).

L'enquête 2004 a montré que seulement 12 % de la population connaissait son statut sérologique VIH et que cette connaissance variait de 4,7 % chez les femmes n'ayant pas fait d'études à 95,1 % chez les hommes ayant atteint un certain niveau d'études secondaires. À la fin de 2005, 22 sites offraient une thérapie antirétrovirale à environ 8 400 personnes. Autrement dit, environ 14 % du nombre estimé (58 000) de personnes ayant un besoin urgent de thérapie antirétrovirale recevait cette thérapie.<sup>17</sup>

### La réponse nationale au SIDA

En décembre 2002, le premier ministre Pakalitha Mosili a demandé aux représentants en résidence des organisations du système des Nations unies de fournir au gouvernement récemment élu du Lesotho de bons conseils sur la façon dont il pourrait intensifier la réponse du pays au SIDA. Le groupe thématique élargi du Lesotho sur le VIH/SIDA s'est engagé dans un processus de dialogue, de débat et de consultation qui, au bout de quelques mois, a donné lieu à la publication d'un document stratégique intitulé « Turning a Crisis into an Opportunity : Strategies for Scaling Up the National Response to the HIV/AIDS Pandemic in Lesotho » (Transformer une crise en opportunité : Stratégies d'intensification de la réponse nationale à la pandémie de VIH/SIDA).<sup>18</sup> En octobre 2003, le cabinet des ministres a adopté cette publication

<sup>15</sup> Nations unies (2005). *Tendances démographiques : Révision 2004*. New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, division Population.

<sup>16</sup> ONUSIDA (2006). *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA.

<sup>17</sup> OMS (2006). *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà*. Genève, Organisation mondiale de la santé.

<sup>18</sup> Kimaryo, S et al, Editors (2004). *Turning a Crisis into an Opportunity : Strategies for Scaling Up the National Response to the HIV/AIDS Pandemic in Lesotho*. Publication sur le partenariat du gouvernement du Lesotho avec le Groupe thématique élargi sur le VIH/SIDA, Lesotho. New Rochelle, New York, Third Press Publishers.

comme document de travail officiel orientant la réponse nationale au SIDA et a également adopté ses recommandations : 1) créer une Commission nationale du SIDA ; 2) faire de l'actuelle autorité coordinatrice du programme de lutte contre le SIDA au Lesotho (LAPCA) le secrétariat de cette commission ; 3) intégrer « de toute urgence » la lutte contre l'épidémie dans tous les secteurs et à tous les niveaux du gouvernement.

En août 2005, le Parlement a adopté une loi portant création de la Commission nationale du SIDA et le gouvernement a lancé une étude de la réponse nationale qui a donné lieu à la préparation d'une politique nationale de lutte contre le SIDA, d'un cadre stratégique 2006-2010 et d'un système de suivi et d'évaluation unifié pour les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA. Pendant ce temps, l'épidémie de SIDA touche tous les aspects de la vie au Lesotho. Ses conséquences sociales, économiques et institutionnelles continueront de s'aggraver si on n'arrive pas bientôt à inverser la tendance.

### Le soutien de la GTZ à la réponse du Lesotho au SIDA

En vertu de l'accord bilatéral entre le Lesotho et l'Allemagne pour la coopération au développement, la GTZ et d'autres agences allemandes de développement axent leur action sur le « développement rural décentralisé ». La réussite de la décentralisation dépend toutefois de la présence d'un personnel administratif compétent et de représentants actifs de la société civile au niveau du district et à celui de la localité. L'épidémie de SIDA a un impact énorme et désastreux sur le système politique et administratif du Lesotho en raison de la perte de salariés compétents et expérimentés. Elle compromet la capacité du gouvernement à fournir des services en même temps qu'elle accroît la demande de services afin d'infléchir l'épidémie et de réduire son impact.



Dans ce contexte, la GTZ a commencé à soutenir les initiatives liées au SIDA lorsqu'elle a participé à l'élaboration du document « Turning a Crisis into an Opportunity ». Lorsque le cabinet des ministres a adopté la recommandation en faveur d'une intégration de la lutte contre le SIDA, le groupe thématique élargi a été d'accord pour que la contribution de la GTZ soit essentiellement axée sur la mise en œuvre de la recommandation, toujours dans le contexte de son principal objectif de « développement rural décentralisé ». En décembre 2003, la GTZ a donné les grandes lignes d'un nouveau plan pour son programme du Lesotho, avec les éléments de mainstreaming suivants :

- soutien du programme du ministère des administrations locales pour permettre aux conseils communautaires provisoires du Lesotho de répondre au SIDA pendant leur passage au statut de conseils communautaires permanents (c'est ce qu'on appelle « l'approche du point d'accès » ;
- soutien continu au programme du ministère des services publics visant à intégrer la lutte contre le SIDA grâce à la préparation et la mise en œuvre de programmes de lutte sur le lieu de travail, dans tous les secteurs et à tous les niveaux du gouvernement, et grâce à la formation des fonctionnaires (acquisition de compétences dans la lutte contre le VIH et le SIDA) ;
- soutien continu au mainstreaming du SIDA dans le renforcement des capacités pour la gestion des terres, par exemple en s'assurant que le nouveau projet de loi sur les biens fonciers abordera les questions liées au SIDA telles que les droits de propriété des veuves et des orphelins.

Dans ce qui suit, l'accent est mis sur le premier de ces trois éléments, l'approche du point d'accès qui doit faire décoller les réponses locales au SIDA

## Approche du point d'accès destinée à habiliter les conseils communautaires

### Définition de la vision, des buts et des objectifs

Le Lesotho comprend dix districts ayant chacun son conseil de district. En 2002, le ministère des administrations locales a commencé à mettre en œuvre une décision visant à diviser chaque district en zones de conseil communautaire et, ultérieurement, chacune de ces zones en circonscriptions. Il y a généralement de 10 à 15 circonscriptions et un représentant de chacune d'elles est élu au conseil communautaire. Dans chaque zone, une chambre



des chefs élit deux chefs au conseil communautaire. Chaque conseil communautaire envoie deux représentants siéger au conseil de district. Il y a ainsi 128 conseils communautaires et un conseil municipal (pour Maseru, la capitale nationale). Les conseils communautaires, le conseil municipal et les conseils de districts, ainsi que leurs personnels, assument certaines responsabilités antérieurement assumées par l'administration centrale. Avant les premières élections des administrations locales, en août 2004, des conseils communautaires provisoires ont été nommés et se sont vus attribuer des responsabilités limitées.

Depuis 2003, la GTZ travaille en étroite collaboration avec le ministère des administrations locales pour poursuivre la préparation de l'approche du point d'accès pour intégrer la lutte contre le SIDA dans l'administration locale. L'approche du point d'accès comporte les éléments suivants :

**Vision.** Les conseils communautaires sont les points d'accès à la lutte holistique du Lesotho contre l'épidémie de SIDA. Ils coordonnent la préparation des plans d'action des conseils communautaires qui, en fonction des priorités et des besoins, s'attaquent au VIH et au SIDA dans tous les secteurs. Ce sont également eux qui coordonnent et suivent la mise en œuvre des plans par les prestataires de services gouvernementaux et non gouvernementaux.

**Objet.** Constituer une plate-forme sur laquelle les ressources et les activités de toutes les parties intéressées, du fonds mondial aux programmes de responsabilité sociale des entreprises, sont regroupées et coordonnées pour faire face aux besoins de la population. C'est sur cette plate-forme que les parties intéressées, dans le cadre de leur mandat respectif, élaborent et mettent en œuvre des stratégies de lutte contre l'épidémie de SIDA en faisant participer les communautés et leurs représentants dès le début du processus. Une démarche basée sur la demande et sur le mainstreaming encourage et soutient les initiatives et les innovations communautaires, adopte et affirme le principe de subsidiarité,<sup>19</sup> encourage l'entraide et vise la durabilité des approches choisies.

<sup>19</sup> La subsidiarité est le principe selon lequel, lorsque c'est nécessaire, les administrations centrales donnent aux administrations locales la maîtrise des questions relevant essentiellement de ces dernières.

## Objectifs :

### *1. Assurer la compétence des conseillers, du personnel du conseil et d'autres leaders locaux en matière de VIH et de SIDA*

Pour être compétents en matière de VIH et de SIDA, il faut qu'ils sachent ce qu'est le VIH et comment il se transmet, comment on peut empêcher l'infection, comment on peut gérer l'infection grâce au dépistage, au traitement et aux soins, que le fait d'être infecté ne veut pas dire qu'on est automatiquement condamné à mourir de la maladie, et que les personnes séropositives peuvent vivre longtemps et être productives.



### *2. Donner les moyens aux administrations locales (conseils de districts et conseils communautaires) d'être les points d'accès à la lutte contre VIH et le SIDA*

Les administrations locales jouent un rôle de coordination dans l'élaboration des plans d'action en fonction des priorités communautaires et elles suivent leur mise en œuvre grâce au soutien des prestataires de services. Parmi les questions susceptibles d'aider les parties intéressées à comprendre le rôle qu'elles peuvent jouer dans la lutte contre le VIH et le SIDA, citons : parmi les aspects de leurs activités, quels sont ceux qui peuvent faciliter la propagation du VIH, ceux qui peuvent inhiber la propagation du VIH, ceux qui peuvent contribuer à l'impact du VIH, ceux qui peuvent au contraire l'atténuer.

### *3. Promouvoir un système basé sur la demande au niveau local, au niveau régional et au niveau national*

Dans un système basé sur la demande, les priorités des membres de la communauté ayant besoin de services sont inscrites dans les plans d'action qui informent et guident les autorités locales, régionales et nationales, ainsi que les prestataires de services, dans la planification et la fourniture des services, dans le cadre des politiques et stratégies nationales de lutte contre le SIDA.

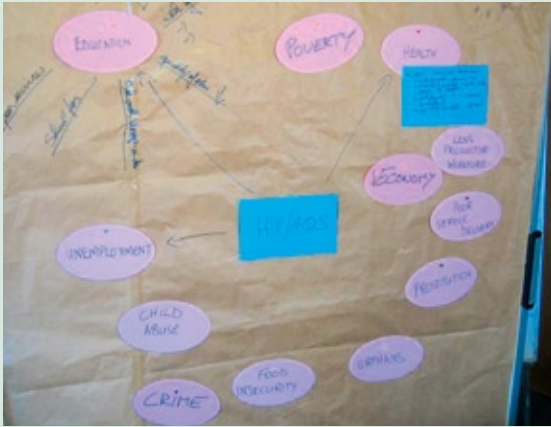
#### **Le projet pilote du district de Qacha's Nek**

Vers la fin de 2003, la GTZ et le ministère des administrations locales ont lancé un projet pilote chargé de mettre en place l'approche des points d'accès dans le district montagneux de Qacha's Nek. Ce district comptait alors 21 conseils communautaires provisoires dont certains avaient la charge de plusieurs minuscules villages et agglomérations rurales isolés où les personnes ayant besoin d'un traitement médical avaient l'habitude de faire deux ou trois jours de marche pour aller au centre de consultation le plus proche. Ce projet pilote avait pour objectif de renforcer les capacités des conseils à lutter contre l'épidémie de SIDA et de tirer les leçons de cette expérience pour préparer des directives pour le renforcement des conseils dans l'ensemble du Lesotho.

Ce projet pilote comportait deux phases :

- la première consistait à mettre en place des ateliers de formation donnant aux conseillers et autres leaders communautaires les connaissances et les compétences de base pour lutter contre le VIH et le SIDA ;
- la deuxième consistait à évaluer les impacts, c'est-à-dire à déterminer dans quelle mesure les conseils mettaient en pratique les leçons apprises dans les ateliers.





Dans la première phase, la Karolelano ea Tsebo Facilitators' Association (KaTseFA), organisation non gouvernementale basée au Lesotho, a collaboré avec la GTZ et le ministère des administrations locales pour planifier et conduire les ateliers. Il a été demandé à chacun des 21 conseils communautaires provisoires d'inviter 50 personnes - conseillers, chefs et notables de villages, guérisseurs, femmes, gardiens de troupeaux et représentants d'organisations de la société civile, y compris d'organisations religieuses - à participer aux ateliers. Deux animateurs bosothos,<sup>20</sup> soutenus par un conseiller technique du DED (Service allemand de développement), ont dirigé l'atelier pour chaque conseil. Chaque atelier comprenait des présentations et des exercices amenant les participants à :

- reconnaître l'existence du VIH et du SIDA et à en comprendre les caractéristiques fondamentales ;
- savoir qu'il n'y a aucune raison d'avoir peur des personnes vivant avec le VIH ;
- devenir proactifs dans l'amélioration de leurs propres conditions et de celles des membres de leur famille et des communautés.

Chaque atelier a duré sept jours entiers pendant lesquels les animateurs ont dormi à même le sol dans les écoles des villages et ont mangé ce que les femmes de la localité leur apportaient.<sup>21</sup> Pendant les ateliers, il a été demandé aux participants :

- de réfléchir aux causes et aux conséquences du VIH et du SIDA, y compris à leur impact sur les habitants de leurs villages, et de réfléchir à des solutions efficaces (prévention, traitement, soins et soutien, par exemple), notamment à la création d'un environnement favorable dans lequel les gens se sentent en sécurité et à l'aise, par exemple lorsqu'ils souhaitent bénéficier de conseils et se soumettre volontairement à des tests de dépistage ;
- de réfléchir aux services pouvant exister dans leurs communautés et à d'autres possibilités d'atténuer les impacts de la maladie, en tenant tout particulièrement compte des questions d'attribution des terres et de gestion des ressources naturelles de manière à garantir la sécurité d'approvisionnement en aliments nutritifs nécessaires pour que les séropositifs et les séronégatifs restent en bonne santé, résistent à l'infection et tirent le meilleur parti du traitement dont ils peuvent éventuellement bénéficier ;
- d'envisager des structures et des procédures (y compris traditionnelles) grâce auxquelles les personnes vivant dans leurs communautés pourraient évaluer leurs besoins de services, dresser des plans pour répondre à ces besoins, passer en revue les ressources à mettre en œuvre, puis assurer un suivi des services obtenus par voie de conséquence ;
- de créer, avec les personnes présentes les mieux informées et les plus engagées, des comités d'atténuation de l'impact du VIH et du SIDA chargés de faire des suggestions au conseil communautaire ;
- d'entreprendre l'élaboration, pour le conseil communautaire, d'un plan d'action assurant le mainstreaming du VIH et du SIDA dans chacun des projets prioritaires ;
- d'entreprendre, pour le conseil communautaire, l'élaboration d'un système de suivi et d'évaluation basé sur les résultats.

<sup>20</sup> Au Lesotho, la nationalité est traduite par le terme Mosotho (au singulier) ou Basotho (au pluriel). Les animateurs étaient des Basotho ayant une parfaite maîtrise de la langue principale, le sesotho.

<sup>21</sup> Par la suite, la formation s'est faite dans deux ateliers séparés de cinq jours chacun, le deuxième étant plus particulièrement axé sur la planification.

### Résultats du projet pilote

De septembre à décembre 2004, les interviews effectuées auprès de 390 des 650 membres des conseils communautaires ayant suivi la formation a montré qu'à peu près la moitié des objectifs avaient été atteints. Ainsi :

- les conseils communautaires avaient mis en place des comités d'atténuation de l'impact du VIH et du SIDA, une indication du leadership et de l'engagement des conseillers et de nombreuses autres personnes ;
- les conseillers avaient acquis les compétences nécessaires en matière de VIH et de SIDA et étaient prêts à lutter contre l'épidémie de SIDA dans les limites des pouvoirs des conseils communautaires ;
- les leaders et la population de chaque territoire géré par un conseil communautaire étaient plus unis et prêts à collaborer. Ils n'étaient toutefois pas certains de savoir qui était responsable de quoi et n'avaient encore pris aucune mesure. De plus, certains chefs (leaders traditionnels) refusaient de croire en l'existence du VIH et du SIDA et voyaient, dans les conseils communautaires, des concurrents susceptibles de menacer leur autorité traditionnelle. Ils faisaient activement opposition à la mobilisation communautaire contre le SIDA, par exemple en disant que personne ne devait parler aux enfants et aux jeunes de choses « sales » comme celles-là ;
- il y avait peu de signes témoignant de progrès réalisés dans l'élaboration de plans d'action pour chaque village et conseil communautaire. Les obstacles étaient le manque de clarté quant à savoir qui était chargé de lancer les processus de planification, le manque de connaissances sur la façon de planifier et le manque de moyens pour le faire ;

- on n'a constaté aucun progrès quant à la création de systèmes de suivi et d'évaluation qui, en tout état de cause, doivent normalement être prévus dans les plans et mis en place pendant la phase de mise en œuvre de des plans.

En conclusion, on ne peut pas dire que le projet pilote a été un échec. Au contraire, il a réussi à montrer que les attitudes vis à vis du VIH et du SIDA pouvaient changer et à identifier les problèmes qu'il fallait résoudre au cours des phases ultérieures d'instauration de l'approche du point d'accès.

### Préparation de lignes directrices pour une planification « rapide et maligne »

The pilot project demonstrated the need for a planning methodology that is easy to understand, practical and achieves results within a short time frame. The Community Councillors elected on 30 April 2004 have four-year terms and they need to develop Community Council Action Plans as quickly as possible in order to take full advantage of opportunities to get financial support for projects and programmes that benefit the people living in their areas.

In early 2005, GTZ began providing financial and technical support to planning by the Ministry of Local Government, the Qacha's Nek District Council and the Qacha's Nek District Planning Unit. Initially, they worked with just one Community Council, developing and testing the "Quick and Smart" planning methodology. As a result of this work, the Ministry of Local Government and GTZ published the Guidebook for Quick and Smart<sup>22</sup> in October 2005. It outlines a two-month planning process that includes:

1. un atelier d'une journée s'adressant au personnel du district ;
2. un atelier de pré-planification de deux jours avec les représentants et le personnel clé des conseils communautaires et des conseils de districts (y compris des unités de planification de districts) et d'une sélection d'organisations non gouvernementales ;

3. un atelier de formation de deux jours spécialement adapté à la localité et s'adressant à des équipes (de 2 à 4) de soutien de la planification locale ;
4. un atelier de deux jours pour chaque conseil communautaire où les conseillers se familiarisent avec le processus de planification, où il leur est demandé d'entamer le processus de remplissage des fiches d'informations communautaires, où ils sont formés à utiliser le kit de collecte d'informations lors des lipitsos, et se mettent d'accord sur les prochaines étapes et les calendriers, y compris en ce qui concerne l'envoi de lettres concernant les lipitsos aux chefs (les lipitsos sont des réunions traditionnelles de village) ;
5. un mois au cours duquel les conseillers communautaires ont des lipitsos de deux jours dans chaque circonscription du conseil ;
6. un atelier de cinq jours s'adressant à chaque conseil communautaire et s'appuyant sur les informations collectées sur les fiches d'informations communautaires et au cours des lipitsos pour produire un plan d'action du conseil communautaire, et s'achevant par l'approbation de ce dernier par le conseil communautaire ;
7. la communication des plans d'action des conseils communautaires au conseil de district.

► Le manuel de planification rapide et intelligente est contenu dans la section « boîte à outils » du CD-Rom et donne des instructions détaillées pour toutes les étapes ci-dessus.

## 2006 et au-delà

Tous les conseils de districts et les conseils communautaires des quatre districts du sud du Lesotho sont aujourd'hui compétents en matière de VIH et de SIDA. De plus, il existe, dans les dix districts, des conseils communautaires ayant une certaine expérience de la planification rapide et intelligente. Les leçons tirées de l'expérience acquise dans le district de Qacha's Nek ont permis d'affiner l'approche adoptée dans le district de

Mohale's Hoek et ce processus d'affinement s'est poursuivi et se poursuivra à l'avenir. Dans chaque district, un comité de coordination du développement est chargé de préparer le plan de développement de district. Ce comité est composé de représentants des ministères compétents du gouvernement national, de membres du personnel du conseil de district et d'une sélection d'organisations non gouvernementales. Il est primordial que les membres de ce comité soient compétents en matière de VIH et de SIDA et qu'ils connaissent bien le processus de mainstreaming et l'approche de planification rapide et intelligente. Un programme d'étude a été préparé pour former les comités de coordination du développement et il a été testé dans le district de Mohale's Hoek en juin 2006.

Le but recherché est d'établir un lien entre les priorités communautaires et les ressources financières disponibles. Il est d'autant plus urgent de préparer les plans que le budget national de la prochaine année financière sera établi en novembre 2006. Au niveau du district, il faut établir des liens avec le financement disponible sur le budget du ministère des administrations locales, sur celui d'autres ministères, sur le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et sur d'autres sources multilatérales et bilatérales.

En juillet 2006, la Commission nationale du SIDA et ses partenaires étaient sur le point de finaliser un nouveau cadre stratégique et politique national de lutte contre le SIDA pour 2006-2010 et ces deux documents exigent une approche multisectorielle globale de « quatre domaines » : 1) prévention, 2) soins, traitement et soutien, 3) atténuation de l'impact et 4) environnement favorable, dans lequel les questions de développement systémique (développement rural, pauvreté, égalité des sexes, etc.) sont abordées. Les documents reconnaissent le rôle important que les conseils de districts et les conseils communautaires doivent jouer pour accélérer la mise en œuvre du processus et pour que l'accès universel aux services devienne une réalité aussi rapidement que possible. Le gouvernement du Lesotho tient compte des coûts de lancement de l'approche du point d'accès dans la préparation du nouveau budget national.

# En Tanzanie, responsabilisation des districts et des cantons grâce au renforcement des capacités

## Le contexte

### Conditions socio-économiques

La République unie de Tanzanie a une population de plus de 38 millions d'habitants qui, pour la plupart, vivent sur le continent, à l'exception d'un demi-million qui vivent dans les îles semi-autonomes de Zanzibar. Sur le continent, les musulmans sont légèrement plus nombreux que les chrétiens et on compte également de nombreux adeptes de systèmes de croyances indigènes. Par contre, la population de Zanzibar est à 99 % musulmane.

Plus de 80 % des Tanzaniens vivent en zones rurales et la plupart dépendent de l'agriculture de subsistance. Ils sont également nombreux à pratiquer l'agriculture commerciale et les produits agricoles représentent environ 45 % du PIB et 85 % des exportations. Les services représentent près de 40 % du PIB mais emploient nettement moins de personnes. L'extraction de l'or et d'autres minéraux représente la majeure partie du reste du PIB. Le Rapport mondial sur le développement humain 2005 classe la Tanzanie au 164<sup>e</sup> rang dans la liste des 177 pays couverts. La division Population des Nations unies estime que, sans le SIDA, l'espérance moyenne de vie serait de 58 ans, alors qu'avec le SIDA elle n'est que de 46 ans.<sup>23</sup>

### Le point sur l'épidémie de SIDA

Selon les dernières estimations d'ONUSIDA, le taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans était de 6,5 % à la fin de 2005. 1,4 million de personnes vivaient avec le VIH et, sur ce nombre, 1,3 million étaient des adultes et 710 000 (54,6 % des adultes) étaient des femmes.<sup>24</sup> Selon l'enquête 2003-04 sur le VIH/SIDA en Tanzanie, la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans variait, dans les 21 régions continentales, de 2,0 % à 13,5 % et était en moyenne de 10,9 % dans les zones urbaines et de 5,3 % dans les zones rurales. Dans la plupart des régions, le taux de prévalence était plus élevé chez les femmes (12,0 % en moyenne dans les zones rurales et 5,8 % dans les zones rurales).<sup>25</sup>

La connaissance des moyens d'éviter la transmission du VIH était comparativement bonne, 87 % des adultes citant l'abstinence et 68,9 % d'hommes et 62,3 % de femmes citant à la fois la fidélité à un partenaire et l'utilisation régulière de condoms. Toutefois, le pourcentage des comportements à risque était également élevé, 23 % des femmes et 46 % des hommes déclarant des rencontres sexuelles avec un ou une partenaire autre que le conjoint au cours des 12 derniers mois. De nombreux indices montrent que les femmes (surtout si elles sont pauvres, si elles n'ont pratiquement pas fait d'études et/ou si elles vivent en zones rurales) sont plus particulièrement exposées à un risque élevé d'infection et ont un besoin urgent d'être informées et éduquées sur toutes les questions liées au VIH et au SIDA.

À la fin de 2005, environ 7 % des 315 000 Tanzaniens (estimation) ayant un besoin urgent d'une thérapie antirétrovirale la recevaient effectivement. Comme dans la plupart des autres pays de l'Afrique subsaharienne, cette proportion était loin de l'objectif « 3 millions d'ici 2005 ». <sup>26</sup> 98 sites (96 sur le continent, 2 à Zanzibar) offraient une thérapie et le gouvernement de Tanzanie accentuait ses efforts visant à faire en sorte que la thérapie soit plus largement disponible en augmentant le nombre de sites, notamment dans les zones rurales.

### La réponse nationale au SIDA

En 1985, le gouvernement de Tanzanie a institué le programme national de lutte contre le SIDA au ministère de la Santé et a adopté le premier plan de lutte contre le SIDA d'une série de plans à court et moyen termes essentiellement axés sur le secteur de la santé. En 2000, le président déclarait l'épidémie de SIDA « désastre national ». En 2001, des lois du Parlement ont approuvé une politique nationale sur le VIH/SIDA, créé la Commission tanzanienne de lutte contre le SIDA (TACAIDS) et demandé à tous les districts et cantons de nommer des comités multisectoriels de lutte contre le SIDA. La TACAIDS a collaboré avec un large éventail d'interlocuteurs pour élaborer le cadre stratégique

<sup>23</sup> Nations unies (2005). *Tendances démographiques : Révision 2004*. New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, division Population.

<sup>24</sup> ONUSIDA (2006). *Rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Genève, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA.

<sup>25</sup> Tanzania Commission for AIDS (2005). *2003-04 Tanzania HIV/AIDS indicator survey 2003-2004*. Mars. Dar es Salaam et Calverton, Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics, ORC Macro.

<sup>26</sup> OMS (2006). *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà*. Genève, Organisation mondiale de la santé.



multisectoriel de Tanzanie continentale sur le VIH/SIDA 2003-2007. Ce cadre fixe neuf objectifs pour quatre domaines stratégiques : 1) questions transsectorielles, y compris la création d'un environnement favorable ; 2) prévention, y compris les questions liées au genre ; 3) soins, traitement et soutien ; 4) atténuation des impacts socio-économiques du SIDA.

Depuis 2001, le financement national (dépenses publiques et argent payé de la poche des personnes affectées) de la réponse au SIDA a plus que doublé et, ajouté aux augmentations considérables du financement international, il a permis de faire des progrès non négligeables. Des campagnes d'information et d'éducation efficaces ont contribué à accroître la demande de condoms, de dépistage et de conseil volontaires (Voluntary Counselling and Testing - VCT) et de thérapie antirétrovirale bien au-delà de la capacité actuelle du pays à répondre à cette demande. Le principal problème consiste aujourd'hui à accélérer l'accès aux services dans les districts ruraux, cantons et villages dans lesquels vit la majeure partie de la population tanzanienne. La Tanzanie s'efforce de résoudre ce problème en renforçant les capacités des comités multisectoriels de lutte contre le SIDA dans les districts et les cantons. Grâce aux fonds de la Banque mondiale, elle met en place des agences régionales de facilitation qui offrent un soutien technique aux administrations locales et aux organisations de la société civile et simplifient la distribution des fonds aux prestataires de services.

### Formation des comités multisectoriels de lutte contre le SIDA dans les conseils et les cantons

#### Que sont les CMAC et les WMAC?

La Tanzanie continentale, dont la TACAIDS est responsable, est divisée en 21 régions administratives elles-mêmes divisées en 123 districts, villes, municipalités et cités. Chaque conseil est divisé en plusieurs cantons qui peuvent eux-mêmes compter jusqu'à huit villages. La loi du Parlement 2001 qui a institué la TACAIDS demandait également aux conseils de créer des « Council Multisectoral



AIDS Committees » (comités multisectoriels de conseil chargés de la lutte contre le SIDA - CMAC) et aux cantons de créer des « Ward Multisectoral AIDS Committees » (comités multisectoriels de canton chargés de la lutte contre le SIDA - WMAC).

La loi précise que chaque CMAC sera composé d'un président qui sera le président adjoint du conseil, d'un secrétaire qui sera le directeur du conseil (chef de direction) et de membres supplémentaires, à savoir des membres du Parlement de chacune des circonscriptions électorales du district, des conseillers de chacun des cantons du district, du coordinateur de la lutte contre le SIDA du district, de représentants des personnes séropositives (un homme et une femme), de jeunes (un garçon et une fille), d'organisations religieuses (un musulman et un chrétien), du réseau d'ONG participant aux interventions de lutte contre le VIH et le SIDA (un) et d'autres secteurs (un). Ultérieurement à la loi, il a été décidé que les CMAC devaient ajouter des membres représentant les secteurs de la santé, de l'éducation, du développement communautaire et de l'agriculture.

Les CMAC sont les principaux mécanismes de planification et de coordination des réponses communautaires au SIDA. Ils

- aident les cantons et les villages à créer et faire fonctionner leurs propres comités de lutte contre le SIDA ;
- contribuent à sensibiliser la communauté au problème du VIH et du SIDA ;
- évaluent la situation de leurs juridictions par rapport au VIH et au SIDA (nombre de personnes séropositives ventilé par caractéristiques, facteurs contribuant à de nouvelles infections par le VIH, etc.) ;

- donnent leur avis aux conseils et autres autorités, au niveau supérieur et inférieur, sur les arrêtés, politiques, programmes et projets ;
- évaluent les intérêts et les capacités des partenaires ou partenaires potentiels dans la réponse au SIDA.

Pour que les CMAC puissent assumer l'énorme responsabilité qui leur a été confiée par le gouvernement de Tanzanie, un renforcement de leurs capacités grâce à la formation et au soutien de leurs membres, ainsi qu'à d'autres moyens, est indispensable. C'est dans ce souci qu'en février 2003, la division PORALG (office du président pour les autorités régionales et locales) et la TACAIDS ont adressé une circulaire à tous les conseils pour leur communiquer des informations de



base et leur demander de prendre immédiatement les mesures nécessaires pour constituer des CMAC en nommant des membres et convoquant des réunions.

### L'enquête initiale

Dans sa volonté de préparer un programme de formation pour les CMAC, la TACAIDS a mis en place une équipe d'assurance-qualité qui a collaboré avec la GTZ, evaplan/université de Heidelberg (un cabinet de consultants) et

HealthScope Tanzania (un autre cabinet de consultants) pour concevoir et réaliser une enquête visant à définir les informations de base par rapport auxquelles mesurer les résultats de la formation. L'instrument d'enquête était un « avant et un après pour les CMAC », avec des questions visant à déterminer le niveau de connaissance des membres des CMAC sur la TACAIDS, le VIH et le SIDA, les besoins d'action sociale pour le SIDA et les obstacles rencontrés, et sur d'autres domaines devant être couverts pendant la formation (voir plus bas) pour assurer leur compétence en matière de SIDA.<sup>27</sup> Ce même instrument peut servir après la formation pour savoir ce que les membres ont appris et pour déterminer ce que peuvent être les besoins de formation supplémentaire.

Un échantillon de huit conseils de districts a été constitué pour participer à l'enquête en utilisant des critères tels que la forte prévalence du VIH, le grand nombre de réfugiés, les vastes territoires ne bénéficiant pas de services, et le manque de soutien de la part des bailleurs de fonds. Pour chaque conseil de district, 9 des 19 membres nommés ou potentiels des CMAC ont été interrogés, cinq lors d'une réunion de groupe et quatre individuellement. L'enquête a été réalisée par quatre intervieweurs, avec l'aide de deux surveillants, du 22 avril au 16 mai 2003. Elle a montré que :

- cinq conseils de districts sur huit n'avaient pas nommé de membres pour leurs CMAC mais avaient pu désigner des membres potentiels pour les interviews. Un seul conseil de district a pu montrer que les membres du CMAC s'étaient réunis une fois. Dans leur majorité, les membres nommés ou potentiels du CMAC ignoraient tout de leurs rôles et de leurs responsabilités. Beaucoup ne savaient rien de la TACAIDS et de son rôle au niveau de la réponse à l'épidémie

de SIDA. La plupart n'avaient pas consulté la circulaire ou tout autre document qui leur avait été envoyé pour les informer et les guider dans leur participation aux CMAC. Certains ont déclaré qu'ils ne voyaient pas quelle pouvait être l'utilité des CMAC.

- La plupart des membres nommés ou potentiels des CMAC avaient peu de connaissances sur le VIH et le SIDA et sur les questions connexes telles que les facteurs d'exposition des adultes et des jeunes à l'infection, les attitudes et les pratiques socio-culturelles susceptibles de contribuer au risque, à la stigmatisation et à la discrimination.
- La plupart étaient incapables de décrire les démarches pratiques à suivre pour des tâches telles que la planification d'une campagne de sensibilisation des jeunes et l'organisation d'un atelier de formation. Par contre, la majorité était capable d'identifier les ressources, autres que financières, disponibles dans leurs communautés, mais peu savaient comment établir un budget susceptible de les aider à accéder à des moyens financiers en dehors de leurs communautés. La plupart ne voyaient pas l'importance du suivi et de l'évaluation, alors que certains avaient participé à des projets et programmes liés au SIDA. Peu étaient à même de citer les éléments de base d'une bonne proposition de projet ou de programme.
- Aucun des conseils de districts n'avait pris de dispositions pour organiser des ateliers d'orientation initiale ou de formation pour leurs CMAC. La non-diffusion ou la non-lecture des informations (en partie en raison de faibles niveaux de maîtrise de la langue concernée), le manque de budget pour les réunions et l'incapacité de nommer un membre du personnel chargé de faire bouger les choses, ont été parmi les raisons expliquant le manque d'action concernant les nominations aux CMAC, les réunions et les ateliers.<sup>28</sup>



Compte tenu de ces considérations, l'enquête a identifié : 1) la nécessité d'étudier les attitudes et les pratiques socio-culturelles des groupes ethniques majoritaires en ce qui concerne le VIH et le SIDA, 2) la nécessité d'adopter, au niveau du district, des stratégies multisectorielles de lutte contre le SIDA élaborées au moyen de consultations avec un large éventail d'interlocuteurs, 4) la nécessité de renforcer les capacités des secrétariats administratifs régionaux afin de soutenir, suivre et évaluer les activités des conseils concernant le SIDA dans chacune des 21 régions administratives de la Tanzanie continentale, 5) la nécessité de poursuivre le renforcement des capacités des CMAC.

#### Réalisation de documents de formation

L'enquête initiale a également constitué une évaluation des besoins d'apprentissage pour la réalisation des documents du stage de formation. Grâce à une série d'ateliers, un groupe d'éducateurs et d'autres professionnels - représentant les organisations participant à l'élaboration et la mise en œuvre de la réponse de la Tanzanie au SIDA - a présenté les grandes lignes du concept, a rédigé le programme du stage et a préparé des modules de formation. Ce processus a été particulièrement participatif et il





est décrit en détail dans un CD ROM.<sup>29</sup> Les modules ont été testés dans deux districts puis affinés.

Le résultat, contenu dans la section Boîte à outils du CD-Rom, a été la réalisation de quatre manuels comprenant 10 modules de formation et un guide pratique :

- Manuel 1
1. Action sociale
  2. Données de base, prévention et lutte contre le VIH/SIDA
  3. Concepts et facteurs socio-culturels
- Manuel 2
4. Constitution de l'équipe, leadership et partenariat
  5. Gestion des ressources<sup>30</sup>

#### Animation et évaluation des ateliers de formation

En décembre 2003, la TACAIDS a recruté 50 animateurs de stages de formation qui ont eux-mêmes suivi un stage de quatre jours sur la façon d'utiliser les modules dans les ateliers de formation. La démarche adoptée a consisté à passer rapidement en revue une série d'ateliers, à commencer par les secrétariats administratifs régionaux, les CMAC, les WMAC et, éventuellement, les comités de villages pour la lutte contre le SIDA. Au début de 2004, un atelier de formation de trois jours a été organisé pour les secrétariats administratifs régionaux ; il était axé sur les modules susceptibles de contribuer à soutenir, coordonner et contrôler les travaux des CMAC. De mars à la fin de mai 2004, des ateliers de 14 jours ont été organisés pour la formation de chacun des CMAC.

En juin 2004, les animateurs des stages de formation, les représentants de la TACAIDS et les partenaires au développement ont participé à un atelier de deux jours pour tirer les leçons de l'expérience de formation des CMAC. Les principales leçons apprises ont été les suivantes.

- Pour avoir été affinés lors des tests préliminaires dans deux districts, les 10 modules de formation se sont révélés conviviaux et pertinents.
- Les ateliers sont plus efficaces lorsqu'on dispose de plusieurs animateurs présentant une grande diversité de compétences, de croyances, d'âge et d'expérience, ce qui augmente leurs chances de communiquer avec les participants de diverses origines, de diverses croyances, pratiquant diverses langues et ayant divers niveaux d'instruction.
- La diffusion de documents écrits (principes, lignes directrices) doit être suivie de communications plus personnelles, sinon les gens risquent de les ignorer ou de mal les interpréter.
- Les CMAC perdent de leur efficacité lorsque ses membres ne s'engagent pas vraiment dans la lutte contre le SIDA ou lorsqu'ils sont nommés pour un mandat d'un an puis remplacés par de nouveaux membres n'ayant ni formation ni expérience. (Alors qu'ils étaient membres de CMAC, peu de membres du Parlement ont assisté aux séances de formation.)
- La stigmatisation, la discrimination et la gêne éprouvée lors de discussions ouvertes sur le VIH et le SIDA et les activités qui y sont liées restent courantes, même chez les membres des CMAC, certains allant jusqu'à dire qu'ils préféreraient que des séropositifs ne soient pas membres de leurs comités.

<sup>29</sup> Les participants étaient des représentants de PO-RALG, de la TACAIDS, de la Mzumbe University, d'evaplan/université de Heidelberg, de l'Iringa Primary Health Care Institute, de l'African Medical Research Foundation, de CARE, d'ONUSIDA, du TANESA (Tanzania Netherlands Project to Support AIDS control in the Mwanza Region) et de la GTZ. Une description du processus est disponible sur CD ROM sur le site web d'evaplan/université de Heidelberg à l'adresse [ajouter un lien direct avec le sujet lui-même, pas simplement avec le site web].

<sup>30</sup> TACAIDS, GTZ BACKUP, evaplan/UH (2004). Training Manuals for HIV/AIDS Committees at Local Government Authorities. Dar es Salaam, Tanzania Commission for AIDS, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH – BACKUP Initiative, evaplan/université de Heidelberg.



### Planification des étapes suivantes

En juillet 2004, la TACAIDS, evaplan/université de Heidelberg et le programme de santé de la GTZ en Tanzanie ont organisé un atelier d'une journée avec toutes les parties intéressées par cette initiative.<sup>31</sup> Après avoir constitué trois groupes de travail, les participants se sont réunis et se sont mis d'accord sur un plan d'action pour les 6 à 12 mois à venir. Parmi les éléments de ce plan, citons :

- **Assistance technique aux CMAC** 1) sélectionner 10 des animateurs de formation utilisés pour les ateliers et leur offrir une formation supplémentaire de fournisseurs de soutien technique aux CMAC pendant qu'ils élaborent des plans stratégiques, des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, etc., 2) préparer une liste de contrôle du soutien des CMAC pour les aider à faire un suivi de leurs actions et de leurs procédures - rapports au conseil, fréquence des réunions, actions visant à définir le profil de l'épidémie de SIDA dans le district, etc., 3) mettre au point des outils et des indicateurs de suivi des CMAC, 4) collaborer avec les secrétariats administratifs régionaux pour prendre des mesures supplémentaires de mise en place du suivi et de l'évaluation, 5) faciliter la préparation de plans stratégiques de lutte contre le SIDA sur 5 ans pour les districts, 6) assurer une formation et un soutien aux coordinateurs de la lutte contre le SIDA dans le district (qui, à ce stade, et pour la plupart, sont les agents de développement communautaire du district).
- **Formation des WMAC** 1) avec l'aide des animateurs de la formation, désigner 6 membres de chaque CMAC et les former à l'animation d'ateliers de formation pour les WMAC, 2) insister plus particulièrement sur les modules les plus pertinents pour les WMAC - par exemple, les aider à comprendre le rôle important qu'ils peuvent jouer au niveau du suivi et de l'évaluation, 3) adapter les modules au contexte local - par exemple, à la nécessité d'aborder des pratiques socio-culturelles particulières.

- **Le rôle de la TACAIDS** 1) renforcer les capacités des secrétariats administratifs régionaux pour soutenir les CMAC, 2) si possible, faire en sorte que les secrétariats administratifs régionaux nomment des interlocuteurs clés en ce qui concerne le SIDA, par exemple les agents régionaux de développement communautaires, 3) renforcer les liens entre le PO-RALG et la TACAIDS, 4) renforcer les liens entre les coordinateurs de la lutte contre le SIDA dans le district et les agents et directeurs de la planification dans le district grâce à une formation commune, 5) sensibiliser le conseil de district et le public à la TACAIDS et à ses travaux.
- **Volonté politique** 1) préparer des programmes spéciaux d'éducation par les pairs s'adressant à divers leaders et les poussant à accepter leur responsabilité et leur devoir de lutter contre le VIH et le SIDA - par exemple, les membres du Parlement, les commissaires régionaux, les secrétaires administratifs régionaux, les conseillers de districts, les équipes de gestion de districts, 2) prendre comme mesure immédiate d'organiser des ateliers d'orientation conjoints PO-RALG/TACAIDS pour chacune de ces catégories de leaders, en utilisant les modules de formation les plus pertinents, 3) organiser un forum et créer une coalition d'organisations engagées dans l'action sociale contre le SIDA et la formation d'animateurs.

Les participants à l'atelier ont estimé qu'il était primordial d'offrir une assistance technique aux membres des CMAC dans les 6 à 12 mois qui ont suivi leur nomination pour s'assurer que leur formation avait servi à quelque chose et qu'ils avaient continué à apprendre, grâce à l'expérience pratique, jusqu'à ce qu'ils soient devenus experts de la lutte contre le VIH et le SIDA dans leurs districts, cantons et villages. Pour soutenir les efforts des CMAC au-delà de cette période de 6 à 12 mois, il faudrait former et soutenir les secrétariats administratifs régionaux pour qu'ils puissent offrir ce soutien continu aux CMAC.

<sup>31</sup> Fulgence, B (2004). Council AIDS Multisectoral Committees' Capacity Building : Report of the Planning Meeting Held on July 23rd 2004 at Kibaha, Dar es Salaam, Tanzania Commission for AIDS, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, evaplan/université de Heidelberg.

## Les résultats, évalués un an plus tard

Un an plus tard, en juillet 2005, l'initiative BACKUP<sup>32</sup> de la GTZ et evaplan/université de Heidelberg ont collaboré avec la TACAIDS pour assurer un suivi de soutien aux membres des CMAC ayant suivi une formation. Les CMAC de sept conseils de districts et d'un conseil municipal de la région de Mbeya ont été choisis pour cette opération pilote. Deux animateurs ont été recrutés, ont suivi une formation de trois jours et ont disposé de trois outils : 1) les termes de référence<sup>33</sup>, 2) un questionnaire pour l'évaluation des capacités des CMAC à préparer des plans multisectoriels de lutte contre le SIDA<sup>34</sup>, et 3) le modèle d'un rapport analytique à soumettre à la TACAIDS.<sup>35</sup>

Les animateurs sont allés voir les CMAC pendant trois jours pour :

- soumettre les membres clés des CMAC à des interviews structurées ;
- examiner les plans multisectoriels des CMAC sur la lutte contre le SIDA ;
- identifier les besoins des CMAC en matière de soutien technique ;
- faciliter une meilleure collaboration entre les personnes clés ;
- établir un dialogue sur la nécessité de répondre aux besoins budgétaires des CMAC et des WMAC ;
- distribuer les manuels de formation avec une version préliminaire d'une composante WMAC spéciale et engager le soutien technique pour assurer la mise en place et la formation des WMAC ;
- soutenir les étapes suivantes en planifiant la marche à suivre, et
- préparer les rapports analytiques pour la TACAIDS.

Le rapport final des animateurs<sup>36</sup> a dressé un bilan pour chaque district et pour le conseil municipal et a noté les résultats suivants :

- Sur les huit CMAC, six avaient organisé au moins trois réunions au cours de l'année mais une n'en avait organisé aucune. La participation moyenne aux réunions a été de 77 % et les sept CMAC s'étant réunis ont également adopté et mis en

œuvre des résolutions sur des questions telles que la mise en place et la formation des WMAC, la réalisation de profils de l'épidémie dans le district, la sensibilisation à la question du SIDA dans les écoles, la réalisation de documents informatifs, pédagogiques et de communication, etc.

- La nouvelle agence régionale de facilitation avait déjà commencé à offrir un soutien technique à six CMAC et avait prévu de rendre visite aux deux autres au cours du mois suivant (août 2005). Les résultats ont inclus le relevé et l'évaluation des installations et services liés à la lutte contre le SIDA et fournis par des organisations de la société civile, ainsi que l'évaluation des besoins de formation de ces organisations et des administrations locales.
- Sept CMAC avaient préparé des plans multisectoriels de lutte contre le SIDA et quatre avaient communiqué leurs plans à la TACAIDS pour analyse.

Quatre des districts disposaient d'installations offrant une thérapie antirétrovirale ; dans les huit, au moins cinq organisations de la société civile offraient des services liés au SIDA ; parmi les services offerts par elles et les installations publiques, citons : dépistage et conseil volontaires (VCT), soutien aux orphelins, sensibilisation aux soins et au traitement des personnes vivant avec le VIH, soins à domicile, traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST), prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), et sensibilisation du public.

- Les huit districts comprenaient un total de 138 cantons qui, tous, avaient pris des mesures pour mettre en place des WMAC ; la composition de 30 WMAC avait été vérifiée et la formation des membres de 26 d'entre eux avait commencé. Les cantons avaient tous pris eux-mêmes l'initiative de créer des WMAC après avoir reçu les lignes directrices. Dans un canton, tous les villages avaient constitué des comités multisectoriels de lutte contre le SIDA.

32 L'initiative BACKUP de la GTZ aide les pays à tirer parti des possibilités offertes par les initiatives mondiales de lutte contre le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

33 TACAIDS, evaplan/UH (2005). *Terms of Reference for Facilitators to do the CMACs follow up*. Dar es Salaam, Tanzania Commission for AIDS, evaplan/université de Heidelberg.

34 TACAIDS, GTZ BACKUP, evaplan/UH (2004). *Follow up of CMACs Activities at Council Level, questionnaire for the capacity assessment of CMACs in developing multi-sectoral HIV/AIDS plans*. Dar es Salaam, Tanzania Commission for AIDS, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH – BACKUP Initiative (Building Alliances Creating Knowledge Updating Partners), evaplan/université de Heidelberg.

35 TACAIDS, evaplan/UH (2005). *Analytical Report : Follow up activity of CMACs*. Dar es Salaam, Tanzania Commission for AIDS, evaplan/université de Heidelberg.

36 TACAIDS (2005). *Report of Supportive Follow Up of CMACs – Mbeya Region*. Dar es Salaam, Tanzania Commission for AIDS.

- Depuis leur création et la formation de leurs membres, les CMAC avaient conservé 85 % de leurs membres. Toutefois, six d'entre eux ne comptaient pas de personnes vivant avec le VIH parmi leurs membres et des personnes séropositives ont été recrutées lors des visites des animateurs.

Le rapport final faisait également état d'un certain nombre de problèmes à résoudre :

- L'ordre du jour des réunions des CMAC comportait souvent des points qui n'étaient pas strictement liés aux responsabilités des CMAC. Il n'était pas rare que les comptes rendus de réunions soient distribués trop tard pour que les membres aient le temps de les lire avant la prochaine réunion. Quatre CMAC n'avaient aucun calendrier des réunions et leurs membres étaient souvent prévenus au dernier moment des réunions, si bien qu'il leur était impossible d'y assister parce qu'ils avaient d'autres engagements. La plupart des CMAC ont signalé que les membres du Parlement n'avaient jamais assisté à leurs réunions.
- La plupart des CMAC n'avaient pas délégué leurs responsabilités en affectant des rôles particuliers à certains membres et bon nombre de ces derniers ne savaient pas très bien quels rôles ils avaient à jouer.
- Les CMAC ont signalé que bien qu'ils eussent préparé des plans multisectoriels de lutte contre le SIDA et proposé des projets et des programmes de lutte contre le SIDA dans divers secteurs, seuls les points concernant le secteur de la santé ont franchi le processus de la planification et celui de la budgétisation. Cela a notamment eu comme résultat que les plans de certaines organisations de la société civile n'ont pas été intégrés dans le plan de développement du conseil, si bien que certaines de ces organisations court-circuitaient les CMAC et adressaient directement leurs propositions à l'équipe de gestion du conseil.
- Cinq CMAC ne collaboraient pas avec des organisations de la société civile (OSC). Dans la plupart des districts, les OSC ne collaboraient pas entre elles au moyen de réseaux. La majorité

d'entre elles connaissaient mal la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA, le cadre stratégique multisectoriel de lutte contre le VIH/ SIDA 2003-2007 et le soutien que ces documents peut représenter pour elles.

- Les WMAC en étaient à leurs premières phases de développement et celui des comités multisectoriels de villages chargés de la lutte contre le SIDA était encore moins avancé.
- Vingt membres de CMAC n'avaient jamais suivi de formation et cela était également vrai pour deux coordinateurs de conseils pour le VIH et le SIDA qui assumaient pourtant la fonction de secrétaire de CMAC. Parfois, ces coordinateurs n'étaient pas membres de l'équipe de gestion du conseil de district, ils ignoraient par conséquent les processus budgétaires et de planification et n'avaient aucune compétence en budgétisation. Le manque de moyens financiers et d'équipement était courant.
- En raison de la tenue prochaine d'élections, il était fort probable qu'il y ait des changements significatifs parmi les membres du Parlement et les conseillers de districts et, par conséquent, parmi les membres des CMAC. Les nouveaux membres auraient besoin d'une formation.

Le rapport final faisait des recommandations relativement aux problèmes susmentionnés et soulignait la nécessité, pour les CMAC et leurs partenaires, de continuer de tirer parti de leur expérience et de renforcer leurs capacités pour pouvoir répondre aussi efficacement que possible au problème du SIDA.

Pour qu'ils puissent entreprendre des activités de lutte contre le SIDA pendant l'exercice 2006-2007, le ministère des Finances de Tanzanie a mis des fonds à la disposition des conseils en fonction de leurs populations et de leur niveau de pauvreté. Autrement dit, pour la première fois, les CMAC auront la possibilité de mettre leurs connaissances en pratique et de planifier des activités multisectorielles en sachant qu'ils disposeront d'un financement suffisant.

# Au Mpumalanga, mainstreaming de la lutte contre le SIDA dans les administrations provinciales, régionales et locales

## Le contexte

### Conditions socio-économiques

Le Mpumalanga, une des neuf provinces de la République d'Afrique du Sud, couvre 6,4 % de la superficie du pays et compte 6,9 % de sa population, soit plus de 3,2 millions d'habitants.<sup>37</sup> Situé dans la partie nord-est du pays, il est limitrophe du Mozambique et du Swaziland. Il connaît un taux de chômage très élevé qui a varié de 24,8 à 30,1 % sur la période allant de 2001 à 2005.<sup>38</sup> En Afrique du Sud, le recensement de 2001 a permis de constater qu'au Mpumalanga, 27,5 % des adultes de plus de 20 ans n'avaient jamais été scolarisés et que 15,5 % de plus l'avaient été mais n'étaient pas arrivés au terme de leur scolarité primaire.<sup>39</sup>

Selon le Rapport 2003 sur le développement humain en Afrique du Sud, le produit national brut par habitant du Mpumalanga était supérieur à la moyenne nationale tout comme l'étaient les inégalités de revenus. Il estimait à 54,8 % la proportion de sa population vivant sous le seuil national de la pauvreté. En grande partie en raison de l'épidémie de SIDA, l'espérance moyenne de vie était passée de 62,3 ans en 1990 à 46,0 ans en 2003.

### Le point sur l'épidémie de SIDA

En 2005, une enquête sur le VIH et le SIDA effectuée auprès des ménages a interrogé plus de Sud-Africains et en a plus soumis à des tests de dépistages que n'importe quelle autre enquête antérieure, et elle a constaté que la prévalence du VIH continuait d'augmenter, mais moins rapidement que par le passé.<sup>40</sup> Sur les neuf provinces, c'est au Mpumalanga que le taux de prévalence du VIH (23,2 %) était le plus élevé chez les adultes de 15 à 49 ans. Chez les moins de 35 ans, le taux de prévalence était nettement plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Par exemple, dans la tranche des 20 à 24 ans, le pourcentage de séropositifs était de 6,0 % chez les hommes contre 23,9 % chez les femmes ; dans celle des 25 à 29 ans, il était de 12,1 % chez les hommes mais de 33,3 % chez les femmes.

L'enquête a montré que dans l'ensemble de l'Afrique du Sud, la race est un facteur important de prévalence du VIH, en grande partie en raison des inégalités socio-économiques entre les races. Les pauvres vivent souvent dans un habitat informel où la prévalence du VIH est très supérieure à ce qu'elle est ailleurs. Dans l'ensemble du pays, chez les adultes de 15 à 49 ans, le taux de prévalence du VIH était de 13,9 % dans les logements officiels, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, contre 25,8 % dans les logements informels urbains et 17,3 % dans les logements informels ruraux.

À la fin de 2005, on estimait à 235 000 (soit 21 % du nombre total de Sud-Africains ayant un besoin urgent d'une thérapie antirétrovirale pour le SIDA) le nombre de personnes effectivement traitées par les services de santé publics ou privés. Parmi les personnes traitées, 93 % étaient encore en vie au bout d'un an, preuve s'il en est que le traitement et les soins sont de qualité lorsqu'ils sont disponibles.<sup>41</sup>



37 Statistics South Africa (2005). *Mid-year population estimates, South Africa 2005*. Pretoria, Statistics South Africa.

38 Statistics South Africa (2005). *Labour force survey September 2005*. Pretoria, Statistics South Africa.

39 Statistics South Africa (2005). *Primary tables Mpumalanga Census '96 and 2001 compared*. Pretoria, Statistics South Africa.

40 HRSC (2005). *South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey*. Johannesburg, Nelson Mandela Foundation (NMF) and Human Sciences Research Council (HSRC) of South Africa.

41 OMS (2006). *Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà*. Genève, Organisation mondiale de la santé.



### La réponse nationale au SIDA

Le gouvernement de la République d'Afrique du Sud a reconnu la nécessité d'une réponse multi-sectorielle au SIDA en 1997 et, après de vastes consultations, a produit le cadre stratégique national de lutte contre le VIH, le SIDA et les MST, 2000-2005. En 2000, le conseil des ministres a mis en place le conseil national sud-africain pour le SIDA (SANAC), un mécanisme de renforcement de la coopération entre le gouvernement et la société civile pour la mise en œuvre du plan. Depuis 2004, le gouvernement fédéral applique le plan opérationnel de soins, de gestion et de traitement exhaustifs du VIH et du SIDA<sup>42</sup> exhortant les neuf provinces à participer.<sup>43</sup> Ce plan demande de nouveaux investissements importants pour réduire la charge que représentent les équipements et le personnel de santé, premièrement grâce à la prévention, et deuxièmement en veillant à la bonne santé des personnes séropositives grâce à une bonne alimentation, à un mode de vie sain, à la prévention et au traitement des infections opportunistes et à la bonne gestion des traitements médicamenteux.

Si, depuis 2001, le gouvernement fédéral encourage les neuf provinces, leurs districts et leurs municipalités à créer leurs propres conseils du SIDA, le conseil national sud-africain pour le SIDA (SANAC) n'a pas été un vecteur très puissant et efficace pour l'engagement multisectoriel et la coordination. De multiples provinces, districts et municipalités ont constitué des conseils du SIDA dès 2001 mais bon nombre de ces derniers n'ont pas tardé à n'avoir aucune activité. Cela a été le cas du conseil du SIDA du Mpumalanga et des conseils régionaux et locaux du SIDA de la province. Depuis le début de 2004, en partie grâce au nouvel élan donné par le plan opérationnel du gouvernement fédéral et en partie en raison de la pression croissante exercée par les organisations de la société civile, les conseils du SIDA connaissent un nouvel essor dans toute l'Afrique du Sud.

Au sein du gouvernement provincial du Mpumalanga, le ministère des services sanitaires et sociaux (Department of Health and Social Services - DHSS) est chargé de superviser l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes de lutte contre le SIDA. Le DHSS ne tire toujours pas pleinement parti du financement fédéral mis à la disposition de la réponse au VIH et au SIDA même si cette dernière est plus vigoureuse depuis deux ans.

### Le mainstreaming dans le programme de développement rural du Mpumalanga

Lancé en 2001, le programme de développement rural du Mpumalanga (Mpumalanga Rural Development Programme - MRDP) s'appuie sur trois principaux partenaires – le gouvernement provincial du Mpumalanga, la GTZ et le service allemand de développement (DED) – et sur un certain nombre de partenaires de mise en œuvre, y compris plusieurs départements ministériels et deux municipalités de districts. Il a pour principaux objectifs d'améliorer la prestation des services et de soutenir le développement économique d'une part, et le développement durable des ressources naturelles d'autres part, dans les « poches de pauvreté » rurales de la province. Pour atteindre ces objectifs, il importe de travailler en étroite collaboration avec les municipalités locales et les communautés qui les composent.

La décision d'intégrer les composantes VIH et SIDA dans le MRDP a été dictée par le fait que les partenaires ont pris conscience que l'épidémie de SIDA avait de sérieuses implications sur l'ensemble du programme. Ils se sont mis d'accord pour intégrer les réponses au VIH et au SIDA dans le MRDP lui-même et dans les principaux programmes des institutions partenaires. Le processus de mainstreaming du VIH et du SIDA dans le MRDP associe les trois niveaux de gouvernement (provincial, régional et local) et tous leurs départements et services, et il établit un lien entre la société civile et le gouvernement grâce aux conseils du SIDA et au programme de soins à domicile (Home Based Care - HBC).

42 Department of Health (2003). *Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa*. Pretoria, ministère de la Santé, République d'Afrique du Sud.

43 SADC (2003). *SADC HIV and AIDS Strategic Framework and Programme of Action 2003-2007*. Gaborone, Communauté de développement d'Afrique australe.



Au niveau du gouvernement provincial du Mpumalanga, le MRDP a offert une assistance technique :

- au mainstreaming des mesures d'atténuation des effets du VIH et du SIDA dans les travaux de tous les services gouvernementaux ;
- à la mise en œuvre de la politique de lutte contre le VIH et le SIDA sur le lieu de travail pour tous les salariés du gouvernements ;
- au renforcement du soutien accordé par le gouvernement provincial au programme de soins à domicile (HBC) ;
- au renforcement du soutien accordé par le gouvernement provincial au programme de dépistage et de conseil volontaires (VCT).

Au niveau des districts et des municipalités locales, le MRDP a offert une assistance technique :

- au mainstreaming du VIH et du SIDA ;
- à la relance et au renforcement des conseils régionaux et locaux pour le SIDA, ainsi qu'au soutien de l'élaboration de stratégies régionales et locales de lutte contre le VIH et le SIDA.

### Le mainstreaming dans les ministères du gouvernement provincial

Entre août 2003 et mars 2004, le MRDP a soutenu une série d'ateliers de « mainstreaming » pour les ministères du gouvernement provincial.<sup>44</sup> Comme ils devaient assumer leur responsabilité, il était important qu'ils s'approprient le processus de mainstreaming dès le début en faisant participer les cadres supérieurs et moyens à la planification des ateliers avant d'y prendre part. Chaque ministère ayant sa propre structure, son propre mode

de fonctionnement et ses propres activités, le contenu et le déroulement des ateliers ont été adaptés aux conditions particulières de chacun d'eux.

Les ateliers ont été structurés autour de trois questions :

1. Comment l'épidémie risque-t-elle d'affecter les objectifs et les programme du ministère?
2. Comment le ministère est-il la cause de la propagation du VIH ou comment y contribue-t-il?
3. Dans quel domaine le ministère a-t-il un avantage comparatif lui permettant de contribuer à limiter la propagation du VIH et à atténuer l'impact de l'épidémie?

#### L'atelier de présentation

Des représentants de tous les ministères et du cabinet du premier ministre ont participé le 4 août 2003 à un atelier d'introduction au cours duquel ont été présentés des exercices encourageant les participants à :

- réfléchir aux causes et aux conséquences du VIH et du SIDA ;
- voir comment les ministères répondaient déjà au SIDA (par exemple, en facilitant le développement économique et la réduction de la pauvreté, cette dernière contribuant à la propagation du VIH) et comment ils étaient déjà liés les uns aux autres par des réseaux de coopération dans certains domaines ;
- réfléchir à la façon dont ils pourraient utiliser les réseaux existants ou mettre de nouveaux réseaux en place pour collaborer à l'élaboration et à la mise en place de stratégies de lutte contre le SIDA tirant parti des avantages comparatifs de chaque ministère ;
- formuler des recommandations de mesures que leurs ministères pourraient prendre, individuellement et collectivement, pour contribuer à lutter contre le SIDA.

### Sept ateliers ministériels

Au cours des mois qui ont suivi, sept ateliers d'un ou deux jours ont été organisés pour chacun des ministères suivants : 1) Travaux publics, réseau routier et transports ; 2) Administrations locales, réglementation et sécurité de la circulation ; 3) Services sociaux ; 4) Agriculture, conservation et environnement ; 5) Finances et affaires économiques ; 6) Éducation ; 7) Santé. Chaque atelier comportait des présentations et des exercices encourageant les participants à :

- discuter de la façon dont leur ministère peut contribuer aux impacts de l'épidémie. Par exemple, les participants du ministère des travaux publics, du réseau routier et des transports ont fait remarquer que le manque de coordination des horaires des transports publics laisse des clients bloqués toute la nuit dans des lieux n'offrant pas de possibilités de passer la nuit en sécurité et les expose au risque d'agression sexuelle et d'infection par le VIH ;
- discuter de la façon dont leur ministère peut répondre au VIH et au SIDA en interne, sur ses lieux de travail, et en externe, dans ses travaux. Par exemple, le ministère des travaux publics, du réseau routier et des transports fait remarquer qu'il a la possibilité de distribuer des condoms ; d'orienter les personnes vers les services liés à la lutte contre le SIDA ; d'influencer les entrepreneurs susceptibles de pratiquer la discrimination auprès des séropositifs qu'ils emploient ; de donner la priorité, dans sa propre planification et sa propre budgétisation, au développement et à l'amélioration de l'infrastructure des services liés à la lutte contre le SIDA ;
- discuter des plans opérationnels proposés pour les principales unités du ministère. Ces plans définissaient les activités, les indicateurs de suivi et d'évaluation, les responsables, les dates cibles, les budgets et les liens avec des partenaires potentiels d'autres ministères et des organisations non gouvernementales. Ils ont également

noté les contraintes institutionnelles (financement insuffisant, par exemple) dont il faudrait éventuellement tenir compte avant de finaliser les plans ;

- formuler des recommandations de mesures à prendre par leur ministère. D'une manière générale, ces recommandations concernaient la constitution d'équipes spéciales responsables devant la haute direction et chargées de faire progresser le processus de mainstreaming, la désignation du personnel responsable au siège ou ailleurs, les moyens d'établir des liens et de collaborer avec d'autres partenaires des administrations provinciales, régionales et locales et en dehors de l'administration.

Pour chaque ministère a été préparée une fiche d'information soulignant l'impact particulier du VIH et du SIDA sur le domaine d'activité du ministère et indiquant les moyens dont dispose ce dernier pour contribuer à l'efficacité de la réponse au SIDA.

► La série de 9 fiches d'information sur l'intégration de la réponse au VIH et au SIDA est disponible dans la section boîte à outils du CD-Rom.

### Le mainstreaming au niveau de l'administration régionale et locale

Le MRDP soutient les efforts de deux municipalités de district, Ehlanzeni et Nkangala, et des municipalités locales qui les composent, pour renforcer leurs capacités de répondre au SIDA dans le contexte de leurs programmes de développement. Leur but est d'intégrer les stratégies de lutte contre le SIDA dans leurs plans de développement et de coordonner les activités antiSIDA de toutes les parties intéressées - ministères de l'administration provinciale, organisations de la société civile, y compris les organisations communautaires prestataires de services.

### Atelier de Nkangala

En 2004, Nkangala et ses municipalités locales ont décidé de demander le soutien d'organisations communautaires et d'autres parties intéressées pour redonner vie à leurs conseils du SIDA devenus inactifs et les renforcer, et pour élaborer des stratégies de lutte contre le SIDA. Ils ont demandé au MRDP de soutenir leur action en les aidant à planifier et à animer un atelier de mainstreaming.<sup>45</sup> Les participants à l'atelier ont défini les possibilités suivantes de contribution à l'efficacité de la réponse locale au SIDA :

- ils sont en première ligne de l'épidémie, c'est-à-dire là où ses impacts se font le plus durement ressentir et où les services liés au SIDA sont offerts à ceux qui en ont besoin. Le processus de planification du développement intégré appliqué par le district et les municipalités locales leur donnent la possibilité de participer à la lutte contre le SIDA en évaluant les besoins et en planifiant ces services ;
- ils sont également bien placés pour comprendre et contrer les traditions et attitudes locales contribuant à la stigmatisation et à la discrimination et pour élaborer des programmes de lutte contre ces phénomènes, pour identifier les situations (par exemple, éviction d'un logement) exigeant une réponse rapide et intervenir à ce niveau, et pour identifier les guérisseurs traditionnels et les leaders communautaires populaires et les faire participer à la lutte contre le SIDA ;
- ils peuvent favoriser la mise en place d'organisations communautaires et les aider à créer des centres de soins à domicile, des centres de consultation à l'écoute des jeunes, ainsi qu'à mettre en place des installations et des services soutenus par des programmes nationaux et provinciaux ;
- ils peuvent intégrer les mesures de lutte contre le VIH et le SIDA dans leurs propres lieux de travail et leurs propres activités.

L'atelier s'adressant aux municipalités a utilisé les mêmes exercices que ceux qui avaient montré leur efficacité dans le cadre de l'atelier s'adressant aux ministères de l'administration provinciale, exercices qui ont été décrits plus haut et, comme précédemment, il s'est achevé par la préparation, par les participants, de recommandations de mesures à mettre en œuvre.

### Sommet du SIDA de Nkangala

En juin 2006, après deux ans d'expérience dans l'application des leçons tirées de l'atelier décrit plus haut et peu de temps après les élections des administrations locales, la municipalité du district de Nkangala a organisé un sommet auquel ont participé des leaders politiques et des représentants du ministère sud-africain des administrations provinciales et locales, des principaux ministères de l'administration provinciale du Mpumalanga, de la municipalité de district et des municipalités locales, d'entreprises privées et d'organisations de la société civile opérant dans le district. Ce sommet avait les objectifs suivants :

- sensibiliser aux réponses que peuvent donner les administrations locales au VIH et au SIDA ;
- mettre en commun les expériences et les leçons tirées de ces expériences, et réfléchir à des moyens d'harmoniser et de coordonner les efforts ;
- examiner le rôle et le statut des conseils régionaux et locaux de lutte contre le SIDA et tenir compte de leurs besoins de soutien technique et d'une plus grande représentativité ;
- examiner les politiques et stratégies sud-africaines de lutte contre le SIDA et réfléchir à la façon de les mettre en œuvre dans le district de Nkangala ;
- mettre en place, dans le district de Nkangala, un cadre stratégique de réponse au VIH et au SIDA.

Les principaux résultats du sommet seront présentés au conseil de district sous la forme de résolutions. Une fois approuvées par le conseil de district, ces dernières auront force exécutoire pour le district et ses municipalités locales.



### Soutien aux conseils régionaux (de districts) et locaux de lutte contre le SIDA

Au cours des six dernières années, de nombreuses municipalités régionales (de districts) et locales du Mpumalanga ont mis en place des conseils régionaux et locaux de lutte contre le SIDA. Pour asseoir leur mise en place et les rendre opérationnels, le MRDP a fourni à un certain nombre d'entre eux un soutien technique :

- pour l'élaboration de termes de référence et l'organisation et l'animation d'ateliers d'initiation, et pour les demandes de financement du renforcement des capacités et d'autres activités ;
- pour l'évaluation des impacts du SIDA sur leurs domaines d'activités, le relevé et l'évaluation des services existants et des besoins de nouveaux services, l'élaboration de stratégies et de plans d'action, l'identification des besoins de moyens et la coordination des structures et des processus.

### Résultats et marche à suivre

La plupart des départements ministériels du gouvernement provincial du Mpumalanga ont répondu aux questions soulevées lors des ateliers de formation en valorisant les postes de responsables de la lutte contre le VIH et le SIDA (c'est-à-dire des personnes chargées des questions liées aux rapports hommes/femmes dont les responsabilités couvrent un certain nombre de points) et en mettant à leur disposition plus de personnel et d'argent pour leur permettre de mener leurs tâches à bien. De plus, la moitié des ministères provinciaux ont intégré leurs stratégies de lutte contre le SIDA dans leurs plans stratégiques quinquennaux – faire du SIDA un problème majeur et donner les grandes lignes des objectifs stratégiques et des activités nécessaires pour le résoudre.

Grâce au soutien technique du MRDP :

- deux municipalités locales ont nommé des coordinateurs de la lutte contre le VIH et le SIDA ;
- six conseils locaux du SIDA ont élaboré des stratégies de lutte contre le VIH et le SIDA. L'une d'elles a été approuvée par le conseil municipal local et l'approbation des autres est en attente ;

- les leaders politiques des municipalités locales ont plus conscience du problème du VIH et du SIDA et participent plus aux activités qui lui sont liées. Par exemple, le maire, le président du conseil et les conseillers participent activement à l'examen des stratégies de lutte contre le VIH et le SIDA élaborées par les conseils locaux du SIDA.

En 2006 et 2007, le soutien du MRDP au mainstreaming dans les ministères de la province sera axé sur la mise en œuvre de projets sélectionnés de trois ministères clés : agriculture, administrations locales et logement, et planification et développement économique. Par exemple, il soutiendra un projet de jardinage et de promotion de la sécurité alimentaire et, en collaboration avec le Service allemand de développement (DED), il soutiendra le renforcement des capacités de la Small Enterprise and Development Agency (agence des petites entreprises et du développement), y compris de sa capacité à encourager et soutenir les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA sur le lieu de travail.

Le soutien constant du MRDP aux municipalités régionales (de districts) et locales comprendra :

- le soutien aux conseils du SIDA pour les aider à mener à bien leurs activités, y compris en ce qui concerne l'élaboration et l'examen de stratégies de lutte contre le SIDA ;
- la formation des conseillers municipaux (à partir de juillet 2006) pour les aider à intégrer la lutte contre le SIDA dans leurs plans de développement intégré ;
- le soutien du renforcement des capacités des conseils de districts et des conseils locaux de lutte contre le SIDA pour qu'ils puissent participer au processus de planification du développement intégré et s'assurer que les programmes et projets de lutte contre VIH et le SIDA sont budgétisés ;
- le soutien d'un atelier s'adressant à tous les membres des conseils régionaux (de districts) et locaux de lutte contre le SIDA et leur donnant la possibilité de mettre en commun leurs expériences et les leçons tirées de ces expériences ;
- l'intégration de la réponse au SIDA dans la stratégie locale de développement économique d'un district.

# Leçons apprises de l'expérience au Lesotho, en Tanzanie et au Mpumalanga

## Résultats obtenus à ce jour

Le rôle de la GTZ consiste à offrir une assistance technique et, ainsi, à faciliter les activités de ses partenaires dans les administrations nationales, régionales et locales, dans la société civile et dans les entreprises privées. Les résultats obtenus dans le soutien des initiatives de lutte contre le VIH et le SIDA au Lesotho, en Tanzanie et au Mpumalanga se mesurent essentiellement à l'aune de l'efficacité de leur mise en place et de leur mise en œuvre.

La continuation de cette réussite dépendra de la poursuite de son action par ses partenaires des administrations nationales, provinciales, régionales et locales et par ses partenaires de la société civile et du secteur privé. Elle dépendra également de la poursuite du soutien financier et technique accordé par les partenaires internationaux, notamment par la GTZ.

Les partenaires de la GTZ au Lesotho, en Tanzanie et au Mpumalanga ont été les pionniers de la décentralisation et du mainstreaming de la réponse au SIDA et ont consolidé ses bases sur la ligne de front de l'épidémie, dans les communautés où les prestataires de services sont au contact des personnes qui ont besoin des services de prévention du VIH et du SIDA, ainsi que des services de traitement, de soins et d'atténuation de leurs impacts. Ils ont appris en procédant par tâtonnement et en corrigeant leurs erreurs au fur et à mesure.

## Principaux problèmes et quelques moyens de les résoudre

Partout, les partenaires du développement coopératif connaîtront les types de problèmes que la GTZ et ses partenaires ont rencontrés au Lesotho, en Tanzanie et au Mpumalanga. Les principaux sont les suivants :

**Manque d'argent** Le rapport 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA confirme qu'à l'échelle mondiale et dans la plupart des pays en développement, les fonds disponibles pour lutter contre le SIDA ont considérablement augmenté au cours des cinq dernières années, mais qu'une bonne partie de ces fonds n'atteint jamais la ligne de front de l'épidémie où les services liés à la lutte contre le SIDA sont fournis à ceux qui en ont besoin. Il est urgent de simplifier les processus bureaucratiques, d'aider les administrations à accéder aux fonds et à gérer les dépenses, d'harmoniser le flux d'argent vers les lignes de front de l'épidémie et d'en tirer parti dans les communautés. Cela suppose énormément de travail de la part de toutes les parties concernées, du niveau international vers le niveau local, et inversement.

=> **Se préparer à utiliser les fonds disponibles** Il est particulièrement urgent que les acteurs communautaires collaborent et montrent qu'ils sont prêts à faire bon usage des fonds disponibles en évaluant leurs besoins et en préparant les plans d'action et les programmes et projets qui ont besoin d'être financés.



**Manque de moyens** Compte tenu du manque de moyens financiers et, donc, du manque de personnel qualifié, d'installations, d'équipements et de fournitures, la plupart des gens ne bénéficient pas, de loin s'en faut, des services de base (santé, éducation et autres) promis lors des accords internationaux ratifiés par les pays donateurs et les pays en développement.

**=> Faire avec ce que l'on a**

Au Lesotho, en Tanzanie et au Mpumalanga, de nombreux acteurs ont reconnu que compte tenu des contraintes liées à leur peu de ressources, la meilleure chose à faire est de chercher des solutions locales qui dépendent moins de professionnels qualifiés, et d'installations, d'équipements et de fournitures dernier cri. Grâce au soutien technique, le personnel paraprofessionnel et les bénévoles peuvent offrir une bonne partie des services que pourraient offrir des professionnels, et ils peuvent

le faire en utilisant les installations, les équipements et les fournitures les plus élémentaires. Dans le secteur de la santé, par exemple, ils peuvent assurer le service de dépistage et de conseil volontaires (DCV) à domicile et pratiquement dans tout type de centre local, y compris dans les écoles, et peuvent également donner des soins aux patients en contrôlant l'utilisation des médicaments prescrits et les aider à rester en bonne santé et à résister aux infections en s'assurant qu'ils se nourrissent correctement.

**Important roulement du personnel**

Le renouvellement fréquent des représentants élus, du personnel et des bénévoles, à tous les niveaux de l'administration, ainsi que dans les organisations de la société civile, est un problème commun au Lesotho, à la Tanzanie et au Mpumalanga. Par ailleurs, il y a souvent des ingérences politiques, si bien que les personnes les plus qualifiées et les plus dévouées ne sont pas toujours celles qui occupent les postes clés. Il est par conséquent difficile d'assurer la continuité de la planification et de la réalisation des programmes, sans compter qu'il y a de nombreux retards et de nombreuses incuries dus à la nécessité permanente de mettre le nouveau personnel « dans le rythme ».

**=> Planification rapide et intelligente**

La démarche de planification rapide et intelligente adoptée par le Lesotho promet d'être un moyen très efficace d'évaluer les besoins et les priorités en première ligne de l'épidémie, c'est-à-dire dans les communautés où vivent ceux qui ont besoin des services. Elle est facile à assimiler par tous, si bien que les nouveaux venus ne sont pas confrontés à des courbes d'apprentissage trop abruptes, et elle est limitée dans le temps, si bien que ceux qui sont là au début

du processus de planification seront encore là à la fin de ce même processus.

**=> Ancrage de la réponse au SIDA dans les communautés**

D'une manière générale, la population des petites communautés rurales est relativement stable, tout comme le sont les leaders de ces communautés. Si certaines personnes peuvent être élues un jour et pas l'autre dans certains conseils, elles n'en restent pas moins dans leur communauté et ont tendance à servir en d'autres qualités, par exemple comme leaders d'organisations communautaires prestataires de services. Lorsque la réponse à donner au SIDA est planifiée au niveau de la communauté et qu'en fin de

compte sa mise en œuvre consiste essentiellement à fournir des services dans ces mêmes communautés, il est moins nécessaire de s'inquiéter de l'importance du roulement du personnel et du manque de continuité aux niveaux plus élevés de l'administration.

#### Craintes, stigmatisation et discrimination

Lors des ateliers organisés au Lesotho, en Tanzanie et au Mpumalanga, même les conseillers des programmes communautaires DCV et les responsables ministériels des questions de VIH et de SIDA, ont parlé de la crainte d'être soumis à un test de dépistage du VIH, d'être exposés à un éventuel non-respect de la nature confidentielle du résultat et de faire l'objet de comportements stigmatisants et discriminatoires. Souvent, aussi, ils se sont sentis mal à l'aise face à la question du VIH et du SIDA et aux attitudes et comportements sexuels pouvant être la cause de la transmission. En raison de cette gêne, il leur a parfois été difficile de s'engager dans des discussions ouvertes et de chercher des solutions pratiques aux problèmes de la prévention, du traitement, des soins et de l'atténuation des effets, problèmes souvent liés à des questions d'égalité sexuelle, de responsabilisation des femmes et de droits des enfants, y compris des orphelins.

=> **Traiter le mal à la racine** La crainte, la stigmatisation et la discrimination sont à la fois des réalités très personnelles et très sociales. Elles sont liées aux traditions, aux valeurs culturelles, aux croyances religieuses et aux attitudes qu'on trouve dans toute communauté. Les chefs, les personnes âgées, les guérisseurs traditionnels, les leaders religieux et les leaders d'opinion naturels (personnes dont les qualités personnelles imposent le respect) de la communauté peuvent être à l'origine des craintes, de la stigmatisation et de la discrimination, mais cela veut également dire qu'ils sont bien placés pour lutter contre ces phénomènes. Il

est préférable que les programmes d'information, d'éducation, de dialogue et de discussion soient élaborés et appliqués au niveau communautaire, en étroite collaboration avec les personnes susmentionnées et avec les femmes, les hommes et les jeunes. Il est ainsi possible de traiter le mal à la racine et d'éliminer toute cause de crainte, de stigmatisation et de discrimination.

#### Apprendre, mais en s'adaptant

Le Lesotho, la Tanzanie et la province de Mpumalanga font tous partie de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) et pourtant ils sont très différents, chacun se caractérisant par une structure gouvernementale, des traditions culturelles, des conditions socio-économiques et une évolution de l'épidémie de VIH et de SIDA qui leur sont propres. Il est évident qu'il n'existe pas de solution toute faite de lutte contre le SIDA pour ces trois pays, mais grâce à la SADC et à d'autres organisations africaines et internationales, ils collaborent pour trouver une réponse et tirent mutuellement parti de leurs expériences.

La présente publication est un résumé de la façon dont ces trois pays ont trouvé des réponses décentralisées au SIDA. La boîte à outils qui l'accompagne contient plusieurs exemples des recettes qu'ils ont utilisées pour planifier leur réponse et la mettre en œuvre. Il est peu probable que dans d'autres pays les partenaires de la lutte contre le SIDA puissent ou veuillent suivre leurs exemples à la lettre ou utilisent, tels quels, les outils particuliers qui sont les leurs, mais la GTZ espère sincèrement que dans ces autres pays les partenaires de la lutte contre le SIDA trouveront leurs exemples et leurs outils utiles pour planifier et mettre en œuvre leur propre réponse décentralisée au SIDA.



# Bibliographie

Fulgence, B (2004). Council AIDS Multisectoral Committees' Capacity Building : Report of the Planning Meeting Held on July 23rd 2004 at Kibaha. Dar es Salam, Tanzania Commission for AIDS, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, evaplan/université de Heidelberg.

GTZ (2005). Boite à outils : "Mainstreaming VIH / SIDA : Comment nous le faisons." (DVD). Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH.

HRSC (2005). South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey. Johannesburg, Nelson Mandela Foundation (NMF) and Human Sciences Research Council (HSRC) of South Africa.

Kimaryo, S et al, Editors (2004). Turning a Crisis into an Opportunity : Strategies for Scaling Up the National Response to the HIV/AIDS Pandemic in Lesotho. A Publication of the Partnership of the Government of Lesotho and the Expanded Theme Group on HIV/AIDS, Lesotho. New Rochelle, New York, Third Press Publishers.

National AIDS Commission Tanzania (2005). 2003-04 Tanzania HIV/AIDS indicator survey 2003-2004. March. Dar es Salaam and Calverton, Tanzania Commission for AIDS, National Bureau of Statistics, ORC Macro.

ONUSIDA (2006). Rapport de 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA.

ONUSIDA (2006). Rapport de 2006 sur l'épidémie mondiale de SIDA. Genève, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA.

PNUD, ONUSIDA, Banque mondiale (2005). Mainstreaming du VIH et du SIDA dans les secteurs et les programmes : un guide de mise en œuvre pour les réponses nationales. New York, Genève, Washington, Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA, Programme de développement des Nations unies et Banque mondiale.

ONUSIDA/PNUD/BM (2006) : « Mainstreaming du SIDA dans le développement : Pourquoi et comment faire »

Nations unies (2000). Déclaration du Millénaire :

Assemblée générale des Nations unies, 55e session, 6 septembre 2000. New York : Nations unies.

Nations unies (2001). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA : Assemblée générale des Nations unies, session spéciale sur le VIH/SIDA, 25-27 juin 2001. New York, Nations unies.

Nations unies (2005). Résultats du sommet mondial 2005. New York, Nations unies.

Nations unies (2005). Perspectives démographiques mondiales : Révision 2004. New York, Département des affaires économiques et sociales des Nations unies, division Population.

OMS (2006). Élargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : Rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà. Genève, Organisation mondiale de la santé.

## Sites web

Gouvernement du Lesotho, Health Services  
[www.lesotho.gov.ls/lshhealth.htm](http://www.lesotho.gov.ls/lshhealth.htm)

Gouvernement d'Afrique du Sud, Partnership against AIDS  
[www.info.gov.za/issues/hiv/index.htm](http://www.info.gov.za/issues/hiv/index.htm)

GTZ, Support for the global HIV and AIDS response  
[www.gtz.de/en/themen/soziale-entwicklung/hiv-aids/894.htm](http://www.gtz.de/en/themen/soziale-entwicklung/hiv-aids/894.htm)

South African Department of Health, National HIV/AIDS and Treatment Unit  
[www.doh.gov.za/aids/index.html](http://www.doh.gov.za/aids/index.html)

Southern African Development Community, HIV and AIDS Programme  
[www.sadc.int/](http://www.sadc.int/)  
(Voir lien, en bas du menu, à gauche)

Tanzania Commission for AIDS (TACAIDS)  
(Voir lien, en bas du menu, à gauche)  
[www.tacaids.go.tz](http://www.tacaids.go.tz)

# Outils à télécharger sur l'internet

Les outils et documents d'information ci-dessous ont été élaborés dans le cadre de ce projet ; ils peuvent être téléchargés en cliquant sur

<http://hiv.prg.googlepages.com/bringingtheaidsresponsehome>

## **Pour le Lesotho**

- Plan d'action pour les conseils communautaires ; modèle à utiliser par tout conseil communautaire
- Manuel de planification rapide et maligne pour les conseils communautaires
- Kit de collecte d'informations au cours des lipitso: pour aider les conseillers communautaires à connaître les priorités communautaires

## **Pour la Tanzanie**

10 manuels de formation pour les comités de lutte contre le SIDA au niveau des autorités locales

## **Pour la province du Mpumalanga**

Une série de neuf fiches d'informations pour le mainstreaming d'une réponse au SIDA à l'intention des administrations locales et du gouvernement provincial

# Liste des acronymes et des abréviations

AMICAALL	Alliance of Mayors and Municipal Leaders on HIV/AIDS in Africa	ONU	Nations Unies
BACKUP	Building Alliances Creating Knowledge Updating Partners	ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere	OSC	Organisations de la société civile
CHAC	Council HIV and AIDS Coordinators	PCMT	Prevention of mother-to-child transmission
CMAC	Council Multisectoral AIDS Committee	PIB	Produit intérieur brut
DCV	Dépistage et conseil volontaires	PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
DED	Deutscher Entwicklungsdienst	RLAG	Regional Administration/Local Government's division
DHSS	Department of Health and Social Services	SADC	Southern African Development Community
DVD	Digital Versatile Disc	SANAC	South African National AIDS Council
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
HBC	Home Based Care	TACAIDS	Commission tanzanienne de lutte contre le SIDA
HCNUR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	TANESA	Tanzania Netherlands Project to Support AIDS control in the Mwanza Region
IST	Infections sexuellement transmissibles	UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
KaTseFA	Karolelano ea Tsebo Facilitator's Association	UNFPA-FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
LAPCA	Lesotho AIDS Programme Coordinating Authority	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
MRDP	Mpumalanga Rural Development Programme	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
NMF	Nelson Mandela Fund	WMAC	Ward Multisectoral AIDS Committee
OIT	Organisation internationale du travail		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		
ONG	Organisation non gouvernementale		

## Contacts et crédits

**Auteurs et experts responsables de l'approche**  
 Au Lesotho: Silvio Decurtins, Kirsten Röttcher  
 Au Tanzania: Brigitte Jordan-Harder et Michael Marx (evaplan Ltd.)  
 Au Mpumalanga, Afrique du Sud: Julia Weinand

Publié par  
**Groupe HIV allemande d'évaluation par les pairs**  
 Projet « Renforcer la contribution allemande à la riposte mondiale contre le sida »  
 Responsable: Dr. Thomas Kirsch-Woik  
 Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH  
 Dag-Hammarskjöld-Weg 1-5  
 65760 Eschborn / Germany  
 E [aidsprg@gtz.de](mailto:aidsprg@gtz.de)  
 I <http://hiv.prg.googlepages.com/home>

**Interlocuteur à la GTZ**  
 Division Santé, Éducation, Protection Sociale  
 Projet « Renforcer la contribution allemande à la riposte mondiale contre le sida »  
 E [aids.ms@gtz.de](mailto:aids.ms@gtz.de)

**Interlocuteur au Ministère Allemand de Coopération Economique et du Développement (BMZ)**  
 Dr. Jochen Böhmer, Section 311  
 E [jochen.boehmer@bmz.bund.de](mailto:jochen.boehmer@bmz.bund.de)

**Écrivain:** Stuart Adams  
**Photographie:** Stefan Emmel, Regina Görden, Kirsten Röttcher, Jaqueline Saaiman, Julia Weinand

Eschborn, first edition: juillet 2006,  
 cette édition: décembre 2007

La Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH est une entreprise de la coopération internationale pour le développement durable qui opère sur tous les continents de la planète. Elle propose des solutions d'avenir pour le développement politique, économique, écologique et social dans un monde globalisé. Dans des conditions parfois difficiles, la GTZ soutient des processus complexes de changement et de réforme, son objectif étant d'améliorer durablement les conditions de vie des populations dans les pays de coopération.

