

Préparé pour

REDSO/WCA

aux termes du PIO/T No. 624-0510-3-10018

et l'Office de Population

Bureau de la Recherche et du Développement

Agence pour le Développement international

Washington, D.C.

aux termes du contrat No. DPE-3024-Z-00-8078-00

Projet No. 936-3024

91-146-141
300-94007

**PREVENTION ET LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA
ET POPULATION/PLANIFICATION FAMILIALE:
POSSIBILITES D'INTEGRATION
DES PROGRAMMES ET DES ACTIVITES
EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

par

William Bair

Peter Clancy

John Paul Clark

Ann Leonard

Juan Londoño

William Lyerly

Joseph Wiseman

Celia Woodfill

Travaux sur le terrain

3 septembre - 23 octobre 1992

Annoté et réalisé par

Population Technical Assistance Project
DUAL Incorporated and International Science
and Technology Institute, Inc.

1601 North Kent Street, Suite 1014

Arlington, Virginia 22209

Phone: (703) 243-8666

Telex: 271837 ISTI UR

Fax: (703) 358-9271

Rapport No. 91-146-141

Publié le 5 mars 1993

Table des Matières

Glossaire des termes	iii
Remerciements	v
Résumé analytique	vi
1. Introduction	1
1.1 Le statut de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne	1
1.2 Tendances programmatiques du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne	2
1.3 Population et planification familiale	4
1.4 Objectif de l'étude, description des tâches, composition de l'équipe et méthodologie	7
2. Avantages et inconvénients de l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de population/planification familiale	10
2.1 Définition et explication de l'intégration	10
2.2 Avantages de l'intégration des activités	11
2.3 Inconvénients liés à l'intégration des activités	14
3. Enseignements tirés des activités de planification familiale pouvant s'appliquer aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA	17
3.1 Politiques	17
3.2 Formation	19
3.3 Campagnes d'IEC et de motivation	19
3.4 Prestations de services	21
3.5 Marketing social	24
3.6 Produits de base	24
3.7 Recherche et évaluation	24
3.8 Questions de gestion	25
4. Manières dont on peut intégrer les activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA	27
4.1 Elaboration de politiques	27
4.2 Formation	30
4.3 Activités d'IEC	32
4.4 Prestations de services	36
4.5 Marketing social	41
4.6 Système d'approvisionnement et de logistique pour les condoms	43
4.7 Recherche et analyse	45
5. Intégration des programmes de lutte contre les MST et des programmes de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA	49
5.1 Intégration avec les programmes de planification familiale	49
5.2 Intégration aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA	50
5.3 Contraintes à l'intégration	51

6.	Aspects liés à la gestion des pays hôtes et de l'A.I.D. et questions de conception et de réalisation de projets	52
6.1	Aspects liés à la gestion des pays hôtes	52
6.2	Aspects de gestion pour l'A.I.D.	52
6.3	Questions liées à la conception et à la réalisation de projets	54
7.	Contraintes à l'intégration de la planification familiale, du VIH/SIDA et des MST	56
7.1	Contraintes au niveau des politiques	56
7.2	Contraintes au niveau des programmes	57
8.	Conclusions	59
9.	Recommandations	65

Liste des Tableaux

Tableau 1	Population en Afrique subsaharienne (1992)	6
Tableau 2	Prévalence de la contraception et taux de natalité dans des pays africains choisis	8

Liste des Annexes

Annexe A	Termes de référence	71
Annexe B	Bibliographie	74
Annexe C	Liste des personnes contactées	85
Annexe D	Observations pertinentes des interviews avec le personnel des Offices A.I.D. de Population et de Santé, du Bureau Afrique, de Family Health International et de l'Organisation mondiale de la Santé	92
Annexe E	Profils de programme: Zimbabwe, Ouganda et Botswana	101
Annexe F	L'impact démographique de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne	138
Annexe G	Programmes soutenus par l'A.I.D. pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne	150
Annexe H	Méthodologie de projection pour les besoins en condoms	161
Annexe I	Bref examen de la planification familiale et du marketing social du VIH/SIDA en Afrique et dans d'autres endroits concernés	164
Annexe J	Bref examen des activités de planification familiale et d'IEC pour le VIH/SIDA en Afrique et dans d'autres endroits concernés	169
Annexe K	Futurs besoins de recherche	173
Annexe L	Liste de vérification pour évaluer les possibilités d'intégration de la planification familiale et des programmes du VIH/SIDA	182

Glossaire des termes

ACP	Programme de Coordination du SIDA (Zimbabwe)
AHPA	Projet de Prévention du VIH/SIDA en Afrique
A.I.D.	Agence pour le Développement international
AIDSCAP	Projet de Prévention et de Lutte contre le SIDA
AIDSCOM	Projet de Soutien technique pour le SIDA, volet communication
AIDSTECH	Projet de Soutien technique pour le SIDA, volet technique
ARC	AIDS-related complex
ARTS	Office d'Analyse, de Recherche et de Soutien technique
ATSP	Projet de Soutien technique pour le SIDA
AVSC	Association pour la Contraception chirurgicale volontaire
AZT	Médicament antirétroviral
BOFWA	Association pour le Bien-Etre familial du Botswana
BOTSPA	Projet d'Assistance au Secteur de la Population du Botswana
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques Couples-Années de Protection
CEE	Communauté économique européenne
CDC	Centers for Disease Control
CIDA	Agence canadienne pour le développement international
DAMP	Mobilisation pour la lutte contre le SIDA au niveau district
DANIDA	Organisation danoise du Développement international
DIU	Dispositif intra-utérin
EDS	Enquêtes démographique et de Santé
EIL	Experiment in International Living
FDA	Fonds de Développement pour l'Afrique
FdF	Formation des Formateurs
FHI	Family Health International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FPAU	Association de Planification familiale de l'Ouganda
GTZ	Coopération technique allemande
HAPA	Projet de Prévention régional du VIH/SIDA pour l'Afrique
IEC	Information, Education et Communication
INTRAH	Programme international pour la Formation et la Santé
IPP	Indicateurs de Performance de Programme
IPPF	Fédération internationale de Planification familiale
JHPIEGO	Programme Johns Hopkins pour l'Education internationale en Santé reproductive
JHU/PCS	Service de commande en matière de population de l'Université Johns Hopkins
MS	Ministère de la Santé
MSC	Marketing social des Contraceptifs
MST	Maladie sexuellement transmissible

NORAD	Organisation norvégienne de la Collaboration pour le Développement
OBP	Organisation bénévole privée
ODA	Organisation de Développement à l'Etranger (britannique)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
P/PF	Population/Planification familiale
PF	Planification familiale
PIO/T	Commande de mise en œuvre de projet
PNLS	Programme national de Lutte contre le SIDA
PASE	Plan d'Ajustement structurel économique
PMI	Protection maternelle et infantile
PNLS	Programme national de Lutte contre le SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POPTECH	Projet Assistance technique pour la Population
PSI	Population Services International
R&D	Recherche et Développement
REDSO/WCA	Bureau régional de Soutien au Développement économique de l'A.I.D. en Afrique de l'ouest et du centre
SADCC	Congrès de coordination pour le développement pour l'Afrique australe
SEATS	Projet d'expansion et de soutien technique de services de planification familiale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise Autorité suédoise pour le Développement international
SOMARC	Social Marketing for Change (projet)
TASO	Organisation de soutien pour la lutte contre le SIDA
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence américaine pour le Développement international (mission)
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
YWCA	Association chrétienne des jeunes femmes
ZNFPC	Conseil national de la Planification familiale au Zimbabwe

Remerciements

L'équipe tient à exprimer ses remerciements aux nombreuses personnes et organisations qui l'ont aidée à réaliser la présente étude. Il convient de faire une mention spéciale des personnes qui ont su donner l'impulsion de départ à cette étude, à savoir le Dr. Souleymane Barry du Bureau régional de Soutien au Développement économique en Afrique centrale et de l'ouest (REDSO/WCA) et le Dr. Mario Jaramillo de John Snow, Inc. Ces personnes ont joué un rôle extrêmement important, reconnaissant l'éventuelle valeur de l'intégration des programmes de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) et des programmes de planification familiale et ont aidé à élaborer le cadre conceptuel de l'étude. Le Dr. Jaramillo a apporté une assistance des plus précieuses à Washington au moment où l'équipe démarrait l'étude et la contribution du Dr. Barry à l'analyse en Côte d'Ivoire a été extrêmement utile.

Les responsables de l'Agence pour le Développement international (A.I.D.) du Bureau de la Recherche et du Bureau de la Population et de la Santé ainsi que du Bureau Afrique ont généreusement offert leur temps et leur assistance pour fournir à l'équipe la documentation nécessaire aux fins d'examen. L'équipe a également reçu un excellent soutien du Bureau du Recensement, de The Futures Group et de Family Health International.

La mission américaine à Genève a arrangé des interviews avec le personnel concerné de l'Organisation mondiale de la Santé qui a su éclairer d'un jour nouveau les politiques et activités du Programme mondial de Lutte contre le SIDA.

L'assistance apportée par les responsables et les secrétaires des services de santé, de population et de nutrition des missions de l'USAID au Zimbabwe, au Botswana et en Ouganda a été fort appréciée puisqu'ils ont identifié les personnes devant être interviewées et les projets devant être visités et ont pris pour cela les arrangements nécessaires. Leur intime connaissance de ces programmes fut un complément précieux aux observations de l'équipe.

Mais avant tout, l'équipe aimerait mentionner combien a été apprécié l'accueil chaleureux du personnel des organisations visitées avec lequel l'équipe s'est entretenue. Qu'il s'agisse du Ministre de la Santé au Zimbabwe ou du conseiller d'un centre de planification familiale à Fort Portal, à 125 km de la capitale de l'Ouganda, l'équipe a reçu des réponses franches et utiles de personnes très préoccupées par la planification familiale, du VIH/SIDA et du bien-être de leur pays. L'équipe a été touchée par la dure réalité de l'épidémie du SIDA en Afrique et par les problèmes que rencontrent les familles pour nourrir et éduquer leurs enfants dans les conditions économiques actuelles. La tâche est en effet dantesque. Et pourtant, l'engagement et la compassion avec lesquels les personnes contactées confrontent ces problèmes donnent lieu à de l'espoir.

Résumé analytique

Introduction

En l'espace de quelques années, le SIDA a pris des proportions épidémiques dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Les taux d'infection anténatale par le VIH dans les zones urbaines et périurbaines ont atteint 25 à 40 pour cent dans des pays comme la Zambie et le Rwanda. L'accroissement rapide de la population, trois pour cent en moyenne dans les pays de l'Afrique subsaharienne, continue à dépasser les capacités qu'ont ces sociétés à nourrir, à garder en bonne santé, à éduquer leurs enfants et à leur fournir du travail lorsqu'ils deviennent des adultes. La plupart des démographes s'entendent pour dire que, bien que l'impact du SIDA sur la future croissance démographique sera importante - environ un point de pourcentage - le taux de croissance continuera à être élevé. Parallèlement, il est important de noter que l'impact du SIDA sera bien plus important que ne le suggère le nombre général des habitants vu ses conséquences disproportionnées sur les segments de la société économiquement productifs (c'est-à-dire le groupe d'âge des 20 à 35 ans).

Si le taux de croissance démographique est un élément pivot du développement économique, le souci pour la santé et le bien-être des mères, des enfants et des familles continue à être la grande raison d'être de la planification familiale en Afrique subsaharienne. Dans de nombreux cas, cette préoccupation est accentuée par l'épidémie du SIDA devant le nombre toujours croissant d'orphelins, les soins supplémentaires et le poids que représente le SIDA pour les familles touchées par cette maladie.

A l'évidence, il existe des points de contact entre les programmes qui font la lutte au SIDA et ceux qui s'occupent des modes de procréation menaçant la vie des mères et des enfants et le bien-être économique des familles. La communauté de la santé publique pense qu'il y a moyen de prendre plus efficacement en charge ces deux grandes préoccupations en intégrant dans une certaine mesure les programmes de population/planification familiale et ceux du VIH/SIDA par le biais d'une plus grande coordination des activités.

Champs d'action de l'étude

Dans le cadre du projet de l'A.I.D. pour la prévention du VIH/SIDA en Afrique (HAPA), REDSO/WCA a demandé à une équipe de cinq experts de la planification familiale et du VIH/SIDA, aidés par le personnel de l'A.I.D., de faire la présente étude sur les possibilités d'intégrer les programmes et les activités de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA et de population/planification familiale en Afrique subsaharienne. Les termes de référence demandaient à l'équipe:

- d'évaluer la faisabilité technique et administrative et les implications qu'aurait l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA aux programmes en place de population et de planification familiale, et

- de fournir des directives stratégiques et des conseils pratiques aux missions de l'USAID concernant la manière dont les programmes de population et de planification familiale peuvent effectivement aider à enrayer la propagation de l'épidémie du SIDA.

Les interviews avec des responsables de programmes à Washington, à Genève et dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, l'examen de documents pertinents et les visites sur place auprès de divers projets de planification familiale et de VIH/SIDA au Zimbabwe, au Botswana et en Ouganda ont permis à l'équipe d'examiner les possibilités et les implications liées à l'intégration des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA.

Résultats et conclusions d'une étude

Avantages et inconvénients de l'intégration

Bien que l'étude mette en garde contre une intégration complète des activités, elle n'en voit pas moins certains avantages éventuels liés à l'intégration dans certaines circonstances. Les avantages possibles concernent notamment le fait qu'on puisse puiser dans l'expérience des organisations non-gouvernementales (ONG) qui interviennent dans le domaine de la planification familiale; qu'on puisse réaliser les programmes, tant de planification familiale que de lutte contre le VIH/SIDA, dans un contexte plus communautaire et plus mobile, au lieu des centres fixes; qu'on puisse atteindre plus efficacement les publics cibles, à savoir les hommes et les jeunes (et avoir une discussion plus ouverte et plus franche sur la sexualité humaine et les contraceptifs) et qu'on puisse réaliser plus efficacement les travaux de recherche ou de mise en place de politiques dont les thèmes sont communs aux deux domaines. Quant aux inconvénients, ils ont trait à l'expérience décevante faite jusqu'à présent en ce qui concerne l'intégration de la planification familiale et de la protection maternelle et infantile (PMI); le risque de surcharger des systèmes faibles à l'heure actuelle et aux divergences d'opinion des responsables du programme du VIH/SIDA et de la planification familiale quant aux contraceptifs qui sont les plus appropriés.

Enseignements tirés des programmes de planification familiale

Certaines des leçons tirées des programmes de planification familiale s'appliquent au programme de lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit aussi bien de disposer d'un solide soutien en matière de politiques que de la nécessité impérieuse de sortir du contexte clinique, peut-être même du système sanitaire lui-même et d'amener les programmes aux communautés en s'adressant aux besoins de publics qui, jusqu'à présent, ont été mal servis par la planification familiale, à savoir les hommes et les jeunes. Les programmes de planification familiale ont montré combien il était nécessaire d'avoir de solides programmes de formation et d'information, d'éducation et de communication (IEC) et de pouvoir compter sur une disponibilité régulière de services et un approvisionnement fiable de tous les produits nécessaires.

Expérience des programmes de planification familiale et de VIH/SIDA dans le pays même

Lors des visites faites au Botswana et en Zimbabwe, on a observé deux des meilleurs programmes de planification familiale réalisés en Afrique. Mais le programme de planification familiale en Ouganda ressemble davantage à ceux de maints autres pays d'Afrique subsaharienne qui ne se sont pas donnés l'infrastructure, le personnel qualifié, les systèmes de supervision et de logistique et les solides programmes d'IEC nécessaires pour apporter des services efficaces à une plus grande proportion de la population. Le Botswana et le Zimbabwe ont des approches verticales et intégrées à la planification familiale avec des services de PMI et de planification familiale donnés dans un climat soutenu par de solides politiques suggérant qu'une intégration supplémentaire avec le VIH/SIDA pourrait être productive. Par ailleurs, les efforts faits par des ONG en Ouganda en vue d'intégrer la planification familiale à la PMI et au VIH/SIDA indiquent que des efforts considérables doivent être faits si l'on veut que cette intégration réussisse.

Dans chaque pays visité, les responsables locaux de la Fonction publique et des soins de santé pensaient qu'il était inévitable d'intégrer, dans une certaine mesure, la planification familiale et le VIH/SIDA. La manière dont était envisagée cette intégration et les étapes pratiques suggérées étaient spécifiques aux divers pays et variaient selon le contexte de politiques, la solidité relative du programme de planification familiale et l'expérience déjà faite au niveau de l'intégration d'autres activités. Le thème commun qui se dégagait était que, quel que soit le degré d'intégration prévu aux niveaux supérieurs des programmes, il y aurait forcément une certaine intégration au niveau client. Les clients qui viennent consulter les prestataires des services de planification familiale et de VIH/SIDA ont des problèmes qui communs aux deux programmes. Cela signifie que les prestataires de services doivent être mieux équipés pour pouvoir répondre à ces préoccupations. Et puisque qu'on juge que le VIH/SIDA touche toute la population en Afrique subsaharienne et pas seulement des groupes cibles spécifiques, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les programmes de planification familiale répondent donc aux besoins d'une population en grande partie identique. Le souci de prendre en charge les orphelins, tout le poids que cela représente sur les familles élargies et la santé des mères exposées aux risques, tant du VIH/SIDA que de la grossesse, furent les raisons mêmes invoquées par la plupart du personnel soignant qui pensait qu'il existait une relation étroite entre les deux programmes.

Domaines proposés pour l'intégration des activités

Bien que le rapport insiste sur le fait que tout essai d'intégration doive être sélectif, spécifique au pays et au programme et doive insister sur la coordination des activités plutôt que sur une fusion complète des opérations des programmes, certaines suggestions sont faites quant aux types d'activités intégrées pouvant être entreprises. Par exemple, le dialogue en matière de politiques peut être combiné pour renforcer le soutien national donné, tant au programme de planification familiale qu'à celui du VIH/SIDA, pour permettre une discussion plus ouverte sur la sexualité humaine (surtout avec les jeunes) et pour supprimer les barrières entravant l'importation ou la publicité sur les condoms. Une formation combinée ou conjointe des prestataires de services du VIH/SIDA ou de la planification familiale pourrait être mise sur pied pour que les deux

groupes disposent de compétences minimales dans chacune des disciplines, pour améliorer les compétences aux conseils et à la prise en charge psychosociale, pour faire participer d'autres membres du personnel soignant et pour améliorer la gestion des programmes. On pourrait étudier les possibilités d'une planification, voire même d'une programmation conjointe des activités d'IEC, non seulement pour le grand public mais également pour les programmes ciblant tout particulièrement les jeunes et les hommes. Ces efforts seront particulièrement efficaces si les mass médias et la communication interpersonnelle sont complémentaires, si les programmes d'IEC sont sous-tendus par un solide réseau de prestations de services, si l'on fait appel aux moyens de communication populaire tels que les chansons et les pièces de théâtre et si la communauté participe à l'élaboration et aux tests des messages.

Le meilleur potentiel pour intégrer les activités ou prestations de services se situe au niveau des approches non cliniques réalisées dans la communauté peut-être plus acceptables aux yeux des planificateurs de la santé puisque les préoccupations soulevées par le VIH/SIDA sont combinées à celles liées à la planification familiale. Ces activités pourraient être particulièrement efficaces si elles sont organisées de sorte à arriver jusqu'aux hommes et aux jeunes qui, jusqu'à présent, ont souvent été ignorés par les programmes de planification familiale. Le marketing social des contraceptifs, tout particulièrement des condoms, serait un moyen logique pour joindre les objectifs des programmes du VIH/SIDA et de la planification familiale d'une manière efficace par rapport au coût qui catalyse la participation du secteur privé, améliore le contexte général des politiques aussi bien pour la planification familiale que pour la prévention du VIH/SIDA et répond aux besoins d'une part importante de la population. Toutefois, il s'agit de faire attention pour que la distribution gratuite et non-ciblée des condoms n'entrave pas l'efficacité du marketing social et pour qu'une trop grande importance donnée à l'autosuffisance n'ait pour résultat que certains groupes à faibles revenus soient ignorés.

De nombreux domaines de la recherche sociale et biomédicale se prêtent bien à l'intégration des problèmes liés à la planification familiale et au VIH/SIDA. Cela s'applique tout particulièrement aux domaines qui nous renseignent davantage sur la sexualité humaine, sur les processus décisionnels, sur les relations de pouvoir entre l'homme et la femme, sur l'impact du SIDA sur la planification familiale, sur la manière dont la contraception ou la grossesse influencent la progression du VIH/SIDA, sur les améliorations de la technologie contraceptive au milieu de l'épidémie du VIH/SIDA et sur les meilleures technologies pour évaluer le coût-efficacité des programmes intégrés ou pour mesurer leur impact.

Une plus grande intégration des systèmes de produit/logistique des programmes de planification familiale et du VIH/SIDA pourrait être l'occasion d'améliorer les prévisions des besoins en matière de condoms. Actuellement, il semble y avoir un problème assez grave au niveau de la projection des besoins, de l'achat et de la distribution de condoms. Il faudra de meilleurs modèles de prévision ainsi que de meilleurs moyens pour mesurer l'utilisation effective. Les décisions sont essentielles concernant les sources les plus appropriées de l'offre et du financement. Il faudra une formation et un soutien pour de meilleures pratiques d'emmagasinage et de distribution si l'on veut répondre à la demande croissante pour des condoms.

Bien qu'on se rende compte qu'il existe des problèmes importants lorsqu'on cherche des approches efficaces par rapport au coût pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et les besoins en matière de logistique, il y a sûrement moyen de prêter une plus grande attention à ce domaine aussi bien pour renforcer les programmes de planification familiale que pour lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA.

Questions relevant de la gestion des programmes

Certains problèmes de gestion sont notés, par exemple le nombre élevé de programmes réalisés par des bailleurs de fonds exigeant une importante coordination entre organismes donateurs si l'on veut que l'intégration réussisse; la faiblesse de la structure de la plupart des organisations locales, d'où la question de savoir si elles sont en mesure de réaliser des programmes intégrés efficaces et les problèmes de réorganisation pouvant être exacerbés par des programmes de réajustement structurel et économique. Les problèmes de gestion au niveau de l'A.I.D. concernent, d'une part, la pénurie générale de personnel qualifié nommé à des postes d'importance capitale pour planifier et mettre en œuvre des programmes intégrés, et d'autre part, les méthodes bureaucratiques au sein de l'A.I.D. qui encouragent davantage des programmes séparés qu'intégrés. Les missions de l'USAID ont besoin d'une plus grande marge de manoeuvre pour combiner la planification familiale et les activités de lutte contre le VIH/SIDA en une seule stratégie et partant, pour pouvoir soutenir les initiatives locales sur le plan intégration. Des suggestions sont proposées face à ces problèmes aussi bien dans la section gestion de l'étude que dans une annexe qui présente une liste de vérification permettant d'évaluer les possibilités d'intégrer les programmes de VIH/SIDA et de planification familiale.

Contraintes à l'intégration

Des contraintes à l'intégration sont constatées, tant au niveau des politiques que des programmes: soutien national insuffisant, procédures bureaucratiques rigides, manque de coordination, manque d'enthousiasme de la part de partis dont les intérêts sont bien assis dans la bureaucratie et pénurie de ressources. Les problèmes liés à l'insuffisance de l'approvisionnement et des systèmes de distribution entravent encore davantage des programmes qui, par ailleurs, ont une trop grande orientation médicale, des approches faibles en ce qui concerne les jeunes et les hommes, des approches en matière de contraception pour le VIH/SIDA et la planification familiale qui ne sont pas entièrement compatibles et une concentration des ressources techniques et financières dans les zones urbaines.

La dichotomie qui existe entre la politique apparente concernant la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA au sein de l'A.I.D./Washington et celle exprimée en Afrique subsaharienne par le personnel du pays hôte et des missions de l'USAID représente une autre contrainte de taille à l'intégration réussie des activités. Il semblerait que la position de l'A.I.D./Washington qui s'attache davantage aux interventions ciblant des groupes à hauts risques entrave l'intégration au programme de planification familiale qui eux, visent des couples en âge de procréer. En Afrique subsaharienne, on pense que le VIH/SIDA touche bien davantage la population en général, rendant rationnelle l'intégration avec la planification familiale.

(Suite à des visites sur le terrain, le personnel du Bureau Santé de l'A.I.D. a indiqué à l'équipe de l'étude que l'approche de l'A.I.D./Washington à la lutte et à la prévention du VIH/SIDA est bien plus souple que celle stipulée par le personnel de l'A.I.D./Washington et le personnel du Projet de prévention et de lutte contre le SIDA financée centralement (AIDSCAP) et bien plus large que les opinions concernant la position de Washington qui prédominaient lors des discussions avec le personnel de terrain. L'Office de la Santé devrait clarifier cette politique pour tous ceux concernés.)

Recommandations

Politiques

1. Les Offices de la Population et de la Santé et le Bureau Afrique de l'A.I.D. devraient préparer des directives conjointes à l'attention des missions de l'USAID en Afrique subsaharienne qui:

- clarifient l'impact démographique actuel et éventuel de l'épidémie du SIDA et qui insistent sur la continuation d'un solide programme de population et de planification familiale, tant pour des raisons de santé familiale et de bien-être, que pour des raisons démographiques et de développement macro-économique;
- indiquent les possibilités d'intégration des activités du VIH/SIDA et de la planification familiale qui devraient être examinées par pays;
- démontrent comment des projets financés centralement peuvent être utilisés pour exécuter les activités intégrées;
- mettent au clair la manière dont le Bureau Afrique reverra les documents de mise en œuvre des projets pour une plus grande souplesse dans l'intégration des activités du VIH/SIDA et de la planification familiale au vu du financement, des priorités stratégiques, de la gestion et des limitations des méthodes actuelles d'analyse du coût-efficacité;
- résolvent les questions apparentées à la dichotomie entre les groupes cibles des programmes VIH/SIDA et de la planification familiale; et
- soulignent la priorité qui sera accordée par les missions de l'USAID de concert avec d'autres bailleurs de fonds et en consultation avec les pays hôtes aux efforts cherchant à obtenir un plus grand engagement financier et un leadership nationaux pour les programmes de planification familiale et de VIH/SIDA.

2. Les personnes chargées de concevoir les projets, soit de prévention du VIH/SIDA, soit de planification familiale, devraient évaluer attentivement la possibilité d'intégrer ces projets en articulant des objectifs soutenant les deux domaines. Uniquement dans des cas exceptionnels

faudrait-il chercher à intégrer entièrement les deux programmes. Il faudrait commencer par une intégration sélective ou une coordination d'activités spécifiques où l'action commune est à l'évidence bénéfique et pour laquelle il n'y a pas besoin de mouvement de masse des ressources humaines ou financières.

3. Dans le cadre du dialogue en matière de politiques et de l'élaboration de projet, des responsables des programmes devraient chercher plus loin que les justifications sur le plan santé en faveur de la planification familiale ou des programmes de VIH/SIDA et trouver des solutions ailleurs que dans le système sanitaire.

Programmes

4. Les personnes chargées de concevoir les programmes cherchant à obtenir un maximum d'avantages de l'intégration devraient donner la priorité aux activités conjointes qui font sortir les programmes du cadre des centres fixes, font participer les communautés et élargissent la disponibilité de services adaptés culturellement par le biais d'activités communautaires (par exemple distribution communautaire, programmes sur les lieux du travail, marketing social, utilisation de guérisseurs traditionnels et programmes avec des organisations de jeunes femmes). Les leaders africains doivent participer à part entière à la conception et à la réalisation du programme pour être sûr que celui-ci réponde aux coutumes et aux besoins locaux.

5. Sans pour autant ignorer les besoins particuliers des hommes et des femmes en âge de procréer, il convient d'accorder la plus haute priorité à des programmes intégrés s'occupant plus efficacement des besoins des jeunes.

6. Les concepteurs des programmes devraient également voir les possibilités d'intégration de la planification familiale et des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les services de planification familiale et dans les centres fixes du programme de lutte contre le VIH/SIDA (par exemple les centres de prise en charge psychosociale).

7. Des efforts conjoints devraient être faits par les responsables de la planification familiale et du programme de lutte contre le VIH/SIDA pour inclure les informations et conseils concernant la planification familiale aux services offerts à un nombre croissant de couples qui se rendent dans les centres de test anonymes du VIH/SIDA.

8. Quel que soit le niveau et la complexité d'intégrations prévues, les concepteurs des projets doivent faire attention à ce qu'il y ait un nombre suffisant de responsables de programmes et de membres du personnel chargés de la prestation et que ces derniers reçoivent une bonne formation.

9. Ceux qui participent aux programmes de planification familiale et du VIH/SIDA devraient démarrer un dialogue pour identifier les carrefours où les campagnes peuvent être mutuellement constructives.

10. Quelles soient intégrées ou non, les campagnes d'IEC devraient utiliser aussi bien les mass médias que la communication interpersonnelle de manière à profiter aux deux.

11. Au regard de la gravité des questions de population/planification familiale et du VIH/SIDA, les programmes doivent prendre les actions qui s'imposent pour assurer une discussion franche et ouverte de la sexualité humaine et des dangers que posent la grossesse et le VIH/SIDA pour les adolescents.

12. Les responsables de programme doivent vérifier que des services sont effectivement fournis en réponse aux programmes d'IEC qui les encouragent.

13. Un solide programme de recherche devrait être élaboré, surtout du fait que l'intégration favorise l'étude de certaines questions importantes aussi bien pour la planification familiale que pour le VIH/SIDA.

14. La communauté des bailleurs de fonds, conjointement avec les pays hôtes, doit en premier lieu terminer le travail commencé en vue de rationaliser les prévisions des besoins en matière de condoms, acheter les condoms de la meilleure qualité au prix le plus bas, distribuer les produits et mettre en place de bonnes procédures de logistique interne et de contrôle de la qualité.

15. Il convient d'insister davantage sur le marketing social. Ces programmes doivent être vus comme ayant d'importants avantages aussi bien pour la planification familiale que pour la prévention du VIH/SIDA. La mise sur pied de programmes de marketing social des condoms pour la prévention du VIH/SIDA devrait être encouragée et soutenue par des organisations de planification familiale.

16. Le marketing social doit être vu comme un mécanisme de prestations de services efficaces par rapport au coût. Toutefois, lorsqu'on met en place ces programmes, il ne faudrait pas accorder une telle importance à l'autonomie financière que celle-ci aurait pour résultat de faibles ventes et un accès limité des populations à faibles revenus.

17. Les programmes de planification familiale devraient inclure des volets sur les MST et le VIH/SIDA à leurs plans d'étude, à leurs directives de services et à leurs stages de formation à l'intention du personnel soignant.

Gestion

18. Si l'on envisage de mettre en place un plus grand nombre de programmes pour le VIH/SIDA et la planification familiale et si on veut véritablement étudier les possibilités d'intégration dans le cadre des programmes bilatéraux, l'A.I.D. doit renforcer son personnel, tout particulièrement au niveau des missions de l'USAID.

19. L'A.I.D. devrait continuer à apporter un soutien aux nombreuses organisations privées et internationales qui interviennent dans le domaine de la planification familiale et/ou de la lutte contre le VIH/SIDA.

20. La communauté des bailleurs de fonds, conjointement avec les pays hôtes, devrait accorder une plus grande attention à la coordination et au partage de l'information, surtout si l'on veut essayer de réunir deux éléments programmatiques qui sont souvent soutenus par différents bailleurs de fonds. Il faudra toutefois faire attention à ce que cette coordination facilite les choses et ne freine pas l'initiative.

1. Introduction

1.1 Le statut de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne

C'est en 1985 qu'on reconnaissait pour la première fois le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) en Afrique. Depuis, la maladie s'est rapidement propagée sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Sur les 263 051 cas de SIDA du monde entier notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) jusqu'en juin 1990, 25 pour cent (soit 64 404 cas) provenaient des pays de l'Afrique subsaharienne. Cette proportion était supérieure aux statistiques de juin 1989 qui indiquaient que 16 pour cent seulement signalés à l'OMS venaient de l'Afrique subsaharienne¹.

L'OMS a estimé qu'à la fin de 1991, il y avait plus de 400 000 cas de SIDA en Afrique subsaharienne et que 6,5 millions d'adultes de l'Afrique subsaharienne étaient infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui cause le SIDA². Généralement, on considère que les estimations de l'OMS sont nettement inférieures à la réalité. Bien que ces chiffres soient en eux-mêmes alarmants, il faut pourtant savoir que les cas de SIDA sont très nettement sous-notifiés sur l'ensemble de l'Afrique (probablement plus que ce n'est le cas dans le reste du monde en développement) et que le pourcentage des cas de SIDA au monde apparaissant en Afrique est donc encore plus élevé.

Les pays les plus éprouvés par l'épidémie se situaient au départ en Afrique de l'est et du centre (Ouganda, Rwanda, Tanzanie du nord-ouest, Congo, Zaïre, Zambie et Zimbabwe). Mais l'épidémie s'est rapidement propagée au reste de l'Afrique de l'est, de l'Afrique australe (tout particulièrement au Botswana) et à certaines parties de l'Afrique de l'ouest.

Bien que la séroprévalence (c'est-à-dire le taux d'infection par le VIH) dans les populations avec un comportement à haut risque (prostituées et routiers) soit souvent utilisée pour décrire l'épidémie, les niveaux de séroprévalence obtenus dans les services prénatals nous donnent une meilleure idée du taux d'infection au sein de la population générale sexuellement active. Dans de nombreux pays, les taux de séroprévalence dans les services prénatals des zones urbaines et périurbaines ont grimpé jusqu'à 25-40 pour cent (par exemple Zambie, Zimbabwe et Rwanda).

On émet souvent l'hypothèse selon laquelle les taux de séroprévalence plafonneront (c'est-à-dire que le nombre de nouvelles infections seront égales au nombre de décès) au sein d'un groupe donné. Bien qu'il s'agisse là d'un phénomène typique des épidémies transmissibles, on ne connaît pas encore le niveau de séroprévalence auquel se stabilisera l'épidémie du SIDA.

¹ Statistiques de l'OMS 1990. SIDA 4:703-7.

² OMS: *Current and Future Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic: A Capsule Summary*. Janvier 1992, WHO/GPA/RES/SFI/92.1.

On s'est rendu compte que, sur l'ensemble de l'Afrique, c'était au sein des groupes plus instruits et plus aisés que les taux d'infection étaient les plus élevés. C'est certainement vrai pendant les premières étapes de l'épidémie. Toutefois, lorsque les taux de séroprévalence anténatals atteignent la fourchette des 30 à 40 pour cent, les différences dans les taux d'infection ne sont plus significatives. L'impact socio-économique initial, conjugué aux répercussions disproportionnées qu'a le SIDA sur les jeunes adultes, est lourd de graves conséquences pour le développement économique. Vu les pénuries de personnel qualifié dans tous les domaines spécialisés, on peut se demander si un pays arrivera à se développer au rythme qu'on avait prévu avant.

A présent, les taux d'infection grimpent rapidement parmi les jeunes (par exemple en Zambie et en Ouganda) et parmi les populations rurales (par exemple en Ouganda, en Zambie, au Zimbabwe et au Botswana). Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le groupe d'âge qui enregistre le niveau le plus élevé de décès imputables au SIDA ainsi que les niveaux de séroprévalence les plus élevés est les femmes âgées de 20 à 25 ans. Cela signifie que ces personnes ont été infectées au moment de leur adolescence.

Les taux d'infection dans les zones rurales ont généralement été nettement plus faibles que les taux urbains, mais dans de nombreuses zones rurales, ils commencent à grimper suivant le modèle observé dans les zones urbaines. Aussi est-on en droit de penser que les taux dans de nombreuses zones rurales avoisineront ceux des zones urbaines dans les trois à six années à venir. De plus, le nombre absolu de personnes infectées pourrait être encore plus grand dans les zones rurales, même si les taux sont plus faibles, puisque la majorité de la population vit dans des zones rurales en Afrique subsaharienne.

Bien que ces chiffres soient très importants en eux-mêmes, les chiffres à eux seuls ne reflètent pas vraiment la situation. Songeant par exemple au fait que de nombreux employeurs trouvent qu'il est de plus en plus difficile de garder un groupe de travail de tous les jours vu le nombre croissant de décès et d'enterrements, que les morgues et les cimetières sont remplis et qu'il faut attendre deux à trois jours en plus pour les funérailles; que le nombre d'orphelins est tel qu'on a du mal à s'en occuper (par exemple en Zambie et en Ouganda) et qu'une des grandes coutumes des sociétés africaines, à savoir assister aux funérailles des amis de la famille, disparaît devant le nombre effrayant d'enterrements (par exemple en Ouganda et au Kenya).

1.2 Tendances programmatiques du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne

Tous les pays de l'Afrique subsaharienne sont en train de réaliser des programmes nationaux de lutte contre le SIDA établis au sein du Ministère de la Santé (MS). Ces programmes ont mis au point, conjointement avec le programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS, des plans à moyen terme qui ont été opérationnalisés en projets d'intervention pratique. La plupart des pays réalisent ces plans depuis trois à cinq ans.

Ces programmes ont été établis comme des programmes verticaux au sein du Ministère de la Santé, mais ils opèrent comme des organisations indépendantes. Souvent ces programmes sont établis dans des bureaux séparés de ceux du Ministère et leur budget est entièrement alimenté par des bailleurs de fonds. A quelques exceptions près (par exemple en Ethiopie), les coûts des activités liés à la lutte contre le VIH/SIDA sont entièrement pris en charge par la communauté des bailleurs de fonds. Sur l'ensemble de l'Afrique, les plus grands donateurs sont les Etats-Unis, les pays scandinaves, la France et l'Allemagne.

En règle générale, les bailleurs de fonds ont continué à promettre des ressources de plus en plus importantes chaque année aux organismes internationaux afin d'intensifier la lutte contre le VIH/SIDA. Toutefois, ils ont de plus en plus tendance à financer les activités bilatérales dans le contexte des plans à moyen terme des pays, mais à l'extérieur de la structure OMS/lutte mondiale contre le SIDA-MS. Cela est dû au fait qu'en partie la communauté des bailleurs de fonds est de plus en plus découragée par le manque d'efficacité du programme de l'OMS au niveau des pays (tel qu'indiqué par une auto-évaluation de ce programme de l'OMS).

Le système décrit ci-dessus a fonctionné en grande partie au sein d'un système sanitaire formel "à l'occidentale". Mais, vu l'insuffisance de l'infrastructure et des ressources pour de nombreux systèmes de prestation sanitaire en Afrique subsaharienne, on assiste à une tendance croissante visant à réaliser les activités de lutte contre le SIDA par le biais d'autres secteurs tels que la communauté des affaires et les guérisseurs traditionnels. Bien que les Ministères de la Santé et le programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS aient accepté cette tendance, celle-ci a été activée entièrement par ceux à l'extérieur du système, en grande partie ceux éprouvés par l'épidémie, à savoir la communauté.

Jusqu'à présent, les programmes de l'Agence pour le Développement international (A.I.D.) ont été dominés par le projet de soutien technique pour le SIDA financé centralement (projet ATSP), à savoir AIDSTECH, volet technique et AIDSCOM, volet communication. Ces projets sont à présent achevés et ont été remplacés par le projet de prévention et de lutte contre le SIDA (AIDSCAP) qui doit apporter une assistance à dix à 15 pays prioritaires du monde entier (cinq à six en Afrique). Le restant du portefeuille prévention contre le VIH/SIDA financé centralement par l'A.I.D. est divisé entre un don direct pour soutenir le programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS et un financement pour une recherche en matière comportementale, un soutien donné au Centers for Disease Control pour les activités réalisées dans des pays en développement, un soutien pour mettre en place des réseaux d'organisations non gouvernementales (ONG) et des recherches biomédicales portant sur les MST et les microbicides.

l'A.I.D. soutient également des projets bilatéraux de prévention du VIH/SIDA conçus par les différentes missions et réalisés au niveau des divers pays grâce à un apport important sur le plan local. En général, ces projets conçus localement visent la population en général par le biais d'activités basées dans les communautés, avec les jeunes, les guérisseurs traditionnels et en ouvrant des centres de test et de conseils anonymes (par exemple Ghana, Côte d'Ivoire, Ouganda, Zambie et Zimbabwe). Ces activités diffèrent de celles financées centralement par

l'A.I.D puisqu'elles visent des groupes bien précis courant un risque élevé de contracter l'infection.

Une des tendances à laquelle on assiste de plus en plus souvent au sein des programmes est de faire appel aux professionnels qui vivent en Afrique ainsi qu'aux dirigeants communautaires africains pour leur demander de mettre en œuvre et de diriger les activités liées à la lutte contre le VIH plutôt que de dépendre presque uniquement d'une assistance technique fournie par des consultants qui ne sont pas africains.

L'on ne sait pas très bien dans quelle mesure ces activités permettent d'enrayer la transmission du VIH. Bien que l'on cherche à faire une évaluation de l'impact, les chercheurs n'arrivent pas à s'entendre sur un ensemble d'indicateurs uniformes sur les effets et l'impact.

1.3 Population et planification familiale

En Afrique subsaharienne, la raison même de la planification familiale se situe au niveau du bien-être familial et de la mortalité infantile et maternelle élevée imputable aux modes de procréation actuels. Naissances prématurées, sous-alimentation et toute une série de problèmes économiques pour les familles sont dus en partie au fait qu'une femme a des enfants trop tôt ou trop tard, ou trop rapprochés, ou encore en trop grand nombre.

En outre, il est effarant de voir à quel point les responsabilités d'une société se font plus lourdes face à cette rapide croissance de la population. Si l'on prend le taux d'accroissement actuel, qui est d'environ trois pour cent, l'Afrique subsaharienne arrivera à un milliard de personnes pendant la seconde décennie du siècle prochain, c'est-à-dire dans 23 ans seulement. Certains des pays de la région ont des populations dont plus de la moitié ont moins de 15 ans, la dimension moyenne de ce groupe d'âge dans la région est de 45 pour cent de la population. Cette forte proportion de jeunes signifie qu'il y a un nombre croissant de femmes dans le groupe en âge de procréer, ce qui à son tour signifie un accroissement rapide de la population à l'avenir. On estime que le groupe des femmes ayant entre 20 et 24 ans atteindra les 38 millions d'ici l'an 2000 sur le continent africain et 79 millions d'ici l'an 2025. Plus d'un quart de la population mondiale vivra en Afrique en l'an 2025 d'après une projection de la population faite par les Nations Unies, c'est-à-dire un net bond par rapport aux 12 pour cent actuels. Cette situation risque de ne pas changer malgré l'épidémie du VIH/SIDA. Certaines études épidémiologiques ont conclu que, bien que le SIDA puisse avoir des répercussions importantes sur la future croissance démographique (environ un point de pourcentage), le taux de croissance continuera à un niveau élevé. C'est la raison pour laquelle au même titre que pour la santé et le bien-être de la famille, il est nécessaire de continuer les interventions importantes pour diminuer la fécondité ainsi que pour prévenir le VIH/SIDA. (L'Annexe F traite plus en détails de l'impact démographique de l'épidémie du SIDA en Afrique subsaharienne. La conclusion la plus importante étant que les seules circonstances qui aboutiraient à une croissance négative de la population seraient une fécondité de remplacement combinée à des niveaux nationaux de prévalence du VIH chez les adultes de 15 pour cent ou plus et que dans de telles situations, ce

serait surtout la baisse de la fécondité et non pas une mortalité accrue imputable au SIDA qui permettrait de diminuer les taux de croissance de la population.)

Une rapide croissance de la population aggrave encore une situation économique qui est déjà précaire dans la région, surtout dans des pays qui ont peu de terres arables tels que le Burundi, l’Ethiopie, le Ghana, le Kenya, le Nigéria, le Rwanda et le Togo. Les taux élevés de mortalité infantile et juvénile sont causés en partie par la malnutrition et la pénurie de vivres causée par la stagnation agricole dans la région. Aussi, une diminution de la fécondité encouragerait une croissance économique plus rapide.

Le Tableau 1 à la page suivante présente les aspects démographiques de la région avec la dimension de certains groupes cibles, tant des programmes de planification familiale que des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Les pays de la région peuvent être regroupés en cinq catégories suivant leur population urbaine. Le nombre d’hommes ayant plus de 15 ans est de 123 millions et il existe 102 millions de femmes dans les groupes en âge de procréer, c’est-à-dire de 15 à 49 ans. Environ 86 millions de jeunes ont entre 15 et 24 ans.

La concentration de la population dans plusieurs pays a des implications du point de vue stratégique pour la mise sur pied des projets de développement. Six pays ont moins d’un million de personnes. Douze pays ayant 10 millions de personnes ou plus représentent 72 pour cent de la population totale de la région; les 28 pour cent restant étant concentrés dans 31 pays. Les mêmes 12 plus grands pays ont des proportions égales pour les hommes ayant plus de 15 ans (70 pour cent), les femmes entre 15 et 49 ans (71 pour cent) et les jeunes de 15 à 24 ans (72 pour cent). Les projets de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA pourraient avoir un impact majeur du point de vue nombre de personnes couvertes s’ils étaient réalisés efficacement dans ces grands pays.

Les programmes de planification familiale en Afrique subsaharienne en sont à diverses étapes d’avancement. La plupart sont intégrés aux services de protection maternelle et infantile (PMI) fournis par l’Etat. Certains pays (par exemple la Côte d’Ivoire, le Ghana et le Kenya) ont mis sur pied des programmes dans le secteur privé qui en sont aux premières étapes de réalisation. Les programmes de distribution communautaire ne se sont pas vraiment répandus: le Zimbabwe est le seul pays qui a un important programme de distribution communautaire. Le marketing social commence à jouer un rôle important dans la région. Environ 15 programmes de marketing social viennent d’être mis en place surtout pour tenter d’enrayer l’épidémie du SIDA. Ces programmes doivent fournir une partie très importante des condoms. La pilule est la plus populaire des méthodes efficaces mais dans certains pays, on a une bonne combinaison de méthodes permanentes et semi-permanentes. Au Kenya par exemple, ce sont la stérilisation et le stérilet combinés qui sont les méthodes les plus utilisées. L’utilisation du condom reste faible, employée surtout pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) plutôt que comme moyen de contraception.

Tableau 1
Population en Afrique Subsaharienne
(1992)

Population urbaine	No.de pays	Popul. totale	Hommes 15 ans +	Femmes 15-49	Jeunes 15-24	Popul. urbaine %	Taux d'accrois.	Orgs. donateurs PF
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
moins d'1 million	6	2,6	0,7	0,6	0,6	38,9	3,6	4
1-4 millions	12	26,4	7,9	6,0	4,7	32,5	2,7	6
5-9 millions	13	100,8	28,3	23,1	19,4	23,6	3,1	9
10-19 millions	7	98,0	26,5	21,8	18,4	27,6	3,3	10
20 et plus	5	235,9	59,9	50,9	43,6	20,2	3,1	18
TOTAL	43	463,7	123,3	102,4	86,7	28,5	3,1	9,4

Source: Fiche de données démographiques du Population Reference Bureau, 1992; inventaire des projets de population dans les pays en développement 1992, Nations Unies

(2) (3) (4) (5) en millions de personnes

(6) pourcentage de la population totale

(7) taux annuel d'accroissement naturel

(8) nombre moyen de bailleurs de fonds par pays fournissant une assistance externe aux programmes de planification familiale

C'est grâce au soutien donné par les bailleurs de fonds qu'on a pu mettre en œuvre des programmes de planification familiale (confère la dernière colonne du Tableau 1 pour voir le niveau de soutien institutionnel venant des organisations multinationales et bilatérales). Environ 18 bailleurs de fonds et organismes de collaboration avec l'A.I.D. sont en train d'apporter une assistance à des programmes de planification familiale de l'Afrique subsaharienne.

A quelques exceptions près, les taux de prévalence des méthodes de contraception moderne sont faibles (confère Tableau 2 à la page 8). Seuls le Botswana et le Zimbabwe ont réussi à arriver à une prévalence des méthodes modernes de 20 pour cent jugées nécessaires pour commencer à faire régresser la fécondité. Le Kenya et le Swaziland se rapprochent du niveau de 20 pour cent mais les autres pays en sont encore assez loin - à six pour cent ou moins. Les taux d'utilisation du condom sont quasiment négligeables: 1,2 pour cent au Botswana et au Zimbabwe, 0,5 pour cent au Kenya et moins que cela encore dans les autres pays. Et pourtant dans certains de ces pays, des campagnes ont été déployées ces dernières années pour promouvoir le condom en tant que méthode de contraception.

Les programmes de planification familiale ont mis en place des systèmes de logistique et d'informations en gestion concernant la contraception, système déjà opérationnel ou en train d'être mis en place dans quelques pays. L'adoption d'indicateurs uniformes et la définition des termes sont des choses très importantes pour la gestion des programmes. La quantité de contraceptifs distribués et les couples-années de protection (CAP) sont certaines des mesures simples utilisées pour suivre les résultats des programmes. Les dossiers concernant les nouvelles utilisatrices ainsi que les taux de visite et de continuation sont également utilisés pour suivre les programmes, bien que dans une mesure moindre. Certains indicateurs de l'impact, tels que les taux de prévalence de la contraception et les taux de fécondité estimés à partir des enquêtes démographiques et de santé (EDS) sont de plus en plus utilisés dans le cadre des programmes des Gouvernements ainsi que par les bailleurs de fonds. L'utilisation de certaines méthodes permettant de juger de l'acceptation des messages de planification familiale, par exemple les discussions en petits groupes, est de plus en plus répandue pour la mise sur pied des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC).

1.4 Objectif de l'étude, description des tâches, composition de l'équipe et méthodologie

Le Bureau régional de soutien au Développement économique de l'A.I.D. en Afrique de l'ouest et du centre (REDSO/WCA) a reconnu l'importance de trouver une solution au problème du VIH/SIDA et la nécessité de la planification familiale pour maintenir et/ou améliorer la qualité de la vie en Afrique subsaharienne. REDSO a également noté les progrès déjà faits grâce à une association plus étroite de ces domaines au moment de la réalisation des programmes. De plus, les dirigeants africains et les prestataires des services du VIH/SIDA et de la planification familiale ont indiqué que l'épidémie du SIDA est une raison de plus pour réaliser les programmes de planification familiale. C'est parce qu'ils sont conscients des conséquences sanitaires et économiques liées à un trop grand nombre de naissances au sein des familles ainsi que des conséquences de l'épidémie du SIDA. Pour emprunter les mots du Ministre de la Santé au Zimbabwe "... ces questions [planification familiale et VIH/SIDA] sont inextricablement liées entre elles."

Par le biais du projet A.I.D. de prévention du VIH/SIDA en Afrique, REDSO/WCA a commandité la présente étude pour examiner de plus près les possibilités d'une plus grande collaboration/intégration dans ces deux domaines de programmes. Selon les termes de référence (confère Annexe 1), les objectifs de l'étude étaient les suivants:

- évaluer la faisabilité technique et administrative et les implications sur le plan programme liées à l'intégration des activités du VIH/SIDA au programme établi de population et de planification familiale, et
- fournir des directives stratégiques et des conseils pratiques aux missions de l'USAID sur la manière dont les programmes de population et de planification familiale peuvent effectivement aider à enrayer la propagation de l'épidémie du SIDA.

Tableau 2
Prévalence de la contraception et taux de natalité
dans des pays africains choisis

Population	Pays	Taux de prévalence des moyens de contraception*	Taux de natalité (pour 1000)
Moins d'un million	Swaziland	17	44
1-4 millions	Lésoto	2	41
	Togo	3	50
	Libéria	6	47
	Botswana	32	40
5-9 millions	Bénin	1	49
	Burundi	1	47
	Rwanda	1	51
	Mali	1	52
	Malawi	1	53
	Sénégal	2	45
10-19 millions	Côte d'Ivoire	1	50
	Ouganda	3	52
	Cameroun	4	44
	Ghana	5	44
	Zimbabwe	36	41
20 et plus	Ethiopie	3	47
	Nigéria	4	46
	Kenya	18	45

* Pourcentage de femmes mariées en âge de procréer utilisant des méthodes de contraception modernes.

Source: Fiches de données démographiques du Population Reference Bureau, 1992; inventaire des projets de population par les Nations Unies dans les pays en développement 1992

Note: Les taux de prévalence sont pris des enquêtes démographiques et de santé conduites à différentes périodes, certaines d'entre elles remontent à 1985. La situation décrit par cet indicateur peut avoir changé durant ces quelques dernières années.

En revoyant ces questions et en discutant avec le Bureau Afrique, on s'est rendu compte que la possibilité d'inclure les activités de planification familiale aux programmes de prévention du VIH/SIDA était tout aussi pertinente. Bien que les termes de référence ne mentionnent pas la

relation avec les MST, le représentant du Bureau Afrique a demandé que cette question soit étudiée dans la mesure où le temps et l'expertise de l'équipe le permettait. Il a également demandé que les recommandations s'adressent à un public plus vaste que les missions de l'USAID. Les termes de référence ont également été modifiés pour inclure des examens de programmes dans uniquement trois pays.

Le Projet Assistance technique pour la Population (POPTECH) a envoyé une équipe de cinq professionnels de la planification familiale et du VIH/SIDA complétée par le personnel de REDSO/WCA. William Bair et Juan Londono ont été retenus pour leur expertise dans le domaine de la population et de la planification familiale; Joseph Wiseman pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA; Ann Leonard pour l'IEC et la formation et Peter Clancy pour le secteur privé et le marketing social. Vu que REDSO/WCA n'a pas pu participer à l'examen sur le terrain, William Lysterly de l'Office d'Analyse, de Recherche et de Soutien technique (ARTS) du Bureau A.I.D. a aidé l'équipe sur le terrain. John Paul Clark du même bureau a rejoint l'équipe lorsque William Lysterly est revenu à Washington suite au travail sur le terrain fait en Ouganda. Célia Woodfill du Bureau Recherche et Développement de l'Office de Population de l'A.I.D. a rejoint l'équipe pour le travail sur le terrain et l'analyse. Souleymane Barry de REDSO/WCA a pu aider l'équipe au moment de l'analyse et de la rédaction de rapport en Côte d'Ivoire.

L'équipe a fait un examen de la littérature (confère Annexe B pour une bibliographie) et a interviewé des personnes clés à Washington et à l'OMS à Genève. L'équipe a entrepris des visites sur place au Zimbabwe, en Ouganda et au Botswana pour interviewer des dirigeants africains et du personnel de l'USAID ainsi que pour revoir les programmes réalisés dans ces pays (l'Annexe C donne une liste des contacts). Le cadre d'examen des situations nationales porte sur les volets classiques des programmes de population et de planification familiale - politique, formation, IEC, recherche, évaluation et prestation de services - avec quelques additions pour répondre aux besoins de cet examen en particulier. Le cadre s'inspire également du matériel préparé par Mario Jaramillo pour l'évaluation des programmes de planification familiale et de VIH/SIDA.

2. Avantages et inconvénients de l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de population/planification familiale

2.1 Définition et explication de l'intégration

Lorsqu'on traite de l'intégration des activités de planification familiale, de VIH/SIDA et de MST, il faut comprendre le concept "d'intégration" sur tout un ensemble d'activités. C'est-à-dire que l'intégration peut aller de la coordination d'activités choisies à l'intégration complète de programmes. Le point précis où se fera cette intégration est spécifique à chaque pays. Il dépend également de la région du pays (urbaine, périurbaine ou rurale) et du niveau administratif (national, régional, départemental ou village). Par exemple, dans certaines zones, intégration peut signifier réunions régulières des professionnels de la planification familiale et du VIH/SIDA en vue de s'informer mutuellement des activités et d'échanger des stratégies utiles. Dans d'autres régions, intégration signifiera coordination de certaines activités de sorte à ce que les éducateurs de la planification familiale et du VIH/SIDA soient mieux informés de l'autre discipline et sachent où envoyer les clients lorsque certaines questions sont posées. Dans d'autres régions encore, certaines activités spécifiques (par exemple cibler les jeunes, distribuer les condoms) peuvent être entièrement combinées de sorte à ce que les deux disciplines se fondent dans un programme commun en vue de réaliser le même but.

L'intégration est également un processus permettant de trouver des possibilités de consolider ou de combiner les activités et ressources de la planification familiale et du VIH/SIDA de sorte à renforcer les capacités de chaque programme et à lui permettre de mieux atteindre ses objectifs. Ce processus doit mettre à jour les forces relatives de chaque discipline sur lesquelles on pourra s'appuyer pour faire réussir les deux programmes.

Quel que soit le niveau auquel on intègre les activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA, il faut que les deux retirent des avantages de ladite intégration. Avantage mutuel peut signifier que les programmes arrivent à répondre aux besoins de leurs clients, ou alors qu'ils arrivent à mieux cerner et à répondre aux besoins non satisfaits de nouveaux groupes cibles. Avantage mutuel peut également signifier amélioration dans la qualité ou dans l'adéquation des initiatives du programme.

L'argument en faveur de l'intégration des activités de planification familiale et de VIH/SIDA peut se défendre sous plusieurs angles. En premier lieu, il faut savoir que les ressources limitées signifient que l'utilisation efficace de ces ressources est essentielle et que l'intégration permettra de mieux atteindre les groupes cibles clés, tout particulièrement les jeunes et les hommes. D'autres raisons poussant à intégrer sont caractéristiques de l'épidémie du SIDA - facteurs qui renforcent le besoin de disposer de solides programmes de planification familiale. Il s'agit notamment du nombre croissant de décès de parents faisant grimper le nombre d'orphelins et du nombre croissant de décès qui frappent le segment productif de la population

augmentant ainsi le ratio de dépendance.

Une autre raison encore appelant à l'intégration réside au niveau du profond impact qu'a l'épidémie du SIDA sur les relations entre les hommes et les femmes. L'épidémie exige de nouvelles manières de communiquer entre les deux sexes. Vu que l'épidémie du SIDA introduit la notion de mort dans les relations sexuelles, les femmes doivent, plus que jamais, être en mesure de contrôler davantage les conditions dans lesquelles a lieu cette activité. Même si les conditions économiques et culturelles conservent souvent à l'homme un rôle de domination sexuelle et si les techniques actuelles de prévention de la maladie (utilisation du condom) entrent davantage dans le contrôle de l'homme que de la femme, les programmes doivent chercher à intensifier le sentiment de responsabilité chez les deux partenaires et à donner à la femme la confiance et l'aptitude à communiquer pour qu'elle puisse se protéger. Grâce à cette meilleure communication, les femmes pourront également assumer un rôle plus actif au niveau des décisions liées au nombre et au moment des naissances, thème au cœur même des programmes de planification familiale.

2.2 Avantages de l'intégration des activités

Du point de vue opérationnel, l'intégration signifiera des choses différentes dans tel ou tel pays suivant la solidité relative des programmes, suivant le fait qu'on juge ou non que le SIDA ou l'accroissement de la population soient des facteurs d'importance capitale et suivant les styles de leadership et les aspirations de tous ceux concernés. Tel que nous l'avons dit ci-dessus, elle prendra plusieurs formes, allant d'un simple échange d'informations entre les organisations, à des commissions et réunions de coordination officielles, au partage de locaux, de moyens de transport ou de produits, à la planification et à la mise en œuvre conjointe d'activités discrètes jusqu'à l'union de la direction et de l'exécution des programmes. Elle signifiera quelque chose de différent au niveau du siège que ce qui se passe au niveau prestations ou dans la communauté.

L'expérience nous montre que l'intégration sera plus efficace si elle n'est pas forcée mais si on y arrive par décisions volontaires des divers groupes dont chacun peut apporter quelque chose au but commun et dont chacun verra un avantage lié à l'intégration. Voici certaines manières dont les éventuels avantages pourraient revenir au programme de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA.

- Grâce à une approche plus intégrée, il sera probablement plus facile pour les ONG d'acquérir expertise et expérience sur le plan de la lutte contre le VIH/SIDA. Au fil des ans, de nombreuses ONG, universités et organisations publiques nationales et internationales ont développé de solides bases sur le plan de la population et de la planification familiale mais cela ne signifie pas forcément qu'elles soient qualifiées pour les interventions de lutte contre le VIH/SIDA. Grâce à des efforts intégrés, leurs capacités de développement organisationnel, de formation ou de recherche pourraient être utilisées plus efficacement pour les programmes du VIH/SIDA. D'autres bailleurs de fonds qui sont davantage tournés vers la lutte contre le VIH/SIDA pourraient commencer ou intensifier l'assistance à la planification familiale. Les

institutions clés, celles au niveau national, pourraient trouver qu'il est intéressant, voire plus efficace d'intervenir de manière plus globale et de coordonner sur les deux fronts.

- L'intégration pourrait renforcer les justifications avancées par les responsables de l'USAID ou des pays hôtes en vue de l'octroi de ressources (personnelles et financières) aux activités de population et de lutte contre le VIH/SIDA puisqu'il est plus facile de gérer une "masse critique" d'activités de programme si celles-ci sont étroitement coordonnées. Cela signifie qu'on reconnaît que, vu le poids économique qu'impose l'épidémie du SIDA sur un pays et sur les familles, cela nous donne une raison de plus de chercher, par le biais de la planification familiale, à ralentir la croissance de la population et à éviter certains des problèmes familiaux causés par un trop grand nombre d'enfants ou des naissances trop rapprochées. Il n'en faut pas moins envisager le fait qu'en joignant les deux, on pourrait perdre le soutien accordé à l'un ou à l'autre avec pour résultat une perte nette à la place d'un gain.

- Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, les programmes de planification familiale en cours sont à tendance clinique avec une faible infrastructure et un réseau de couverture qui ne peut s'occuper que d'une proportion limitée de la population. L'épidémie du SIDA ajoute une nouvelle dimension pouvant gagner l'approbation et le soutien des dirigeants médicaux, religieux, communautaires ou politiques nécessaires pour arriver à des approches non cliniques, privées et commerciales. La même chose s'applique aux activités de publicité, de promotion par les mass médias et d'IEC, tant pour la planification familiale que pour le VIH/SIDA. Il existe de nombreuses possibilités d'étendre la couverture de la population (par le biais des activités de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale) en mettant sur pied des approches non cliniques conjointes pour arriver jusqu'aux adolescents, aux hommes et aux femmes par le biais de programmes élargis de distribution communautaire, de services dans les usines ou sur les lieux du travail, du travail avec les guérisseurs traditionnels et du marketing social.

- Tous les publics cibles ne sont pas les mêmes mais il existe une grande analogie entre ceux de la planification familiale et ceux des activités de prévention du VIH/SIDA, tout particulièrement parce que le VIH/SIDA en Afrique se transmet surtout au sein de toute la population. Si les priorités des programmes sont bien maintenues, une approche intégrée pourrait valoir une prestation de services plus efficace pour ce même groupe cible.

- Les objectifs des programmes de lutte contre le VIH/SIDA insistent davantage sur les contacts avec les hommes et les jeunes - domaines quelque peu ignorés par les programmes de planification familiale actuels.

- Des activités intégrées arriveraient mieux à améliorer le statut des femmes, facteur important si l'on veut parvenir aux changements comportementaux nécessaires dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de la planification familiale.

- Des programmes non cliniques de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale ont plus de pouvoir pour arriver aux adolescents dans des endroits (tels le Kenya, la

Sierra Leone et la Tanzanie) où on leur refuse actuellement ce type d'informations et de services. L'intégration permettrait de combiner plus efficacement les messages visant à éviter une grossesse précoce et non souhaitée et à se mettre en garde contre le VIH/SIDA par le truchement de mécanismes de prévention qui soient en grande partie les mêmes.

- Un langage direct et explicite à propos des contraceptifs (condoms) qui n'a pas toujours été possible pour la planification familiale pourrait à présent être acceptable au vu de l'épidémie du SIDA. Les préoccupations entourant le VIH/SIDA permettront peut-être une discussion plus directe et franche sur la sexualité et les contraceptifs dans les médias, les écoles ou même dans les milieux religieux.

- L'intégration donnerait aux agents de la planification familiale et de la lutte contre le VIH/SIDA l'occasion d'apprendre ensemble de meilleures techniques pour conseiller les individus et les groupes et impartir des informations concernant l'utilisation des contraceptifs, la santé reproductive et la prévention du risque.

- Les préoccupations entourant la transmission du VIH/SIDA aux clients et au personnel soignant des cliniques est peut être l'occasion de renforcer la qualité des soins dans les services de planification familiale.

- L'intégration des activités d'IEC et des conseils en matière de planification familiale et de VIH/SIDA dans un contexte adéquat pourrait augmenter les options disponibles pour la clientèle dans l'un ou l'autre de ces services.

- Des séances intégrées de conseil permettraient de motiver les gens à utiliser des méthodes efficaces de planification familiale car les femmes séropositives ne voudront probablement pas un autre enfant si on leur indique qu'il existe un risque de 25 à 40 pour cent de transmettre le SIDA à l'enfant ou un risque de décès de la mère, du père ou des deux faisant que l'enfant n'a plus personne pour s'occuper de lui. Le souhait d'avoir un autre enfant pourrait toujours peser plus lourd que ces préoccupations et une recherche comportementale concernant aussi bien les programmes de planification familiale que de VIH/SIDA pourrait être entreprise conjointement pour voir dans quelle mesure cette hypothèse se vérifie.

- L'intégration offrirait une possibilité conjointe de renforcer les aspects du système relevant de la prévision des besoins, de l'achat, de l'emmagasinage et de la distribution des contraceptifs et des condoms aussi bien pour la lutte contre le VIH/SIDA que pour la planification familiale. Par ailleurs, à moins d'ajouter d'autres ressources pour renforcer les systèmes de logistique faibles à l'heure actuelle, on risque de créer des problèmes graves en distribuant de larges quantités de condoms.

- Un grand nombre des questions de recherches comportementales sont les mêmes pour les programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA - par exemple, que faut-il pour changer le comportement sexuel, à quel âge démarre l'activité sexuelle et quelle en est la fréquence, quels sont les tabous ou modes culturels spécifiques entourant l'activité

sexuelle, le nombre et la fréquence de changement des partenaires, la dynamique du pouvoir et les questions de dépendance économique entre les hommes et les femmes, la prise de décisions ou la communication concernant l'activité sexuelle entre partenaires, les craintes et rumeurs entourant les maladies sexuellement transmissibles ou les effets secondaires des contraceptifs.

- Les préoccupations entourant le SIDA pourraient valoir une plus grande attention apportée à la prévention et au traitement des MST stimulant la mise au point de technologies de détection et de traitement moins chers et plus faciles à utiliser qui pourraient renforcer en général la qualité des programmes de planification familiale. De plus, cela permettrait de diminuer le nombre de problèmes des femmes attribués actuellement aux effets secondaires des contraceptifs.

2.3 Inconvénients liés à l'intégration des activités

- L'intégration des activités pourrait être l'occasion d'élargir et de renforcer les capacités institutionnelles actuelles. Mais si on ne dispose pas de ressources complémentaires, l'intégration pourrait faire ployer ces structures faibles au détriment des programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA. A quelques exceptions près, ni les organisations de planification familiale du secteur public ni celles du secteur privé en Afrique subsaharienne ne disposent pour le moment des capacités institutionnelles nécessaires pour atteindre une proportion plus large de la population pour avoir l'impact qui permettra de diminuer la fécondité ou d'enrayer l'infection par le VIH.

- Une grande raison expliquant la faiblesse des systèmes de prestation de planification familiale en Afrique subsaharienne a été la décision de la plupart des pays d'intégrer la planification familiale aux programmes d'un des Ministères les moins puissants, le Ministère de la Santé. Même au sein du service de PMI qui est au bas de l'échelle, le programme de planification familiale reçoit encore une faible priorité. Dans la plupart des cas, les avantages escomptés de l'intégration (analogues à ceux suggérés à la section 2.2) n'ont pas été obtenus. L'attention portée à la planification familiale s'est dispersée et les agents de santé, devant cette nouvelle responsabilité représentant un surcroît de travail, n'ont pas pensé que cela pouvait contribuer à leurs autres objectifs. Cela ne veut pas dire que l'intégration ne peut pas réussir mais que, dans la plupart des cas, elle n'est pas réalisée de manière à arriver à ses bénéfices positifs.

- L'association avec les activités de lutte contre le VIH/SIDA pourrait être perçue par les dirigeants et les clients comme quelque chose qui ternit "l'image" de la planification familiale. On pourrait percevoir les activités de prévention du VIH/SIDA comme un travail avec des malades (des gens pouvant transmettre la maladie aux clients de la planification familiale), un travail avec des prostituées ou avec des hommes qui ont des activités sexuelles extra-conjugales ou des activités qui encouragent la débauche parmi les adolescents. Cette préoccupation pourrait être atténuée si l'on insistait sur les aspects préventifs, aussi bien de la lutte contre le VIH/SIDA que de la planification familiale et qu'on montrait combien elles

soutiennent une vie familiale saine.

- Bien que les activités de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale visent la population sexuellement active, les messages de motivation sont suffisamment différents pour qu'il faille faire une recherche attentive et utiliser diverses approches dans le cadre des activités d'IEC. Les seules exceptions à cela étant les activités visant les jeunes ou le marketing social qui, dans certains cas, a trouvé des voies communes pour plusieurs publics cibles tel que c'est le cas par exemple au Zaïre.

- Si l'on encourage les centres de planification familiale à participer davantage à la prévention et à la lutte contre les MST et le VIH/SIDA, on risque de se tourner vers un programme de santé reproductive plus complet, avec des tests, des diagnostics et des traitements qui ne sont pas toujours des interventions de santé publique efficaces par rapport au coût. Le contrepoint à cela doit être la valeur d'une orientation axée "sur les besoins des clients" qui insistent davantage sur des services plus étendus répondant aux exigences individuelles des clients plutôt que sur le souci de couverture et de rentabilité des programmes de santé publique. Une recherche opérationnelle et une analyse complémentaire aideraient à déterminer dans quelle mesure une approche plus globale renforcerait ou entraverait les objectifs de la planification familiale ou du VIH/SIDA.

- Le souci de protéger les prestataires et les clients des services de planification familiale de l'infection du VIH/SIDA pourrait avoir un effet de boomerang si l'on arrive à trop craindre des procédures qui ne se sont pas avérées extrêmement "dangereuses" à cet égard.

- Il existe une certaine dichotomie entre l'importance qu'accordent les programmes de planification familiale cliniques à l'utilisation de contraceptifs plus efficaces et de longue durée et l'accent que mettent les programmes du VIH/SIDA sur les condoms comme étant la seule méthode efficace de prévention de la maladie. Toutefois, la question n'a pas besoin d'être d'importance cruciale lorsqu'on met en place des programmes conjoints de distribution communautaires de produits non cliniques pour le VIH/SIDA-la planification familiale, ou encore pour les programmes de marketing social ou pour les jeunes. En effet, il s'agirait là de nouvelles activités pour la majeure partie de l'Afrique subsaharienne qui permettraient de diminuer la fécondité même avec des méthodes moins efficaces.

- Si la coordination ou l'intégration est développée avec une telle rigidité et contrôle du point de vue finances ou politiques que cela étouffe l'initiative ou limite la participation du secteur privé, le développement du projet s'en ressentira.

- Des problèmes bureaucratiques qui retardent ou qui se répercutent négativement sur l'exécution d'un programme de planification familiale ou de lutte contre le VIH/SIDA dans un pays donné peuvent miner l'efficacité du programme "partenaire" si les deux programmes sont reliés dans ce pays. Cette situation peut être améliorée par le biais de mécanismes de financement régionaux ou centraux plus souples et/ou de projets bilatéraux intégrés. Pour le moment, le choix des emplacements pour les activités conjointes de planification familiale-

VIH/SIDA est freiné par les différences dans les critères utilisés par les bailleurs de fonds pour déterminer quels seront les pays prioritaires pour les activités de population/planification familiale et de prévention/lutte contre le VIH/SIDA.

- A moins qu'on ne prenne des décisions bien déterminées et qu'on fasse de meilleures prévisions, aussi bien chez les bailleurs de fonds que chez les collectivités locales pour répondre aux demandes du point de vue condoms des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, il y aura un certain désavantage pour le programme de population/planification familiale. Le Bureau de Population de l'A.I.D. se demande s'il faut dépenser une somme plus disproportionnée pour les condoms à l'avenir qu'on ne le ferait normalement pour leur valeur perçue pour diminuer la fécondité.

3. Enseignements tirés des activités de planification familiale pouvant s'appliquer aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA

La présente section traite des leçons tirées des activités de planification familiale³ qui s'appliquent aux activités de lutte contre le VIH/SIDA en général, et qui ne concernent pas particulièrement l'intégration des activités de planification familiale et du VIH/SIDA. Tout en reconnaissant l'importance de ces leçons, il convient de se rappeler que celles-ci doivent être interprétées dans un contexte spécifique de lutte contre le VIH/SIDA avant d'être appliquées.

3.1 Politiques

- Les programmes de population et de planification familiale ont pour fondement des raisons économiques, environnementales et sanitaires. **Toutefois, il existe d'importants aspects politiques et religieux dont il faut tenir compte si l'on veut obtenir la permission et le soutien actif de personnes clés aux niveaux national et communautaire afin de pouvoir réaliser des programmes efficaces.** A cette fin, les programmes de planification familiale se sont donnés de bons outils analytiques pouvant être présentés lors du dialogue en matière de politiques. La force d'un groupe de dirigeants sur la scène nationale est tout aussi importante si l'on veut pouvoir compter sur la dimension politique et technique et faire avancer le programme même s'il existe une opposition.

De bons programmes de prévention du VIH/SIDA reposent sur le dialogue en matière de politiques. L'expérience a montré que, sans le soutien actif de personnes clés, les activités de prévention du VIH/SIDA ne pouvaient pas être démarrées ou alors l'étaient d'une telle manière qu'elles étaient dès le départ vouées à l'échec. Bien que le soutien soit nécessaire pour tous les aspects liés au programme de lutte contre le VIH/SIDA, il est tout particulièrement nécessaire pour les activités visant les jeunes.

- Les programmes de planification familiale ont souligné le concept du choix volontaire pour les décisions liées à la procréation. **Dans certains cas, lorsque des pays ont attendu que l'accroissement de la population prenne des dimensions de crise pour mettre à sa disposition des informations et des services de planification familiale, les responsables des programmes, soutenus par les dirigeants nationaux ont dû faire appel à des approches bien plus extrêmes.** En Chine, ces approches ont permis de diminuer le taux de natalité. Les approches coercitives à la stérilisation en Inde ont par contre eu des résultats négatifs.

³ De nombreux parallèles se trouvent dans Zabin, Laurie et al. *Lessons Learned from Family Planning and Their Application to AIDS Prevention*, OMS/Programme mondial de Lutte contre le SIDA, Avant-projet 1992.

Pratiquement sur tout l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, l'épidémie du SIDA a déjà pris des proportions de crise. Au fur et à mesure que la situation s'empire dans le cours et le moyen terme,⁴ il faudra un solide dialogue avec les dirigeants nationaux et communautaires pour ne pas avoir recours à des mesures coercitives et pour que l'on permette à des programmes de modification comportementale d'apporter des changements nécessaires. Et pourtant, il sera peut-être important de discuter de méthodes de planification familiale plus coercitives qui auront été adoptées ailleurs pour pousser les dirigeants nationaux et communautaires à agir avant d'avoir recours à de telles méthodes.

- Une intégration complète des programmes (par exemple la planification familiale et la PMI) sera peut-être nécessaire pour des raisons politiques et/ou pour des raisons de ressources limitées. **Si l'on veut que l'intégration soit efficace, il faut reconnaître ses limitations et se donner des mécanismes et des jalons pour être sûr qu'on prête attention aux problèmes prioritaires.** Il s'agit notamment du personnel en place responsable du programme et qui dispose du statut nécessaire pour avoir le contrôle sur des ressources, de solides programmes de formation interdisciplinaires et d'objectifs bien clairs qui sont suivis régulièrement. L'intégration n'est pas une panacée: elle pourrait autant nuire aux programmes qu'elle n'a de chance de les améliorer. Il faut faire attention et vérifier que les bonnes conditions existent pour utiliser cette approche si l'on veut en retirer un maximum de bénéfices.

- **Un grand nombre d'ONG et d'organisations locales et internationales ont joué un rôle clé au niveau de l'élaboration et de la réalisation des programmes de population et de planification familiale.** Ils ont mis en place un groupe de soutien pour la planification familiale qui a su survivre aux intérêts souvent changeants des dirigeants politiques et du développement. Ils ont mis en place un groupe de personnel chevronné et dévoué qui a su apporter le sens de l'initiative, l'expertise technique, les contacts internationaux et la gestion quotidienne de programmes, autant de facteurs qui ont grandement contribué à l'expansion du programme. Ils ont également fait fonction de tampon pour les dirigeants politiques qui ne souhaitaient pas être directement impliqués.

Ce même groupe de soutien est en train de se mettre en place au niveau local autour de la lutte contre le VIH/SIDA. Alors que les Gouvernements nationaux ont été lents à réagir à l'épidémie du SIDA, les ONG et les organisations locales et internationales ont mené et continuent à mener la lutte contre l'épidémie.

- **Une solide participation du secteur privé est un des grands éléments de la réussite de nombreux programmes de planification familiale.** Le secteur privé apporte souvent un plus grand sens de l'entreprise, de la souplesse, de l'initiative et de l'essai de nouvelles approches que ne peut le faire le Gouvernement et c'est souvent grâce à lui que la population soutient ou participe aux programmes.

⁴ Le nombre de cas de SIDA continuera à augmenter puisque le nombre de personnes déjà affectées par le VIH tomberont malades atteintes de la maladie.

Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ont déjà montré la valeur de la participation du secteur privé surtout dans les pays où les Gouvernements nationaux ont été lents à réagir. Et bien des choses peuvent encore être faites pour engager entièrement la communauté des affaires, les usines et les exploitations agricoles ou commerciales aux activités de lutte contre le VIH/SIDA.

3.2 Formation

- **Les programmes de planification familiale réussis ont mis en place un solide volet de formation** pour renforcer les compétences administratives et de gestion des directeurs de programmes ainsi que les compétences techniques et de communication des prestataires de services (cliniques et non-cliniques, publics et privés).

L'importance accordée à la formation est également valable pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA vu qu'il existe une forte rotation des personnes qualifiées. Et puisqu'il est prioritaire de réduire cette rotation, il faudrait que la formation s'accompagne de plans de carrière.

- **Un des échecs des programmes de planification familiale est dû au fait que la formation donnée à des organisations et à des personnes locales s'inspire de principes guère utiles à la communauté locale.** Par exemple, lorsque les politiques médicales se fondent sur des évaluations de risques et des schémas de soins convenant dans les pays occidentaux alors qu'en fait les conditions locales sont tout à fait différentes.

Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ont rencontré le même problème puisque les approches de prévention et de lutte se fondent souvent sur un modèle épidémiologique de nature plus occidentale.

3.3 Campagnes d'IEC et de motivation

- **Les campagnes, par le biais des mass médias, peuvent être utilisées avec beaucoup de succès pour informer les gens des questions et de la disponibilité de services et sont également utiles pour commencer à changer les attitudes.** Les messages attentivement conçus et testés, communiqués par le biais des mass médias, sont une manière efficace d'apporter un message uniforme à un public très large. Ces messages se sont surtout avérés efficaces lorsqu'ils apportaient des informations particulières, par exemple sur l'endroit où se rendre pour obtenir des services. Par contre, ils ont moins bien réussi à modifier le comportement puisque cela demande un effort concerté dans les domaines de l'éducation, de la formation, de la communication interpersonnelle et de la communication communautaire. Généralement la communication interpersonnelle est plus efficace si elle est coordonnée et soutenue par des campagnes de mass médias.

La nature de crise de l'épidémie du SIDA a permis, dans quelques circonstances, d'avoir une

campagne de communication plus franche et plus directe. En général, les mass médias n'ont eu qu'un impact restreint sur le changement comportemental. C'est dû en partie aux restrictions politiques et religieuses imposées à la forme des campagnes ainsi qu'à l'information spécifique présentée par le biais des médias.

- **Les campagnes d'IEC et de motivation ne seront efficaces que si le public visé participe à la conception et à la diffusion du matériel et des programmes.** Les conseillers et le personnel expatrié ont souvent des opinions et des préjugés faisant que souvent le matériel et le plan des programmes n'ont guère de sens pour les utilisateurs visés. Au lieu de cela, les activités d'IEC et de motivation devraient s'adresser aux pressions individuelles et sociales pesant sur le comportement sexuel d'une personne.

Jusqu'à présent, le volet d'IEC et de motivation des programmes de prévention du VIH/SIDA n'ont pas réussi à adresser de manière efficace les pressions individuelles et sociales sous-jacentes au comportement sexuel d'une personne. Toutefois, de nouvelles recherches telles que celles effectuées dans la Ceinture du cuivre en Zambie avec les vendeurs de poissons qui se déplacent dans le pays annoncent cette nouvelle direction. Il semble qu'on fasse de plus en plus appel aux gens locaux pour concevoir et réaliser les campagnes d'IEC et de motivation, ce qui aidera à améliorer la qualité et l'impact des activités.

- **Des conseils efficaces qui fournissent aux clients les informations nécessaires pour faire un choix et qui prennent le contre-pied des craintes et des conceptions erronées peuvent entraîner une utilisation réussie et plus durable des méthodes de planification familiale.**

Vu la nature du SIDA, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA mettent en place des compétences et des aptitudes aux conseils et à la prise en charge plus étendues que celles nécessaires pour de nombreux choix en matière de contraception. Aussi, sera-t-il plus facile d'ajouter la planification familiale à ces compétences plutôt que de demander aux communicateurs de la planification familiale d'acquérir la gamme complète de compétences de communication nécessaires pour le VIH/SIDA puis d'avoir le temps de les appliquer.

- **Le grand public est souvent moins sensible que ses dirigeants quant aux choses dont on peut parler ou qu'on peut faire dans le domaine de la planification familiale.** Le fait que les Gouvernements soient sensibles à la questions ou encore le fait que les bailleurs de fonds pensent qu'ils le sont a souvent valu un manque d'efficacité des programmes et un manque d'informations communiquées.

Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA le montrent bien puisqu'ils cherchent à travailler davantage avec les jeunes et à introduire de l'humour et un langage franc aux discussions sur la sexualité humaine, notamment sur l'utilisation de condoms. Bien qu'il faille faire attention aux perceptions et aux opinions des dirigeants, les communautés trouvent diverses manières (par exemple par le biais des groupes de théâtre locaux) pour parler ouvertement de ces questions et proposer diverses techniques de modifications du comportement.

- **La participation du personnel communautaire à la prestation (ou même à la mise en place) des services et informations est l'une des meilleures manières pour vérifier qu'un programme est davantage "axé sur les besoins" et réalisé de manière culturellement acceptable et compréhensible.** Même si les communicateurs doivent parler des pratiques sexuelles lorsqu'ils touchent aux questions de la planification familiale, ils peuvent le faire de manière à respecter la culture, par euphémisme, sans limiter l'information dont on a besoin pour expliquer l'utilisation de la contraception.

Les conseillers des programmes de lutte contre le VIH/SIDA doivent être plus directs en discutant les comportements sexuels qu'il faudrait changer. Ils doivent être à l'aise en employant les termes techniques et comprendre en même temps le langage culturel comme seule saurait le faire une personne de la communauté.

3.4 Prestations de services

- **L'importance accordée à la participation des médecins, surtout aux niveaux de supervision, pour la conception ou l'exécution d'un programme peut freiner nettement l'impact du programme.** On ne cherche pas ici à dénigrer la contribution très importante qu'apporte la profession médicale aux programmes de planification familiale surtout pour exécuter les fonctions médicales spécialisées. Mais on cherche plutôt à souligner l'importance des non-médecins qui conçoivent et réalisent des programmes en connaissant mieux les bénéficiaires visés et qui arriveront mieux à maintenir des programmes communautaires avec les ressources dont on dispose. On cherche également à montrer qu'il faut s'éloigner de l'approche à la planification familiale orientée sur la santé et basée dans les cliniques et trouver d'autres moyens pour apporter des services contraceptifs à la communauté.

Des programmes de lutte contre le VIH/SIDA reconnaissent également la contribution de la profession médicale qui a permis en grande partie de détecter le virus et ses voies de transmission et qui est en train de découvrir une approche biomédicale pour lutter contre cette maladie. Mais tant qu'on n'aura pas trouvé une solution médicale à l'épidémie (par exemple vaccin, médicaments), des interventions efficaces continueront à relever de la science comportementale, de la mobilisation communautaire et des approches de santé préventives qui entrent davantage dans le domaine des scientifiques sociaux que des médecins.

- **Une orientation de santé publique lorsqu'on se donne les buts est essentielle bien qu'il faille faire attention à ne pas perdre de vue les besoins des clients et des familles.** Les programmes de planification familiale doivent arriver à des niveaux de couverture conforme aux objectifs de diminution de la fécondité (c'est-à-dire dépassant la prévalence de la contraception de 20 pour cent) ou à des niveaux susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité infantile ou maternelle ou l'état nutritionnel. Par ailleurs, des soins de qualité doivent être fournis aux divers clients dont il faut reconnaître les besoins et préoccupations.

Face à une épidémie comme le SIDA dont le temps de doublement est aussi rapide, il est encore plus important d'arriver à des niveaux de couverture qui permettent d'enrayer la propagation du virus. Parallèlement, tout programme qui dépend d'un changement comportemental doit faire particulièrement attention à l'élément humain dans sa programmation.

- **Les programmes ne peuvent pas se permettre de rater des occasions de travailler avec des groupes cibles importants, tel que l'ont généralement fait les programmes de planification familiale à l'égard des adolescents et souvent des hommes.** Un grand nombre, si ce n'est l'intégralité des programmes de planification familiale en Afrique subsaharienne s'adressent avant tout aux femmes en âge de procréer, généralement à celles qui ont déjà des enfants et qui viennent dans un centre de PMI. En règle générale, les programmes ont une tendance à ignorer les hommes en dépit du rôle clé que ces derniers jouent au niveau des décisions relatives à la procréation. En outre, des capacités organisationnelles limitées et/ou des décisions en matière de politiques ont empêché de travailler avec des adolescentes dont le taux de grossesse augmente rapidement, présentant des problèmes sanitaires et sociaux.

L'urgence avec laquelle il faut répondre à l'épidémie du SIDA est une sorte d'entrée en matière pour travailler avec ces groupes tant pour les activités de planification familiale que de lutte contre le VIH/SIDA. Les activités de prévention du VIH/SIDA ont montré combien il était important de viser ces groupes surtout les jeunes et les hommes.

- **Les programmes de planification familiale ont surtout été réalisés au sein de populations urbaines qu'on peut atteindre plus facilement et à un coût moindre et où la gestion de programmes ainsi que l'approvisionnement et la supervision sont plus faciles à maintenir.** L'expansion des programmes à d'autres régions a généralement été planifiée en réponse à la réussite d'une intervention initiale. Il y a également eu transfert de connaissances et un changement d'attitude de la population urbaine à la population rurale suite au mode de l'exode rural.

Aujourd'hui on assiste à une approche à la prévention du VIH/SIDA elle aussi biaisée vers le milieu urbain. Cela est dû au fait que l'épidémie fait de plus grands ravages dans les villes. Toutefois, alors que l'épidémie commence à toucher une plus forte proportion des communautés périurbaines et rurales, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA seront obligés de cibler activement les populations rurales. En outre, vu que les travailleurs saisonniers sont un des grands groupes ciblés par les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, il est de plus en plus important d'éduquer les ouvriers avant qu'ils ne se mettent en route pour trouver du travail dans les villes.

- En général, les prestataires de la planification familiale, les communicateurs et le personnel communautaire sont déjà débordés de travail. **Il faut faire une liste des activités prioritaires en matière de planification familiale pour alléger les tâches qui incombent aux prestataires et octroyer des ressources supplémentaires pour soutenir d'autres responsabilités.**

Il existe une pénurie très marquée de personnes capables de mettre sur pied et de réaliser des activités efficaces de prévention du VIH/SIDA. Au fur et à mesure que l'épidémie gagne du terrain et qu'on insiste sur de nouvelles formules de services (soins donnés à la maison), on aura de plus en plus besoin de prestataires de services.

- **Les programmes réussis de planification familiale se sont donnés une approche davantage axée sur le client que sur le prestataire.** Par exemple, lorsque des programmes ont changé les heures d'ouverture des centres ou les heures des prestataires pour répondre davantage aux heures de travail ou aux déplacements des clients plutôt que pour accommoder l'emploi du temps du personnel soignant, on a constaté que la fréquentation des services augmentait. Lorsqu'un client a un plus grand choix de méthodes de contraception plutôt que d'être forcé d'opter pour la méthode que lui recommande le prestataire de services, on s'est rendu compte que la satisfaction des clients augmentait. En outre, les services disponibles dans la communauté plutôt que dans des centres fixes (plus pratique pour les prestataires de services) servent un plus grand nombre de clients.

Une leçon importante peut en être tirée pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Trop souvent, les activités de lutte contre le VIH/SIDA ont été conçues par et pour l'extérieur de la communauté (qu'il s'agisse d'expatriés ou du MS). Ces activités reflètent les attitudes de ceux de l'extérieur qui conçoivent le programme plutôt que d'aider la communauté à confronter et à s'adapter à l'épidémie et à se donner des moyens locaux pour se protéger contre la transmission du VIH.

- **Une technologie contraceptive efficace offrant à l'utilisateur plusieurs choix et l'essai de nouvelles modalités de prestations ont été les pivots de programmes réussis.**

De même, les responsables des volets d'IEC/motivation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA réalisent qu'il est plus efficace de présenter toute une gamme de comportements visant à diminuer les risques, si l'on veut changer le comportement, plutôt que de présenter seulement un ou deux comportements.

- **Le concept d'évaluation de risques relatifs (tels qu'ils s'appliquent par exemple à la distribution de la pilule) a été utile pour concevoir des programmes et pour obtenir le soutien des dirigeants politiques, professionnels et communautaires.**

Ce concept peut également s'appliquer au programme de lutte contre le VIH/SIDA. Par exemple, on peut recommander à des clients courant un risque élevé de contracter le VIH de choisir les contraceptifs les plus efficaces pour éviter le risque d'une grossesse ou alors on peut donner des conseils touchant à l'allaitement des femmes séropositives.

- **Les services cliniques sont essentiels pour certaines technologies. Toutefois, des programmes réalisés surtout dans des cliniques qui ne s'accompagnent pas à l'activité communautaire ont tendance à desservir un segment limité, ce qui ne suffit pas pour atteindre les objectifs stipulés sur le plan de la santé publique.**

Vu qu'il n'existe pas de techniques de prévention du VIH/SIDA qui puissent être fournies dans un contexte clinique, les programmes du VIH/SIDA mettent déjà en œuvre des approches communautaires réalisées avec des jeunes, des hommes et des habitants des zones rurales, ceux qui pourraient bénéficier de la planification familiale dans le cadre d'un effort intégré.

3.5 Marketing social

- Le marketing social est une des parties d'un programme de distribution efficace. **Bien que le marketing social ne puisse couvrir qu'un pourcentage donné de la population, il permet souvent de faire une utilisation très efficace par rapport au coût des ressources du secteur privé.** Mais en Afrique subsaharienne, il faut faire attention à ne pas accorder une trop grande importance à l'autonomie financière car on risquerait de restreindre l'accès des groupes cibles, à savoir les très pauvres.

L'épidémie du SIDA a redonné un nouvel élan au marketing social des condoms en Afrique et met en exergue l'importance de la prévention et de la lutte contre le VIH/SIDA.

3.6 Produits de base

- **Un approvisionnement régulier et suffisant de contraceptifs sous-tendu par un système efficace d'achat et de distribution est une des clés de la réussite des programmes de planification familiale.**

Il convient d'insister sur ce principe dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH/SIDA puisque la demande en rapide expansion pour des condoms entraîne déjà des problèmes au niveau de l'acquisition et de la distribution. Dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA, les produits englobent également les kits de test de détection des anticorps anti-VIH, les médicaments contre les MST, les gants et les aiguilles.

3.7 Recherche et évaluation

- **Outre l'importance accordée à des programmes actifs visant à élargir à toute la population les services de contraception, les programmes de planification familiale ont réalisé qu'il était important d'avoir un solide programme de recherche biomédicale, comportementale et opérationnelle.** Cette recherche est nécessaire pour améliorer la technologie contraceptive; augmenter la connaissance du comportement sexuel, le reproductif et l'utilisation de la contraception; améliorer les programmes d'IEC; mettre en place des prestations plus efficaces et mesurer l'impact.

La même importance devrait être accordée à la recherche dans le cadre des programmes du VIH/SIDA pour des raisons qui sont quasiment les mêmes.

- **Les programmes doivent se donner des mesures aux niveaux processus et impact pour suivre les progrès. Des objectifs doivent être fixés au vu du but en général mais il doivent aussi être réalistes au regard de ce qu'on peut réaliser d'un point de vue pratique.** En général, les programmes de planification familiale ont adopté le taux de prévalence de la contraception et l'indice synthétique de fécondité comme mesure de l'impact.

Vu la nature délicate des questions qui entourent l'épidémie du SIDA, on n'a pas fait d'évaluation de l'impact des programmes de prévention du VIH/SIDA. La plupart des évaluations faites jusqu'à présent se sont limitées à une sorte d'examen de la gestion. Certaines évaluations qualitatives qui sont réalisées se sont avérées utiles. Mais le fait qu'on ne dispose pas d'évaluations sur l'impact des activités de lutte contre le VIH déployées actuellement ou proposées freine beaucoup le travail des professionnels de ce domaine qui cherchent à diminuer le taux de transmission du VIH. Parallèlement, il faut noter qu'il est bien plus difficile de documenter les augmentations et diminutions dans les taux d'infection du VIH qu'il ne l'est de le faire pour l'utilisation de la contraception.

3.8 Questions de gestion

- **Les programmes de planification familiale exigent plus de ressources humaines que de ressources financières puisqu'ils touchent à des questions techniques et politiques, exigent des changements importants dans le comportement humain et demandent d'importants volets d'assistance technique et d'acquisition de produits.**

Ce concept s'applique également aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les besoins du point de vue personnel aux niveaux gestion et prestations sont tout aussi importants et là aussi font souvent défaut.

- **Une utilisation adéquate des ressources de l'A.I.D. exigent un bon soutien technique et administratif de la mission de l'USAID afin de pouvoir planifier, coordonner, suivre et faciliter la réalisation des activités soutenues par l'A.I.D.** La qualité et la quantité du soutien technique et administratif donné par l'A.I.D./Washington et REDSO a joué un rôle très important dans la réussite ou l'échec de ces efforts.

De même, la qualité des activités de lutte contre le VIH/SIDA financées par l'A.I.D. se rapportera directement à la qualité et à la quantité de l'assistance fournie par le personnel de l'A.I.D., qu'il soit sur le terrain ou à Washington.

- **Bien qu'il faille reconnaître le rôle du personnel technique et administratif de l'A.I.D. et des ONG et organisations internationales, ce sont les institutions et responsables des pays hôtes qui mènent à bien un projet.** Le programme doit être conçu de sorte à répondre à leurs besoins et intérêts. Il doit être réalisé avec leur concours. Les solutions aux problèmes de la mise en œuvre résident au niveau de l'institution locale.

Vu que le programme de prévention du VIH/SIDA est trop souvent mené par des bailleurs de fonds en Afrique, cette leçon n'a pas été suivie. Souvent, les messages d'IEC ne répondent pas aux besoins locaux. La recherche est conçue pour répondre à des questions intéressant davantage les chercheurs occidentaux que les communautés locales et les stratégies de ciblage ne tiennent pas compte des réalités de la propagation de l'épidémie. Il faut que les responsables nationaux et locaux participent bien davantage à la conception et à la réalisation des activités.

4. Manières dont on peut intégrer les activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA

4.1 Elaboration de politiques

Les travaux de mise au point de politiques ont été réalisés indépendamment par ceux concernés soit par le VIH/SIDA, soit par la population/planification familiale. Il y a moyen de traiter des deux questions de manière plus intégrée non seulement pour capter l'attention des décideurs, mais également pour mettre au clair les relations mutuelles qui existent entre les deux programmes et pour saisir le sens de crise qui existe dans les deux domaines. L'approche intégrée à l'élaboration de politiques serait particulièrement importante pour arriver à une action unifiée et maintenir des priorités, si l'on décide d'intégrer davantage au niveau des programmes.

Avant que l'intégration ou la coordination des activités ne puisse se faire, il faut poser des fondements dans trois domaines où se déroule la mise au point de politiques: le contexte de politiques, la réalisation quotidienne des activités et la communauté des bailleurs de fonds.

Contexte de politiques

La première étape de la mise au point de politiques demande qu'on se donne un contexte favorisant la résolution des questions techniques. Pour cela, il faut pouvoir compter sur le soutien des personnes au niveau supérieur afin de pouvoir réaliser d'efficaces programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA. Ces personnes sont notamment les dirigeants politiques et religieux et les membres clés des communautés d'affaires locales. Ce soutien ne saurait se limiter à quelques discours faits pour les bailleurs de fonds, mais doit être continu malgré les autres demandes et doit se diriger vers les aspects liés à la mise en œuvre du programme. Il est important que ce soutien se manifeste dans des domaines importants:

- Le montant de ressources du pays hôte budgétisé et octroyé aux activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA (le Zimbabwe fournit des ressources très importantes pour son programme de planification familiale mais peu pour son programme de prévention du VIH/SIDA);
- La suppression des restrictions gouvernementales et religieuses entravant les activités avec les jeunes en vue de prévenir l'infection par le VIH et la grossesse des adolescentes (tel qu'il faut le faire par exemple en Ouganda et au Zimbabwe);
- Mobilisation de l'élite formée et éduquée; et
- Suppression de politiques publiques qui interdisent de faire appel aux mass médias pour la promotion des condoms et des contraceptifs (tel que nécessaire par exemple en Ouganda)..

De plus, si l'on cherche à intégrer davantage les efforts déployés pour la lutte contre le VIH/SIDA et la planification familiale, les discussions en matière de politiques doivent revoir les avantages qu'en retirera chaque programme et doivent déterminer clairement les contributions que l'on attend de chacun de ces programmes.

En général, en ce qui concerne la planification familiale et le VIH/SIDA, le contexte national de politiques n'a pas réagi à la nature de crise de ces deux domaines. Les pays hôtes ont été lents à reconnaître l'existence du SIDA (au Zimbabwe, on ne la reconnut qu'en juin 1990) ou à consacrer des ressources importantes pour lutter contre le problème (le Botswana n'a toujours pas un responsable à temps plein pour son programme de lutte contre le VIH/SIDA).

Questions liées à l'exécution quotidienne

A ce niveau, les politiques sont plus directes mais leur réussite dépend du travail fait au premier niveau dont il est question ci-dessus. Voici le type d'activités nécessaires ici:

- Suppression des tarifs, droits de douane et autres restrictions sur l'importation de condoms et de contraceptifs comme l'a fait la Côte d'Ivoire (et comme il faut le faire dans des pays comme le Zimbabwe, l'Ouganda et la Tanzanie); et
- Diminuer le coût des créneaux de diffusion des messages sur la planification familiale et le VIH/SIDA sur les stations de télévision et de radio contrôlées par l'Etat comme l'a fait la Côte d'Ivoire (et comme doivent le faire des pays tels que le Zimbabwe et la Zambie).

La communauté des bailleurs de fonds

La communauté des bailleurs de fonds doit jouer un rôle important pour la mise au point de politiques, tant pour la planification familiale que pour le VIH/SIDA. Ce rôle va plus loin que sa participation limitée aux activités du secteur formel de la santé et devrait influencer de manière plus globale le développement économique général du pays hôte. Même si la planification familiale et la prévention du VIH/SIDA sont des questions sanitaires, elles s'inscrivent dans des contextes socio-économiques et de développement plus globaux. Les bailleurs de fonds peuvent avoir une influence à l'extérieur du secteur de la santé pour susciter un réel engagement face aux questions liées à la planification familiale et à la lutte contre le VIH/SIDA. Il y a eu des précédents montrant le pouvoir qu'ont les bailleurs de fonds pour influencer cet engagement dans de multiples secteurs. Par exemple, les bailleurs de fonds ont utilisé leur influence pour mettre en place des programmes d'ajustement structurel économique malgré l'hésitation des pays hôtes (par exemple au Zimbabwe, en Zambie et en Tanzanie). Une influence analogue pourrait être mise à l'œuvre pour démarrer des programmes efficaces de prévention du VIH/SIDA et de la planification familiale, peut-être de manière plus efficace si l'on aborde les deux domaines de manière intégrée.

Mais la communauté des bailleurs de fonds n'est pas prête à démarrer un dialogue de politiques avec des Gouvernement hôtes tout particulièrement avec le Cabinet du Président. Aussi des programmes ont-ils été démarrés alors qu'ils étaient voués à l'échec. A part quelques exceptions, les missions de l'USAID et les ambassades américaines ont hésité à démarrer un dialogue de politiques avec des Présidents, des membres de Cabinet et d'autres personnes influentes pour aider à réaliser des programmes efficaces. L'une des exceptions étant l'Ouganda, où des discussions avec le Gouvernement ont permis de faire des essais de l'AZT (médicament anti-rétroviral). Mais ces discussions n'ont pas réussi à changer la politique publique touchant à la promotion et à la distribution efficace de condoms.

Certaines des politiques des bailleurs de fonds et de leurs contractants se sont également avérées problématiques. Un grand nombre de ces politiques se fondent sur des concepts américains ou européens qui ne prêtent pas une attention suffisante aux aspects uniques liés à la réalisation efficace des programmes de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. S'agissant des politiques suivantes:

- La réponse insuffisante faite par l'OMS/Programme mondial de lutte contre le SIDA et l'I.A.D./Washington aux demandes faites par des pays hôtes pour soutenir des centres de test anonymes (qui attirent des couples auxquels il serait possible d'offrir des conseils intégrant le VIH/SIDA et la planification familiale);
- L'assistance continue qu'accorde la communauté des bailleurs de fonds au financement des consultants à court terme (qui souvent ont une vue plus étroite sur soit la planification familiale, soit le VIH/SIDA) plutôt que de développer l'expertise nécessaire dans des pays hôtes;
- L'insistance non réaliste sur la pérennité dans un contexte économique en baisse (qui se répercute tant sur les programmes de lutte contre le VIH/SIDA que sur la planification familiale); et
- La politique apparente de l'A.I.D./Washington pour la prévention du VIH/SIDA qui accorde plus d'attention aux groupes à risques élevés (différents de ceux que vise la planification familiale) alors que les dirigeants africains considèrent que le VIH/SIDA touche un groupe bien plus général et exige des activités préventives au sein de toute la population. L'approche des dirigeants africains se prête mieux à l'intégration du VIH/SIDA et de la planification familiale.

(Suite à des visites sur le terrain, le personnel du Bureau Santé de l'A.I.D. a indiqué à l'équipe de l'étude que l'approche de l'A.I.D./Washington à la lutte et à la prévention du VIH/SIDA est bien plus souple que celle stipulée par le personnel de l'A.I.D./Washington et le personnel du projet de prévention et de lutte contre le SIDA financée centralement (AIDSCAP) et bien plus large que les opinions concernant la position de Washington qui prédominaient lors des

discussions avec le personnel de terrain. L'Office de la Santé devrait clarifier cette politique pour tous ceux concernés.)

4.2 Formation

Les activités de formation aussi bien pour la planification familiale que pour la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne restent faibles. Des stages didactiques du style conférences, de courte durée, restent la norme et les participants sont envoyés sur le terrain avec peu, voire pas du tout, de suivi et de soutien. Vu qu'on ne dispose que d'un petit groupe de formateurs professionnels, on s'est beaucoup servi de l'approche formation des formateurs (FdF). Le Botswana, par exemple, a fait énormément appel à cette approche, mais les évaluations de la performance et de la formation ont indiqué que rares sont ceux assistants aux ateliers FdF qui impartissent véritablement à leurs collègues les connaissances ou compétences acquises car souvent ils n'ont pas le temps de le faire, ils manquent des aptitudes nécessaires pour former d'autres personnes et qu'il n'y a pas d'incitations à le faire.

Des programmes de formation centralisés réalisés une seule fois ne pourront guère avoir un impact et renforcer les compétences des gens et améliorer leurs performances en tant que prestataires de services. Il faut faire des plans à moyen et à long terme pour des activités de formation qui prévoient des cours de recyclage, une bonne supervision, un soutien de la part de l'administration du programme et des plans de carrière pour le personnel chevronné. Ces plans devraient tenir compte des besoins de l'institution à long terme plutôt que de se baser uniquement sur la disponibilité d'un financement des bailleurs de fonds pour des initiatives de formation spécifique.

La plupart des activités de formation (sauf pour des procédures cliniques plus compliquées) auraient probablement plus de sens pour les participants si elles étaient organisées localement et si elles permettaient une expérience sur le tas et une supervision sur les lieux du travail. De même, la nécessité de suivre périodiquement la performance du personnel et de donner un renforcement est d'importance critique si l'on veut en général améliorer les services. Une telle approche sera au cœur même de la formation qui sera fournie par le biais du nouveau projet de population de l'USAID au Botswana. Le MS en Ouganda a déjà réalisé l'importance de transférer au niveau local les expertises en matière de formation et de supervision. Une approche plus complète à la formation des agents de santé pourra également servir à améliorer le moral des agents de santé et à diminuer la rotation des postes.

Vu que le système de formation n'est guère solide au sein des secteurs public et privé, il convient d'approcher avec circonspection l'intégration de la formation du VIH/SIDA et de la planification familiale. Les domaines possibles semblent être les suivants:

- **Les agents de la planification familiale pourraient être formés pour qu'ils puissent apporter des informations fondamentales sur le VIH/SIDA pour répondre aux questions des clients de la planification familiale et pour se protéger eux-mêmes, ainsi que**

leurs clients, de l'infection. A moins que le personnel ne donne déjà des conseils très complets (ce qui est rare), il est peu probable qu'ils pourront se charger en plus des conseils et de la prise en charge pour le VIH/SIDA. Mettre en place des services de conseil et de prise en charge du VIH/SIDA demande des aptitudes particulières de la part des formateurs ainsi que des stagiaires car les deux auront certaines anxiétés face au VIH/SIDA. Une partie intégrante de ce processus est de faire face à ses propres anxiétés et attitudes concernant la sexualité et le VIH/SIDA. Aussi dans le court terme, la meilleure approche semble-t-elle être de fournir aux agents de la planification familiale les informations fondamentales qui leur permettront d'aider les clients à comprendre les implications sur le plan prévention du VIH/SIDA lors du choix de contraceptifs et de les envoyer vers les services compétents pour des conseils supplémentaires, des tests de détection des anticorps anti-VIH ou pour des services de soutien. Lorsque de bons services de conseil et de communication interpersonnelle font déjà partie d'un programme de planification familiale, on pourra envisager d'offrir des conseils plus approfondis aux clients concernant la prévention, le test et la notification des partenaires.

De plus, un modèle occidental de conseils face à face ne convient peut-être pas toujours dans le contexte africain. Par exemple les conseillers de la clinique des MST à l'hôpital de Mulago à Kampala ont été découragés de voir qu'en dépit des nombreux conseils, les clients revenaient souvent quelques mois plus tard réinfectés par une MST. De plus, des enquêtes les ont mis sur la voie et leur ont permis de comprendre qu'en Afrique, une personne ne prend pas forcément certaines actions de son propre chef. Plutôt, le comportement individuel est le produit d'un contexte familial et culturel plus large. Aussi est-ce dans ce contexte global qu'il faut situer le changement de comportement en vue d'adopter des pratiques sexuelles plus sûres ou des méthodes de planification familiale. Les conseils en groupe, la formation d'animateurs camarades et les programmes d'éducation communautaire sont des exemples de la manière de s'y prendre.

Les prestataires de services de planification familiale auront besoin d'une formation supplémentaire (analogue à celle fournie en Ouganda) pour faire taire leurs propres craintes à propos du SIDA et pour se donner les moyens de se protéger eux-mêmes ainsi que leurs clients contre l'infection. C'est tout particulièrement important pour ceux participant aux procédures chirurgicales mais il faudrait également que cela fasse partie de la formation portant sur la prestation de services. Cette formation doit être conçue attentivement pour fournir les méthodes de protection appropriées mais devra également être une approche pratique qui tient compte des capacités locales du point de vue équipement et fournitures.

- **Les agents s'occupant de la lutte du VIH/SIDA pourraient également être formés pour apporter des informations fondamentales qui aideront leurs clients à faire des choix concernant leur vie reproductive, leur activité sexuelle et opter pour une méthode contraceptive en tenant compte de leur état de santé.** Cette formation devra être mise à jour au fur et à mesure que progresse la recherche biomédicale et sociale concernant l'interaction de ces facteurs et la disponibilité de nouvelles techniques contraceptives liées aux préoccupations concernant le SIDA. Les agents de la lutte contre le VIH/SIDA devront également savoir quand il faut envoyer les clients vers les services de planification familiale. Dans certains cas, la

formation pourrait également préparer les agents de la lutte contre le VIH/SIDA à fournir d'autres contraceptifs en plus des condoms distribués actuellement.

- **Dans certains cas, une formation conjointe pourrait être apportée aux responsables des programmes aussi bien de la planification familiale que du VIH/SIDA.** Certains domaines de la gestion sont communs aux deux programmes tels que l'élaboration de politiques, la collecte de fonds, la planification et la budgétisation de programmes, la délégation de responsabilités, la supervision, la mise au point de programmes de formation, l'organisation de programmes d'IEC, l'importance accordée à la participation communautaire, la priorité aux jeunes, la compréhension commune et les approches aux questions contraceptives, la gestion du personnel, la coordination et le partage de l'information, l'achat de biens et services, l'utilisation optimale de l'assistance technique, le suivi et l'évaluation ainsi que la réalisation et la diffusion/utilisation de la recherche appropriée. Les prévisions concernant les besoins en matière de condoms, les méthodes d'emmagasinage et la distribution sont des domaines particulièrement importants pour les deux programmes.

- **La formation touchant certaines compétences spécialisées pourrait être coordonnée pour les agents de la lutte contre le VIH/SIDA et de la planification familiale.** Certaines compétences de laboratoire sont communes aux deux programmes au même titre que celles touchant à l'élaboration du matériel d'IEC, à la conception et à la réalisation de la recherche, à la technologie informatique, à la publicité et au marketing. Dans certains cas, ces compétences pourraient être enseignées dans le cadre de programmes de formation conjointe. Dans d'autres, peut-être est-il plus judicieux de faire participer les stagiaires de l'autre programme à un cours spécialisé.

- **Membres très respectés et influents de la communauté, les guérisseurs traditionnels sont une bonne ressource pour des informations et des conseils, aussi bien pour la planification familiale que pour la lutte contre le VIH/SIDA, et également pour le diagnostic et le traitement des MST, si on les forme davantage à ces rôles.** Les guérisseurs traditionnels continuent à jouer un rôle important au niveau de la prestation des soins de santé en Afrique. Dans de nombreuses régions, plus de 75 pour cent des personnes iront consulter un guérisseur traditionnel, parfois en même temps que les consultations médicales. Bien qu'en général, les programmes de planification familiale n'aient pas réussi à faire participer les guérisseurs traditionnels ou les accoucheuses traditionnelles à la prestation de services contraceptifs, des essais supplémentaires en ce domaine se justifient en raison du rôle important qu'ils jouent au niveau des soins de santé.

4.3 Activités d'IEC

L'intégration des activités d'IEC pour la planification familiale et le VIH/SIDA pourraient se faire à plusieurs niveaux: dans le cadre des campagnes médiatiques générales et ciblées; en visant des publics particuliers tels que les employés sur les lieux du travail (y compris la direction), l'élite instruite, les hommes et les jeunes, et par le biais de la communication

interpersonnelle au niveau prestations, par exemple dans les cliniques, dans le cadre des programmes de distribution communautaire ou autres activités d'éducation communautaire.

Tout au long du travail de planification des activités intégrées dans ces divers domaines, il sera important de se rappeler certaines des leçons apprises au fil des ans en ce qui concerne l'exécution des activités d'IEC. Par exemple, le préalable d'un travail efficace en matière d'IEC est de tenir compte, au niveau des messages et de l'information, des pressions individuelles et sociales qui déterminent le comportement sexuel, que ce soit pour la planification familiale ou pour la lutte contre le VIH/SIDA. La plupart des premières campagnes d'IEC, aussi bien pour la planification familiale que pour le VIH/SIDA, avaient été réalisées sans tenir compte de ces aspects. Par exemple, l'IEC pour les campagnes de prévention du VIH/SIDA dans les trois pays visités encourageait l'adoption d'un comportement qui, généralement, n'avait aucun sens dans le contexte culturel et n'aidait aucunement les personnes cherchant à intégrer à leur style de vie un comportement sexuel moins risqué. Bien que ces campagnes aient réussi à sensibiliser l'opinion publique au problème du VIH/SIDA, elles n'ont guère influencé un changement comportemental positif.

Pour réussir à modifier le comportement, les activités d'IEC doivent être attentivement planifiées et testées pour être sûrs qu'elles soient pertinentes face à la communauté ciblée. Lorsque la population est plus ou moins homogène, qu'il existe de bons canaux de communication et un bon niveau d'alphabétisation, on peut très bien concevoir et réaliser du matériel et des messages au niveau national (comme pour la majeure partie du Botswana). Dans un pays comme l'Ouganda, à prédominance rurale, avec un faible taux d'alphabétisation et une insuffisance des mass médias, il faut élaborer des programmes au niveau national si l'on veut qu'ils soient efficaces.

Certains travaux de recherche sont faits (d'ailleurs ils prennent de l'importance), tout particulièrement en Ouganda sur la manière dont la sexualité est perçue dans les différents segments de la société. Il sera important d'intégrer les résultats de ce type de recherche aux programmes d'IEC. De plus, il devient de plus en plus important d'être subtile, d'utiliser l'humour et de ne pas être ennuyeux si l'on veut réussir à modifier les comportements, que ce soit pour la planification familiale ou le VIH/SIDA. Au Botswana et en Ouganda, ce sont les bandes dessinées qui sont le matériel imprimé le plus populaire pour les programmes de prévention du VIH/SIDA. Dans d'autres pays, on s'est rendu compte que les bandes dessinées des journaux plaisaient au public.

Les pièces de théâtre communautaires et la musique représentent un autre canal important de communication. La musique traditionnelle et moderne (par exemple le "rock") se sont avérées être des moyens efficaces pour communiquer une information et pour sensibiliser tant à la planification familiale qu'au VIH/SIDA dans divers contextes mondiaux. La chanson sur le SIDA enregistrée par un des chanteurs les plus populaires du Zaïre, semble avoir un impact très important sur l'accroissement des ventes de condoms dans ce pays. De même en Ouganda, le fait que le chanteur Philly Lutaaya a révélé au public qu'il était séropositif et qu'il a parlé de sa lutte contre le SIDA dans un film a joué un rôle important, permettant à la discussion sur le VIH/SIDA de se faire ouvertement.

Toute une série de questions en matière de politiques sous-tendent de nombreux aspects de l'IEC et doivent être prises en compte avant de pouvoir mettre en œuvre des activités efficaces en IEC. Par exemple, les questions de l'IEC se rapportant à la prévention de la grossesse chez les femmes séropositives représente la première question: les décideurs ont-ils convenu qu'il faudrait conseiller aux femmes séropositives de ne pas tomber enceinte? De même, faudrait-il apprendre aux femmes des méthodes efficaces pour qu'elles puissent se protéger, aussi bien contre l'infection du VIH que contre la grossesse? Est-ce que l'adoption du condom en tant que méthode de planification familiale fait courir aux femmes le risque d'une grossesse non souhaitée? Est-ce que l'on devrait apprendre aux lycéennes des techniques concernant le "safe sex" avec des hommes plus vieux qui les soutiennent financièrement pour des faveurs sexuelles? Dialogue, débat et étude de ces questions sera nécessaire avant de pouvoir mettre sur pied des politiques nationales et institutionnelles. Ensuite, les programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA pourront intégrer ces politiques à la conception des activités d'IEC et de conseil.

Enfin, une dernière chose dont il faut tenir compte lorsqu'on met sur pied une stratégie d'IEC est qu'il faut présenter aux gens toute une gamme de comportements dans laquelle ils peuvent choisir plutôt que de leur dire simplement ce qu'ils devraient faire. Le choix donne aux gens le pouvoir de prendre telle ou telle action pour répondre à leurs besoins sanitaires. L'intégration des activités d'IEC et de la communication interpersonnelle pour la planification familiale et la lutte contre le VIH/SIDA dans le bon contexte pourrait augmenter la gamme d'options disponibles pour la clientèle de chaque service.

Voici certaines manières dont on pourrait intégrer les activités d'IEC pour la lutte contre le VIH/SIDA et la planification familiale:

- **Une des premières étapes vers l'intégration consisterait à ce que le personnel travaillant dans le domaine de l'IEC pour le VIH/SIDA et la planification familiale commence un dialogue indiquant les endroits et domaines où ses besoins se chevauchent et là où ils diffèrent sur ce qui réussit et sur ce qui ne réussit pas et où il pourrait partager ou développer conjointement des ressources.**

Il serait utile, dans le cadre de ce processus, d'étudier les manières dont de nombreux programmes de planification familiale et de marketing social ont utilisé les techniques de recherche et de marketing mises au point au départ dans le secteur privé. Ces techniques pourraient être utiles aux programmes de planification familiale et de VIH/SIDA pour déterminer quand, où et comment l'intégration des messages pour la planification familiale et le VIH/SIDA serait appropriée et quand elle ne le serait pas. Bien qu'il semble logique d'intégrer l'IEC pour la planification familiale et l'IEC pour le VIH/SIDA puisque les deux parlent de questions sexuelles, il existe des différences entre les deux relations sexuelles. Par exemple, le public des messages pour la planification familiale est souvent composé de couples vivant des relations plus durables alors que pour la prévention du VIH/SIDA, les deux personnes composent souvent une relation à court terme. Aussi dans de telles circonstances, les motivations poussant à un "safe sex" sont-elles très différentes. Les mass médias pourraient être utilisées pour apporter des

messages, aussi bien pour la planification familiale que pour la prévention du VIH/SIDA mais il n'est pas nécessaire et peut-être n'est-il pas même possible de communiquer efficacement dans chaque message des informations se rapportant aux deux domaines.

Une des raisons souvent avancée pour intégrer l'IEC pour la planification familiale et le VIH/SIDA est que le message de la planification familiale aidera à cacher ce côté ignominieux attribué au SIDA. En Ouganda, où il existe une influence religieuse très conservatrice et puissante, l'association médicale islamique a obtenu le soutien de ses dirigeants religieux pour discuter de l'utilisation du condom pour la prévention du VIH/SIDA car le condom est déjà accepté comme méthode de planification familiale. Par ailleurs, un hôpital catholique encourage à présent l'utilisation des condoms uniquement parce que c'est le seul moyen d'enrayer la propagation du VIH bien que l'hôpital ne puisse pas promouvoir le condom comme méthode de planification familiale.

- **L'élaboration d'instructions imagées, simples et faciles à comprendre sur l'emploi correct des condoms (et les précautions pour les jeter après utilisation) serait une mesure simple pouvant bénéficier aux activités de la planification familiale et du VIH/SIDA.** Ces instructions pourraient être disponibles dans tous les endroits qui distribuent des condoms.

- **Le nombre de plus en plus important de centres de test de détection des anticorps anti-VIH offre d'excellentes possibilités de fournir des conseils concernant la planification familiale.** Ces centres sont souvent utilisés par les couples; dans certains cas d'ailleurs, les couples représentent plus de 50 pour cent de la clientèle. Créés au départ au Rwanda et en Ouganda, ces centres sont à présent ouverts dans de nombreux pays et représentent un élément important d'un programme complet de modifications du comportement.

- **L'importance de viser les jeunes et les hommes dans le cadre des activités de prévention du VIH offre à la planification familiale la possibilité d'apporter à ces mêmes publics des informations portant sur la planification familiale.** Par le passé, les programmes de planification familiale ont généralement négligés ces groupes.

Tel qu'observé dans tous les pays visités, l'urgence avec laquelle il faut répondre à l'épidémie du SIDA a souvent permis de créer un climat plus ouvert où l'on peut discuter de questions qui ont été ignorées ou laissées dans le vague dans le contexte de la planification familiale. En cherchant à changer le comportement pour enrayer la propagation du VIH/SIDA, il est nécessaire de traiter de questions telles que la sexualité, le sex et la dépendance économique des femmes et des hommes. Cela signifie qu'il faut parler de questions réelles telles que l'activité sexuelle en tant que passe-temps, la motivation des hommes à changer de comportement, la nécessité d'un dialogue entre hommes et femmes, la protection des adolescentes, etc. Les leçons qui en sont retirées seront un fondement utile pour concevoir des activités d'IEC plus efficaces pour la planification familiale.

- **La mise en place de mécanismes de distribution et d'utilisation du matériel d'IEC pertinent par les volets de planification familiale et de VIH/SIDA avec des**

institutions multisectorielles (telles que le Ministère de la Santé) et entre institutions (par exemple le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Éducation) représenterait une étape relativement simple et économique en vue de l'intégration.

Quel que soit l'excellence du matériel d'IEC, il ne sera guère utile s'il ne parvient pas aux clients. Dans deux des trois pays visités, les centres et les postes de santé dans les régions reculées manquaient souvent de matériel d'information, soit sur la planification familiale, soit sur le SIDA. Par exemple, le Botswana dispose d'un personnel qualifié et de bonnes structures de production au sein du Ministère et a réalisé un grand nombre de matériels, tant sur la planification familiale que sur le VIH/SIDA. Mais des évaluations récentes des deux programmes insistent sur le fait que très peu, voire aucun de ces matériels ne sont disponibles à l'extérieur de Gaborone et qu'aucun mécanisme n'a été mis en place pour approvisionner les centres de santé ou pour permettre au personnel de ces établissements de commander le matériel. En Ouganda, le programme de lutte contre le SIDA (qui dépend du Ministère de la Santé) réalise du matériel d'IEC sur le SIDA mais ce matériel n'est pas distribué par le biais du système du Ministère. Il est mis à la disposition des ONG qui font l'effort de se rendre à Entebbe pour aller le chercher. La distribution efficace et en temps opportun de ce matériel devrait être un aspect important de toute campagne d'IEC.

Confère Annexe J pour un bref examen des activités d'IEC pour la planification familiale et le VIH/SIDA en Afrique et dans d'autres endroits.

4.4 Prestations de services

Activités non-cliniques

- **Vu les limitations que rencontrent les services cliniques devant s'occuper d'une proportion très importante de la population, il est impératif de démarrer des activités communautaires ou des activités sur les lieux du travail pour sortir du cadre des centres fixes.** A présent les programmes, aussi bien de planification familiale que de lutte contre le VIH/SIDA, ont tendance à adopter une approche sanitaire alors qu'il faudrait une orientation tournée vers le développement communautaire. En général, les programmes ont à leur tête des médecins et le système sanitaire représente la priorité pour les prestations. Des formules de prestations d'un caractère novateur sont freinées par les politiques sanitaires en vigueur, les ressources du secteur privé ne suffisent pas et la couverture de la population est restreinte. Par exemple, en Ouganda, les programmes de planification familiale n'ont réussi à atteindre qu'une petite proportion de la population (moins de cinq pour cent des femmes en âge de procréer). Bien qu'ils s'occupent d'un groupe cible important pour la lutte contre le VIH/SIDA (femmes en âge de procréer), ils n'ont fait que peu d'efforts pour arriver jusqu'aux hommes et aux jeunes. Ils manquent de moyens financiers ainsi que de l'infrastructure ou des systèmes de soutien nécessaires du point de vue logistique, supervision, suivi ou évaluation. Bien qu'ils soient plus vigoureux et mieux soutenus que pour la planification familiale, les services de prévention du VIH/SIDA eux-aussi ne s'occupent que d'une petite proportion de la population,

souvent par le biais de centres de santé fixes en nombre limité. L'intégration des prestations de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA pourrait aider à changer cette approche si les deux programmes se dirigeaient ensemble vers une approche dans la communauté ou sur les lieux du travail au lieu de se cantonner dans les centres de santé fixes.

Les ONG se prêteront peut-être mieux au changement et à l'amélioration que les institutions du secteur public souvent très complexes. Ces groupes sont plus souples et plus désireux d'essayer de nouvelles approches que les organisations du secteur public. Mais en même temps, ils manquent souvent de moyens financiers et n'ont que des capacités limitées pour étendre la couverture à la population rurale. Toutefois, si on leur octroie les ressources nécessaires, les ONG intervenant dans le domaine de la planification familiale peuvent apporter une contribution importante (conjointement avec les organisations du secteur public) à la mise en place d'activités intégrées de lutte contre le VIH/SIDA-planification familiale. Généralement, les programmes de planification familiale dans le secteur privé et, au Zimbabwe, par le biais de conseils nationaux para-publics de la planification familiale ont une approche plus verticale, se concentrant davantage sur les méthodes et l'information pour la planification familiale. Par le passé, ils ont souvent insisté sur les services cliniques, mais ils cherchent de plus en plus à mettre sur pied des activités de distribution communautaire.

Les programmes communautaires ou les programmes sur les lieux du travail doivent être réalisés dans des entreprises, dans des usines ou avec des ouvriers agricoles dans les grandes plantations de thé ou de sucre tel que c'est fait actuellement avec plus ou moins de succès par l'Union des agriculteurs commerciaux au Zimbabwe ou la Fédération des employeurs ougandais. Les programmes peuvent être axés sur les jeunes tel qu'envisagé de le faire la nouvelle association privée de planification familiale au Botswana. Ils peuvent étendre les services aux familles allant plus loin que les centres fixes actuels grâce aux programmes communautaires et peuvent faire participer à leurs efforts les nombreux groupes de soutien communautaires pour la lutte contre le VIH/SIDA tels que l'Organisation de soutien pour le SIDA en Ouganda ou le programme de soins à domicile qui semblent réussir à couvrir la communauté autour de l'hôpital Chinkankata en Zambie.

Cet effort non-clinique représenterait en grande partie un nouveau territoire, aussi bien pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA que pour la planification familiale. Des objectifs qui se renforcent mutuellement pourront être définis pour la planification de départ et les mesures du progrès pourraient comporter des indicateurs communs aux deux. Des activités pourraient être financées pour réaliser les deux objectifs. L'importance accordée à l'utilisation du condom pour ces "nouveaux" groupes cibles, qu'il s'agisse de planification familiale ou pour des buts de prévention du VIH/SIDA, mettrait fin à la question de l'adéquation des contraceptifs hormonaux en présence du VIH/SIDA. L'approche serait également fort utile aux responsables de la planification familiale qui pourraient continuer à accorder une place importante à la contraception de longue durée et plus efficace donnée par les programmes cliniques mais qui pourraient également apprécier la contribution que peut faire cette nouvelle orientation et l'importance accordée aux condoms en vue d'atteindre les objectifs de la planification familiale.

Programmes PMI/PF du MS

- **Des efforts pourront être faits pour intégrer les activités de lutte contre le VIH/SIDA aux programmes de planification familiale qui ont été jugés hautement prioritaires au sein du programme de PMI.** Ici, le contexte de politiques est tel que l'introduction des activités de lutte contre le VIH/SIDA ne devrait pas détourner l'attention des autres priorités importantes sur le plan PMI/PF. Les programmes de planification familiale du secteur public ont généralement été mis en place dans le cadre de la PMI du MS. Dans la meilleure des situations, la planification familiale reçoit la priorité qui lui est dite au sein de la structure organisationnelle du Ministère et un personnel hautement qualifié est chargé, au sein de cette structure, de planifier, de superviser et de suivre les activités de planification familiale. Une partie du personnel est formée en matière de planification familiale et à tous les niveaux, une formation minimale est donnée pour comprendre la planification familiale en tant qu'intervention sanitaire essentielle et pour pouvoir soutenir les services de PF au niveau prestations (tel que pour le programme intégré PMI/PF au Botswana et pour les programmes de santé municipale au Zimbabwe). Toutefois, de nouvelles responsabilités ne pourront pas être rajoutées sans donner une formation. Des ressources financières, matérielles et humaines supplémentaires sont nécessaires pour ajouter les activités de lutte contre le VIH/SIDA si le système fonctionne déjà à sa pleine capacité.

Dans d'autres cas, la planification familiale ne figure que théoriquement comme un nom dans l'organigramme de la PMI/PF du MS. Personne n'a les pouvoirs et personne n'est responsable du programme de planification familiale. Le programme peut encore être plus dilué suite à une décentralisation à de faibles niveaux régional ou local qui sont encore moins équipés pour apporter une attention suffisante aux conditions de gestion de la planification familiale. On pourra trouver quelques personnes qui fournissent des services de planification familiale dans des centres mal équipés à certaines heures de la semaine. Ces activités ne sont guère soutenues par les autres agents de clinique qui pensent que la planification familiale prend de leur temps et ne contribuent guère à un but bien défini. Les programmes sont mal financés, les systèmes administratifs et logistiques sont insuffisants et il n'existe que peu d'informations disponibles sur la gestion ou peu d'analyses à ce propos. Ces conditions sont souvent exacerbées par des politiques médicales qui, soit ne permettent pas de déléguer les responsabilités suffisantes et professionnelles à un niveau plus bas de l'échelle, soit exigent des procédures cliniques freinant l'accès aux services de planification familiale. Bien qu'il s'agisse là d'un tableau d'une situation extrême, il faut savoir que les programmes de planification familiale comportent nombreuses de ces caractéristiques dans des pays comme l'Ouganda, la Mali, le Sénégal, le Ghana et le Zaïre. La mesure dans laquelle ces conditions entravent la performance des services de PMI/PF intégrés ou la mesure dans laquelle on peut, de manière réaliste, changer la situation déterminera ce que l'on pourra gagner, soit en améliorant les services de planification familiale, soit en soutenant efficacement les activités de lutte contre le VIH/SIDA grâce à l'intégration des deux.

Le programme de planification familiale avec des volets, tant verticaux qu'intégrés, au Zimbabwe a déjà réalisé un travail important de prévention du VIH/SIDA grâce à la distribution de condoms dans les zones urbaines et rurales. De même, le solide programme de PMI/PF au

Botswana devrait être une des grandes filières de l'information et de l'approvisionnement en condoms pour la lutte contre le VIH/SIDA. Par ailleurs en Ouganda, le projet de services sanitaires fondamentaux (financé par la Coopération technique allemande [GTZ]) montre qu'une programmation unifiée n'est pas chose aisée. Bien que depuis plus de deux ans, le programme insiste aussi bien sur le SIDA que sur la planification familiale, ce n'est que depuis six mois que le programme a pu réunir les deux volets dans le cadre d'une planification pratique. Les responsables de la planification familiale doivent faire du bruit pour qu'on leur prête une attention suffisante dans le cadre de la lutte vigoureuse déployée contre le VIH/SIDA. Cela semble dû à plusieurs facteurs dont notamment la manière dont les dirigeants perçoivent l'importance relative des deux aspects du programme et l'ambivalence quant au rôle des contraceptifs hormonaux - l'accent mis sur les contraceptifs hormonaux dans le cadre de la planification familiale et (dans une mesure moindre) sur le DIU est contradictoire en quelque sorte avec l'importance attachée aux condoms dans le cadre du programme de prévention du VIH/SIDA (confère Annexe E pour une discussion plus complète des prestations dans ces trois pays).

- **Les services cliniques qui ne sont pas encore un important fournisseur de condoms peuvent faire davantage à cet égard.** Par exemple, les centres de planification familiale au Zimbabwe ont diminué à un minimum les conditions liées à l'inscription des clients et ont augmenté au maximum la fourniture de condoms, et partant ont nettement élargi la distribution. Les responsables des évaluations peuvent se demander si ces condoms sont distribués pour la planification familiale ou pour le VIH/SIDA. Mais cette distinction ne semble pas aussi importante que la diminution de la fécondité et de la prévention de la maladie de la manière la plus pratique qui soit.

Programmes de lutte contre le VIH/SIDA

- **Une possibilité existe pour offrir, du moins à un niveau minimum, des informations et des produits pour la planification familiale dans le cadre des activités de prévention du VIH/SIDA.** Les conseillers du VIH/SIDA reconnaissent que pour les personnes qui courent un risque élevé de contracter l'infection par le VIH, la grossesse représente un grand risque pour la personne atteinte du SIDA, l'aboutissement de la grossesse, l'avenir d'un enfant pouvant se retrouver orphelin ou séropositif et le bien-être sanitaire et économique de la famille élargie. Le prestataire de services tient à faire le rapprochement entre la planification familiale et le VIH/SIDA. Mais les conseillers et leurs superviseurs indiquent qu'il faut une plus grande formation en matière de planification familiale avant qu'ils ne puissent effectivement ajouter ce volet à leur travail avec les clients du VIH/SIDA.

Au Botswana, la plupart des activités de prévention du VIH/SIDA doivent être intégrées au système de prestations du Ministère de la Santé et des collectivités locales. Au Zimbabwe, elles sont déjà, dans une certaine mesure, au sein du système du Ministère de la Santé et du conseil parapublic de planification familiale. D'autres prestations visent les groupes à haut risque tels que les prostituées. Les hommes et leurs familles sont ciblés dans les grandes plantations commerciales. L'Ouganda a adopté une approche encore plus diversifiée. Dans ce pays, le

programme de lutte contre le VIH/SIDA est en train de travailler par le biais de maintes institutions des secteurs public et privé fournissant des informations et des conseils pour le VIH/SIDA ainsi que pour les condoms.

Il faudra un plus grand travail d'élaboration de politiques et de formation pour aider tous les prestataires à voir l'inter-relation de ces activités. Il faudra également un suivi continu pour assurer la prestation intégrée de ces services.

Lutte contre les infections croisées

- **Les prestataires de la planification familiale doivent faire tout particulièrement attention au risque de transmission du virus du VIH en observant des procédures cliniques stériles pour se protéger eux-mêmes ou leurs clients.** On s'en est par exemple rendu compte en Ouganda dans les centres du Programme de l'Association de Planification familiale de l'Ouganda qui accordent une place importante au DIU. Dans certains endroits, on a fourni des gants jetables ainsi que des solutions d'eau de javel bon marché pour décontaminer, désinfecter pour la stérilisation à froid, passer l'équipement à l'autoclave ou stériliser les instruments en les faisant bouillir. On peut se demander par ailleurs s'il est justifié de faire un examen gynécologique avant de prescrire des contraceptifs hormonaux telle que c'est la règle en Ouganda et au Zimbabwe vu la nécessité d'observer des procédures stériles, le coût et les implications du point de vue logistique ainsi que le risque d'une appréhension inutile de la part des clientes. Le besoin de prêter une stricte attention aux procédures aseptiques est particulièrement important dans le cadre des programmes de contraception chirurgicale volontaire qui commencent à prendre de l'importance dans des pays comme le Kenya et le Ghana et qui sont encouragés dans d'autres tels que le Zimbabwe et l'Ouganda. Seule une petite proportion de cas de VIH est due à des procédures cliniques. Mais il n'en est pas moins capital que les programmes de planification familiale ne contribuent pas au problème. Les protocoles cliniques de la Fédération internationale de Planification familiale (IPPF) et de l'Association pour la Contraception chirurgicale volontaire (AVSC) ainsi que les programmes de formation du Programme Johns Hopkins pour l'Education internationale en Santé de la Procréation (JHPIEGO) concernant la lutte contre les infections sont de bonnes ressources en ce domaine.

Mécanismes d'aiguillage

- **La mise en place de mécanismes efficaces d'aiguillage sera un élément d'importance critique de toute stratégie d'intégration.** Vu qu'il est peu probable que de nombreux centres ou services de planification familiale ou de VIH/SIDA puissent se donner une capacité complète dans l'autre discipline, il faudra mettre en place des systèmes d'aiguillage. Mais il faut reconnaître dès le départ que, vu que peu de ces systèmes sont fonctionnels actuellement en Afrique, les prestataires doivent viser quelque chose de simple qui ne soulève pas trop d'attente. C'est-à-dire qu'au minimum, il faudra qu'ils sachent où l'on peut obtenir d'autres services. La recherche opérationnelle pourrait aider à déterminer s'il est faisable de se donner des mécanismes complémentaires telles les fiches d'aiguillage ou moyens de vérification des résultats.

4.5 Marketing social

- **Il existe un énorme potentiel de relier le marketing social de la planification familiale et de la prévention du VIH/SIDA de manière à ce qu'ils se renforcent mutuellement.** Le renforcement du programme de marketing social en Afrique devrait être vu comme une des grandes possibilités d'intégration. Les programmes de marketing social servent les intérêts, aussi bien des activités de planification familiale que de prévention du VIH/SIDA. Les avantages liés à l'utilisation du marketing social en tant que pont entre les deux vont plus loin que leur intérêt partagé pour le condom, mais des avantages importants viennent également du contexte de politique générale et des stratégies d'information améliorées, des capacités institutionnelles renforcées et d'un meilleur coût-efficacité.

Les programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA bénéficient de changements dans le climat de politiques que peuvent susciter les programmes de marketing social. Par exemple en Côte d'Ivoire, une activité de marketing social pour la prévention du VIH/SIDA a su pousser à la réforme de plusieurs questions liées à la distribution et à la promotion de condoms. On a notamment supprimé le monopole pharmaceutique sur les ventes au détail, les droits à l'importation et les taxes à la vente, on a permis la publicité de marques par le biais des mass médias et on a accordé des taux promotionnels réduits. La planification familiale profite de tous les changements faits dans le contexte de politiques pour que les contraceptifs soient plus abordables et plus accessibles. La planification familiale bénéficiera également au fur et à mesure que le programme de marketing social écoulera d'autres contraceptifs.

Tous les intérêts sont servis par les programmes de marketing social car ils augmentent l'utilisation du condom. L'éventuel souci des programmes de planification familiale quant au besoin d'accorder une place importante aux méthodes dans le plus long terme est tempéré par le nombre de nouveaux utilisateurs qu'attire le marketing social des condoms. En Côte d'Ivoire, une enquête faite récemment sur la base d'interviews spontanées des consommateurs a indiqué qu'environ 30 pour cent de tous les acheteurs n'avaient pas utilisé de condoms avant leur introduction par le biais du marketing social.

Les programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA en profitent tous les deux car les condoms attirent les consommateurs pour plusieurs raisons. Au Zaïre, au Cameroun et en Côte d'Ivoire où les marques sont surtout positionnées pour la prévention du VIH/SIDA, des études d'enquête avec interviews spontanées auprès des clients indiquent que jusqu'à 40 pour cent des consommateurs utilisent les condoms pour la contraception au même titre que pour la prévention du VIH/SIDA. Ou alors c'est l'inverse, la recherche indique que les marques positionnées pour la planification familiale peuvent être renforcées par les campagnes d'information sur le VIH/SIDA. De nombreux consommateurs pensent que le rôle joué par le condom pour la prévention des MST est un autre des grands avantages supplémentaires. Au Zimbabwe, où le marketing social des contraceptifs a démarré comme une initiative pour la planification familiale, les ventes de condoms sont surtout encouragées par des

consommateurs qui cherchent à se protéger contre les MST.

L'expérience indique que différentes approches de marketing scientifique sont efficaces. Dans certains pays, une approche positive "style de vie" à la promotion du condom a réussi à créer une demande chez des consommateurs cherchant à utiliser le condom pour de multiples raisons. D'autres pays comme le Cameroun et les Philippines ont utilisé diverses marques pour segmenter le marché.

Les programmes de planification familiale et de VIH/SIDA bénéficient des stratégies et des programmes de communication qui font connaître les condoms et apprennent au public quels sont les avantages liés à son utilisation. Dans certains cas, la publicité et la promotion des condoms dans le cadre de la planification familiale a facilité l'acceptation de la communication pour la prévention du VIH/SIDA. En Côte d'Ivoire et au Burkina Faso, les condoms font l'objet d'une promotion par le biais des mass médias pour la prévention du VIH/SIDA alors que les mêmes campagnes pour la planification familiale auraient été inimaginables. En Ouganda où la publicité des condoms s'est heurtée à une résistance des milieux religieux et gouvernementaux et a dû être abandonnée, la controverse créée par le débat a intensifié la discussion sur l'épidémie du VIH/SIDA et sur l'efficacité de diverses stratégies de prévention. Dans la plupart des cas, la publicité médiatique des condoms a eu l'avantage dans le long terme de désensibiliser la promotion et la discussion publique des contraceptifs.

Les programmes, tant de planification familiale que de VIH/SIDA, cherchent à élargir la distribution de contraceptifs. *La planification familiale pourrait bénéficier de l'adoption de stratégies de distribution plus créatives qui vise les jeunes et les hommes et élargir le réseau de prestations à l'extérieur de la clinique.* On trouve des exemples de ce type de stratégie dans de nombreuses campagnes de marketing social pour la prévention du VIH/SIDA qui utilisent divers points de commerce non traditionnels dont les bars, les hôtels, les restaurants, les night clubs et les stands au bord de la route. Dans quelques cas, les programmes de prévention du VIH/SIDA peuvent bénéficier d'une meilleure utilisation des réseaux de distribution existants pour la planification familiale. Ce fut le cas en Ouganda et au Zimbabwe où les programmes de planification familiale possédaient d'importants réseaux cliniques et de distribution communautaire mais où les condoms vendus dans le secteur commercial n'étaient pas disponibles dans ces réseaux.

L'utilisation des ressources du secteur privé pour le marketing social pourrait permettre de faire bénéficier les programmes de planification familiale de nouvelles compétences et d'un soutien technique. Par exemple, les organisations commerciales, telles que les agences publicitaires et les bureaux de relations publiques pourraient aider les programmes de planification familiale à se donner des stratégies et des programmes de communication plus efficaces. Par exemple, au Zimbabwe, l'organisation de planification familiale dispose d'un studio impressionnant de vidéos et d'enregistrement qui est sous-utilisé. Un des exemples d'une collaboration plus efficace avec le secteur privé serait de prêter des locaux à des agences publicitaires locales en échange de talents artistiques pour la préparation du matériel d'IEC pour la planification familiale. Enfin, les promoteurs/vendeurs utilisés par de nombreux programmes de marketing social pour former

les détaillants afin d'améliorer la connaissance des méthodes de contraception pourraient également former les détaillants sur l'utilisation du condom et les stratégies de prévention du VIH/SIDA. Cette approche est actuellement utilisée en Ouganda.

Confère Annexe I pour un bref examen de l'expérience sur le plan marketing social pour la planification familiale et le VIH/SIDA en Afrique et dans d'autres endroits.

4.6 Système d'approvisionnement et de logistique pour les condoms

- Aussi bien les programmes de prévention du VIH/SIDA que de planification familiale ont besoin d'un approvisionnement sûr du produit et d'un endroit pour l'emmagasiner. **Une plus grande intégration des systèmes de produit/logistique des programmes de planification familiale et de VIH/SIDA pourrait être une occasion commune d'améliorer la prévision des besoins en condoms.** La planification familiale pourrait également profiter de l'expérience acquise par de nombreux programmes de marketing social pour la prévention du VIH/SIDA en ce qui concerne l'importation de marques asiatiques de faible coût et de haute qualité. Enfin, des économies d'échelle pourraient être faites en combinant les dépôts d'emmagasinage.

Bien qu'une meilleure intégration concernant la coordination des besoins, de l'emmagasinage, du contrôle de qualité et de la distribution des condoms soit tout à fait logique, il existe deux réalités qui peuvent freiner la réalisation immédiate de ce but: les difficultés à estimer les besoins de condoms dans le cadre des programmes de prévention du VIH/SIDA et de la planification familiale et l'inadéquation de la plupart des systèmes de logistique en Afrique subsaharienne.

Estimation des besoins en condoms

La communauté des bailleurs de fonds se montre quelque peu préoccupée devant la demande croissante pour des condoms aux fins de prévenir le VIH/SIDA. L'OMS a parrainé plusieurs réunions d'un groupe inter-organisation pour s'attaquer à cette question. Mais pour le moment, on n'est pas encore arrivé à délimiter clairement qui sera responsable de l'approvisionnement en condoms à l'avenir. L'OMS estime que pour répondre à la demande croissante de condoms, il faudra un milliard d'unités en plus par an dans le monde entier d'ici l'an 2000 pour un coût de 23 millions de dollars maximum par année. Les expéditions de condoms vers le monde en développement, tout particulièrement vers l'Afrique subsaharienne, ont énormément augmenté ces quelques dernières années. L'USAID, le principal donateur de ce produit, a fourni environ 30 millions de condoms à des programmes africains en 1985 et, pour l'année 1991, les expéditions vers la région ont augmenté à plus de 150 millions.

Plusieurs modèles ont été mis au point pour estimer la quantité de condoms nécessaires pour les programmes de prévention du VIH/SIDA. Les estimations basées sur deux de ces modèles pour 14 pays subsahariens indiquent que les différences entre la quantité fournie et le chiffre estimé

sont assez importantes (confère Annexe H). De plus, on ne dispose que de peu d'informations sur la manière dont les condoms ont été utilisés dans ces pays. Certaines indications montrent même qu'ils risquent de ne pas avoir été utilisés. Le cas du Zimbabwe est un bon exemple: le taux de prévalence spécifique pour les condoms dans le cadre de l'EDS de 1988 était de 1,2 pour cent, le taux de prévalence obtenu des couples-année de protection généré par les condoms fournis cette année était de 9,6 pour cent. Bien qu'il soit difficile dans le cadre d'une EDS de vérifier l'utilisation effective de condoms, cette différence donne lieu à certaines préoccupations.

En outre, le nombre de programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne est en train de s'accroître rapidement créant une illusion de demandes. Par exemple, sur les 33 institutions qui réalisent des programmes de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA en Ouganda, 18 ont soit été créées, soit ont commencé à intervenir dans ces domaines en 1992. Les nouveaux dépôts et magasins régionaux doivent acquérir des stocks pour la première fois pour remplir le pipeline. Cela ne reflète donc pas l'utilisation effective. La distribution pourra refléter l'utilisation une fois que le programme sera devenu tout à fait opérationnel et que les clients demanderont régulièrement des condoms.

Systèmes de logistique

Dans le cadre des programmes de planification familiale, les contraceptifs sont distribués par le biais du système logistique du Gouvernement. Les projets de lutte contre le VIH/SIDA comptent généralement un système de distribution parallèle ou sont intégrés au système de logistique existant pour toutes les méthodes contraceptives. Les programmes de marketing social ont leur propre système de logistique.

La plupart des systèmes de logistique du Gouvernement rencontrent plusieurs problèmes: 1/ Vu les retards liés au dédouanement des contraceptifs, il faut entre trois et 24 mois pour que les produits soient disponibles dans le dépôt central (ce qui diminue très nettement la durée de conservation des contraceptifs). 2/ A quelques exceptions près, les installations, surtout celles du secteur public, sont inadéquates. Les dépôts médicaux centraux où sont généralement emmagasinés les contraceptifs ne disposent pas en général des conditions nécessaires pour garantir la qualité du produit. Le personnel n'arrive pas à maintenir de bons comptes rendus et à suivre un système "premier entré, premier sorti" et les moyens de transport sont souvent insuffisants. 3/ A presque tous les niveaux, le personnel n'est pas formé pour apporter une bonne supervision et une gestion solide des contraceptifs. Tous ces problèmes entraînent de fréquentes pénuries de stock et d'expiration des contraceptifs y compris des condoms à presque tous les niveaux du système de distribution.

La mise en place de programmes de marketing social pourrait renforcer les capacités de distribution des condoms en Afrique subsaharienne. Certains pays (par exemple le Zaïre, le Cameroun et la Côte d'Ivoire) indiquent que leurs programmes de marketing social ont été réussis, mais dans d'autres pays, ces mêmes programmes (par exemple au Zimbabwe, en Ouganda et au Ghana) rencontrent des problèmes.

4.7 Recherche et analyse

Thèmes de recherche

- **Certains thèmes de recherche particulièrement importants intéressent aussi bien les responsables des programmes de prévention du VIH/SIDA que de la planification familiale et se répercutent directement sur l'intégration des activités.** Ces thèmes concernent entre autre une recherche sur la sexualité et le comportement sexuel des adolescents; les systèmes d'aiguillage et l'application efficace des méthodes de contrôle des infections ainsi que les différentes méthodes de prévention des maladies et de la grossesse, dont les méthodes barrières pour femmes (confère Annexe K pour une liste plus complète des thèmes de recherche).

Sexualité et comportement sexuel des adolescents

Il existe un besoin urgent de faire une recherche comportementale pratique et ciblée sur la prévention du VIH/SIDA et de la planification familiale en général tout particulièrement les aspects concernant les jeunes. Il s'agit notamment de faire une recherche sur la sexualité et le comportement sexuel des adolescents et l'utilisation de condoms. Il faut en effet essayer de mieux comprendre les pressions individuelles et sociales influençant le comportement sexuel des adolescents dans divers milieux ainsi que les pressions économiques faisant que les jeunes, filles et garçons, font des faveurs sexuelles à des hommes et à des femmes plus âgés en contrepartie d'un soutien financier.

Systèmes d'aiguillage

D'efficaces systèmes d'aiguillage (pour les conseils, le test des anticorps anti-VIH, le diagnostic et le traitement des MST et les services de planification familiale) sont importants dans des pays tels que l'Ouganda où il n'est ni possible ni souhaitable d'intégrer entièrement les activités de planification familiale, de MST et de VIH/SIDA. Dans ces endroits, la recherche opérationnelle, pour trouver diverses manières de concevoir et d'optimiser le fonctionnement des systèmes d'aiguillage est la première priorité. Des méthodes pour suivre ces systèmes et pour évaluer leur efficacité doivent être perfectionnées et/ou élaborées.

Contrôle des infections

Le contrôle des infections est une question importante pour les programmes de planification familiale, de MST et de prévention du VIH/SIDA. Les clients et les prestataires doivent être protégés contre l'éventuel risque de contracter une infection par le VIH et les MST. Une recherche opérationnelle est nécessaire pour se donner des méthodes permettant de vérifier que les pratiques de contrôle des infections sont régulièrement appliquées.

Prévention des maladies et de la grossesse

Une recherche complémentaire concernant les différentes méthodes de protection est nécessaire. Par exemple, les risques relatifs des méthodes plus ou moins efficaces pour prévenir la grossesse et les maladies doivent être analysés par communauté. En ce qui concerne les méthodes barrières, il semble exister une importante demande en Ouganda et dans d'autres pays pour des méthodes contrôlées par les femmes qui confèrent une protection contre le VIH/SIDA. Des communautés intéressées devraient envisager de faire des essais sur l'acceptabilité et l'efficacité de condoms féminins et d'autres méthodes contrôlées par les femmes, surtout si les coûts peuvent être diminués. La recherche locale en cours concernant les connaissances, attitudes et pratiques sur les condoms masculins (telle que celle qui est en train d'être réalisée en Ouganda) est extrêmement importante et devrait continuer. Une recherche complémentaire sur les conditions locales et la qualité des condoms relève elle aussi d'un besoin urgent.

Une autre question est celle concernant l'efficacité de l'utilisation (pour la prévention des maladies et la contraception), le coût efficacité et l'acceptabilité de l'utilisation simultanée de deux méthodes contraceptives opposées à l'utilisation d'une seule méthode barrière mécanique ou chimique. Cette question sera différente selon le lieu, et devrait être envisagée localement par ceux qui réalisent le programme de planification familiale.

Séropositivité et attitude face à la planification familiale

Un thème intéressant pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale est la relation qui existe entre l'état individuel d'une personne en ce qui concerne le VIH et ses attitudes vis-à-vis de la planification familiale.

Participation des guérisseurs traditionnels

Il convient de faire des études complémentaires sur les manières dont on peut faire participer les guérisseurs traditionnels aux activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA comme celles en train d'être réalisées au Zimbabwe et en Ouganda. Ces programmes sont en train de voir s'il est faisable d'utiliser les accoucheuses et les guérisseurs traditionnels pour leur demander d'éduquer leur communauté quant à la prévention du VIH/SIDA et de la planification familiale et/ou de distribuer des condoms. Ces programmes devraient être continués et renforcés. Il convient également d'envisager une recherche opérationnelle sur l'utilisation des agents de distribution communautaires pour la planification familiale en tant qu'éducateurs pour le VIH/SIDA. Au Zimbabwe, les éducateurs volontaires pour le VIH/SIDA qui interviennent sur les lieux du travail semblent avoir très bien réussi à éduquer leurs camarades. On pourrait explorer davantage dans le cadre d'une recherche opérationnelle la possibilité d'utiliser ces éducateurs comme motivateurs de la planification familiale sur les lieux du travail.

Systemes de surveillance et d'information sanitaire

Une plus grande quantité d'informations est nécessaire sur l'incidence des MST et du VIH/SIDA dans la population. Les systemes de surveillance et d'information sanitaire doivent être élargis pour fournir des informations aux gestionnaires et aux décideurs responsables de la conception, du suivi et de l'évaluation de l'efficacité des services de santé. Des informations sur l'incidence des infections du tractus génital et du VIH/SIDA chez les femmes qui se rendent dans les services prénatals et de planification familiale ainsi que sur le comportement sexuel en question devraient être réunies en ajoutant un volet sur les infections du tractus génital - VIH/SIDA aux instruments de collecte de données telles que les enquêtes démographiques et de santé. Le module comprendrait les questions sur les infections récurrentes et nouvelles, l'utilisation de condoms pour la prévention des maladies et le nombre de partenaires sexuels. Il serait complété par des examens cliniques et des tests de laboratoire. Une des limitations de l'EDS dans sa forme actuelle est qu'elle est surtout conçue pour analyser des informations concernant les femmes mariées en âge de procréer. Il faut également des informations sur le reste de la population surtout sur les adolescents.

Méthodologies d'évaluation

Bien qu'il existe des méthodes communes pour évaluer la planification familiale, les MST et les programmes de prévention du VIH/SIDA telles que les enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP), les ventes de condoms, les taux de réinfection par les MST et les taux de grossesse chez l'adolescente, il faut élaborer des méthodes plus appropriées.

Analyses économiques

- L'utilisation d'analyses économiques pour l'octroi de ressources et l'évaluation de programmes est un autre domaine intéressant, aussi bien pour les programmes de VIH/SIDA que de planification familiale. Les initiatives sur le plan population et santé, nouvelles ou établies, se font la course aux ressources limitées. Cette compétition a poussé les décideurs à trouver de nouveaux moyens pour octroyer les ressources et choisir parmi diverses options de programmes. Des outils économiques, tels que les *analyses du coût-avantage et du coût-efficacité* ont été mis au point pour aider dans ce processus. Ces deux approches se rapportent au coût du programme face aux effets ou aux avantages de celui-ci. Bien qu'on débâte de questions méthodologiques telles les estimations, les actualisations et le pondérage différentiel pour le temps, l'âge et la préférence sociale, ces évaluations deviennent de plus en plus des critères influençant l'octroi de ressources et l'évaluation de programmes.

Des méthodologies sur le coût-efficacité ont été utilisées pour évaluer tant les programmes de planification familiale que de prévention du VIH/SIDA. Un des avantages de l'analyse du coût-efficacité pour l'évaluation des programmes de santé de population est que les bénéfices ou les "effets" d'un programme peuvent être décrits en termes non monétaires. En revanche, l'analyse du coût-avantage demande que tous les avantages soient exprimés en termes monétaires, ce qui signifie qu'une valeur monétaire doit être attribuée à des bénéfices tels que les maladies, les

souffrances ou les décès évités. L'analyse du coût-efficacité évite les jugements de valeur imposés par l'analyse du coût-avantage et permet à des programmes avec des objectifs analogues d'être comparés en fonction d'un seul ratio du coût-efficacité. Cette méthodologie demande qu'on combine les divers avantages d'un programme en une seule mesure d'efficacité liée à l'impact ou aux résultats du programme. Par exemple, si un programme de prévention des maladies ou de traitement cherche à diminuer la mortalité et la morbidité au sein du groupe cible, les effets observés peuvent être combinés en une seule mesure telle que les années de vie productive active (bonne santé) qui ont été gagnées. Le ratio coût-efficacité serait exprimé comme un coût programmatique (du point de vue monétaire) par année gagnée d'une vie productive en bonne santé. Des programmes de planification familiale peuvent utiliser une mesure d'impact différente telle que l'augmentation en pourcentage de la prévalence contraceptive et calculer en fonction de cela le ratio coût-efficacité tels que les coûts programmatiques (en termes monétaires) par couple pratiquant la contraception.

Le défi qui se présente aux programmes intégrés est de travailler avec des objectifs multiples et peut-être non commensurables concernant les résultats. Une seule mesure de l'impact du programme ne suffira probablement pas pour l'évaluation et il faudra trouver d'autres stratégies. De simples solutions au problème de l'évaluation des programmes intégrés du point de vue économique ne seront peut-être pas adéquates. Une approche apparemment simple consisterait à mesurer séparément les résultats de la planification familiale et de la prévention du VIH/SIDA avec des attributions séparées des coûts. Cette "dés-intégration" des programmes combinée au moment de l'évaluation pourrait obscurcir de beaucoup les avantages uniques pouvant être obtenus de l'intégration des programmes. Si les initiatives intégrées veulent effectivement arriver à établir leur efficacité et à tenir la comparaison avec d'autres formules de promotion sanitaire, il faudra prêter une attention considérable à cette question.

5. Intégration des programmes de lutte contre les MST et des programmes de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA

5.1 Intégration avec les programmes de planification familiale

Les MST peuvent mener à des problèmes de santé reproductive telles les inflammations pelviennes, le cancer de l'utérus, la stérilité de la femme et la cécité d'enfants nés de femmes infectées. Dans de nombreux pays en développement, les MST se rangent parmi les cinq premières causes pour lesquelles sont consultées des services de santé.

L'incidence des MST pourrait avoir un impact négatif sur les programmes de planification familiale au niveau communautaire car, outre leur répercussion sur la santé reproductive des femmes, les MST peuvent être à l'origine de la perception d'un effet secondaire des contraceptifs. Une femme atteinte d'une MST aura peut-être moins envie de retarder les premières naissances ou de les espacer de crainte d'être frappées par une stérilité imputable aux MST.

Les domaines d'intégration actuels aux programmes de planification familiale sont notamment le diagnostic fondé sur les symptômes; les tests simples et à faible coût pour la détection des MST; l'éducation en matière de MST et de VIH/SIDA et les conseils à propos des condoms; la notification des partenaires; la formation des agents de planification familiale en matière de MST et de VIH/SIDA; les systèmes d'aiguillage et l'élaboration de directives adaptées pour la prise en charge des MST. La prévention des MST englobe le traitement curatif car traiter une personne infectée signifie prévenir la future transmission des MST à d'autres personnes. Un réseau international de diagnostic des MST, composé d'éminents experts dans le domaine de la recherche et de la lutte contre les MST, a été créé en 1990 pour faciliter la mise au point de tests de diagnostic rapides, peu chers et simples, pouvant être exécutés facilement et rapidement par des agents de soins de santé dans le contexte des villages.

Parmi les éventuels avantages liés à l'intégration des activités de lutte contre les MST aux programmes de planification familiale, on note une meilleure qualité des services de planification familiale, une plus grande accessibilité des services pour les jeunes et les hommes et une diminution dans le nombre de grossesses non voulues et de maladies grâce à l'utilisation plus efficace des condoms. De meilleurs services d'aiguillage et de traitement peuvent valoir un meilleur fonctionnement et une plus grande crédibilité de tous les services concernés.

De nombreux programmes de planification familiale comprennent déjà certains volets de la lutte contre les MST, des directives de prestations et des programmes de formation en la matière. Mais un certain nombre de raisons font qu'on n'a pas encore déterminé l'impact de ces activités intégrées.

Certains responsables des programmes de planification familiale prétendent qu'ils fournissent des services "intégrés" MST-planification familiale qui englobent la prévention, le dépistage et/ou le diagnostic ainsi que le traitement des MST. Dans certains cas, intégration signifie aiguillage vers des centres de traitement de MST ou vers d'autres services de traitement. Dans quelques rares cas, les programmes de planification familiale cherchent à fournir sur place les services de diagnostic et de traitement. Dans d'autres cas, l'intégration n'a eu lieu qu'en théorie.

5.2 Intégration aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA

La présence de MST, notamment des ulcérations génitales, peut accroître de 50 fois la transmission du VIH lors d'un seul acte sexuel. Parallèlement, l'infection par le VIH peut prolonger la durée et augmenter la gravité de nombreuses MST. Les MST bactériennes qui comprennent le chancre mou et la syphilis (principales MST bactériennes entraînant des ulcérations génitales), la gonorrhée et l'infection à chlamydia peuvent être guéries. Le diagnostic et le traitement ainsi que la prévention des MST bactériennes sont importants, aussi bien comme stratégie de prévention du VIH/SIDA que comme stratégie de santé reproductive. Mais il n'existe pas de traitement curatif pour le VIH/SIDA ou pour d'autres MST virales, aussi la prévention est-elle capitale pour leur prise en charge.

Les activités de prévention de lutte contre les MST ont le pouvoir de diminuer la transmission du VIH ainsi que les séquelles et les effets secondaires (tels que les inflammations pelviennes et la stérilité) imputables à l'infection par les MST. Des analyses récentes ont souligné le faible coût relatif de nombreuses interventions en vue de prévenir les MST et leurs séquelles ou effets secondaires comparé à d'autres interventions sanitaires largement acceptées telles la vaccination des enfants (*Global Access to STD Diagnosis, 1992; Germain et al., 1992; and Over, 1990*).

La stratégie de l'A.I.D. pour la prévention du VIH/SIDA compte le diagnostic et le traitement des MST comme un de ses volets principaux. Le diagnostic et le traitement des MST a été ajouté aux programmes de prévention du VIH/SIDA au Burkina Faso, au Burundi, au Cameroun, au Kenya, au Mali, au Niger et au Zimbabwe. Les programmes de l'A.I.D. sont axés sur les interventions de lutte contre les MST visant des groupes courant un risque élevé de par leur comportement, les régions urbaines/à forte densité connaissant une prévalence des MST et les personnes symptomatiques dans les zones urbaines/à forte densité. Ces cibles sont au cœur des interventions de lutte contre les MST car elles représentent le vecteur de la propagation des MST à l'entière population et partant, sont le point d'intervention le plus efficace. Dans la plupart des pays où les ressources sont extrêmement rares pour le diagnostic et le traitement des MST, l'A.I.D. encourage des interventions stratégiques pour cibler ces groupes à hauts risques. Lorsqu'on dispose d'amples fonds et de ressources médicales, l'A.I.D. soutient l'introduction de services complets de diagnostic et de traitement des MST.

5.3 Contraintes à l'intégration

Certaines des contraintes les plus importantes à l'intégration des MST, soit aux programmes de prévention du VIH/SIDA, soit aux programmes de planification familiale, sont dues aux limitations des activités de lutte contre les MST. Peut-être que les deux limitations les plus importantes concernent le manque de méthodes à faible technologie pour le diagnostic et le traitement (surtout pour les femmes) disponibles dans les contextes à faibles ressources ainsi que la logistique et les coûts élevés des fournitures de diagnostic et des traitements. D'autres contraintes se rapportent au manque de personnel formé, à l'insuffisance ou au manque de systèmes d'aiguillage conjugués au faible nombre de programmes de lutte contre les MST en place; à la difficulté d'appliquer des systèmes de notification des partenaires; à l'insuffisance ou au manque de systèmes de surveillance pour identifier les personnes déjà touchées par des MST et pour définir le type de MST.

6. Aspects liés à la gestion des pays hôtes et de l'A.I.D. et questions de conception et de réalisation de projets

6.1 Aspects liés à la gestion des pays hôtes

Les aspects de gestion dans le pays hôte concernant l'intégration des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA comportent les points suivants:

- Dans la plupart des pays, une grande partie des activités du secteur santé sont menées ou financées par des bailleurs de fonds. Par conséquent, l'intégration efficace des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA exigerait la coordination et la collaboration de multiples bailleurs de fonds, chose qui s'est avérée problématique par le passé.

- Les stipulations concernant le programme d'ajustement structurel économique pourraient empêcher tout changement au sein du MS ou de la Fonction publique nécessaire pour faire fonctionner efficacement le programme intégré. Cette situation pourrait être due aux restrictions imposées à la création de nouveaux postes au sein du MS ou à la réaffectation du personnel à ces nouveaux postes.

- Dans de nombreux pays, il est difficile de trouver des organisations locales disposant des capacités organisationnelles et techniques nécessaires pour réaliser des projets, soit de planification familiale, soit de lutte contre le VIH/SIDA (par exemple la Côte d'Ivoire, la Tanzanie et la Zambie). Vu cette insuffisance organisationnelle et infrastructurelle générale et le fait que de nombreuses organisations sont déjà arrivées au maximum de leurs capacités d'absorption ou qu'elles les ont peut-être déjà dépassées, l'intégration pourrait submerger les quelques organisations viables et opérationnelles.

6.2 Aspects de gestion pour l'A.I.D.

Missions de l'A.I.D.

Les aspects de gestion pour l'USAID concernant l'intégration des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA sont notamment les suivants:

- Les missions n'arrivent pas à s'entendre clairement (reflétant d'ailleurs certaines différences au sein de l'A.I.D./Washington) quant à: a/ l'importance continue des programmes de population ainsi que des programmes de lutte contre le VIH/SIDA; b/ la position de l'A.I.D./Washington face au traitement séparé de ces priorités ou à l'intégration de ces activités dans la planification stratégique; c/ la souplesse avec laquelle l'A.I.D./Washington et les contractants de projets centraux peuvent répondre aux initiatives et aux priorités des pays hôtes; et d/ l'importance de mettre à l'ordre du jour les questions de population et de VIH/SIDA lors du dialogue de politiques avec les représentants officiels des pays hôtes.

- Il existe une pénurie générale de responsables de la santé, de la population et de la nutrition dans les missions de l'A.I.D. subsaharienne ainsi qu'une insuffisance des capacités de soutien techniques au sein de l'A.I.D./Washington. L'intégration pourrait signifier surcroît de travail pour les missions car les bureaux de l'A.I.D. sont compartimentalisés et ne sont pas organisés pour pouvoir faciliter une approche intégrée. Vu que l'intégration est un processus nouveau, il faudra des efforts supplémentaires pour concevoir et mettre au point de nouveaux projets et programmes intégrés.

- La conception et le suivi de projets intégrés efficaces exigent une bien meilleure connaissance que n'en possèdent les missions sur les capacités et contraintes locales. C'est une des raisons faisant que de nombreux programmes ont été conçus comme des programmes verticaux. Aussi, si l'intégration doit réussir, faudra-t-il du personnel technique complémentaire possédant une meilleure connaissance des situations locales.

- Il existe peut-être une certaine tendance au sein des contractants de l'USAID ainsi que dans les bureaux de la santé, de la population et de la nutrition à voir un projet intégré sous leur angle d'expertise particulière, c'est-à-dire à insister soit sur l'aspect population, soit sur l'aspect VIH/SIDA du projet plutôt que de réaliser celui-ci de manière vraiment intégrée.

A.I.D./Washington

Au fur et à mesure que l'A.I.D. continue à s'orienter vers un nombre plus petit de "méga-projets" (dont toutes les activités sont sous la direction d'une seule organisation de collaboration), l'intégration devient de plus en plus une nécessité. Toutefois des projets intégrés demanderont des nouveaux niveaux de collaboration entre le Bureau Afrique, les Offices de la Population et de la Santé du Bureau de la Recherche et du Développement et les missions sur le terrain pour pouvoir résoudre de nombreuses questions dont voici quelques exemples:

- La question de savoir qui paiera pour les programmes intégrés (fonds centraux de l'Office de Population ou de l'Office de la Santé ou du Fonds de Développement pour l'Afrique) et quels seront les proportions et mécanismes utilisés pour le co-financement;

- La question de savoir comment le financement sera réparti par rapport aux affectations séparées (bien que le Fonds de Développement pour l'Afrique permette plus de marge de manoeuvre, les objectifs du congrès par rapport au fonds séparent encore les activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA);

- La question de savoir si les programmes intégrés seront compatibles avec le système d'objectifs stratégiques et d'opportunité de l'A.I.D. vu les restrictions imposées par l'orientation "ciblée et concentrée";

- Le fait de réaliser que la nécessité de se donner de nouveaux indicateurs évaluant l'impact des programmes et la nécessité toujours plus grande pour les missions d'évaluer les impacts "au niveau des gens" à court terme peut retarder le démarrage de nouveaux programmes

intégrés d'un caractère novateur; et

- La question de savoir si les programmes intégrés résoudreont les éventuels conflits entre les priorités de l'A.I.D. telles que déterminées par les "pays prioritaires pour le SIDA" et "les pays prioritaires pour les questions de population."

Outre les aspects de gestion séparés pour l'A.I.D./Washington et les missions sur le terrain, il pourrait y avoir conflit quant à qui concevra et réalisera les projets intégrés. Par exemple, tel que nous l'avons mentionné auparavant, il semble y avoir une différence importante au niveau des groupes cibles entre d'une part les projets de lutte contre le VIH/SIDA conçus sur le terrain et ceux conçus par l'Office de Santé et ses contractants financés centralement - et d'autre part les projets conçus par l'Office de Santé visant les groupes à hauts risques et ceux conçus sur le terrain visant une population plus générale.

6.3 Questions liées à la conception et à la réalisation de projets

Il convient d'envisager les questions suivantes lorsqu'on élabore un programme intégré de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA. La liste n'est pas exhaustive et devrait uniquement servir de "carte de route" détaillée. Elle vise à faire ressortir les questions importantes qui devraient être prises en compte au moment de la conception.

- Vu la nature novatrice de l'intégration des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA, il sera important que les missions consultent le personnel du Bureau Afrique/ARTS, de l'Office de la Santé et de l'Office de la Population concernant les dernières informations et les directives avant de commencer les travaux de conception.
- Les contractants choisis pour mettre en œuvre les programmes devraient être ceux capables d'exécuter aussi bien les activités de planification familiale que de lutte contre le VIH/SIDA ou ceux prêts à travailler avec d'autres contractants de manière coordonnée et intégrée.
- Il convient d'accorder une attention spéciale à l'évaluation.
- Il sera important que tous les plans de projet prévoient une priorité pour les activités ciblant les jeunes (ou qu'ils expliquent pourquoi ce volet n'est pas inclus).
- Toutes les équipes de la conception, qu'il s'agisse de projets de planification familiale ou de lutte contre le VIH/SIDA devraient comprendre une personne dont l'expertise touche à l'autre domaine de sorte à inclure des domaines de coordination.
- Pour les programmes qui ont été conçus au départ avec peu, voire pas du tout, d'activités coordonnées ou intégrées, il faudra un système d'examen périodique pour identifier les endroits où l'on peut renforcer la coordination. Pour cela, il faudra que le projet soit

suffisamment souple pour permettre d'en modifier continuellement les activités. Une approche étape par étape serait la plus efficace pour venir à bout des contraintes et des obstacles rencontrés.

- Bien que le type "méga-projet" semble plus facile à administrer, la meilleure conception serait une approche bien coordonnée et intégrée mise en œuvre par des contractants appropriés utilisant les avantages comparatifs de chacun.

- Le plan de projet devra tenir compte des points forts et faibles de chaque volet du programme (par exemple la planification familiale et le VIH/SIDA) de sorte à arriver à une complémentarité dans l'exécution (confère Annexe L pour une liste de vérification permettant d'évaluer les possibilités d'intégration des programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA).

- L'utilisation du mécanisme d'assistance hors projet⁵ devrait être envisagée comme une approche convenant à l'intégration des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA, surtout pour promouvoir l'élaboration des politiques et pour garantir la coordination au sein et entre les Ministères.

⁵ Dans le cadre de ce mécanisme, un Gouvernement hôte et l'USAID conviennent ensemble d'un jeu de conditions préalables et de la quantité en dollars qui sera versée au Gouvernement une fois les conditions préalables remplies.

7. Contraintes à l'intégration de la planification familiale, du VIH/SIDA et des MST

7.1 Contraintes au niveau des politiques

- Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, le MS est l'un des Ministères les plus faibles, ne possédant généralement pas les capacités institutionnelles pour effectuer les analyses d'importance critique nécessaires pour concevoir et exécuter l'intégration réussie des programmes.

- Il existe souvent une lacune de connaissances et de compréhension entre les programmes locaux de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA et les priorités des bailleurs de fonds. Souvent cela amène ces derniers à imposer des activités peu appropriées, parfois non souhaitées dans divers pays et à manquer les occasions d'apporter un soutien nécessaire à des initiatives locales novatrices. Un bon exemple de cette situation étant la dichotomie entre la politique apparente de l'A.I.D./Washington concernant la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA et celle exprimée en Afrique subsaharienne par le personnel des pays hôtes et le personnel des missions de l'USAID. La position de l'A.I.D./Washington qui s'attache davantage à des groupes spécifiques des populations cibles à hauts risques freine l'intégration aux programmes de planification familiale qui visent les couples en âge de procréer. En Afrique subsaharienne, on pense davantage que le VIH/SIDA touche la population entière, rendant plus rationnel le fait d'intégrer ces activités à la planification familiale.

- De nombreuses organisations donatrices n'ont pas la marge de manoeuvre nécessaire au sein de leur bureaucratie pour apporter un soutien à divers domaines renforçant ainsi la tendance vers le maintien de structures de programme verticales au sein des programmes nationaux.

- L'engagement politique nécessaire pour mobiliser le soutien aux programmes de planification familiale ou de lutte contre le VIH/SIDA n'a pas été pris dans les hautes sphères de la plupart des Gouvernements nationaux de l'Afrique subsaharienne.

- Les programmes en place de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA manquent déjà de ressources humaines et financières et la plupart des Gouvernements ont peu, voire aucune ressource complémentaire à apporter. La plupart des prestataires de santé n'ont déjà pas suffisamment de temps pour leurs clients sans qu'on leur impose en plus un surcroît de travail et qu'on diminue ainsi la qualité des services.

- La perception de la planification familiale et du VIH/SIDA en tant que question de santé uniquement, plutôt qu'une combinaison de questions sociales, économiques et sanitaires, limite les capacités qu'ont ces programmes à obtenir un soutien d'autres secteurs souvent plus aisés et influant tels que le commerce et la main d'œuvre.

- Seules dans quelques rares pays de l'Afrique subsaharienne, les organisations du secteur privé se sont données les capacités nécessaires pour réaliser des programmes efficaces de planification familiale, sans même vouloir parler de leur capacité à assumer des responsabilités complémentaires liées aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA.
- Les politiques d'ajustement structurel économique entravent, voire empêchent, les changements nécessaires pour intégrer les programmes de manière réussie.
- Le terme "intégration" a des connotations négatives pour certains professionnels du développement, surtout pour un grand nombre de ceux qui travaillent dans le domaine de la planification familiale et qui ont vu que les activités intégrées de PMI/PF accordaient une attention insuffisante à la planification familiale face aux nombreuses priorités des soins de santé.
- Des groupes spéciaux (par exemple des organisations religieuses conservatrices dans de nombreux pays peuvent s'opposer à la promotion, soit de la planification familiale, soit de l'utilisation des condoms pour la prévention du VIH/SIDA.

7.2 Contraintes au niveau des programmes

- Des quantités insuffisantes de produits et de ressources nécessaires pour faire fonctionner, soit les programmes de planification familiale, soit les programmes de lutte contre le VIH/SIDA (par exemple condoms, produits pharmaceutiques, IEC et transport) entravent l'exécution réussie des programmes et renforcent les tendances à ne pas vouloir partager les ressources d'un programme à l'autre.
- Les limitations logistiques créent des problèmes très importants même si l'on dispose de fournitures suffisantes.
- Bien que les jeunes soient un groupe cible qui profite très grandement de programmes intégrés, ni les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, ni les programmes de planification familiale ne se sont donnés des approches efficaces face à ce groupe. Dans une grande mesure, la constatation s'applique également aux hommes.
- L'intégration pourrait être une menace à des intérêts bien implantés au sein des bureaucraties qui pourraient ainsi résister à ces approches ou les adopter sans grand enthousiasme.
- On n'a pas fait suffisamment de recherche comportementale au niveau de la planification familiale et de la prévention du VIH/SIDA en ce qui concerne les perceptions au niveau communautaire pour pouvoir élaborer des activités d'IEC pouvant pousser à un changement de comportement positif. L'intégration des messages pour la planification familiale et la lutte contre le VIH/SIDA ne ferait que compliquer cette situation. Il a été extrêmement difficile de se donner des protocoles d'évaluation valables pour mesurer l'impact des activités

de prévention du VIH/SIDA. Ce manque de protocoles valables pourrait entraver l'intégration. De même, les limitations des analyses coût-justification/coût-efficacité entravent la prise de décision pour ou contre l'intégration en partant de ce point de vue.

- Le biais médical occidental limitant les services de santé aux prestataires ayant suivi une formation médicale ne permet pas que ces services soient fournis par des membres communautaires tels que les accoucheuses traditionnelles, les guérisseurs traditionnels et les agents de terrain qui sont déjà en mesure d'atteindre et d'influencer les personnes. De nombreux programmes ont eu du mal à organiser une formation adéquate, soit pour les programmes de prévention du VIH/SIDA, soit de la planification familiale. La gageure serait encore plus grande si l'on ajoutait une formation portant également sur l'autre discipline.

- Peut-être que les deux limitations les plus importantes à l'intégration des MST aux programmes, soit de prévention du VIH/SIDA, soit de la planification familiale est le manque de méthodes à faible technologie pour le diagnostic et le traitement (surtout pour les femmes) pouvant être utilisées dans des contextes ne disposant que de faibles ressources ainsi que de logistique et les coûts élevés des fournitures de diagnostic et des traitements. Les contraintes touchent également à la pénurie de personnel formé; à la faiblesse ou au manque de systèmes d'aiguillage combiné au petit nombre de programmes de lutte contre les MST qui sont opérationnels; à la difficulté d'appliquer des systèmes de notification des partenaires ainsi qu'à la faiblesse ou à la non-existence des systèmes de surveillance permettant de détecter les personnes touchées par les MST et de définir le type de MST.

- L'aiguillage est un volet important des activités intégrées de planification familiale et de VIH/SIDA. Mais les mécanismes en place pour ces aiguillages sont très limités, voire non existants et dans certains cas, il n'existe pas d'endroits vers lesquels aiguiller les gens.

- La concentration de ressources techniques et économiques dans les zones urbaines limite les capacités à étendre les activités nécessaires aux zones rurales où habite la majorité de la population dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne.

- Les technologies de contraception et de prévention du VIH/SIDA ne sont pas tout à fait compatibles. Aucune politique n'existe pour savoir s'il faut utiliser deux méthodes de planification familiale en même temps pour assurer, et la prévention de la grossesse, et la protection contre le VIH.

- Une distribution gratuite non-ciblée de condoms dans le cadre de programmes, soit de lutte contre le VIH/SIDA, soit de planification familiale, peut aller à l'encontre du concept visant à utiliser les ressources du secteur privé pour encourager l'utilisation et la disponibilité des condoms.

8. Conclusions

Politiques

1. L'examen des estimations concernant l'impact probable qu'aura l'épidémie du VIH/SIDA sur des facteurs démographiques en Afrique subsaharienne indique des répercussions tragiques et, en certains cas, drastiques sur des familles et des sociétés entières diminuant nettement les taux de croissance de la population et changeant les profils démographiques. La plupart des démographes s'entendent pour dire que, même si le SIDA aura un impact important sur la future croissance démographique - environ 1 point de pourcentage - le taux de croissance se maintiendra à un niveau élevé. Dans tous les cas, les programmes de population et de planification familiale restent des éléments vitaux pour apporter les progrès nécessaires sur le plan santé et bien-être familial ainsi que pour le développement économique. Si la communauté du développement ne reconnaît pas cette situation, cela pourrait retarder encore le soutien apporté aux programmes de planification familiale en Afrique subsaharienne et entraver tout effort visant à intégrer les problèmes liés à la lutte contre le VIH/SIDA à ceux de la planification familiale.

2. Pour éviter tout retard dans le soutien apporté à de solides programmes de planification familiale ou tout frein à l'intégration du VIH/SIDA et de la planification familiale, il est important que l'A.I.D./Washington formule un énoncé concis sur l'impact démographique du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne qui souligne la nécessité de continuer à soutenir des activités de population/planification familiale, tant du point de vue ralentissement de la croissance démographique que pour des raisons de santé et de bien-être familial.

3. L'expérience en ce qui concerne l'intégration réussie de la planification familiale et d'autres questions de protection maternelle et infantile au Zimbabwe et au Botswana indique que, dans les bonnes conditions, de nets avantages peuvent être retirés de l'intégration de certains éléments des programmes de lutte contre le VIH/SIDA à ceux de la planification familiale.

4. Un certain degré d'intégration semble inévitable dans tout pays où l'épidémie du VIH/SIDA a commencé à se répercuter sur la vie des gens. Les questions qui devront être résolues sont quand, où et comment intégrer et quand une combinaison des efforts peut-elle jouer un rôle utile pour promouvoir les buts du programme.

5. Une intégration efficace exigera un solide soutien du point de vue politiques pour des éléments de la planification familiale et de la lutte contre le VIH/SIDA accordé par les décideurs des Gouvernements et des organisations du secteur privé: reconnaissance des avantages mutuels, rôle mutuel de chaque élément et contribution réciproque. A tous les niveaux de personnel et de programme, il s'agit de reconnaître et de partager cela.

6. La dépendance face à l'assistance des bailleurs de fonds freine l'engagement national accordé aussi bien aux programmes de planification familiale que de lutte contre le VIH/SIDA. Un solide dialogue de politiques est encore nécessaire pour arriver au type d'engagement témoigné par un investissement national ainsi que par un solide leadership pour la planification et l'exécution des programmes.

7. Une intégration réussie des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA demandera qu'on résolve la dichotomie qui existe entre la politique apparente de l'A.I.D./Washington concernant la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA perçue par le personnel de terrain comme s'attachant davantage à des groupes à hauts risques spéciaux et le fait que le personnel des pays hôtes et le personnel des missions USAID en Afrique subsaharienne ont une stratégie visant une population plus générale.

8. L'intégration des activités de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA doit être sélective, spécifique au pays et à la situation et doit insister sur la coordination des efforts plutôt que sur une fusion complète des opérations.

9. Les décisions spécifiques à un pays seront en grande partie déterminées par les points forts et faibles des politiques et des programmes des institutions s'occupant de la planification familiale et de la lutte contre le VIH/SIDA et de la maturité de ces programmes. Des évaluations réalistes doivent être faites des ressources physiques, financières et de personnel nécessaires si l'on veut renforcer les activités.

10. Les missions de l'USAID en Afrique subsaharienne doivent avoir une plus grande marge de manoeuvre pour pouvoir combiner les activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA en un seul objectif stratégique et partant, être capables de soutenir les initiatives locales en vue de l'intégration.

11. Les méthodes traditionnelles d'analyse du coût-efficacité ne conviennent pas ou ne suffisent pas pour des programmes intégrés ayant des objectifs non-intégrés.

12. Toute forme d'intégration qui demande un mouvement massif de ressources, qu'elles soient humaines ou financières, risque d'affaiblir les programmes au lieu de les renforcer.

13. Il s'agit de ne pas sous-estimer la contribution de nombreuses organisations privées et internationales et des bailleurs de fonds bilatéraux, que ce soit pour les programmes de planification familiale ou de lutte contre le VIH/SIDA. Ils sont une source d'expertise, d'approche novatrice, de soutien pour les changements politiques et ils apportent d'importantes ressources financières et humaines. Ils sont généralement ouverts à l'idée de l'intégration et seront des partenaires et/ou des leaders dans la recherche des domaines où les programmes peuvent être davantage intégrés.

14. La coordination est un besoin évident au regard de la multitude des bailleurs de fonds et des organisations de collaboration dans le domaine de la planification familiale et de la lutte contre le VIH/SIDA. Il existe des cas dans des pays comme l'Ouganda où malgré les efforts notables, la coordination nécessaire pour une programmation intégrée efficace n'existe pas encore. Une bonne coordination facilite les efforts et aide à éviter tout double emploi. Lorsqu'elle n'est pas bonne, elle devient restrictive et étouffe l'initiative.

15. L'orientation médicale/sanitaire actuelle des programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA limite leur couverture et leur efficacité face à ces terribles problèmes de société. Cette orientation doit être contrebalancée par la reconnaissance que, tant la planification familiale que le VIH/SIDA influencent et sont influencés par des conditions socio-économiques dépassant le domaine de la santé telles que le statut de la femme, la pauvreté et l'indigence générales, l'éducation et les possibilités de travail.

Programmes

Prestations de services

16. Il serait imprudent de dépendre de la capacité de logistique, de prestations de services ou d'IEC des programmes actuels de planification familiale réalisés sur la majeure partie de l'Afrique subsaharienne pour chercher à faire des contributions importantes au programme de lutte contre le VIH/SIDA. Seuls des programmes de planification familiale renforcés dans le cadre d'activités conjointes spécifiques avec le VIH/SIDA peuvent faire une contribution efficace.

17. Ceux qui conçoivent et réalisent des programmes de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA doivent comprendre la culture locale et être conscient des pressions individuelles, familiales et culturelles qui influencent le comportement sexuel d'une personne. C'est surtout dans ce domaines qu'il faut faire participer davantage les experts africains.

18. Un des grands bénéfices pouvant être retiré de l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA et de la planification familiale serait une plus grande priorité accordée aux jeunes et aux hommes.

19. Vu qu'un nombre de plus en plus grand d'utilisateurs des centres anonymes de test de détection des anticorps anti-VIH sont, soit des couples, soit des personnes venant aux centres immédiatement avant le mariage, ces endroits semblent se prêter très bien à des informations et à des services pour la planification familiale.

20. L'aiguillage des clients vers d'autres services appropriés est une forme d'intégration simple et pourtant utile. Mais dans la plupart des endroits, il n'existe pas de mécanisme efficace pour les aiguillages.

21. Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale peuvent bénéficier des activités de création et de renforcement des services, par exemple des services de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA sur les lieux du travail, le marketing social et d'autres programmes.

22. Les accoucheuses et les guérisseurs traditionnels pourraient fournir une information et une éducation sur la prévention du VIH/SIDA et de la planification familiale et distribuer des condoms car ils jouent un rôle très important dans la société africaine. Ils pourraient également jouer un rôle important au niveau du diagnostic et du traitement des MST si on leur apportait la formation nécessaire. En mettant sur pied des programmes expérimentaux, il faut être conscient de l'échec rencontré jusqu'à présent par les programmes de planification familiale qui ont cherché à utiliser ces personnes.

23. Pour être efficaces, les programmes, tant de la planification familiale que de la lutte contre le VIH/SIDA, doivent forger de solides relations positives avec la communauté. Les services atteindront un plus grand nombre de personnes s'il sont dispensés dans la communauté au lieu du cadre clinique.

24. Les programmes de prévention du VIH/SIDA ont avancé plus énergiquement que la planification familiale pour que la communauté participe à la prestation de services. L'intégration faciliterait l'utilisation de ces filières pour la planification familiale.

25. Les programmes de planification familiale ont tendance à bénéficier davantage de la participation communautaire et des stratégies d'information utilisées par les programmes de lutte contre le VIH/SIDA alors que ces derniers ne bénéficient pas autant des services cliniques fournis par la planification familiale.

26. Les activités de prévention du VIH/SIDA et de planification familiale se chevauchent clairement en ce qui concerne la limitation du risque de grossesse pour les femmes séropositives mais il existe des points de vue très différents entre les deux programmes sur ce qui constitue une contraception efficace. Le condom, qui est la méthode la plus efficace pour diminuer la transmission du VIH, n'est pas considéré comme une méthode de planification familiale particulièrement efficace. L'augmentation très importante de l'utilisation du condom pour la prévention du VIH/SIDA doit être analysée du point de vue de son potentiel à augmenter la prévalence de la contraception.

Formation

27. Un plus grand nombre de prestataires a terriblement besoin d'une meilleure formation, tant sur le plan planification familiale que sur le plan VIH/SIDA. Mais en ce temps d'ajustement structurel économique, de troubles civils, de sécheresse etc. qui sont autant de maux frappant la plupart des pays en Afrique subsaharienne, on peut se demander si on arrivera à répondre à ce besoin au vu de la situation économique qui se dégrade. Il est important d'être réaliste en ce qui concerne le nombre de prestataires de services pouvant être formés avec de

telles contraintes.

IEC

28. Une combinaison de communication interpersonnelle et de mass médias liés et qui se soutiennent mutuellement serait le moyen le plus efficace de sensibiliser le grand public au problème du VIH/SIDA et de susciter des changements de comportement.

29. Bien qu'il soit approprié et utile d'intégrer dans une certaine mesure les programmes d'IEC pour la lutte contre le VIH/SIDA et la planification familiale, il n'est pas nécessaire d'intégrer tous les messages et toutes les activités d'un programme.

30. Bien qu'il soit important de concevoir et de cibler les messages sur des publics spécifiques, il faut faire attention à ne pas marginaliser ou "montrer du doigt" ces groupes cibles ou encore créer des réactions défavorables au sein d'autres groupes cibles importants.

31. Les pièces de théâtre et la musique se sont avérées être des moyens de communication utiles pour l'IEC, tant pour la planification familiale que pour la prévention du VIH/SIDA. Ils conviennent bien à l'Afrique subsaharienne où c'est la tradition orale qui prédomine encore pour partager des connaissances. Ils sont tout particulièrement utiles dans des régions avec un faible taux d'alphabétisation.

32. On note souvent que le VIH/SIDA a facilité le dialogue sur la planification familiale. Mais bien des progrès restent à faire si l'on veut arriver à parler ouvertement et franchement de questions telles la sexualité et les rôles de l'homme et de la femme -surtout dans des endroits où des voix conservatrices freinent cette discussion avec les jeunes et interdisent la publicité et la promotion publique des condoms.

33. Les activités d'IEC ne sont efficaces que lorsque les services qu'elles encouragent sont adaptés aux besoins des clients, facilement disponibles et de bonne qualité.

MST

34. Bien qu'on reconnaisse l'importance des MST (y compris la difficulté supplémentaire du diagnostic et du traitement des MST chez les femmes) et qu'un certain nombre de pays cherchent à intégrer les MST aux activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA au niveau des politiques, très peu de choses en fait se passent au niveau des services.

35. Bien qu'on discute largement des questions de coût lié à l'approvisionnement en condoms, le manque de méthodes peu chères et faciles à utiliser pour le diagnostic et le traitement des MST a été en grande partie ignoré.

Approvisionnement en produits/logistique

36. Jusqu'à présent, on ne sait pas vraiment comment prévoir les besoins en matière de condoms. Des estimations contradictoires sont faites à tous les niveaux des programmes. Cet élément clé pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA n'a reçu que peu d'attention de la part des programmes nationaux et de la communauté des bailleurs de fonds. La question de savoir quelle est la quantité de condoms nécessaires doit être résolue au titre des décisions urgentes concernant ceux qui les acheteront, auprès de qui et quand.

37. Il faut plus de coordination et d'action efficaces au niveau de la distribution des condoms. Il faut notamment identifier des groupes cibles et mettre en place des politiques de recouvrement des coûts et des mécanismes de distribution appropriés. Les réseaux d'approvisionnement dans les pays n'arrivent généralement pas à écouler ces quantités nettement accrues. Les comités de coordination des condoms ou les bailleurs de fonds et les organisations de distribution discutant et décidant des politiques sont un des moyens d'arriver à une meilleure coordination.

Marketing social

38. Certains groupes spécifiques auront toujours besoin de condoms gratuits mais de nombreux autres sont mieux servis par les programmes de marketing social qui rendent les produits très accessibles à des prix abordables, même pour les très pauvres.

39. Le marketing social a le potentiel nécessaire pour relier la planification familiale et la prévention du VIH/SIDA. Les avantages liés à l'utilisation du marketing social en tant que pont entre les deux vont plus loin que leur intérêt partagé pour le condom. Des avantages importants viennent également du contexte de politiques générales et des stratégies d'information améliorées, des capacités institutionnelles renforcées et d'un meilleur coût-efficacité.

Recherche

40. Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ainsi que les programmes de planification familiale bénéficieraient grandement d'une recherche plus importante faite sur le comportement humain, tout particulièrement en ce qui concerne la sexualité, les rôles de l'homme et de la femme et la dépendance économique des femmes.

Gestion

41. Les capacités de gestion de l'USAID (à savoir le nombre et les qualifications du personnel) sont arrivées à leur capacité maximale dans la plupart des cas. Il faudra du personnel supplémentaire qui a de l'expérience en ces domaines si l'on veut intensifier les programmes et mettre au point des activités intégrées par le biais des programmes bilatéraux.

9. Recommendations

Politiques

1. Les Offices de la Population et de la Santé et le Bureau Afrique devraient préparer des directives conjointes à l'intention des missions de l'USAID en Afrique subsaharienne aux fins de :

- clarifier l'impact démographique actuel et éventuel de l'épidémie du SIDA et insister sur la continuation d'un solide programme de population et de planification familiale, tant pour des raisons de santé et de bien-être familial que de développement démographique et macroéconomique;
- indiquer les possibilités d'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale qui devraient être examinées pays par pays;
- démontrer comment des projets financés centralement peuvent être utilisés pour exécuter, le cas échéant, des activités intégrées;
- clarifier la manière dont le Bureau Afrique reverra les documents de mise en œuvre de projets pour laisser une certaine souplesse à l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale dans le contexte du financement, des priorités stratégiques, des aspects de gestion et de la limitation des méthodes actuelles d'analyse du coût-efficacité;
- résoudre les questions se rapportant à la dichotomie entre groupes cibles dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale; et
- accorder une plus grande priorité, au sein des missions de l'USAID travaillant avec d'autres bailleurs de fonds, au dialogue de politiques avec les pays hôtes pour obtenir un plus grand engagement financier et un leadership pour les programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA.

2. Ceux qui conçoivent des projets, soit pour la prévention du VIH/SIDA, soit pour la planification familiale devraient évaluer attentivement les possibilités d'intégration au sein de ces projets en articulant des objectifs qui soutiennent les deux. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'ils devraient viser l'intégration complète des deux programmes. Au départ, ils devraient se concentrer sur l'intégration ou la coordination sélective d'activités spécifiques où l'action conjointe est à l'évidence avantageuse et qui ne requiert pas un mouvement de masse des ressources humaines ou financières.

3. Dans le cadre du dialogue de politiques et de la mise au point de projets, les dirigeants des programmes devraient chercher plus loin que le bien fondé sanitaire des

programmes de planification familiale ou de lutte contre le VIH/SIDA et le système de santé. Il faut mieux reconnaître les implications socio-économiques de ces deux problèmes et se tourner davantage vers des disciplines telles que l'éducation, les finances publiques, le bien-être social cherchant des solutions en s'adressant aux militaires, aux groupements féminins, aux organisations de jeunes et aux collectivités locales.

Programmes

Prestations de services

4. Les concepteurs des programmes cherchant à optimiser les éventuels avantages de l'intégration devraient accorder la priorité aux activités conjointes qui permettent de sortir les programmes du cadre des centres fixes, de faire participer la communauté et d'élargir l'accès à des services culturellement adaptés par le biais d'activités réalisées dans la communauté (par exemple distribution communautaire, programmes sur les lieux du travail, marketing social, utilisation de guérisseurs traditionnels et programmes avec des organisations de jeunes). Les leaders africains doivent participer à part entière à la conception et à la réalisation du programme pour être sûr qu'il réponde aux coutumes locales et aux besoins communautaires.

5. Sans ignorer les besoins particuliers des hommes et des femmes en âge de procréer, il convient d'accorder la plus haute priorité dans le cadre des programmes intégrés à la mise en place de programmes plus efficaces qui répondent aux besoins des jeunes. C'est clairement un groupe hautement prioritaire, tant pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA que de planification familiale, et c'est l'endroit logique où commencer des programmes intégrés qui peuvent s'occuper naturellement des éléments des deux programmes.

6. Les concepteurs des programmes devraient également prêter attention aux possibilités d'intégration de la planification familiale et des activités de lutte contre le VIH/SIDA, tant dans les centres de planification familiale que dans les centres fixes du programme de lutte contre le VIH/SIDA (par exemple les centres de conseil et de prise en charge). Cela demande au minimum qu'on fasse davantage attention à la lutte contre les infections dans les centres de planification familiale, qu'on sache répondre à de simples questions sur le VIH/SIDA ou qu'on sache vers quels services aiguiller le patient et qu'on tienne compte du VIH/SIDA en expliquant les choix contraceptifs aux clients. Cela demanderait également que les conseillers de la lutte contre le VIH/SIDA soient capables d'expliquer aux clients des services de VIH/SIDA les avantages et les méthodes générales de planification familiale et fassent les aiguillages nécessaires. (Souvent le système d'aiguillage doit lui-même être mis en place.) Dans la mesure où le permettent les capacités et ressources locales, ces activités devraient également prêter attention au diagnostic et au traitement préventif des MST.

7. Les responsables des programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA devraient s'efforcer de collaborer pour inclure la planification familiale aux services offerts à un nombre croissant de couples qui se rendent dans les centres anonymes de test de

détection des anticorps anti-VIH.

Formation

8. Quel que soit le degré et la complexité de l'intégration prévue, les concepteurs des projets doivent faire attention à former un nombre suffisant de responsables de programmes et de personnel chargés de la prestation de services. Vu que la plupart des objectifs de la lutte contre le VIH/SIDA et de la planification familiale se rapportent à un changement du comportement humain, il faut prêter une attention suffisante aux compétences de communication ainsi qu'aux compétences techniques. Les prestataires des services de planification familiale devraient disposer des connaissances fondamentales sur le VIH/SIDA pour qu'ils puissent répondre à leurs propres préoccupations et à celles de leurs clients et adopter des procédures sûres et sans danger.

IEC

9. Les responsables de l'élaboration des programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA devraient entamer un dialogue pour trouver les domaines où les campagnes d'IEC pourraient se renforcer mutuellement. Tous les messages ne devraient pas forcément être intégrés et parfois les publics cibles changeront. Toutefois, il devrait y avoir tout un dialogue commun surtout dans les messages destinés aux jeunes. Ces messages pour des groupes cibles "à l'extérieur de la famille" ne devraient jamais montrer du doigt ou marginaliser ces groupes ni faire de la lutte contre le VIH et/ou de l'utilisation du condom quelque chose d'étranger au milieu familial. Les interventions d'IEC devraient donner aux gens les moyens de prendre des décisions ainsi que des actions pour modifier leur comportement.

10. Quelles soient intégrées ou non, les campagnes d'IEC devraient utiliser les mass médias et la communication interpersonnelle de sorte à ce qu'ils se renforcent mutuellement. Elles devraient également se fonder sur une recherche attentive des perceptions locales et des réalités des pressions individuelles et sociales qui déterminent le comportement sexuel. Elles devraient utiliser des approches culturellement acceptables telles que la musique, les pièces de théâtre communautaires et la participation d'artistes locaux. Elles devraient se donner des approches novatrices pour que les conseils soient plus efficaces dans le contexte africain où les personnes agissent rarement par elles-mêmes mais plutôt dans un cadre familial et culturel plus large.

11. Vu la gravité des questions de population/planification familiale et de VIH/SIDA, les programmes doivent prendre toutes les mesures possibles pour garantir une discussion franche et ouverte de la sexualité humaine et des dangers que font courir la grossesse et le VIH/SIDA aux adolescents. Cette discussion devrait toujours présenter les diverses questions d'une manière compatible avec les mœurs et coutumes de la société et devrait comprendre des conseils pratiques pour ceux qui sont peut-être déjà sexuellement actifs avec un ou plusieurs partenaires. L'accès à des informations sur les condoms et la disponibilité des produits sont des aspects qui doivent recevoir une attention prioritaire.

12. Les responsables des programmes doivent vérifier que la mise en place de services adéquats accompagne les programmes d'IEC qui sont en train de promouvoir ces mêmes services. Ces derniers doivent être facilement accessibles et d'une qualité permettant de satisfaire les besoins des clients qui répondent à ces programmes. En prêtant attention à la formation sur le tas, à la supervision et à un bon système de logistique, on devrait également vérifier que le matériel d'IEC est diffusé de manière appropriée.

Recherche

13. Il convient de mettre sur pied un solide programme de recherche surtout en raison du fait que l'intégration encourage encore davantage l'examen de certaines questions importantes, tant pour la planification familiale que le VIH/SIDA. Ces domaines sont notamment la recherche comportementale, biomédicale et opérationnelle ainsi que des études plus spécifiques aux programmes d'IEC et de marketing. Il convient également de prêter attention à l'élaboration de meilleurs outils pour les analyses du coût-efficacité et les évaluations des programmes intégrés.

Approvisionnement en produits/logistique

14. La communauté des bailleurs de fonds conjointement avec les pays hôtes doit accorder la plus haute priorité à l'achèvement des travaux commencés pour rationaliser la prévision en matière de condoms, acheter au plus faible prix les condoms de la meilleure qualité, livrer les produits et mettre en place de bonnes méthodes de logistique interne et de contrôle de la qualité.

Marketing social

15. Il convient d'accorder une place plus importante au marketing social. Les programmes devraient être vus comme ayant des avantages importants, tant pour la planification familiale que pour la prévention du VIH/SIDA. La création et l'exécution de programmes de marketing social des condoms pour la prévention du VIH/SIDA devraient être encouragées et soutenues par des organisations de planification familiale. Une politique devrait être mise en place dans les pays concernant les prix et la distribution ciblée de condoms gratuits.

16. Le marketing social doit être vu comme un mécanisme de distribution efficace par rapport au coût. Mais en mettant sur pied ces programmes, il ne faudra pas insister à un tel point sur l'autonomie financière au risque de faire baisser les ventes et limite l'accès des groupes à faibles revenus. Les responsables des programmes de marketing social des condoms devraient fixer le prix le moins cher du condom de sorte à ce qu'il soit facilement à la portée du groupe cible.

MST

17. Les programmes de planification familiale devraient améliorer les volets MST et

VIH/SIDA dans leurs plans d'études, directives pour prestations de services et programmes de formation pour les prestataires de services. Bien que des diagnostics supplémentaires appropriés au monde en développement soient nécessaires pour le bilan des infections du tractus génital, il convient d'utiliser chaque fois que possible les méthodes disponibles actuellement. Les protocoles de bilan et de traitement devraient être élaborés séparément pour chaque contexte. Si les services de MST doivent être intégrés à la planification familiale et aux soins de santé primaires, il faut améliorer le système de logistique de l'approvisionnement ainsi que les systèmes de gestion de l'information pour pouvoir inclure des informations sur les clients des MST. Les éventuels domaines de planification familiale pourront être intégrés aux programmes de prévention des MST et/ou du VIH/SIDA et vice versa sont notamment les activités d'IEC, la formation, le dépistage et l'aiguillage.

Gestion

18. Si l'on envisage de réaliser un plus grand nombre de programmes pour la lutte contre le VIH/SIDA et la planification familiale et surtout si les programmes veulent explorer les possibilités d'intégration bilatérale, l'A.I.D. doit renforcer son personnel, surtout au niveau des missions de l'USAID. Les postes vacants devraient être pourvus et de nouvelles positions seront probablement nécessaires dans des pays voulant intensifier leurs programmes. De même, l'A.I.D. doit continuer à apporter un solide soutien technique au sein des REDSO et de l'A.I.D./Washington pour aider à concevoir et à évaluer ces activités.

19. L'A.I.D. devrait continuer à apporter un soutien aux nombreuses organisations privées et internationales qui interviennent dans le domaine de la planification familiale et/ou de la lutte contre le VIH/SIDA. Contribution que ces groupes font de par leur approche novatrice et leur capacité à travailler dans des domaines pouvant être jugés trop délicats pour une intervention de l'Etat l'emportent sur les demandes en vue d'une plus grande coordination.

20. La communauté des bailleurs de fonds, de concert avec les pays hôtes, devrait accorder plus d'attention à la coordination et au partage des informations, surtout si l'on cherche à unir deux éléments souvent soutenus par des bailleurs de fonds différents. Il faudra toutefois faire attention à ce que la coordination facilite et n'étouffe pas l'initiative.

Annexes

Annexe A

Termes de référence

Contexte général

Les modèles de projection sur la dynamique de transmission du VIH/SIDA indiquent que le SIDA pourrait nettement diminuer les taux de croissance de la population dans les décennies à venir. On pense également que la maladie aura un certain impact sur le ratio de dépendance d'une population. Dans le cadre de ce PIO/T, POPTECH fournira une assistance technique pour la mise en place d'une stratégie et des recommandations concernant l'intégration des activités de lutte contre le SIDA aux programmes de population/planification familiale (P/PF).

Objectifs

Cette activité a pour objet de (1) évaluer la faisabilité technique et administrative et les implications du point de vue programme liées à l'intégration des activités de lutte contre le SIDA aux programmes établis de P/PF et (2) fournir des directives stratégiques et des conseils pratiques aux missions de l'USAID concernant les manières dont les programmes de P/PF peuvent effectivement enrayer la propagation de l'épidémie du SIDA.

Termes de référence

Le contractant fournira une équipe de quatre spécialistes pour réaliser l'étude sur les implications de l'épidémie du SIDA sur les programmes de P/PF. L'équipe comprendra un conseiller senior de P/PF, un épidémiologue médical senior, un expert de l'élaboration de matériel pour l'information, l'éducation et la communication (IEC) et un planificateur de la santé. De manière plus spécifique, le contractant est tenu de:

- revoir la littérature sur les conséquences démographiques du SIDA dans des pays en développement (notamment les activités financées centralement ainsi que les activités bilatérales);
- montrer dans quelle mesure les activités de prévention et de lutte contre le SIDA peuvent et devraient être intégrées aux programmes de planification familiale;
- trouver des manières dont l'information, l'éducation et la communication pour le SIDA (IEC) peuvent être intégrées aux divers volets d'intervention de P/PF;
- identifier les leçons tirées des programmes de P/PF qui s'appliquent également aux activités de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA;

- proposer des approches pour faire participer les prestataires de la planification familiale aux activités de prévention du SIDA qui ont des buts en matière de contraception; et
- proposer des politiques, des directives et des stratégies à REDSO/WCA pour encourager la mise au point des activités complémentaires concernant les programmes de VIH/SIDA et de P/PF en Afrique.

Méthodologie

L'équipe interviewera le personnel clé établi aux Etats-Unis participant aux activités de P/PF et de la lutte contre le VIH/SIDA (deux journées à l'A.I.D./Washington) ainsi que du personnel de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève (deux jours). L'équipe visitera quatre pays africains qui sont en train de réaliser des programmes de planification familiale et qui connaissent un grave problème lié au VIH/SIDA, pour y réunir des informations pertinentes par le biais d'un examen des documents, d'interviews dans le pays et de visites sur place. A la fin de chaque visite dans le pays, les membres de l'équipe feront un tableau de la situation aux missions de l'USAID d'après leur analyse de la question. On propose le Zaïre, le Mali, l'Ouganda, le Rwanda, la Côte d'Ivoire et le Malawi pour les visites de l'équipe (sous réserve d'accord des missions de ces pays). REDSO/WCA informera le contractant 30 jours à l'avance avant de commencer l'étude.

Rapports nécessaires

L'équipe passera environ cinq semaines complètes sur le terrain (A.I.D./Washington, Genève, quatre pays africains) avant de revenir à Abidjan où le reste du temps sera consacré à la rédaction de l'avant-projet du rapport. Une semaine de travail de six jours est autorisée. Tous les membres de l'équipe participeront à la rédaction du rapport pendant la sixième semaine et le chef de l'équipe devra finaliser le rapport avant de quitter Abidjan. Un exemplaire de l'avant-projet du rapport sera présenté aux responsables de REDSO/WCA/HPN et au conseiller pour les questions du VIH/SIDA avant que le chef d'équipe ne quitte Abidjan. Le personnel REDSO/WCA fera des commentaires à POPTECH dans les 30 jours qui suivent la réception de l'avant-projet du rapport et POPTECH devra revoir, finaliser le rapport puis en fournir dix exemplaires à REDSO/WCA dans les 30 jours ouvrables suivant la réception des commentaires de REDSO.

Le rapport, qui devra être écrit en anglais, devra traiter de tous les éléments donnés dans la section "Termes de référence" du présent PIO/T. Les Annexes au rapport devraient notamment présenter une bibliographie, les noms et adresses des personnes contactées et interviewées pendant les visites sur place ainsi que des copies de toutes politiques/directives suivies ou proposées actuellement dans les pays visités.

Composition et qualifications de l'équipe

1. Conseiller senior P/PF (chef d'équipe)

Diplôme universitaire en santé publique ou domaine connexe et un minimum de dix années d'expérience au niveau de l'identification, de la réalisation, de la gestion et de l'évaluation des programmes/projets de P/PF dans des pays en développement, de préférence en Afrique. Bonnes connaissances des procédures de l'USAID, doit avoir fait ses preuves de leadership/gestion et doit s'exprimer couramment en français (3 à la langue parlée et à la lecture).

2. Epidémiologue médical senior pour les questions du VIH/SIDA

Diplôme universitaire en épidémiologie. Un minimum de dix années d'expérience en matière d'identification, de réalisation et d'évaluation de programmes d'épidémiologie médicale et un minimum de cinq années d'expérience touchant aux questions du VIH/SIDA, de préférence en Afrique. Connaissances approfondies des modèles de projection et des modèles mathématiques et maîtrise courante du français (3 à la langue parlée et à la lecture).

3. Expert de l'élaboration d'IEC/matériels

Diplôme universitaire en communication ou en éducation ou domaine connexe et dix années d'expérience au minimum portant sur l'élaboration et l'évaluation de matériels et de programmes pour l'éducation sanitaire. Une expérience préalable portant sur l'élaboration de programmes et de matériels d'IEC pour le VIH/SIDA et/ou la P/PF est très souhaitable. Maîtrise du français (3 à la langue parlée et à la lecture).

4. Planificateur sanitaire

Diplôme universitaire en santé publique, financement ou aspects économiques de la santé ou domaine connexe et dix années d'expérience au minimum au niveau de la planification et de l'exécution de programmes et de systèmes de soins de santé dans des pays en développement. Expérience préalable en matière de programmes de P/PF et/ou de VIH/SIDA et capacité de travail en français.

Annexe B

Bibliographie

Agyei, William A.K. et Elsbeth J. Epema. "Sexual Behaviour and Contraceptive Use Among 15-24 Year-Olds in Uganda," *International Family Planning Perspectives*, Vol. 18, No.1, mars 1992.

A.I.D. Memorandum de James D. Shelton à Duff G. Gillespie intitulé "Trip Report, Kenya, 7-15 avril 1991."

A.I.D. Memorandum de Lee E. Claypool intitulé "Summary of International STD Research Workshop: Priorities for the Agency for International Development in the 1990s, July 23-25, 1991, Atlanta, GA." Daté du 6 août 1991.

A.I.D. "A.I.D. Prevention and Control Evidence Document" (avant-projet), 31 mai 1991.

A.I.D. et The MotherCare Project, John Snow, Inc. "Women, Infants and STDs: Opportunities for Action in Developing Countries," Rapport de la Conférence tenue à Rosslyn, VA, 7-8 novembre 1991.

AIDSCAP, "AIDSCAP Costing Guidelines," avant-projet No. 5, 5 juin 1991.

Ainscrow, Robert. "AIDS and the Developing World," *The World Today* 47(7) juillet 1991.

Althaus, F.A. "An Ounce of Prevention . . . STDs and Women's Health," *Family Planning Perspectives*, Vol. 23, No.4, juillet/août 1991.

Ara, S.O. et K.H. Holmes. *Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*. 1991.

Association for Voluntary Surgical Contraception. *World Federation Policy Statement about AIDS*. Non-daté.

Bassett, Mary T. et Marvellous Mhloyi. "Women and Aids in Zimbabwe: The Making of an Epidemic," *International Journal of Health Services*, Vol. 21, No. 1, pp. 143-156, 1991.

Bassett, Mary T., Ahmed S. Latif, David A. Katzenstein et Jean C. Emmanuel. "Sexual Behaviour and Risk Factors for HIV Infection in a Group of Male Factory Workers Who Donated Blood in Harare, Zimbabwe," *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 5:556-559, Raven Press Ltd., New York, 1992.

Berger, Ruth. *Technical Assistance Report on Information, Education and Communication (IEC) for Family Planning and AIDS in Botswana*. POPTECH, Arlington, VA, 20 mai 1992.

Berman, S.M. "Fertility Control and HIV Infection," *Archives of AIDS Research International Journal*, Vol. V, Issues 1, 2, 1991.

Berrier, Jayne, Rhoda Sperling, Joyce Preisinger, Veronica Evans, Judy Mason et Virginia Walther. "HIV/AIDS Education in a Prenatal Clinic: An Assessment," *AIDS Education and Prevention*, 3(2), 1991.

Bertrand, Jane, Maureen T. Brown, Mona Grieser et Clifford Olson. *Midterm Evaluation of the Botswana Population Sector Assistance Program (BOTSPA)*. Rapport POPTECH No. 91-128-130, Arlington, VA, juin 1992.

Botswana/Association pour le bien-être familial. *Project Report: Youth Counselling Center*. Gaborone, Botswana, avril 1992.

Botswana/Association pour le bien-être familial. *Project Report: Managerial Skills for BOFWA Staff and Volunteers*. Gaborone, Botswana, avril 1992.

Caruso, Beth et Nancy Williamson. "Family Planning in the Age of AIDS/STDs," *Family Health International*, (avant-projet), juillet 1992.

Cates Jr., Willard et Katherine M. Stone. *Family Planning: The Responsibility to Prevent Both Pregnancy and Reproductive Tract Infections*. International Women's Health Coalition, New York.

Cates Jr., Willard et Katherine M. Stone. "Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update - Part I," *Family Planning Perspectives*, Vol. 24, No. 2, mars/avril 1992.

Cates Jr., Willard et Katherine M. Stone. "Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update - Part II," *Family Planning Perspectives*, Vol. 24, No. 3, mai/juin 1992.

Centre pour la Population et la Santé familiale, Projet de la Recherche opérationnelle et les Centres pour le Développement et la Santé, Haïti. *Improving Access to Family Planning Services in Cite Soleil, Haïti*. (Rapport final), septembre 1989.

Center for Population Options. *Reaching High-Risk Youth through Model AIDS Education Programs: A Case by Case Study*. Washington, D.C., 1990.

Center for Population Options. *Young Women and AIDS: A Worldwide Perspective*. Washington, décembre 1990.

Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia. "Spermicides, HIV, and the Vaginal Sponge," *Commentary/Editorials. JAMA*, juillet 22/29, 1992, Vol 268, No. 4.

Crane, Barbara, Celia Woodfill et Leslie Curtin. *Women and STDs: Report to Congress*. A.I.D. Memorandum, 25 août 1992.

DHS. "Demographic and Health Survey 1988," *CSO/DHS*, décembre 1989, Zimbabwe.

DHS. "Zimbabwe Service Availability Survey 1989/90," *CSO/DHS*, mai 1991.

Délégation de la Commission de la Communauté européenne. *Botswana Annual Report 1991*.

Elias, Christopher. *Sexually Transmitted Diseases and the Reproductive Health of Women in Developing Countries*. The Population Council, Working Papers No. 4, New York, 1991.

Family Health International. "Managing STDs in the AIDS Era." *Network* 12(4) avril 1992.

Family Health International. *FHI Strategy: Research on AIDS and Family Planning*. Préparé par Nancy E. Wilson, Program Evaluation Division, juin, 1992.

Farley, Timothy M.M., Michael J. Rosenberg, Patrick J. Rowe, Jian-Hua Chen et Olav Meirik. "Intrauterine Devices and Pelvic Inflammatory Disease: An Experimental Perspective," *The Lancet*, Vol. 339, 28 mars 1992.

Feldblum, Paul, J. et Judith A. Fortney. "Condoms, Spermicides, and the Transmission of Human Immunodeficiency Virus: A Review of the Literature," *American Journal of Public Health*, janvier 1990, Vol. 78, No. 1.

Feldblum, Paul J. et Michael J. Rosenberg. "Spermicides and Sexually Transmitted Diseases: New Perspectives," *North Carolina Medical Journal*, décembre 1986 Vol. 47(12):569-572.

Field, Mary Lyn. "Technical Assistance Report on Recommendations for Expansion of USAID Activities for AIDS Prevention" (avant-projet). Préparé pour la mission de l'USAID au Botswana. AIDSCAP, Arlington, VA, 13 mai 1992.

Fortney, Judith A. "AIDS and Contraception," *People Magazine*, Vol.17, No.3, 1990.

The Futures Group, RAPID. *Botswana: The Effects of Population Factors on Social and Economic Development*. Washington, D.C., avril 1991.

Gayle, Helene. *Report to Congress on AIDS*. A.I.D. Memorandum, 2 juin 1992.

Germain, A., K.K. Holmes, P. Piot et J.N. Wasserheit, eds. *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. Plenum Press, New York and

London, 1992.

Global Access to STD Diagnosis 1 (1). Program for Appropriate Technology in Health, Seattle, mai 1992.

Global AIDS Policy Coalition. *AIDS in the World 1992*. Harvard School of Public Health, Boston, MA.

Gordon, Gil et Charlotte Kanstrup. "Sexuality: The Missing Link in Women's Health," *International Development Special Issue on Gender and Primary Health Care: Some Forward Looking Strategies*.

Gribble, James N., Editor. *AIDS in Sub-Saharan Africa: Summary of a Planning Meeting*. National Academy Press, Washington, D.C., 1992.

Guinan, Mary E. "HIV, Heterosexual Transmission, and Women," Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia. *JAMA*, 22/29 juillet 1992, Vol 268, No. 4.

Hampton, Janie. "Living Positively with AIDS," *Strategies for Hope, No. 2*. Action Aid, London, England; African Medical et Research Foundation, Nairobi, Kenya; et World in Need, Colchester, UK; novembre 1991.

Hira, S.K., J. Kamanga, R. Macuacua et P.J. Feldblum. "Oral Contraceptive Use and HIV Infection," *Journal of STD and AIDS* 1(6), novembre 1990, pp. 447-448.

INOPAL. *The Impact of Incorporating Educational Strategies for AIDS Prevention and Control into Family Planning Programs*, (Rapport final). The Population Council, New York, 1989.

INOPAL. *The Impact of Mexico's Mass Media Communications Campaign on Public Knowledge, Attitudes and the Prevention of AIDS*, (rapport final). The Population Council, New York, 1989.

INOPAL. *IEC Service Delivery and Condom Distribution through Family Planning Organizations for AIDS and STD Prevention*, (rapport final). The Population Council, New York, 1989.

INOPAL. *Involving Family Planning Workers in an AIDS Prevention Campaign in Lima, Peru*, (rapport final). The Population Council, New York, 1989.

INOPAL. *Can Family Planning Programs Serve the Reproductive Health Needs of Special Groups of High Risk Women?* (rapport final). The Population Council, New York, 1989.

International Planned Parenthood Federation, The AIDS Prevention Unit. *Preventing a Crisis: Family Planning Associations and AIDS*. Londres, janvier 1988.

International Planned Parenthood Federation, The AIDS Prevention Unit. *Preventing a Crisis: AIDS and Family Planning Work*. Londres, janvier 1988.

International Women's Health Coalition. *Reproductive Tract Infections in Women in the Third World: National and International Policy Implications*. New York, 1991.

International Women's Health Coalition and Women and Development Unit, University of the West Indies. *Call to Action by the Barbados Consultation for New Alliances between Women and Men to End Reproductive Tract Infections*. 16-18 mars 1992.

Jacobson, Jodi. *The Challenge of Survival: Safe Motherhood in the SADC Region*. Family Care International et la Banque mondiale, New York, 1991.

JAMA 258(13): 1729, 1987, "STDs, IVF, and Barrier Contraception."

Kaleeba, Noerine, with Sunanda Ray et Brigid Willmore. *We Miss You All: AIDS in the Family*. Women and AIDS Support Network, Harare, Zimbabwe, 1991.

Kamanga, J., G. Mukelabai, S. Hira, S. Godwin et P. Feldblum. "Condom and Spermicide Use by HIV-Discordant Couples," Pub-543, présenté à la 7th Regional Conference of the African Union against Venereal Diseases and Treponematoses, Lusaka, Zambia, 17-20 mars 1991.

Kouri, Yamil H., Donald S. Shepard, Freddie Borrás, Jeannette Sotomayer et George A. Gellert, "Improving the Cost-Effectiveness of AIDS Health Care in San Juan, Puerto Rico," *The Lancet*, Vol. 337, 8 juin 1991.

Kreiss, John, Elizabeth Ngugi, King Holmes, Jeckoniah Ndinya-Achola, Peter Waiyaki, Pacita L. Roberts, Irene Ruminjo, Rose Sajabi, Joyce Kimata, Thomas R. Fleming, Aggrey Anzala, Donna Holton et Francis Plummer. "Efficacy of Nonoxynol-9 Contraceptive Sponge Use in Preventing Heterosexual Acquisition of HIV in Nairobi Prostitutes," *JAMA*, 22/29 juin 1992, Vol. 268, No. 4.

Lesetedi, Lesetedyana T., G.D. Mompoti, Pilate Khulumani, G.N. Lesetedi et Naomi Rutenberg. *Botswana Family Health Survey II: 1988*. Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., Columbia MD, août 1989.

Mati, J.K.G., A.B.N. Maggwa, A. Hunter et al. *AIDS and Contraceptive Practice*. Département de Gynécologie, Université de Nairobi.

Mason, Judy, Joyce Perisinger, Rhoda Sperling, Virginia Walther, Jayne Berrier et Veronica Evans. "Incorporating HIV Education and Counseling into Routine Prenatal Care: A Program Model," *AIDS Education and Prevention*, 3(2), 1991.

Massachusetts Medical Society. *Sexually Transmitted Diseases in the 1990s*. 1991.

May, John et John Stover. "The Impact of HIV/AIDS on Population Growth in Central Africa: The Cases of Uganda and Rwanda," présenté à la Population Association of America, Denver, avril 1992.

McCombie, Susan. *Knowledge, Attitudes and Practices Related to AIDS Among Workers in Uganda*. AIDSCOM, juin 1990.

Medical Research Council. *AIDS Research 1992*. Londres.

"Meeting of Training Organizations" (résumé de réunion) Nairobi, 27-29 novembre 1991.

Moodie, Rob, Anne Katahoire, Frank Kaharuzza, David Ouma Balikowa, Jesse Busuulwa et Tom Barton. "An Evaluation Study of Uganda AIDS Control Programme's Information, Education and Communication Activities" (avant-projet), Programme de Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé, Ouganda et Organisation mondiale de la Santé, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, juillet-décembre 1991.

Mudariki, Taka, Eva Procead, Margaret Scarlett et David Wilson. *A Technical Assessment of the Botswana HIV/AIDS Prevention Project*. Social Welfare and Development Services (Pty) Ltd., Gaborone, Botswana, septembre 1992.

Mugditchian, Doris S. Rapport de voyage à la mission de l'USAID, Gaborone, Botswana, 30 avril-8 mai 1992.

Programme national de lutte contre le SIDA. *Report on the First HIV Sentinel Surveillance in Botswana*. Gaborone, Botswana, juillet 1992.

National Research Council. *Evaluating AIDS Prevention Programs*. National Academy Press, Washington, D.C., 1989.

Conseil national pour la Santé internationale, "Proceedings: Meeting the Sexual Needs of Women and Men: Exploring Integration of Family Planning, AIDS and STD Programs," Arlington, Virginia, 1992.

Conseil national pour la Santé internationale, "Sharing the Challenge: Establishing Linkages Between AIDS/STDs and Family Planning," Rapport de l'atelier de la Journée mondiale sur le SIDA, 6 décembre, 1991.

Newton, Nancy. "Uganda: Development of an IEC Strategy for SEATS Family Planning Service Delivery Subprojects" (rapport de voyage). 10-21 août 1992.

Olowo-Freers, Bernadette, Ed. "Socio-Cultural Aspects of Sexual Behavioural Practices That Contribute to the Transmission of HIV/AIDS in Uganda," Comptes rendus de l'atelier de l'UNICEF Kampala, 19-21 février 1992.

- Outlook*, "Safety: Does OC Use Affect the Risk of HIV Infection?", Volume 8, No. 4, décembre 1990.
- Over, Mead. *The Macroeconomic Impact of AIDS in Sub-Saharan Africa*. La Banque mondiale, avril 1992.
- Perlez, Jane. "Briton Sees AIDS Halting Africa Population Rise," *The New York Times*, Lundi 22 juin 1992.
- Population Council's Africa OR/TA Project and the Family Planning Service Expansion and Technical Support (SEATS) Project. *Zimbabwe: A Situation Analysis of the Family Planning Programme*. Harare, Zimbabwe, mars 1992.
- Population Information Program. "Aids Education: A Beginning," *Population Report*, Series L, No. 8, septembre 1989.
- Population Information Program. "AIDS - A Public Health Crisis," *Population Report*, Series L, No. 6, 1986.
- Program for Appropriate Technology in Health. *AIDS and STD Prevention Programs, August 1990*. Washington D.C.
- Report of Projet Petro-Ci Plans, Activities and Accomplishments FY 1992.
- République du Botswana, Bureau central des Statistiques. *Stats Brief*. No. 91/4, 15 octobre 1991.
- République du Botswana, Bureau central des Statistiques. *Population Projections: 1981-2011*. Government Printer, Gaborone, mai 1987.
- République du Botswana, Ministère des Finances et du Développement. *National Development Plan 7: 1991-1997*. Government Printer, Gaborone, Botswana, 1991.
- République de l'Ouganda, Programme de la lutte contre le SIDA et l'Organisation mondiale de la Santé. *AIDS/IEC Activity Inventory of Multisectoral Involvement in Control of HIV/AIDS*. Kampala, Ouganda, août 1991.
- Rosenberg, Michael J., Arthur J. Davidson, Jian-Hua Chen, Franklyn N. Judson et John M. Douglas. "Barrier Contraceptives and Sexually Transmitted Diseases in Women: A Comparison of Female-Dependent Methods and Condoms," *American Journal of Public Health*, Vol. 82, No.5, mai 1992.
- Rosenburg, Michael J., Wiwat Rojanapithayakorn, Paul J. Feldblum, and James E. Higgins. "Effect of the Contraceptive Sponge on Chlamydial Infection, Gonorrhea, and Candidiasis,"

Journal of the American Medical Association, Vol. 257, No. 17, 1er mai 1987.

Rush, Caroline Quinby. *The Demographic Impact of AIDS in Africa*. Center for Development Information and Evaluation, A.I.D., Washington, D.C., janvier 1992.

Sanders, David et Abdul Rahman Sambo. "AIDS in Africa: The Implications of Economic Recession and Structural Adjustment," *Health Policy and Planning* 6(2), 157-165, Oxford University Press, 1991.

Schellstede, William P. "Heightened Scientific Interest in Condoms," document préparé pour octobre 1989 Réunion de l'American Public Health Association, Chicago, IL.

Schryver, A. et A. Meheus. *Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases: The Global Picture*. 1990.

Stover, John et Mario Bravo. "The Impact of AIDS on Knowledge and Attitudes about Condoms for Family Planning in Urban Mexico," (Document), inédit?

Studies in Family Planning. "Reaching Zimbabwe's Men," 1991.

The Center for Health Policy. *AIDS in South Africa: The Demographic and Economic Implications*. Université du Witwatersrand, Johannesburg.

The Lancet. "Multipurpose Spermicides," Vol. 340: 25 juillet 1992, pp. 211-213.

The World Today. "AIDS and the Developing World."

Trachtenberg, A.I, A.E. Washington et S. Halldorson. "A Cost-based Decision Analysis for Chlamydia Screening in California Family Planning Clinics," *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 71, No.1, janvier 1988.

Commission pour le SIDA en Ouganda. "Research Action Plan" avant-projet intermédiaire, 13 janvier 1992.

Ministère de la Santé en Ouganda, Programme de lutte contre le SIDA. "AIDS/IEC Activity Inventory of Multisectoral Involvement in Control of HIV/AIDS," Kampala, Ouganda, août 1991.

Understanding the AIDS Pandemic.

UNFPA. *AIDS Update 1991: A Report on UNFPA Support in the Area of HIV/AIDS Prevention*. New York, 1991.

UNFPA. *Programme Review and Strategy Development Report: Botswana*. New York, 1991.

UNICEF, Uganda. "Socio-Cultural Aspects of Sexual Behavioural Practices That Contribute to the Transmission of HIV/AIDS in Uganda," Comptes rendus d'atelier, 19-21 février 1992.

USAID/Botswana. "To improve the quality and availability of FP/STD services and expand AIDS prevention measures," projet du document (avant-projet), Gaborone, Botswana, 1992.

USAID/Zimbabwe. Présentation du budget annuel de l'exercice 1994.

U.S. Bureau of the Census, Center for International Research. *Recent HIV Seroprevalence Levels by Country: April 1992*. Note de recherche No. 6, 1992.

U.S. Bureau of the Census, Center for International Research. *Trends and Patterns of HIV/AIDS Infection in Selected Developing Countries (Country Profiles)*. Note de recherche No. 5, février 1992.

Vernon, Ricardo, Gabriel Ojeda et Rocio Murad. "Incorporating AIDS Prevention Activities into a Family Planning Organization in Colombia," *Studies in Family Planning*, 21(6), novembre/décembre 1990.

Washington, A. Eugene, Sandra Grove, Julius Schachter et Richard L. Sweet. "Oral Contraceptives, Chlamydia Trachomatis Infection, and Pelvic Inflammatory Disease: A Word of Caution About Protection," *Journal of American Medical Association*, 19 avril 1985, Vol. 253, No. 15.

Wasserheit, Judith N., Sevgi O. Aral, King K. Holmes et Penelope J. Hitchcock. *Research Issues in Human Behaviour and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*. American Society for Microbiology, Washington D.C. 1991.

Wasserheit, Judith N., Jeffrey R. Harris, J. Chakraborty, Bradford A. Kay et Karen J. Mason. "Reproductive Tract Infections in a Family Planning Population in Rural Bangladesh," *Studies in Family Planning*, 20(2), mars/avril 1989.

Way, Peter O. *Demographic Impact of HIV in Less-Developed Countries*. Center for International Research, U.S. Bureau of the Census, Washington, D.C., juillet 1992.

Way, Peter O. "HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa," Center for International Research, U.S. Bureau of the Census, Presentation to the National Academy of Sciences Committee on Population and Demography, 5-6 mars 1992.

Way, Peter et Karen Stanecki. *The Demographic Impact of an AIDS Epidemic on an African Country: Application of the IWGAIDS Model Bureau of the Census*. Center for International Research, Note interne No. 58, février 1991.

Way, Peter et Mead Over. "The Projected Economic Impact of an African AIDS Epidemic," presented at Population Association of America, Denver, avril 1992.

Whiteside, Alan. "HIV Infection and AIDS in Zimbabwe: An Assessment," *Southern Africa Foundation for Economic Research*, août 1991.

Wight, D. "Impediments to Safer Heterosexual Sex: A Review of Research with Young People," *AIDS Care* 4(1) 1992.

Williamson, Nancy. "AIDS Puts Condoms in Spotlight," *NETWORK*, Family Health International, août 1992.

Winsbury, Rex et Whiteside, Alan. *AIDS Analysis in Africa*. mai/juin 1991.

Banque mondiale. *Staff Appraisal Report - Zimbabwe - Second Family Health Project*. Avril 1991.

Banque mondiale. *World Development Report 1991: A Challenge of Development*. Oxford University Press, 1991.

Organisation mondiale de la Santé, 1990. *AIDS* 4:703-7.

Organisation mondiale de la Santé. *AIDS Prevention: Guidelines for MCH/FP Programme Managers No. 1, AIDS and Family Planning*. Genève, mai 1990.

Organisation mondiale de la Santé. *AIDS Prevention: Guidelines for MCH/FP Programme Managers: No. 2 AIDS and Maternal and Child Health*. Genève, mai 1990.

Organisation mondiale de la Santé. *Current and Future Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic: A Capsule Summary*. janvier 1992, OMS/Programme mondial de Lutte contre le SIDA RES/SFI/92.1.

Organisation mondiale de la Santé. *Handbook on AIDS Prevention in Africa*. Genève.

Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines on Sexually Transmitted Diseases and AIDS for Family Planning Programs*. Genève, 1989.

Organisation mondiale de la Santé. *Procedure for National Level Collaboration in Condom Procurement*. Programme mondial de Lutte contre le SIDA. Genève, juillet 1991.

Organisation mondiale de la Santé. *Consensus Statement from the WHO/UNICEF Consultation on HIV Transmission and Breast-Feeding*. Programme mondial de Lutte contre le SIDA, Genève, 30 avril-1 mai 1992.

Organisation mondiale de la Santé. *Report of the Meeting on Research Priorities Relating to Women and HIV/AIDS*. Programme mondial de lutte contre le SIDA, Genève, 19-20 novembre 1990.

Organisation mondiale de la Santé. *Human Reproductive Health Research Needs Assessment Workshop in Uganda*. Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, Kampala, Ouganda, 3-6 novembre 1991.

Worthington, George Marshall, Ed. *The Non-Governmental Organizations Committee on UNICEF Working Group on AIDS*. UNICEF, New York, hiver 1989.

Zabin, Laurie et al. *Lessons Learned from Family Planning and their Application to AIDS Prevention*. WHO/GPA.

Gouvernement du Zimbabwe/Ministère de la Santé. *HIV and AIDS Surveillance*, rapport du 2nd trimestre, 1992.

Gouvernement du Zimbabwe/Ministère de la Santé. *Simple Epidemiological Model for Short Term Projections of AIDS/HIV*. Zimbabwe, mars 1992.

Gouvernement du Zimbabwe. Family Health Project II. *Danida Programme Support to Family Health Project II in Zimbabwe, February 1992*. Danida-BIRD-Ministère de la Santé, accord d'avant-projet tripartite.

Zimbabwe AIDS Network. *A Directory of Implementing and Funding Organizations Working on AIDS in Zimbabwe*. Août 1992.

ZNFPC. *Zimbabwe: A Situation Analysis of the Family Planning Programme*. Harare, mars 1992.

ZNFPC. "Zimbabwe National Family Planning Service Policies and Standards Delivery (avant-projet)," Harare, avril 1992.

Appendix C

Liste des personnes contactées

Washington, D.C.

R&D/POP

James D. Shelton, Recherche

Mark Barone, Recherche

Virginia Sewell, Services de Planification familiale

Barbara Crane, Politiques et Evaluation

Richard Cornelius, Politiques et Evaluation

Wila Pressman, Coordination régionale

William Johnson, Coordination régionale

Bonita Blackburn, Produits de base et Programme de support

Carl Hemmer, Produits de base et Programme de support

Carl Hawkins, Produits de base et Programme de support

Bonnie Pedersen, Information et Formation

R&D/Santé

Paul DeLay

Ionna Trilivas

Bureau Afrique

Connie Collins, AFR/ONI/TPPI

William Lyerly, AFR/ARTS

Jean Paul Clark, AFR/ARTS

Robert Haladay, AFR/ARTS

Lenni Kangas, AFR/ARTS

Family Health International

Tony Schwartzwalder, Directeur adjoint pour les programmes/AIDSCAP

Nancy Williamson, Family Health International

David Sokol, Family Health International

Bureau de recensement

Peter Way

The Futures Group

John May

John Snow Inc.

Mario Jaramillo

Genève, Suisse

Organisation mondiale de la Santé/Programme mondial de Lutte contre le SIDA

Dr. Dorothy Blake, Directrice adjointe, GPA

Dr. S.E. Ekeid, Chef de l'Office de la Coopération avec les Programmes nationaux

Dr. Stoneburner, Bureau de la Recherche

Dr. Faustin Yao, Office de Développement de l'Intervention et de Support

Mme Gunilla Ernberg, Services de soutien administratif

Melle Eva Lustig, Gestion des condoms

Dr. Susan Holck, Planification et coordination des politiques

Mission américaine

Donald Pressley, Représentant de l'A.I.D.

Harold Thompson, Attaché à la Santé

Zimbabwe

Unité de transfusions sanguines

M. Muere, Directeur adjoint

FNUAP

Mme Y. Zenda

USAID/Harare

Stephen J. Spielman, Directeur adjoint

Mercia Davids, Conseiller en population

Robert E. Armstrong, GDO, Gestion de l'agriculture et des ressources

Roxanna Rogers, Conseillère en santé

Ministère de la Santé du Zimbabwe

Timothy Stamps, Ministère de la Santé

SEATS/FPLM

Nancy Newton, SEATS/ESARO, Spécialiste d'IEC
Ndungu Wamburu, M.D., SEATS/ESARO, Conseiller médical
Peter Halpert, FPLM, Directeur régional

The Futures Group/SOMARC

Craig Naudé, Représentant régional

Union des exploitants commerciaux du Zimbabwe

Peter Frazer-McKenzie, Coordinateur de la lutte contre le SIDA, Union des Exploitants commerciaux du Zimbabwe

Département de Santé de la ville de Harare

M. Mbengeramera, Directeur, Département de santé de la ville de Harare

NACP

Dr. E. Marowa, Responsable NACP

ZNFPC

Dr. Moyo, Directeur adjoint
Mme T. Nhliziyo, Infirmière en chef
Mme T Nzuma, Chef distribution communautaire
Mme Lucy Botsh, Responsable formation
Mme F.T. Chikara, Chef d'IEC
Mme E. Dauya, Infirmière senior, Clinique Spilhaus
M. Chakare, Chef de distribution communautaire, Province de Mashonaland
Mme Monica Sibindi, Directeur de la province de Mashonaland est
Mme Hore, Infirmière diplômée d'Etat, province de Mashonaland
Mme Evangelina Mukarakate, Distributeur communautaire, District de Murewa
Mme Phoebe Vareta, Leader de groupe de distribution communautaire, District de Murewa

Autres

M. Peter Murewa, Infirmière I/C consultation externe, Hôpital du district de Murewa
M. Tsikiwa, Anesthésiste de l'hôpital du district de Murewa
M. D. Wilson, Université du Zimbabwe
M. J. Riber, Consultant en média
M. B. Zulu, Spécialiste d'IEC

Botswana

USAID/Gaborone

M. Howard Handler, Directeur de mission
M. David Mandel, Directeur adjoint de mission
M. Hector Nava, Responsable de la valorisation des ressources humaines
M. Scott Stewart, Conseiller en santé et en population

Programme national de Lutte contre le SIDA

Dr. M. R. Moeti, Directeur, Epidémiologue, Services de santé communautaire
Dr. Howard Moffatt, Coordinateur de lutte contre les MST

Conseil inter-gouvernemental sur la Population

M. Gerald Nyadze Thipe, Directeur de planification stratégique et plans d'urgence, Ministère des Affaires économiques et Secrétaire par intérim de l'Intergovernmental Council on Population

Association pour le Bien-Etre familial au Botswana (BOFWA)

Melle Cally O. Ramalefo, Directrice
M. William Sampson, Consultant, Programme d'éducation scolaire
Melle Keaise Moeti, Conseillère

YWCA

Mme Magbaline Mabuse, Coordinatrice de projet
Mme Busisiwe Mosieman, Coseillère pour ECAW
Melle Motlalepule Leshoi, Conseillère pour PACT

Ministère de la Santé

M. L. T. Lesetedi, Responsable de la santé familiale, Division de la santé familiale
Mme T.S. Mphele, Responsable par intérim de l'éducation de la santé

Dr. Khin Maung Gyi, Spécialiste de la médecine du travail
Mme P. Tembo, Projet SIDA sur les lieux de travail
Mme Lucia Mwakikunga et Mme Kelebogile Motihanka, Projet de planification familiale sur les lieux du travail

Ministère de l'Education

M. Ramatsai et Mme Makgothi, Service d'élaboration des programmes de formation

Nations Unies

M. James Kuria, Directeur FNUAP dans le pays
Melle Dorcus Mompati, Responsable de programme FNUAP
M. Mophakwane, PNUD

Ouganda

USAID/Kampala

Stephen C. Ryner, Directeur, USAID
Holly Wise, C/GDO
Joan LaRosa, Responsable santé/population
Elizabeth Marum, TAACS
Annie Kaboggoza-Musoke
Racheal Rushota
Robert O. Cannon

GTZ

Dr. Walter Kipp, Directeur du projet de services de santé fondamentale soutenu par la GTZ à Fort Portal
Dr. Okweo Peter, Directeur par intérim du projet/Responsable médical
Dr. Paul Bitaroho-Kabwa, Coordinateur pour le SIDA
Melle Lucy Mukariga, Coordinatrice PF
M. Kaliba Steven, Conseiller du projet/Education sanitaire
Kenneth Walusaga, Directeur de laboratoire
Ben Agaba Isoke, Coordinateur en Counseling
Melle Grace K. Nyakahuma, Coordinatrice pour les soins donnés à domicile
Bob Muesgine, Educateur de la santé
Dr. Jennifer Mugisha, (Etudiante) Nutrition humaine appliquée
Gudrun C. Sahlmuller, Assistante médicale senior, services de santé fondamentale, Fort Portal

UNICEF

Dr. Ndiku, UNICEF

Zebedee Tayolehe, Responsable d'IEC, Projet d'éducation à la vie familiale

Mme Joy Mukaire, Directeur de projet, Projet d'éducation à la vie familiale

Autres

Cindy Carlson, Directrice adjointe, CARE

Dr. Frank Nabwiso, Directeur, Centre d'information sur le SIDA

M. Edmond Gumisiriza, I/C, PTC

Dr. Tom Barton, CHDC

Dr. Florence Mirembe, Coordinatrice, AVSC

Donna Flanagan, Spécialiste d'IEC, OMS/Programme mondial de Lutte contre le SIDA

Dr. Sam Okware, Directeur adjoint des services médicaux, D/MST/PF, Ministère de la Santé

Dr. Kyabaggu, Directeur par intérim des services médicaux, D/MST/SIDA, Ministère de la Santé

Dr. Florence Ebanyat, Directrice de PMI/PF, Ministère de la Santé

Dr. Justus Bazirake, Responsable médical senior, Ministère de la Santé, Coordinateur du projet du FNUAP

M. Sepuya, Directeur exécutif, Association de planification familiale de l'Ouganda (FPAU)

Dr. Sekatawa, Directeur de programme, FPAU

Melle Molly Kisanje, Directrice d'IEC, FPAU

Melle Aminah Mukusa, Infirmière sage-femme en charge du centre de planification familiale de Kampala

Dr. Moye Freyman, Ecole de santé publique, Université de Caroline du nord

Dr. Bukemya, Ministère de la Santé

M. Ibrahim Kirunda, Association médicale islamique

Dr. Miiro, Chef d'OB/Gyn Département de la Faculté de Médecine de l'Université de Makerere

Dr. A. B. Karugaba, Prof. OB/Gyn, Coordinateur du programme de formation soutenu par JHPIEGO, Président de l'Association médicale d'Ouganda

Roy Mayinja, Directeur exécutif, ARMTRADES Ltd.

Melle Tumuhairwe, Infirmière sage-femme en charge de PMI/PF, Ministère de la Santé, Clinique de Kampala

Dr. Anthony Aboda, Superviseur clinique de PMI/PF et Coordinateur du projet de développement et de santé infantile, Coordinateur de PMI/PF pour l'INTRAH soutenu et réalisé avec le Ministère de la Santé

Melle Mollie Eriki, Coordinatrice médicale, TASO

Melle Mary Grace Alwano, Responsable senior de projet, TASO

Mme Noerine Kaleeba, Directrice, TASO

Mme Okeyo, Fonds de développement de la femme, PNUD

Melle C. Rubuobe, Infirmière sage-femme en charge de PMI/PF, hôpital de Fort Portal

M. Twoli Yafes, Conseiller FPAU, Clinique de Fort Portal

F.M. Mweheire, Directeur adjoint, The Toro and Mityana Tea Company Ltd., Kampala
Antonia Ikwap, Directrice par intérim, Centre d'information sur le SIDA
Mme Faith Okwi, Assistante aux comptes, TASO
Dr. Muki Musa, Centre de santé islamique
Joy Awori, Conseiller résident, SEATS
Christine Achurobwe, Directrice, Association privée ougandaise des sages-femmes
Sandy Buffington, Conseiller résident, soins maternels
Dr. Warren Namara, Directeur, ACP
Professor Martins, OMS
Edith Mugerwa, Projet de planification familiale YWCA
Jacques Homsy, Médecins sans Frontières
William Salmond, Experiment in International Living
Sam Ibanda, Directeur projet/A
Shem Bukombi, Directeur de projet de formation
Joseph Tushabe, Recherche
Daan W. Mulder, Chef de programme, Conseil de recherche médicale, Programme de recherche
sur le SIDA en Ouganda
Larry Marum
Emmanuel Tukwasibwe, Directeur adjoint, Centre d'information sur le SIDA

Côte d'Ivoire

REDSO/WCA

Dr. Souleymane Barry, Conseiller pour le SIDA
Mme Katherine Jones-Patron, Chef, Bureau HPN
Frederick Gilbert, Directeur, REDSO/WCA

USAID/Côte d'Ivoire

John Paul James, Responsable des questions de population

Annexe D

Observations pertinentes des interviews avec le personnel des Offices A.I.D. de Population et de Santé, du Bureau Afrique, de Family Health International et de l'Organisation mondiale de la Santé

Washington, D.C.

Recherche & Développement/POP

Le personnel de Recherche & Développement/POP s'est montré vivement préoccupé par la propagation du VIH/SIDA et très intéressé par la contribution que pouvaient faire les programmes de planification familiale à sa prévention et à sa lutte. Parallèlement, le personnel de Recherche & Développement/POP a émis certaines réserves quant à l'efficacité que pouvait avoir dans la pratique cette participation/collaboration/intégration. Il s'est montré préoccupé de voir la planification familiale "engloutie" et ignorée en grande partie par une approche plus intégrée telle que ce fut souvent le cas lors de l'intégration des services de planification familiale aux services de santé maternelle et infantile. Plusieurs problèmes de nature plus technique ont également été mentionnés:

- La planification familiale a mieux réussi à atteindre les femmes mariées que les cibles principales des campagnes du VIH/SIDA, à savoir les adolescents, les prostituées, les hommes dont les comportements sont à hauts risques (par exemple de nombreux partenaires sexuelles).
- Bien qu'il soit fondé de s'occuper des femmes mariées qui sont des victimes innocentes, ce ne sont probablement pas les groupes auxquels il faudrait accorder la plus haute priorité dans la lutte contre l'épidémie du SIDA.
- La distribution des condoms est probablement l'interface le plus évident entre les interventions de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA. Mais jusqu'à présent, c'est l'une des méthodes la moins utilisée pour la planification familiale suite à des aspects d'efficacité, de coût et d'acceptabilité. Néanmoins, l'accroissement rapide auquel on a assisté récemment dans l'utilisation des condoms au Zimbabwe et au Zaïre a été cité comme exemple montrant que la demande pour cette méthode est en train de grimper au regard de l'épidémie du SIDA.
- La planification familiale a peut-être réussie dans une certaine mesure à aider les femmes à choisir une méthode de planification familiale mais les conseils concernant les pratiques sexuelles n'ont pas été son point fort ... d'ailleurs les programmes de planification familiale ne disposent pas d'un personnel suffisant et qualifié pour donner les conseils

de qualité qui s'imposent pour qu'il y ait un véritable impact sur la propagation du SIDA.

- Les services de planification familiale doivent chercher à améliorer la qualité des soins cliniques pour protéger les clients et les prestataires de services de l'infection par le VIH/SIDA. Mais les risques d'infection sont relativement faibles et le nombre de cas est tellement limité que ces améliorations n'auront que peu d'impact sur la propagation générale de l'épidémie par le VIH/SIDA.
- Exception faite d'un impact modeste sur la propagation des MST par le biais de la distribution des condoms, les programmes de planification familiale n'ont que peu d'expérience en matière de MST. Les technologies de diagnostic et de traitement sont trop chères et trop longues pour que les programmes de planification familiale puissent dans l'ensemble se les permettre. Même avec les progrès récents au niveau technologique, cela restera encore le cas probablement pour la plupart des programmes de planification familiale. Tous ceux travaillant dans le bureau Recherche & Développement/POP ne pensent pas forcément que la lutte limitée contre les MST possible par le biais des services de planification familiale - ce qui à son tour n'aura peut-être qu'un modeste impact sur le SIDA - serait une approche efficace par rapport au coût, soit pour améliorer le programme de planification familiale, soit pour lutter contre le SIDA. Le personnel de Recherche & Développement/POP a vivement recommandé de faire attention à cette question. Son approche est davantage axée sur la femme ou le client que sur la santé publique.

Les points suivants semblent être les plus importants parmi les questions de gestion citées:

- En dépit de certains progrès de coordination avec l'OMS/lutte mondiale contre le SIDA et divers autres bailleurs de fonds bilatéraux et ONG, on n'a guère réussi pour le moment à prévoir la croissance dans la demande de condoms et à se préparer à y répondre. Bien que l'A.I.D. continue à répondre à environ 70 pour cent de la demande actuelle, il existe des problèmes sérieux à ce niveau. Les fonds de Recherche & Développement/POP ne suffisent pas pour prendre en charge une demande accrue pour des condoms. Apparemment, les fonds de Recherche & Développement/POP pour le SIDA ne suffisent pas pour l'achat de condoms. Le projet AIDSCAP n'a aucune disposition concernant l'achat de condoms. Apparemment, seuls des fonds limités du Fonds de Développement pour l'Afrique du Bureau Afrique peuvent être utilisés pour l'achat de condoms. La décision du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS de ne pas prendre un rôle important au niveau de l'acquisition de condoms n'a pas été suivie par la mise en place de procédures d'achat au niveau national qui auraient permis de répondre à ce besoin. L'A.I.D. n'a pas d'avantage comparatif au niveau des prix puisque les cours mondiaux sont nettement inférieurs à ceux des achats américains. L'A.I.D. n'est pas satisfait de la qualité des tests faits par les laboratoires régionaux soutenus par le Programme mondial de Lutte contre le SIDA/OMS et PATH en Afrique de l'ouest et, en outre, il reste à régler d'important problèmes au niveau de la gestion logistique pour la distribution effective des condoms.

- Le travail de classification prioritaire des pays réalisé par plusieurs bureaux et projets au sein de l'A.I.D. complique de beaucoup tout projet de coordination et d'intégration. La stratégie des pays prioritaires de Recherche & Développement/POP qui accorde la priorité aux 20 pays dans le monde susceptibles d'avoir le plus grand impact sur la croissance de la population mondiale n'est pas tout à fait compatible avec les priorités du Bureau Afrique pour les programmes de population/planification familiale. Et aucune de ces deux stratégies n'est tout à fait compatible avec l'état d'avancement de l'épidémie du SIDA dans les divers pays de la liste des pays prioritaires compilée par AIDSCAP.
- Le personnel Recherche & Développement/POP pense que la compression du personnel technique au niveau du Bureau régional et dans les pays freine encore davantage la mise en place de programmes coordonnés et intégrés. Les suggestions faites par Recherche & Développement/POP en vue d'un projet de gestion simplifié et financé centralement comme le projet d'initiative pour la santé familiale ou le projet SEATS ne concorde pas avec l'importance qu'accorde actuellement le Bureau Afrique à la mise en place de projets bilatéraux au niveau de l'USAID.

Même avec les contraintes mentionnées ci-dessus, le personnel de Recherche & Développement/POP voyait des avantages certains pour les programmes de lutte contre le SIDA et de population grâce à "l'intégration" d'interventions choisies.

- Bien que l'intégration de la planification familiale et du SIDA au niveau des centres de planification familiale ne soit guère profitable, il existe de considérables avantages pour les deux partis dans d'autres domaines. L'épidémie du SIDA a permis une discussion publique plus franche et plus ouverte sur la sexualité et les contraceptifs/condoms et a donné un nouvel élan aux approches communautaire et de marketing social dont les activités médiatiques d'IEC, de promotion et de publicité se rapportant à la méthode.
- La projet option devrait chercher davantage à faire des modèles et à démontrer les conséquences démographiques du SIDA et le besoin continu de réaliser des programmes de population. L'épidémie du SIDA a notamment permis d'élever le dialogue sur les politiques publiques et d'atteindre certains objectifs tels que l'élimination des taxes à l'importation sur les condoms et les contraceptifs dans certains pays.
- La campagne du SIDA peut être un moyen d'apporter les messages et les services de planification familiale à des publics difficiles à atteindre auparavant tels les adolescents, les clients sur les lieux du travail et les hommes en général.

Recherche & Développement/santé

Le personnel de Recherche & Développement/santé s'est montré d'accord avec une présentation faite par le personnel de Family Health International (FHI) insistant sur les possibilités de collaboration des programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA. Le personnel de Recherche & Développement/santé de FHI a davantage confiance que celui de Recherche & Développement/POP dans les éventuelles contributions que peuvent faire les services de planification familiale à la lutte contre le SIDA grâce à la lutte contre les MST, aux conseils et à des procédures plus sûres du point de vue clinique pour la planification familiale. FHI a également proposé une stratégie pour les régions où le VIH/SIDA connaît une forte prévalence qui pourrait être remise en question par Recherche & Développement/POP puisqu'elle consiste à accorder une importance moindre aux DIU et à promouvoir les condoms par rapport à d'autres méthodes de planification familiale à moins que le ou la cliente ne coure à l'évidence un faible risque de contracter l'infection par le VIH. Toutefois FHI n'est pas prêt à aller aussi loin que l'IPPF qui préconise une intégration complète de la planification familiale et de la lutte contre le VIH/SIDA et qui ferait des agents de la planification familiale des agents de "développement". FHI ne pensait pas qu'on pouvait arriver à un impact démographique important en ajoutant le VIH/SIDA aux programmes de la planification familiale mais reconnaissait l'importance de la planification familiale aux fins d'améliorer la qualité des soins.

Aussi bien FHI que Recherche & Développement/santé insistaient sur divers points auxquels semble adhérer Recherche & Développement/POP - la nécessité de promouvoir d'une manière plus énergique l'utilisation des condoms, surtout par le biais du marketing social et d'autres approches communautaires; la formation pour les prestataires de planification familiale en matière de SIDA, de prévention du SIDA et d'utilisation correcte des condoms; la nécessité de coordonner les besoins, emmagasinage, contrôle de qualité et distribution de condoms, aussi bien pour la prévention du SIDA que pour la planification familiale et la nécessité pour la planification familiale de travailler en étroite collaboration avec des organisations de prévention du SIDA.

Recherche & Développement/Santé a attiré l'attention sur le travail interdisciplinaire fait sur une politique revue de l'A.I.D. concernant le SIDA qui devrait être disponible d'ici décembre 1992.

Recherche & Développement/Santé suggère que les collaborations avec les activités de lutte contre le SIDA (y compris la lutte contre les MST) donneraient à la planification une orientation davantage axée sur les "besoins" des clients qui les rendraient plus attirantes à leurs yeux et à ceux de la société. Parallèlement, Recherche & Développement/Santé reconnaît que cette collaboration n'est pas sans problèmes. Par exemple, le projet AIDSCAP ne vise pas les femmes mariées (clientes principales de la planification familiale) puisqu'il s'adresse à ceux qui transmettent la maladie et qui courent un risque élevé de la contracter (prostituées, hommes dont le travail les éloigne du foyer, patients de MST qui sont généralement des hommes et jeunes

dont jeunes filles¹). Le budget Recherche & Développement/Santé et SIDA (environ 90 millions de dollars par an dont 23 millions pour le Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS) a peu de fonds pour financer les "activités de lutte contre le SIDA" qui pourraient être réalisées par des programmes de planification familiale.² Aucune solution n'a été trouvée pour les futurs achats de condoms dont on prévoit des quantités de plus en plus grandes. AIDSCAP peut s'occuper des premiers achats de médicaments contre les MST mais les besoins futurs ne sont pas couverts.

Les recherches faites sur le modèle informatique indiquent que la distribution de condoms est l'intervention la plus solide actuellement dont on dispose pour la prévention et la lutte contre le SIDA, avec au second rang le changement du comportement sexuel, la lutte contre les MST et l'intervention faible et un vaccin efficace à 50 pour cent serait plus important que toutes les autres interventions. Plus de travaux doivent être faits sur modèles pour indiquer le niveau d'utilisation de condoms par tel ou tel groupe qui permettrait d'avoir un impact sur le SIDA dans différentes situations. Actuellement, on ne dispose pas de l'expérience ni des données pour fixer des objectifs permettant d'arriver à un impact et de le mesurer. L'Université de l'Illinois et le Bureau de Recensement pourraient avoir de meilleures informations d'ici six à 12 mois.

Plus de travaux de recherche doivent être faits sur l'impact possible qu'entraîne le SIDA sur la fécondité et sur "les mécanismes de survie" qu'utilisent les couples et les individus face au décès ou à l'éventuel décès d'un partenaire ou d'un enfant atteint du SIDA. On est en train de chercher une mesure du SIDA dans le cadre des enquêtes EDS parrainées par Recherche & Développement/POP. Mais les EDS enquêtent surtout auprès des femmes qui ne sont pas les cibles principales des interventions de lutte contre le SIDA.

¹ L'expérience en matière de conception de projet sur le terrain fait par l'un des membres de l'équipe indique que le projet AIDSCAP n'a pas pour activité principale de cibler les jeunes.

² Une exception pouvant être la contribution faite par Recherche & Développement/Santé à l'IPPF, hémisphère de l'ouest pour financer des activités de prévention du SIDA outre ses programmes de planification familiale.

Bureau Afrique

Le Bureau Afrique accorde une grande importance aux problèmes rencontrés pour répondre aux priorités du SIDA et de la planification familiale dans de nombreux pays africains, problèmes dus à des programmes incompatibles: la stratégie des pays prioritaires de Recherche & Développement/POP, les priorités de survie de l'enfance et la liste prioritaire d'AIDSCAP. De plus, l'accent que met le Fonds de Développement africain sur la réforme économique, la démocratisation et le développement du secteur privé compliquent encore davantage les choses puisqu'il reste peu de marge de manoeuvre. Les objectifs du Congrès américain, à savoir dix pour cent des 800 millions annuels du Fonds pour les questions de population, dix pour cent pour la santé et cinq pour cent pour le SIDA assurent la disponibilité de l'argent. Mais la programmation est cahotique surtout au vu de la pénurie des responsables de santé, de population et de nutrition en Afrique (on indique un chiffre de 26). Toutefois, le Bureau Afrique continue à insister sur la mise au point de projets bilatéraux. Il ne cherche pas de mécanismes par le biais du Bureau, de REDSO ou des projets Recherche & Développement pouvant simplifier les responsabilités de planification et de gestion de l'USAID mais est perçu par le Bureau Afrique comme diminuant la responsabilité de l'USAID face à des choix difficiles au niveau des programmes.

Le Bureau Afrique est vivement intéressé par l'intégration de la planification familiale et du SIDA, notamment dans le cadre de projets étendus. Seul un projet bilatéral pourrait insister sur les deux du moment qu'il n'est pas perçu comme un projet-relais ou un projet assemblé simplement pour des questions de bureaucratie cosmétique. Il faudrait inclure au "calendrier analytique" de l'Office de l'Analyse, de la Recherche et du Soutien technique du Bureau Afrique (ARTS) une étude du concept de planification familiale avec des interventions plus générales de santé reproductive.

On a insisté sur le fait que les activités de lutte contre le SIDA devaient soutenir tout particulièrement la planification familiale pour pouvoir "vendre" les deux préoccupations aux directeurs de l'USAID, aux dirigeants des pays hôtes et à un public qui auparavant aurait bien pu refuser une discussion ouverte sur la sexualité et les contraceptifs/condoms.

AIDSCAP FHI

Le personnel d'AIDSCAP s'est montré intéressé à forger une collaboration/coopération entre leurs activités de lutte contre le SIDA et de planification familiale même si cela n'entre pas dans le mandat d'AIDSCAP. Aucun des projets de terrain d'AIDSCAP visité jusqu'à présent ne semblait s'attaquer à la question. Le personnel du projet reconnaît le problème des groupes cibles qui ne sont pas identiques, le fait de ne pas submerger de travail les agents de terrain villageois et le risque de couper l'élan mis en place pour la planification familiale dans certains endroits. Parallèlement, il existe une possibilité de coordonner les actions et les travaux complémentaires de lutte contre le SIDA pourraient être financés par le biais d'apports de fonds propres aux missions sur les fonds centraux, par le biais d'un don accordé après appel d'offres à une Organisation bénévole privée (OBP) ou à un mécanisme de don de recherche. AIDSCAP pourrait également recevoir un apport régional du bureau pour des travaux de ce type.

AIDSCAP insistait sur la différence de ce projet par rapport à d'autres qui sont de nature "réactive" aux besoins d'un grand nombre de pays. AIDSCAP est conçu pour accorder une attention primordiale à dix ou 15 pays prioritaires dans le monde entier bien qu'une certaine attention (surtout de l'assistance technique) puisse être donnée à d'autres pays associés. Le projet a un certain nombre de critères de choix pour les pays prioritaires "dont un des plus importants concerne l'acceptation d'apporter un concours financier au projet." Une grande partie de ce principe non-technique tient à la nature même d'AIDSCAP, contrat quinquennal à hauteur de 168 millions de dollars, qui n'a que 68 millions de dollars au titre du financement central et 100 millions de dollars devant provenir de concours financiers propres aux missions. AIDSCAP admet que les besoins de concours financier des missions ne permet pas une sélection basée sur les besoins les plus urgents ou les meilleures possibilités d'impact sur le SIDA.

Les trois grands axes programmatiques d'AIDSCAP sont les suivants:

- augmenter l'acceptation, l'utilisation et la disponibilité des condoms (surtout par le biais du marketing social bien qu'on ne sache pas exactement qui achètera les condoms pour le projet);
- changer le comportement sexuel en diminuant notamment le nombre de partenaires; et
- prévenir et traiter les MST.

Réunion d'information avec le Programme mondial de Lutte de l'OMS

Le 9 septembre 1992, trois membres de l'équipe ont rencontré plusieurs représentants officiels du Programme mondial de Lutte contre le SIDA à Genève pour parler des questions liées à l'intégration des activités de PI/PF et de lutte contre le VIH/SIDA en général et tout particulièrement de la politique du Programme mondial de Lutte contre le SIDA face à cette intégration. Les discussions indiquaient que le bureau du Programme mondial de Lutte contre le SIDA soutient en général cette intégration. De fait, il a été indiqué que l'intégration était capitale pour plusieurs raisons, dont les suivantes:

- Le groupe cible principal pour la prévention du VIH est les jeunes, c'est-à-dire un groupe cible également pour la prévention de la grossesse;
- Les ressources peuvent être maximisées en intégrant les activités et en profitant de chaque occasion pour éduquer les gens à propos du VIH/SIDA;
- Les projets de PMI/PF se concentrent sur la famille qui est fortement éprouvée par l'épidémie du SIDA;
- Les programmes de PMI/PF ne peuvent pas continuer à fonctionner pendant l'épidémie du SIDA comme ils le faisaient avant l'épidémie;
- Au fur et à mesure que la demande pour des condoms continue de croître, il y a un besoin croissant de coordonner l'approvisionnement et la logistique en matière de condoms entre les programmes de PMI/PF et de lutte contre le VIH/SIDA;
- Les informations concernant le VIH/SIDA doivent parvenir de plus en plus aux femmes qui représentent également le public cible de la PMI/PF;
- Vu le rôle important que semble jouer les MST dans l'infection par le VIH, toute activité concernant la santé de la procréation doit être intégrée aux activités de lutte contre le VIH/SIDA;
- Il existe des domaines communs pour l'élaboration des politiques nationales et la mise au point de documents de politiques concernant le SIDA peut aider à renforcer les politiques de PMI/PF dans de nombreux pays;
- Le renforcement du marketing social est une des clés de la coordination entre la planification familiale et la prévention du VIH; et
- Un aménagement de l'infrastructure pourrait se faire si l'on coordonnait mieux les programmes.

Voici des domaines spécifiques de recherche nécessaire communs aux programmes de PMI/PF et VIH/SIDA:

- Les questions concernant l'allaitement au sein chez des femmes séropositives ou courant un risque élevé de contracter l'infection;
- Raisons montrant pourquoi des femmes séropositives continuent à tomber enceinte au même rythme que les femmes séronégatives;
- Etude du niveau d'utilisation de condoms (en général et par groupe cible) nécessaire pour diminuer la transmission du VIH au niveau national;
- Impact de l'infection par le VIH sur l'issue de la grossesse; et
- Efficacité des spermicides pour la prévention de la transmission du VIH.

Le Programme mondial de Lutte contre le SIDA est en train de mettre au point des programmes conjoints avec les divisions de planification familiale et de PMI au sein de l'OMS/Genève et a indiqué qu'il travaillerait en étroite collaboration avec le FNUAP et le Population Council concernant l'approvisionnement et la logistique des condoms. Le Programme mondial de Lutte contre le SIDA est également en train de mettre en place des directives concernant le rôle de la PMI/PF dans la lutte contre le SIDA.

Il ressortait clairement des discussions que la question de l'intégration n'était abordée qu'au niveau du siège central et que, jusqu'à présent, peu ou rien n'avait été fait au niveau pratique pour l'intégration des activités de tous les jours dans le pays ou la communauté en question. Il ne semble pas non plus qu'on envisage sérieusement les questions financières concernant l'intégration en un temps de ressources qui sont de plus en plus limitées.

Les discussions montraient bien que l'approche du Programme mondial de Lutte contre le SIDA à l'intégration continuerait à suivre sa direction dominée par les MS. Les activités d'intégration du Programme mondial de Lutte contre le SIDA visera les services de PMI/PF et autres établissements sanitaires de style "occidental" plutôt que le niveau communautaire traditionnel. Il ne semble pas qu'on ait envisagé les contributions possibles de la communauté et des guérisseurs traditionnels à cet effort.

La promotion du marketing social et l'utilisation des ONG/OBP pour réaliser des projets sont des exceptions possibles de l'approche "ministérielle" du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de Genève.

On a également noté des contraintes à l'intégration efficace:

- L'hésitation dont font preuve les programmes de PMI/PF à participer aux activités de lutte contre le VIH/SIDA car le SIDA est vu comme un domaine "plus sale"; et
- L'hésitation dont font preuve les personnes dirigeant des programmes qui ne veulent pas lâcher leur "domaine" pour arriver à une intégration des programmes.

Annexe E

Profils de programme: Zimbabwe, Ouganda et Botswana

Profil du Zimbabwe

A. Données générales

1. Population/planification familiale

Le Zimbabwe compte 11 millions d'habitants dont 47 pour cent ont moins de 15 ans. Soixante-quinze pour cent de la population est considérée comme rurale et le taux de croissance urbaine dépasse six pour cent par an. Le taux brut de natalité est de 40 pour 1000 et le taux brut de mortalité est de 9 pour 1000 (8 pour 1000 de 1985 à 1990). Le taux de croissance de la population est de trois pour cent (3,2 pour cent de 1985 à 1990).

L'indice synthétique de fécondité a diminué de 7,3 pour cent en 1970 à 6,1 pour cent actuellement. Quarante-trois pour cent des femmes mariées utilisent actuellement la contraception, ce qui représente le taux d'utilisation le plus élevé en Afrique subsaharienne. En 1988, 96 pour cent des femmes ont indiqué qu'elles connaissaient au moins une méthode moderne de contraception et 98 pour cent des hommes connaissaient la pilule et le condom. L'utilisation des méthodes modernes est passée de 14 pour cent en 1980 à 27 pour cent en 1984 et à 36 pour cent, d'après les estimations, en 1988. Quatre-vingt cinq pour cent des femmes utilisant des méthodes modernes prennent la pilule.

Malgré cette forte prévalence de la contraception, le Zimbabwe a toujours une fécondité et un taux d'accroissement élevés de la population. Il existe un écart important entre la connaissance des méthodes contraceptives qui est très élevée et l'utilisation de méthodes modernes, même chez les femmes qui désirent retarder ou arrêter les naissances.

2. VIH/SIDA

Pendant le premier trimestre de 1992, 273 décès imputables au SIDA ont été notifiés, pendant le second trimestre, le chiffre est passé à 556. Le plus grand nombre de décès se situe dans le groupe d'âge des 0 à 4 ans (157), suivi de ceux âgés de 30 à 39 ans (129) et de 20 à 29 (111). Par contre, le nombre de cas de "AIDS-related complex" ou ARC ainsi que de séroprévalence est le plus élevé au sein du groupe des 20-29 ans.

Au sein du groupe des 15-29 ans, c'est parmi les femmes que l'on compte le plus grand nombre de cas de SIDA et d'ARC ainsi que les taux de séroprévalence les plus élevés. Par contre, au sein du groupe des 30-39 ans, on enregistre des taux plus forts chez les hommes.

Durant le premier trimestre de 1991, environ 7000 cas de SIDA étaient notifiés mais l'on estimait que le système de compte rendu n'avait enregistré que 30 à 40 pour cent du nombre réels de cas.

Durant le second trimestre de 1992, un total de 1509 cas nouveaux de SIDA étaient notifiés, soit une diminution de 30 pour cent du nombre de cas de SIDA par rapport au premier trimestre. Cependant, la diminution est imputée à la pénurie de trousse de dépistage des anticorps anti-VIH au cours du second trimestre.

Le nombre de cas d'ARC a diminué, passant de 4536 pendant le premier trimestre de 1992 à 3533 pendant le second trimestre. Cette diminution est également attribuée à une pénurie des trousse de dépistage des anticorps anti-VIH.

Les données venant des services prénatals reflètent les niveaux élevés de séroprévalence. Dans les zones urbaines de l'ensemble du Zimbabwe, les services prénatals indiquent que 25 à 40 pour cent des femmes qui viennent consulter sont séropositives. Les statistiques officielles du Gouvernement du Zimbabwe indiquent qu'il existe 650 000 personnes séropositives au Zimbabwe.

Le VIH fait augmenter les chiffres sur la mortalité infantile. Les taux de mortalité pour les enfants de moins d'un an ont augmenté de 23,6 à 31,8 pour 1000 naissances vivantes en 1989 et 1990. Cinquante pour cent des nourissons qui sont morts à l'hôpital d'Harare en 1991 étaient séropositifs.

Le Ministère de la Santé a notifié 249 155 nouveaux cas de MST pendant le premier trimestre de 1992: à savoir 37 202 de moins que pendant le quatrième trimestre de 1991. Il faut toutefois se rappeler que 75 pour cent des cas de MST sont traités par des guérisseurs traditionnels et par conséquent ne sont pas notifiés par le MS:

B. Organisation des programmes

1. Population/planification familiale

Le Programme national de Planification familiale au Zimbabwe comprend plusieurs Ministères, ONG, bailleurs de fonds et prestataires privés. Le Conseil national de la Planification familiale (ZNFPC), entité parapublique qui dépend du Ministère de la Santé est chargé de concevoir et de coordonner les activités de planification familiale.

Le siège du ZNFPC est à Harare avec des bureaux administratifs dans toutes les capitales provinciales qui administrent des centres provinciaux mobiles et stationnaires. Ce sont surtout les agents de distribution communautaire qui interviennent au niveau de la communauté. A tous les niveaux, les activités sont coordonnées avec le MS et la supervision est confiée au MS et au ZNFPC. Services médicaux/cliniques, distribution communautaire, conseils pour jeunes,

formation, IEC, évaluation et recherche ainsi que gestion et administration sont autant de fonctions fournies par les unités du ZNFPC à Harare. Les services de formation, d'IEC et d'évaluation n'ont pas d'homologues provinciaux.

Le ZNFPC approvisionne environ 25 pour cent des utilisateurs des méthodes modernes par le biais de ses agents et centres de distribution communautaire. C'est le système du Ministère de la Santé qui est le plus grand fournisseur de services de planification familiale avec des centres du Ministère et des centres municipaux ainsi que des centres départementaux et ruraux. On estime que le Ministère de la Santé compte environ 1200 établissements qui, en 1990, fournissaient environ 44 pour cent des services de planification familiale. En 1986, le Ministère de la Santé a commencé à intégrer la planification familiale aux services généraux de Protection maternelle et infantile (PMI) et aux soins de santé primaires. Outre les services offerts dans le secteur public, il existe un nombre croissant de groupes commerciaux, de services sur les lieux du travail, d'ONG et d'organisations confessionnelles offrant des services de planification familiale.

Le rôle du ZNFPC est en train de changer. Il devient moins opérationnel et fonctionne davantage comme une source d'expertise en matière de planification familiale et comme un facilitateur des activités en la matière. Le ZNFPC cherche à renforcer la pérennité des programmes en recouvrant 25 pour cent des coûts des contraceptifs et dix pour cent des coûts cliniques et en transférant les coûts du secteur public au secteur privé en augmentant la part du secteur privé de cinq pour cent à 17 pour cent.

Si le ZNFPC a une solide infrastructure avec des personnes de niveau supérieur qui font partie de l'organisation depuis plus de 20 ans, un grand nombre de ces personnes sont par contre en train de quitter l'organisation qui est probablement débordée du point de vue activités réalisables par son personnel qualifié. En outre, suite au Programme d'Ajustement structurel économique (PASE), le ZNFPC ne peut pas pourvoir aux postes vacants et actuellement 25 pour cent des positions au siège du ZNFPC sont vacantes. La pérennité du ZNFPC est également importante vu les coupes budgétaires des diminutions dues au PASE et au transfert de ressources en vue de palier aux effets de la sécheresse actuelle. En 1989/90, le Gouvernement du Zimbabwe a fourni 62 pour cent (10 300 000 \$Z) du financement total à la planification familiale non compris les contraceptifs donnés. Le Gouvernement finance actuellement de deux tiers à trois quart des activités de planification familiale et le reste est financé par des bailleurs de fonds dont la Banque mondiale, l'USAID, le FNUAP, la GTZ, l'Organisation danoise du Développement international (DANIDA), l'Organisation norvégienne de la Collaboration pour le Développement (NORAD) et les Pays-Bas. L'USAID a fourni des pilules à hauteur de 1,7 million de dollars en 1991 (10 260 000 cycles). Toutefois, la fourniture de pilules de la part de l'USAID est en train d'être éliminée et le document de projet actuel de l'USAID suppose que le Zimbabwe sera entièrement autonome dans les trois années à venir en ce qui concerne l'acquisition de pilules auprès de sources non donatrices.

La projet de planification familiale de l'USAID/Zimbabwe de 14 millions de dollars (1990-95) cherchera à diversifier les méthodes, à renforcer la participation du secteur privé ainsi que la

pérennité des activités de planification familiale. Le deuxième projet de santé familiale du Gouvernement du Zimbabwe/Banque mondiale (1992-96) sera financé par un prêt de la Banque mondiale (25 millions de dollars) et co-financé par la Communauté économique européenne (1,6 million de dollars), DANIDA (3,8 millions de dollars), NORAD (12,6 millions de dollars), les Pays-Bas (3,3 millions de dollars) et l'Organisation de Développement à l'Etranger (britannique) (3,3 millions de dollars). Mais seuls 7,4 millions de dollars sur cette somme sont destinés à la planification familiale alors que pratiquement 19 millions de dollars sont affectés à la rénovation des hôpitaux ruraux.

2. VIH/SIDA

Le Programme de Coordination du SIDA (ACP), service du MS, a mis au point un plan à moyen terme qui guide les activités de prévention du SIDA. Le budget pour le programme national de lutte contre le SIDA est de 5 640 084 dollars américains (1992) et de 4 921 384 dollars (1993). Le programme de lutte contre le SIDA est décentralisé et la plupart des activités sont réalisées aux niveaux provincial et local.

Créé en 1990, le Conseil national de Lutte contre le SIDA est chargé d'élaborer les politiques concernant le VIH/SIDA. Mais il n'a pas d'existence légale ni de fonds. Il est composé de représentants venant de tous les Ministères, du bureau du Président, du Ministre de la Justice, d'églises, d'entreprises, de sociétés d'aide médicale et de guérisseurs traditionnels. Le ZNFPC n'est pas représenté au Conseil national de Lutte contre le SIDA.

Un nombre important d'organisations interviennent dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Un annuaire publié en 1992 nous donne 33 organisations de ce type. La majorité de ces groupes intervient à Harare et aux alentours et peu d'entre eux ont une expertise de la prévention du VIH.

Voici les activités de lutte contre le VIH déployées en 1992 par des bailleurs de fonds:

CIDA	\$ 88 000	IEC et guérisseurs traditionnels
DANIDA	1 500 000	Fournitures et réactifs
CEE	300 000	Projet pilote de lutte contre les MST
NORAD	250 000	Non défini
ODA	695 000	Non défini
SIDA	500 000	IEC (SIDA fournit également des fonds directement à diverses ONG)
PNUD	500 000	Amélioration de la gestion du projet
FNUAP	710 000	Condoms
UNICEF	inconnu	Jeunes

Voici les contributions de l'USAID:

Total en dollars américains affectés pour les activités de lutte contre le SIDA de 1987-90	\$ 6 957 801
Total monnaie locale	1 369 000
Total achevé (dollars et monnaie locale)	7 870 026
Total en cours (dollars et monnaie locale)	456 775

L'USAID/Zimbabwe est en train de concevoir un projet de prévention du VIH de cinq ans.

C. Description des activités

1. Elaboration de politiques

L'épidémie du SIDA a permis d'améliorer le contexte entourant l'élaboration de politiques liées à la planification familiale:

- Suppression des droits de douane sur les contraceptifs (bien que les contraceptifs soient à présent sur la liste pour les devises étrangères disponibles, il reste un tarif de 20 pour cent); et
- Discussions plus faciles des questions concernant la sexualité et la contraception avec des personnes et par le biais des médias.

Cependant, il reste du travail à faire dans plusieurs domaines, aussi bien de la planification familiale que de la prévention du VIH:

- Faire des jeunes une priorité et supprimer les restrictions du Gouvernement empêchant de cibler les jeunes pour prévenir les grossesses et l'infection par le VIH;
- Diminuer l'opposition de l'église à la promotion et à la distribution des condoms; et
- Diminuer les taux de publicité à la télévision et à la radio pour les services publics (planification familiale et VIH).

2. Formation

La formation peut être coordonnée dans de nombreux domaines. Par exemple, les prestataires de planification familiale à tous les niveaux devraient être formés pour pouvoir apporter une information concernant les MST et le VIH et les éducateurs du SIDA devraient apprendre à propos de la planification familiale. Le ZNFPC a commencé à intégrer les MST et le VIH à son programme de planification familiale. La demande pour une formation complémentaire vient surtout de clients qui désirent des informations sur les MST et le SIDA.

La contrainte en ce qui concerne la fourniture d'informations sur le VIH de la part des prestataires de planification familiale est que ces prestataires sont déjà débordés de travail et n'ont pas le temps d'apporter des informations de manière significative à chaque client. Les contraintes financières imposées par le PASE et les secours à la sécheresse mettent en question les capacités qu'a le programme de planification familiale à étendre ses services éducatifs au-delà de ses activités actuelles. Ces contraintes peuvent demander qu'on mette en place de bons systèmes de dépistage et d'aiguillage plutôt que de chercher à intégrer entièrement la planification familiale, les MST et les services de lutte contre le SIDA. Toutefois, tous les services pourraient avoir du matériel d'IEC sur la PF, les MST et le SIDA pour leurs clients.

3. IEC

Le ZNFPC, le MS et le Programme de Coordination du SIDA ont tous des unités séparées d'IEC et d'éducation sanitaire. On a commencé à coordonner dans une certaine mesure les activités d'IEC. Par exemple, l'unité d'IEC du ZNFPC a mis en place une relation de travail avec l'unité de l'éducation sanitaire du Ministère et le service média du ZNFPC sera utilisé à raison de 70-30 pour cent par le MS-ZNFPC. L'unité d'IEC du Programme de Coordination pour le SIDA (ACP) pourrait être intégrée à cette boucle. Bien que ces activités se déroulent au niveau national, des efforts importants sont déployés pour coordonner l'élaboration du matériel d'IEC aux niveaux provincial et local. Il s'agit surtout de renforcer les capacités d'IEC au niveau local particulièrement dans les domaines de motivation pour les hommes, des jeunes et de l'éducation des parents. En général, il n'existe que de faibles travaux d'IEC pour la planification familiale et l'ACP et il y a moyen de renforcer les compétences en IEC pour le personnel de la planification familiale et de l'ACP.

L'IEC pour la lutte contre le VIH n'a guère réussi à motiver au changement comportemental. Même si l'intégration des messages de planification familiale et de la lutte contre le VIH peuvent diminuer le côté "honteux" lié aux condoms, cela n'aboutira pas forcément à un résultat positif si les messages continuent à parler du SIDA comme d'une maladie honteuse.

4. Recherche biomédicale, comportementale et opérationnelle; et surveillance, suivi et évaluation

Il existe un besoin urgent de faire une recherche comportementale pratique et ciblée, aussi bien pour la planification familiale que pour la prévention du VIH surtout en ce qui concerne les jeunes. Les éducateurs du SIDA sur les lieux du travail semblent avoir réussi à éduquer leurs camarades, du moins si l'on en juge par la diminution des taux de MST sur les lieux du travail. Une recherche opérationnelle complémentaire en ce domaine pourrait multiplier son utilité et encourager l'intégration des activités de lutte contre le VIH/SIDA et de la planification familiale.

Les activités de surveillance, de suivi et d'évaluation de la planification familiale et de la lutte contre le VIH et les MST peuvent être coordonnées ou intégrées de plusieurs manières. Des indicateurs communs sont notamment la distribution et les ventes de condoms ainsi que les taux d'infection par le VIH et/ou les MST et de grossesse de l'adolescente. Les programmes peuvent

être suivis en utilisant les données du système d'informations sanitaires et les informations sur les changements de comportement réunies par le biais des enquêtes CAP.

L'annexe K décrit les recherches complémentaires s'appliquant aussi bien à la planification familiale qu'à la prévention du VIH.

5. Prestations de services

La stratégie quinquennale du ZNFPC est en train d'être revue pour y inclure l'allaitement au sein et la prévention du VIH. Les discussions se penchaient sur l'intégration de la prestation de services se rapportant au VIH aux programmes existant de planification familiale tout particulièrement par le biais des centres de planification familiale et du système de distribution communautaire. On a moins parlé de l'intégration des activités de planification familiale au système de prévention du VIH du Ministère, chose qui risque de ne pas être pratique pour le moment.

La communauté des affaires dont l'Union des Exploitants commerciaux, le Conseil national des Transports et David Whitehead ont mis sur pied de nombreux programmes de prévention du VIH sur les lieux du travail et il est possible d'intégrer la planification familiale à ces activités.

Les autres filières de prestations de services non traditionnelles concernent les activités communautaires pouvant être réalisées avec des femmes habitant des quartiers très peuplés en reproduisant le modèle Bulawayo des programmes de lutte contre le VIH/SIDA réalisés avec des prostituées et des jeunes.

On peut également songer à d'autres manières pour la planification familiale et les activités de prévention du VIH et des MST notamment la collaboration avec les accoucheuses et les guérisseurs traditionnels.

6. Marketing social

Bien qu'il existe de très bonnes possibilités pour réaliser des activités de marketing social, le projet SOMARC a uniquement distribué environ 2,5 millions de condoms par an et prévoit d'en vendre 4 millions cette année, comparé aux 38 à 40 millions distribués par les programmes de planification familiale du Gouvernement. Bien que la demande au Zimbabwe soit relativement élevée par rapport à d'autres pays africains, peu d'efforts ont été faits pour renforcer cette demande dans le secteur commercial.

Au départ, l'A.I.D./Washington avait demandé à SOMARC de s'occuper uniquement de la planification familiale. Récemment ce mandat a été élargi à la prévention du VIH. Auparavant, SOMARC ne ciblait que les hommes, mais à présent le projet s'adresse également aux femmes. SOMARC vend des condoms pour 1,80/3 \$Z par le biais de 1500 points de vente.

7. Approvisionnement en produits et logistique

L'approvisionnement, tout particulièrement pour les condoms et les fournitures cliniques telles que les gants, les aiguilles et les seringues est une des grandes questions, tant pour les programmes de planification familiale que de prévention du VIH. L'insuffisance des trousseaux de test des anticorps anti-VIH a fait qu'on a remis en question le système de surveillance.

Il existe continuellement des ruptures de stock des condoms. C'est un problème qui entrave le travail du ZNFPC qui pourrait s'occuper d'autres activités.

Les condoms seront fournis jusqu'à la fin de 1994 par l'ODA et le FNUAP; par la suite, on ne connaît pas la source de l'approvisionnement. L'USAID ne fournira plus de condoms.

8. Questions de gestion pour le Gouvernement du Zimbabwe et l'USAID

Les nombreux intervenants dans le domaine de la planification familiale et du VIH au Zimbabwe ont souvent leurs propres plans d'actions et il s'agit de mieux coordonner leurs activités. Si ce besoin est tout à fait reconnu, par contre, les aspects pratiques pour le faire sont moins évidents.

D. Point de vue sur les avantages/inconvénients liés à l'intégration/coordination des activités de planification familiale et de lutte contre la prévention du VIH

En général, on pense que la coordination/intégration de la planification familiale et des activités de lutte contre le VIH est une bonne chose qu'il faudrait encourager. De fait, on a indiqué qu'une telle coordination avait souvent lieu au niveau local suite à la demande des communautés.

Le programme de planification familiale a l'intention de cibler davantage les hommes et les jeunes. On a indiqué que ce sont là les domaines sur lesquels devraient se concentrer les deux programmes.

E. Contraintes à l'intégration/coordination réussie des activités

La principale contrainte à l'intégration réussie de la planification familiale et des activités de lutte contre le VIH est la pénurie de personnel qualifié due partiellement aux conditions économiques générales et aggravée par les restrictions de l'ajustement structurel. Vu ces complications, il est peu probable que les organisations gouvernementales puissent aller plus loin que leurs activités présentes.

Une planification familiale et une prévention efficace du VIH demande également qu'on améliore les conditions socio-économiques, notamment l'approvisionnement en eau et l'assainissement et qu'on améliore le statut des femmes ainsi que les activités du secteur formel de la santé. Vu les conditions économiques actuelles, il risque d'être difficile d'améliorer dans le court ou moyen

terme les conditions socio-économiques.

Bien que les jeunes représentent le meilleur point d'intervention, aussi bien pour la planification familiale que pour les activités de prévention du VIH, aussi bien l'église que le Gouvernement semble opposé à ce qu'on cible ce groupe.

F. Conclusions

Au Zimbabwe, l'intégration des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH semble se faire au niveau communautaire. Situation qui s'inscrit en contraste à celle prévalant au niveau national où les politiques et programmes restent verticaux et séparés.

Il existe de nombreux domaines où l'intégration est possible. Voici les quatre domaines les plus prioritaires pouvant avoir le plus grand impact:

- Promotion et distribution des condoms, notamment marketing social;
- Cibler les hommes dans les cadres des efforts de planification familiale et de prévention du VIH;
- Augmenter les activités dirigées vers les jeunes pour prévenir l'infection du VIH et la grossesse de l'adolescente; et
- Renforcer la participation des guérisseurs traditionnels pour qu'ils puissent fournir des services de lutte contre le VIH et de planification familiale.

Profil de l'Ouganda

A. Données générales

1. Population/planification familiale

L'Ouganda est un pays en développement comptant environ 16,6 millions d'habitants avec un taux d'accroissement de la population de 3,7 pour cent par an. Environ 90 pour cent de la population est rurale et 80 pour cent pratique l'agriculture. Le produit national brut par habitant est de 220 dollars. En supposant que le taux de croissance annuel qui est de 3,7 pour cent actuellement ne change pas, la population doublera en l'espace de 19 ans.

La fécondité est élevée en Ouganda. D'après les estimations actuelles, l'indice synthétique de fécondité est de 7,4 pour cent. Le taux brut de natalité est de 52 pour 1000 par année. La mortalité est estimée à 96 pour 1000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est estimé à 400-500 pour 100 000 naissances et le taux brut de mortalité est de 15 pour 1000 par année.

L'Ouganda a une population très jeune, environ 48 pour cent a moins de 15 ans. Les personnes qui ont plus de 64 ans représentent environ 4 pour cent de la population, d'où un ratio de dépendance des âges extrêmement élevé.

Le taux de prévalence de la contraception est estimé à 5,5 pour cent dont 2,7 pour cent pour les contraceptifs modernes. Quatre-vingt-quatre pour cent des femmes connaissent les méthodes modernes de planification familiale et 70 pour cent ont des attitudes favorables face à la planification familiale. Les taux de discontinuation de la contraception sont élevés: 15 à 20 pour cent pour la pilule, 10 à 14 pour cent pour le DIU et 5 à 7 pour cent pour le Depo-Provera. Parmi les raisons expliquant la non-utilisation des contraceptifs, on note l'objection pour des motifs religieux, le manque d'accès et le manque de disponibilité des contraceptifs, la désapprobation du mari, le coût élevé des services et des contre-indications sanitaires.

L'attitude nationale face à la planification familiale est ambivalente. Nombreux sont ceux qui craignent que l'accès aux services de planification familiale n'encourage la débauche.

2. VIH/SIDA

Les estimations récentes indiquent qu'environ dix pour cent de la population (soit approximativement 1,5 million de personnes) est infectée par le VIH. En date de juillet 1991, presque 25 000 cas de SIDA avaient été notifiés au Ministère de la Santé. Mais la plupart des épidémiologues du SIDA pensent que les cas notifiés ne représenteraient que 15 à 20 pour cent du nombre effectif de cas de SIDA. Les estimations prudentes sur le nombre cumulé d'adultes atteints du SIDA en Ouganda à la fin de 1991 était de 180 000 dont plus de 142 000 sont déjà décédés. Rien que pour l'année 1991, pratiquement 50 000 adultes sont morts du SIDA.

Les estimations actuelles situent le taux de doublement de la maladie à environ 8 à 12 mois. Aussi estime-t-on qu'il y aura 534 000 cas en 1995. Pendant la même période, les décès liés à la grossesse et imputables au SIDA feront grimper, d'après les estimations, de l'ordre de trois fois le taux de mortalité maternelle qui passera de 4 à 13 pour 1000 naissances.

La majorité des cas notifiés de SIDA (83 pour cent) frappe les jeunes adultes dans le groupe d'âge des 15 à 40 ans. Bien qu'il ait presque un ratio de sexe 1 à 1 parmi les cas notifiés, on indique plus de femmes chez les patients de moins de 30 ans. Si ces données reflètent les cas de SIDA dans le pays, elles indiqueraient que les femmes sont infectées à un âge plus jeune que les hommes.

De 1990 à 1995, environ un demi-million de bébés séropositifs naîtront, atteints de l'infection par le VIH. Environ un quart de million d'enfants seront infectés par le VIH et on prévoit environ 208 000 décès d'enfants suite au SIDA pendant cette même période. La plupart des décès imputables au SIDA frapperont cette fourchette d'âge allant des jeunes jusqu'à l'âge mûr qui laissera inévitablement derrière elle des orphelins. Il n'existe pas d'estimations ou de projections fiables mais il pourrait y avoir jusqu'à un million d'enfants qui sont déjà des orphelins à cause du SIDA.

B. Organisation des programmes

1. Population/planification familiale

Les activités publiques de planification familiale sont réalisées par la division de PMI/PF du Ministère de la Santé. Les statistiques disponibles indiquent que l'Ouganda compte 1443 établissements sanitaires, hôpitaux, centres de santé, dispensaires, maternités et postes de secours. Le Ministère de la Santé n'offre que des services limités de planification familiale et peu de centres ont des stocks de contraceptifs ou offrent davantage que des conseils "tout faits" en matière de planification familiale. Seuls environ dix pour cent de tous les points de prestation fournissent des services de PMI/PF. En 1989/90, les dépenses renouvelables de la santé représentaient 3,2 pour cent du budget total du Gouvernement. En 1991/92, le chiffre est passé à 4,05 pour cent.

Ce sont les ONG qui fournissent le gros des services de PMI/PF. On estime que les ONG administrent environ 20 pour cent des unités sanitaires et fournissent environ 40 pour cent des services de santé.

L'affiliée locale de l'IPPF, l'Association de Planification familiale de l'Ouganda (FPAU) fournit des services de planification familiale, une formation du personnel et des services d'IEC sur l'ensemble du pays. La FPAU fournit 33 pour cent des services de planification familiale du pays. Parmi les ONG locales, on compte le Bureau médical protestant, le Bureau médical catholique (uniquement méthodes de planification familiale naturelles), les églises pentecôtistes, l'YWCA de l'Ouganda, l'Association médicale islamique et les Adventistes du septième jour.

2. Prévention et lutte contre le VIH/SIDA

Le Programme de lutte contre le SIDA, coordonné par le biais du MS, a démarré en 1986. Le programme a réussi à enrayer la transmission du VIH par voie de produits sanguins et a sensibiliser fortement la population quant aux voies de transmission du VIH. Par contre, ce niveau élevé de sensibilisation n'a pas été accompagné par des changements importants au niveau du comportement social à hauts risques.

Le Gouvernement d'Ouganda a récemment créé la Commission nationale du SIDA (ACP) pour coordonner la stratégie multisectorielle de lutte contre le SIDA.

Les activités de prévention et de lutte contre le SIDA sont réalisées par un nombre important d'organisations locales et internationales. Une enquête récente indiquait qu'au moins 15 organisations travaillaient dans un district donné dont un comptait d'ailleurs 66 organisations.

3. Soutien des bailleurs de fonds pour la planification familiale et la prévention du SIDA

Le soutien pour la planification familiale et la prévention du SIDA vient d'un grand nombre de sources multilatérales, bilatérales, gouvernementales et privées. Le FNUAP et l'USAID sont les grands bailleurs de fonds dans le domaine de la planification familiale. Les principales organisations finançant l'acquisition de contraceptifs sont l'USAID, le FNUAP et l'IPPF.

Le programme du FNUAP a engagé 16 millions de dollars en 1988 pour un programme complet de population. Ce programme quinquennal se concentre sur la collecte et l'analyse de données fondamentales; la dynamique de la population; la formulation des politiques de population; la protection maternelle et infantile et la planification familiale; l'information pour la population et la vie familiale; l'IEC et les questions concernant les femmes, la population et le développement. Les programmes bénéficiant d'un soutien du FNUAP opèrent dans 13 districts. Les activités de prévention du SIDA soutenues par le FNUAP sont intégrées aux séminaires sur la maternité sans risques et aux activités d'IEC réalisées au niveau sup-conté dans cinq districts pilotes. Le programme du FNUAP doit s'achever en décembre 1992. On est en train de planifier le nouveau programme.

La majeure partie de l'assistance qu'apporte l'USAID à la planification familiale passe par le projet des services élargis de santé familiale qui a démarré en 1989. Le projet vise à renforcer les capacités du Gouvernement, des organisations volontaires et du secteur privé en vue de formuler des politiques et des programmes de planification familiale. Il compte six volets connexes: activités concernant les politiques de population, recherche et analyse, formation et soutien pour services, gestion des contraceptifs et de la logistique, IEC et marketing social des contraceptifs.

Le but du projet est d'augmenter l'utilisation des méthodes modernes de contraception des niveaux actuels à neuf pour cent et de fournir 180 000 couples-années de protection (CAP) grâce aux ventes commerciales de contraceptifs. Une politique nationale en matière de population et

un système d'information en gestion devraient être mis sur pied avant la fin du projet.

Le plus grand programme de l'USAID est le projet d'éducation, de prévention et de lutte contre le SIDA mis en œuvre par Experiment in International Living (EIL). Le projet est un effort de grande envergure faisant appel au secteur gouvernemental et non-gouvernemental. Il est conçu comme un projet parapluie: EIL fournit un soutien aux ONG locales pour mettre en place et gérer des projets de prévention du VIH/SIDA.

L'assistance de la **Banque mondiale** a commencé en 1987 avec le premier Projet de Santé. Ce projet soutenait des initiatives pour une maternité sans risques (en collaboration avec le FNUAP) dans trois districts et une remise en état de l'infrastructure physique du Ministère de la Santé sur l'ensemble du pays. Le second projet de santé et de SIDA est en train d'être mis en œuvre (1993-1997).

L'OMS fournit un soutien par le biais d'un conseiller technique chef travaillant dans la division de la PMI/PF du MS. L'OMS est également l'organisme d'exécution du programme de prestations de PMI/PF du MS financé par le FNUAP. L'OMS aide le MS à lutter contre le VIH/SIDA par le biais du programme OMS/Programme mondial de Lutte contre le SIDA.

Le grand nombre de projets, tant dans les secteurs de planification familiale que de prévention du SIDA, ne permet pas de faire une liste complète des activités des ONG. La liste suivante nous donne certaines des activités les plus importantes en prêtant une attention spéciale aux projets qui cherchent déjà (ou qui ont déjà réalisés) l'intégration de la planification familiale et du VIH/SIDA.

- La GTZ réalise un programme de soins de santé primaires à caractère communautaire avec un volet santé maternelle dans les districts de Kabarole et de Bundibugyo. La GTZ réalise également le programme de marketing social des condoms d'Engabu. Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale sont partiellement intégrés au niveau prestations.
- L'AVSC soutient une formation en contraception chirurgicale dans le cadre d'un accord avec le MS à l'Université de Makerere. La prévention du VIH fait partie du programme de formation.
- Pathfinder International soutient le Projet d'Education à la Vie familiale qui vise à renforcer la prestation de planification familiale et les programmes de formation du personnel dans les diocèses de Busoga et à l'est d'Ankole. Les programmes se concentrent sur les services de distribution communautaire. La coordination avec les activités de prévention du SIDA se fait au niveau district.
- SEATS fournit une assistance financière et technique à la FPAU, au Ministère du Travail, à l'Association médicale islamique, à l'Association privée des Sages-Femmes ougandaises et au MS. On prévoit d'aider les églises adventistes du septième jour pour

qu'elles intègrent la planification familiale à leur système de prestations.

- CEDPA fournit une assistance financière et technique au Projet d'Amélioration de la Santé de YWCA. CEDPA vise les jeunes dans le cadre d'un programme intégré de planification familiale et de communication pour la prévention du SIDA.
- CARE Ouganda réalise des projets de santé de la procréation en intégrant les services de planification familiale aux 50 points de service du Gouvernement. Les projets portent sur l'IEC en matière de SIDA, sur la formation du personnel et sur les activités de distribution communautaires.
- World Vision a des projets avec une vaste gamme de services dont des volets santé publique avec la PMI/PF et des séances de conseils pour les personnes atteintes du SIDA.
- La Fondation africaine médicale et de Recherche au Kenya réalise des projets de soins de santé primaires comprenant une formation pour les agents de distribution communautaire, les accoucheuses traditionnelles et l'intégration de la lutte contre les MST.

Mécanismes de coordination

La coordination se fait aussi bien aux niveaux formel qu'informel. Au niveau formel, des réunions sont présidées par le Ministère des Finances et de la Planification économique pendant lesquelles le Gouvernement et les bailleurs de fonds échangent leur point de vue sur l'économie et s'entretiennent de la mise en œuvre du programme. Les réunions concernant les questions de planification familiale et de prévention du SIDA sont présidées par le MS et la Commission nationale de lutte contre le SIDA, généralement deux fois par mois.

Une coordination informelle se fait également par le biais des réunions mensuelles présidées par la Banque mondiale sous les auspices du coordinateur résidant des Nations Unies. Depuis 1991, les bailleurs de fonds soutenant les activités sanitaires se rencontrent une fois par trimestre, chaque organisation s'occupant à tour de rôle de convoquer et de présider les réunions. Le FNUAP organise régulièrement des réunions bi-mensuelles et bi-annuelles aux niveaux central et de district pendant lesquelles les organisations et les ONG discutent des programmes et des questions de coordination de santé.

Niveaux et tendances de l'assistance des bailleurs de fonds

Environ 70 pour cent du budget PMI/PF bénéficie d'un soutien des bailleurs de fonds. Cette dépendance de l'extérieur est analogue pour la prévention du SIDA et ne changera probablement pas dans un avenir immédiat.

Description des activités

1. Mise en œuvre de la politique

Voici les questions de politique stratégique:

- La politique officielle du MS est de mettre en œuvre des services de santé communautaires et de promotion sanitaire par le biais d'une approche aux soins de santé primaires. Mais vu les programmes financés verticalement par la communauté internationale et vu le minimum de soutien budgétaire du MS, l'approche soins de santé primaires n'a pas été appliquée.
- Une stratégie multisectorielle pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA a été mise au point. Cette stratégie devrait être appliquée grâce à la création d'une commission nationale de lutte contre le SIDA, entité de coordination au niveau ministériel qui permet une représentation sur l'ensemble de tous les secteurs gouvernementaux concernés (pas simplement le MS). Si ce niveau de coordination est d'une importance capitale et que tous les pays en ont grandement besoin, il n'en reste pas moins que cette entité de coordination en Ouganda ne semble guère efficace. Elle est en train d'être évaluée par la Banque mondiale, l'OMS et d'autres bailleurs de fonds.
- Au niveau MS, les plans stratégiques prévoient l'intégration de la prévention du SIDA et de la planification familiale. Seuls des efforts de nature limitée sont faits pour intégrer ou consolider la PMI et la planification familiale d'une part, et la lutte contre le VIH/SIDA et les MST au niveau communautaire d'autre part.

Voici des questions liées aux politiques opérationnelles:

- La restriction pesant sur la publicité de marque pour les condoms servant à la prévention du VIH/SIDA demande "une promotion sans bruit des condoms" en vue de soutenir les activités nationales de lutte contre le SIDA. Cette politique restrictive entrave de beaucoup la mise en œuvre efficace du programme de lutte contre le SIDA.
- Les procédures opérationnelles qui exigent un examen gynécologique avant de prescrire la pilule limitent l'accessibilité et l'acceptation de cette méthode contraceptive efficace.
- Le fait que les programmes dépendent de centres fixes pour la prestation de services entrave énormément la portée et l'efficacité des programmes nationaux de prestation et de promotion sanitaires.

2. Programmes de formation

Il existe d'énormes besoins de formation en Ouganda, tant pour la planification familiale que pour le VIH/SIDA. Des années de guerre civile ont décimé les rangs des prestataires de

services au sein de la structure du MS. La formation pour la planification familiale a démarré en 1984 dans le cadre du projet I de FHI par l'INTRAH. Cette activité a permis de mettre au point un plan de formation. Dans le cadre du deuxième projet de FHI, sept membres ont été affectés à une cellule de formation au sein du MS. A présent, le département ne compte plus que trois membres. Les salaires de la Fonction publique sont faibles et les personnes compétentes cherchent du travail ailleurs. Les premières activités de formation sont concentrées au niveau central, mais cette approche n'a pas permis de répondre au besoin d'avoir du personnel médical qualifié dans les zones rurales où habite la majeure partie de la population. Les activités actuelles de formation cherchent à mettre sur pied un groupe de personnel qualifié au niveau district pouvant servir de personnel-ressource et pouvant apporter une supervision dans leurs domaines. Vu le nombre limité du personnel disponible, le projet vise uniquement quelques districts - neuf dans la région de l'ouest. Ce sont l'USAID et le FNUAP, avec un soutien technique de l'INTRAH, qui apportent une assistance aux activités de formation.

Un plan de formation uniformisé a été mis au point pour la PMI/PF. Pour le moment, il n'y a pas d'intégration. D'autres programmes au sein du MS tels que le Programme élargi des Vaccinations et le SIDA font leur propre formation. La seule partie concernant le SIDA dans la formation pour la planification familiale concerne la protection contre les infections.

Du côté des ONG, l'Organisation ougandaise de Planification familiale représente la principale ressource du pays. Dans le cadre du programme SEATS, elle forme le personnel de planification familiale des projets "sur les lieux du travail" et de l'Association médicale islamique ainsi que les propres agents de l'Organisation. Elle a également réalisé certaines activités de formation FTF portant sur le SIDA pour son propre personnel. Mais l'organisation trouve que ses conseillers ne sont toujours pas capables d'une prise en charge efficace en matière de VIH/SIDA. Il ne savent que peu de choses sur le SIDA outre la nécessité de garder stériles les instruments. Aucun matériel sur le SIDA que pourrait utiliser le personnel de l'Organisation n'est disponible.

L'Organisation ougandaise de Planification familiale vient de démarrer un programme pilote de distribution communautaire et se tourne vers les activités d'éducation communautaires. Elle compte actuellement un personnel d'environ 70 à 80 éducateurs de terrain travaillant dans les zones rurales, où ils font le suivi des clients et où ils orientent les gens vers les centres de services. L'Organisation espère pouvoir les former par la suite pour qu'ils puissent fournir des contraceptifs.

Par ailleurs, les organisations de lutte contre le SIDA n'ont pas à se préoccuper de la prestation de services cliniques. Aussi la formation pour leurs agents peut se concentrer sur les compétences de communication, les conseils et l'éducation communautaire.

En ce qui concerne l'intégration, il existe un besoin évident d'inclure la lutte contre le VIH/SIDA à la formation des prestataires de services de planification familiale pour qu'ils puissent au minimum fournir à leurs clients des informations exactes et les aiguiller vers les services nécessaires. Les programmes de planification familiale doivent voir dans le cadre de

chaque programme s'ils veulent s'orienter vers le domaine plus général des conseils et de la prise en charge psychosociale pour le VIH/SIDA. Vu le faible niveau des compétences de communication interpersonnelle et le manque des ressources de formation, cette approche ne semble guère pratique pour le moment.

Par ailleurs, il existe un certain nombre de programmes de lutte contre le VIH/SIDA qui ont indiqués être intéressés par l'inclusion à leurs programmes d'éléments de la planification familiale: soit fournir des informations sur les avantages du point de vue santé des mères et des enfants grâce à une contraception efficace ou soit fournir des méthodes autres que le condom. Vu que leur personnel a déjà reçu une formation portant sur les compétences de conseil et de communication interpersonnelle, peut-être ne sera-t-il pas trop difficile d'ajouter à leurs portefeuilles la formation en matière de planification familiale. Cela pourrait également être un moyen efficace de conseiller un nombre bien plus grand de personnes sur les avantages sanitaires de la planification familiale.

3. IEC

Les activités d'IEC venant soutenir la planification familiale en Ouganda en sont encore aux premières étapes de développement. Une population à prédominance rurale, des années de troubles civils et l'influence des groupes religieux conservateurs ont valu jusqu'à récemment une approche "silencieuse" à la prestation de services. L'Association ougandaise de Planification familiale a fourni des services à un nombre limité de cliniques et des contraceptifs étaient disponibles par le biais du programme PMI/PF du MS. Mais vu que tout le système médical du pays s'est écroulé, la plupart de ces services n'étaient disponibles que dans les grands hôpitaux et dans quelques centres de santé. La plupart du matériel d'IEC, généralement sous forme d'affiches et de matériels sur les méthodes et à caractère motivant, était réalisé en swahili et en anglais au Kenya.

Le Gouvernement était l'un des premiers à parler ouvertement du problème du SIDA dans le pays et à démarrer rapidement une campagne d'IEC pour sensibiliser le grand public à la question. Ces activités ont été réussies dans un certain sens puisque la population est très sensibilisée au VIH/SIDA. Mais on n'a pas cherché à élaborer un plan stratégique d'IEC et on n'a pas eu le temps de faire des prétests des connaissances, attitudes et pratiques locales. Les évaluations des premières activités médiatiques indiquent que de nombreux ougandais n'arrivaient pas vraiment à identifier les messages. De plus, vu l'attitude conservatrice du Gouvernement, il a fallu insister sur la monogamie et la continence comme les grands moyens de lutter contre le SIDA - chose jugée peu réaliste par la plupart des ougandais. On ne peut pas faire la promotion des condoms par le biais des médias.

En même temps qu'était réalisée la campagne médiatique, on a démarré le projet de mobilisation pour la lutte contre le SIDA au niveau district (DAMP). Les objectifs de DAMP étaient de mobiliser le Gouvernement et la structure administrative ainsi que le grand public au niveau local pour qu'il prenne un rôle actif dans la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA. Le programme encourage la continence, la monogamie et l'utilisation des condoms. Le projet a été

conçu par la division de l'éducation sanitaire du MS en collaboration avec l'ACP et a été réalisé par une série de séminaires de formation de trois jours destinés aux agents de santé, aux conseillers et au personnel du Gouvernement à différents niveaux. Une évaluation du projet indiquait que, bien que les participants aient acquis des connaissances utiles, peu d'action concrète a suivi. On a omis les questions de sexualité et de comportement social. De plus, les femmes étaient constamment sous-représentées dans ces séances de formation.

En fonction de l'évaluation des initiatives médiatiques pour le VIH/SIDA et du projet DAMP, l'ACP a reformulé sa stratégie d'IEC. Les efforts actuels sont axés sur la formation des dirigeants communautaires - femmes, jeunes et dirigeants religieux - pour qu'ils puissent travailler au sein de leurs communautés. Les compétences de communication sont un volet important de ce nouveau projet et un nouveau matériel est en train d'être élaboré visant plus spécifiquement les différents publics. DAMP souhaite élaborer du matériel pour les publics faiblement alphabétisés et le réaliser dans les langues locales. Le manque de fonds constitue une des principales contraintes à ce projet. ACP distribue du matériel sur le SIDA à la communauté des ONG en Ouganda. Bien que l'ACP fasse partie du MS, le matériel n'est pas distribué pour le moment par le biais du système du MS.

L'intense intérêt porté à l'IEC pour soutenir les activités de lutte contre le VIH/SIDA est en train de catalyser l'action concernant la planification familiale puisqu'il crée un climat plus ouvert pour les discussions sur les questions de santé de la procréation, tout notamment sur l'utilisation du condom. De nouvelles initiatives sont en cours, avec notamment le projet entre les services de communication en matière de population et l'Organisation ougandaise de Planification familiale visant à réaliser toute une gamme de matériels, dont des sports radiophoniques, des dépliants, des boîtes à images, des affiches, etc. L'Organisation ougandaise de Planification familiale fournira également une formation portant sur l'IEC, par le biais du projet SEATS, à des projets gérés par la Fédération des employés ougandais de l'Association médicale islamique. Toutes ces activités portent sur la lutte contre le SIDA mais le VIH/SIDA n'est pas entièrement intégré au plan de formation.

Au fur et à mesure que sont réalisées de nouvelles activités d'IEC pour la planification familiale et la lutte contre le VIH/SIDA, il y aura de plus en plus de possibilités de collaboration et d'intégration. Le dialogue entre le personnel d'IEC des deux secteurs serait utile et devrait être encouragé. En outre, une recherche intéressante est en train d'être réalisée qui devrait être intégrée à la conception des nouvelles stratégies. L'Ouganda est composé de diverses régions et cultures et, vu que la plupart de la population vit dans les zones rurales, il serait tout à fait indiqué de faire participer la communauté à la conception ainsi qu'à l'exécution des programmes. Des domaines spécifiques qu'on pourrait étudier sont notamment le fait de viser les groupes spécifiques tels que les hommes, les jeunes, les dirigeants religieux et les groupements féminins; les questions de sexualité, la dépendance économique et l'impuissance relative des femmes dans le contexte local ainsi que l'utilisation des langues locales, la terminologie locale et l'humour en tant que moyen pour personnaliser les messages. Une des mesures prises concerne la publication de la bande dessinée sur le SIDA "Ekanaya Shocked into Sense." Le livre est rédigé en anglais et devrait être traduit en langue locale pour atteindre un public plus large. Dans un

pays où il existe un taux aussi élevé d'analphabétisme, surtout chez les femmes, il faut également élaborer du matériel imprimé simple sur le VIH/SIDA et les méthodes de planification familiale. Un certain nombre d'organisations ont souligné la nécessité de rédiger des instructions claires et faciles à comprendre sur l'utilisation du condom.

Vu que le niveau district aura de plus grandes responsabilités pour les activités d'IEC, il convient de souligner le besoin, non seulement, d'apporter une formation efficace en matière de communication, mais également de se donner les moyens de suivre et de soutenir le personnel de terrain. Intégration ne doit pas signifier surcroît de travail qui submerge le personnel, l'empêchant de faire un travail efficace, soit pour la planification familiale, soit pour les activités de lutte contre le VIH/SIDA. De même, la réalisation de matériels efficaces d'IEC n'aura aucun sens si on ne met pas en place de bonnes filières de distribution de sorte à ce que les agents aient les ressources dont ils ont besoin pour faire leur travail.

4. Recherche biomédicale, comportementale et opérationnelle et surveillance, suivi et évaluation

Les éventuelles questions de recherche portent sur la relation entre l'éventuelle séropositivité d'une personne et ses attitudes concernant la planification familiale ainsi que la sexualité et le comportement de l'adolescent.

Il convient de continuer à étudier la possibilité d'utiliser des accoucheuses et des guérisseurs traditionnels pour informer et/ou apporter des condoms aux communautés ougandaises. A la place de la recherche ethnographique, les interventions et les activités d'IEC doivent être conçues par et pour des communautés locales.

La recherche en cours sur les attitudes et croyances qui entourent les condoms doit être complétée par des études de contrôle de leur qualité.

Une demande importante semble exister en Ouganda pour des méthodes contrôlées par des femmes qui les protégeraient contre le VIH. Il convient d'envisager des essais sur l'acceptabilité et l'efficacité du condom féminin et d'autres méthodes contrôlées par les femmes.

Si l'on met en place des systèmes d'aiguillage entre les services de planification familiale et de lutte contre le SIDA et contre les MST, il convient d'évaluer leur efficacité.

La recherche en cours en Ouganda sur le diagnostic et le traitement des MST est très importante. Il s'agit d'une recherche sur la manière dont les hommes et les femmes perçoivent leur physiologie, leur santé de la procréation et leur sexualité.

Il existe un besoin urgent d'avoir plus d'informations sur les éventuelles interactions contraceptives et l'acquisition, la transmission du VIH et la progression de la maladie. Une recherche sur ces questions est réalisée à l'échelle du monde entier et il devrait être possible d'avoir, avec le temps, plus d'informations à ce propos.

Des indicateurs courants pour le suivi des programmes de planification familiale et de VIH et/ou MST font partie des systèmes d'information sanitaire et pour les évaluer, il existe des enquêtes CAP, les ventes de condoms, les taux de réinfection par les MST et les taux de grossesse chez l'adolescente.

5. Prestations de services (cliniques et non-cliniques, publiques et privées)

En Ouganda, il semble que les programmes de SIDA, vu leur vigueur et portée, aient plus à offrir dans le cadre d'un effort d'intégration/coordination des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA que les programmes de planification familiale. Les attitudes au sein du leadership des programmes varient mais les prestataires de services se montrent véritablement intéressés à faire le rapprochement entre la planification familiale et le VIH/SIDA. De nombreux conseillers spécialisés en SIDA reconnaissent que, pour ceux qui courent un risque élevé de contracter l'infection par le VIH ou ceux qui ont déjà eu un test positif, une grossesse complémentaire représente un risque nettement accru pour le patient atteint du SIDA, pour l'enfant à venir, pour l'avenir d'un enfant pouvant être un orphelin ou alors séropositif ainsi que pour la santé et le bien-être économique de la famille élargie. Mais les conseillers et leurs responsables ont indiqué qu'il fallait renforcer la formation en matière de planification familiale avant de pouvoir ajouter ce volet à leur travail avec les clients séropositifs.

Les prestataires de la planification familiale expriment le même intérêt et ont déjà commencé à discuter du SIDA avec les clients de la planification familiale. Eux aussi indiquent la nécessité d'une formation complémentaire liée au SIDA si l'on veut qu'ils apportent leurs messages de manière exacte et efficace. Ils ne pensent pas fournir une prise en charge complète pour le SIDA dans le cadre de leurs services de planification familiale mais ils pourraient apporter des informations fondamentales, aider les clients à comprendre l'implication de leur choix de contraception en ce qui concerne le SIDA et faire des aiguillages en vue de services de conseils ou de soutien plus poussés pour le SIDA. Les centres qui ne sont pas des fournisseurs importants de condoms pour le moment pourraient renforcer cet aspect.

Les prestataires de la planification familiale ont parfois prêté une plus grande attention aux procédures stériles face au risque qu'ils courent, eux-mêmes ou leurs clients, de contracter le virus par le VIH. Dans le programme de l'Association ougandaise de planification familiale, qui accordait une place importante au stérilet, des gants jetables ont été fournis aux centres ainsi que des solutions chlorées bon marché pour la décontamination, des désinfectants pour la stérilisation à froid et de l'équipement d'autoclave pour faire bouillir les instruments. Les conditions de stérilité, le coût et les exigences logistiques ainsi que le risque d'une crainte inutile de la part de la cliente sont autant de facteurs remettant en question la condition voulant qu'il faille passer un examen gynécologique avant de pouvoir recevoir des contraceptifs hormonaux. L'importance qu'accorde le programme de planification familiale aux contraceptifs hormonaux et, dans une mesure moindre, au DIU ne concorde pas toujours avec la priorité accordée aux condoms par le programme de lutte contre le SIDA.

A l'exception du projet de services de santé fondamentale réalisé par la GTZ dans deux districts

sanitaires, il n'y a eu que peu d'activités officielles visant à combiner la lutte contre le SIDA et la prestation de services de planification familiale. De fait, le directeur d'une grande plantation de thé a indiqué que les agents de planification familiale venaient de temps en temps dans la plantation, que les agents de la lutte contre le SIDA venaient à d'autres moments et qu'aucun des deux ne parlaient de l'autre domaine. Toutefois, les expériences pratiques et ponctuelles "d'intégration" par les prestataires de services semblent montrer qu'on pourrait faire davantage à l'avenir. L'expérience de la GTZ montre que la tâche visant à unifier davantage les programmes n'est guère aisée. En dépit du fait que son programme insiste depuis plus de deux ans sur le SIDA et la planification familiale, ce n'est que depuis six mois que l'organisation a été en mesure de rapprocher les deux volets dans le cadre d'une planification pratique. Les responsables de la planification familiale doivent continuer à "faire du bruit" pour obtenir une attention suffisante dans le cadre de la lutte vigoureuse contre le SIDA. Cela semble dû à la perception des responsables quant à l'importance relative des deux facettes du programme, à la domination des hommes dans certains domaines du programme, à l'ambivalence quant au rôle de la contraception hormonale face à la transmission et à la progression du VIH, aux politiques du MS, aux programmes de formation qui limitent l'expansion des services communautaires de planification familiale et à la faiblesse générale des services de planification familiale dans les districts desservis par le projet.

Bien qu'ils soient plus solides et mieux soutenus que les activités de planification familiale, les services de prévention du SIDA (distribution de condoms accompagnée de conseils) ne s'occupent que d'une petite proportion de la population, souvent à partir des centres fixes qui sont limités du point de vue nombre ou solidité de leur programme.

Les domaines où l'intégration de la planification familiale et des services de lutte contre le SIDA pourrait être plus productive à l'avenir sont relatifs à tout effort qui permettrait aux deux programmes de travailler ensemble au niveau communautaire. Ce type d'activité aurait l'avantage d'être nouveau, aussi bien pour le SIDA que pour la planification familiale. Lors d'une planification initiale, on pourrait identifier des objectifs se rapportant aux deux domaines ainsi que des indicateurs-jalons qui sont communs aux deux. On pourrait les financer pour qu'ils arrivent aux deux buts. Même si les responsables des programmes devront rendre compte des progrès par rapport à chacun de leurs objectifs, les deux volets pourraient être intégrés aux niveaux prestations et clients. La priorité accordée à l'utilisation du condom pour les groupes cibles, que ce soit pour la planification familiale ou pour la lutte contre le SIDA, permettrait de se parer contre la préoccupation entourant l'adéquation de la contraception hormonale en présence du VIH/SIDA. Les programmes pourraient être conçus conjointement, vérifiant que des approches appropriées soient choisies face à un groupe cible particulier sans que cela n'offense les autres publics.

Le marketing social dont il est question ci-après devrait jouer un rôle important en élargissant l'accès aux condoms et en vitalisant la participation du secteur privé. L'approche devrait traiter aussi bien des préoccupations de la planification familiale que de celles liées à la lutte contre le SIDA et ne devrait pas être définie de manière étroite comme appartenant à l'un ou l'autre des domaines.

6. Prestation de services par le biais du marketing social

Il existe deux projets de marketing social des condoms en Ouganda. Leurs produits sont les condoms Protector et Engabu. L'organisation ougandaise de la planification familiale et certains sous-bénéficiaires de l'EIL vendent également des condoms non conditionnés directement aux consommateurs dans les centres de santé, sur les sites des projets et par le biais des agents communautaires et des agents de la distribution communautaire. Des condoms non conditionnés sont également disponibles dans les drogueries et dans le secteur commercial informel.

Le condom Protector est distribué par Armtrades, Ltd., opérant dans le cadre d'un contrat de sous-traitance pour le programme SOMARC II. Armtrades est une société locale de distribution pharmaceutique. La société emploie 20 représentants/vendeurs à plein temps chargés de promouvoir et de distribuer Protector. Le responsable de SOMARC établi à Harare apporte une assistance technique à Armtrades dans le cadre des visites faites à la société tous les deux à trois mois. Le prix de Protector à la consommation est de 150 Ush (0,05 dollars américains pièce) pour une enveloppe avec trois condoms Ansell bleus/dorés. Protector est surtout vendu dans les centres privés, les pharmacies et les drogueries. Environ mille points de vente proposent le produit.

Les ventes de Protector ont commencé en août 1991. Le total des ventes pour l'année s'achevant le 31 juillet 1992 s'élevait à 1 107 829 pièces. Les ventes en août et en septembre 1992 s'élevaient en moyenne à environ 80 000 pièces par mois. Les groupes cibles sont les consommateurs des classes économiques C et D (classes les plus chères).

Peu après le lancement de la campagne, l'opposition religieuse et gouvernementale a surgi face aux activités promotionnelles de Protector par le biais des mass médias et il a fallu arrêter toute la publicité à la radio, à la télévision et dans certains journaux. Ces activités sont toujours suspendues. Actuellement, la politique gouvernementale vise à une promotion "silencieuse" des condoms, encourageant la promotion de marques uniquement au point d'achat et apportant une éducation sanitaire plus étendue sur l'utilisation des condoms.

Le condom Engabu est distribué par la GTZ dans le cadre de son projet complet de soins de santé primaires dans la région de Fort Portal. Le projet fait fonction de distributeur vendant directement les condoms aux détaillants et aux consommateurs locaux par le biais du personnel du projet. Une enveloppe avec cinq condoms est vendue au consommateur pour 100 Ush. Bien que les groupes économiques soient les mêmes que ceux de Protector, la marque est positionnée avec une note régionale étant conçue tout particulièrement pour les "conditions ougandaises." Le lancement d'Engabu avait été précédé par plusieurs articles dans la presse nationale qui ont créé une publicité défavorable et qui ont retardé l'envoi de condoms vers le site du projet. Ce n'est que récemment que les ventes d'Engabu ont démarré. On ne dispose encore d'aucune statistique sur les ventes.

Des condoms Panther non-conditionnés, des condoms sans étiquettes et des condoms Sultan se trouvent parfois dans les magasins de détail et sur les marchés des villes. On ne dispose pas

d'estimations sur les quantités distribuées. Les prix à la consommation vont de 20-50 Ush par pièce. Certains faits indiquent qu'une grande partie des condoms devant être distribués gratuitement finissent par être vendus dans le secteur commercial.

Les condoms sont plus ou moins disponibles suivant les commerces. A Jinja, le Protector ne semblait disponible que dans certaines drogueries choisies. A Fort Portal, le Protector et l'Engabu étaient distribués de la même manière. Dans les deux régions, les détaillants vendaient les condoms bien au-dessus du prix suggéré à la consommation: le Protector se vendait entre 250-500 Ush par paquet de trois et l'Engabu à 300 Ush par sachet de cinq. Lorsqu'on leur a posé des questions sur le prix d'achat du Protector, la plupart des détaillants ont indiqué qu'ils avaient acheté le produit chez des revendeurs à des prix variant entre 150 et 200 Ush par sachet de trois (le prix d'achat suggéré au détail est de 105 Ush par enveloppe). Armtrades est en train de négocier avec CARE, EIL et l'Association ougandaise de planification familiale pour pouvoir utiliser leurs réseaux de distribution pour vendre Protector. La société cherche également à augmenter la distribution en utilisant davantage les réseaux de vente en gros.

7. Approvisionnement en produits (condoms) et logistique

Les filières d'approvisionnement et de distribution des condoms sont complexes et les prestataires de services ont dépassé la capacité des organisations chargées de gérer les fournitures de condoms. La politique en matière de condoms n'est pas encore adoptée, les pénuries et les ruptures de stock au niveau des services sont fréquentes, les installations d'emmagasinage sont insuffisantes et la multiplicité des organisations qui participent aux programmes de PMI/PF et de prévention du SIDA encombrant et alourdissent le système de distribution, les systèmes d'archivage ne sont pas entièrement opérationnels et la formation est nécessaire à tous les niveaux du système de gestion logistique. Ce système sera durement éprouvé en 1993, lorsque le nombre de condoms nécessaires sera estimé à 20,5 millions d'unités, soit le double de la quantité nécessaire pour 1992.

8. Questions de gestion pour le pays hôte et l'USAID

Vu le grand nombre de bailleurs de fonds internationaux apportant une assistance au secteur de la santé et de la population en Ouganda, il est difficile de coordonner efficacement les programmes (aussi bien au niveau prestation que recherche). On trouve que le PNUD est "trop bureaucratique et trop encombré par les formalités nécessaires" pour pouvoir faciliter cette coordination multisectorielle.

La supervision des programmes nationaux de lutte contre le SIDA et de PMI/PF est insuffisante. C'est tout particulièrement important si les programmes doivent être intégrés par le biais d'une approche de soins de santé primaires.

Si l'USAID/Ouganda vise à intégrer les activités de lutte contre le VIH/MST et de PMI/PF, il faut une autorisation permettant une approche souple. L'autorisation du projet devrait être de portée suffisamment large pour permettre des approches de la part des projets centraux

"compartimentés".

D. Perceptions quant aux avantages/inconvénients liés à l'intégration/coordination des activités de planification familiale et de VIH/SIDA

La plupart des personnes interviewées ont reconnu l'étroite relation qui existe entre la planification familiale et l'épidémie du SIDA. C'était généralement exprimé en termes de santé et de bien-être familial.

En général, les prestataires de service ont indiqué que l'intégration des programmes allait de soi. Au niveau client, ces deux problèmes sont déjà les mêmes et les gens doivent recevoir une aide pour les deux.

Les représentants officiels du Ministère ont noté la nécessité d'intégrer au niveau prestation, tout en continuant à les séparer dans une certaine mesure, les objectifs des programmes aux niveaux organisationnels plus élevés. Il ne faudrait pas intégrer les responsabilisations, quelqu'un doit être nommé qui sera responsable d'atteindre les objectifs dans chaque domaine de programme.

On a jugé qu'il était capital de faire participer davantage la communauté au programme (aussi bien comme prestataires que bénéficiaires de services) et de l'encourager à devenir plus responsable de l'état de santé de la collectivité. On a également jugé qu'il était important de fournir une éducation au-delà des centres fixes.

Jusqu'à présent, il n'y a eu que peu d'intégration officielle des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA en Ouganda. Mais presque toutes les personnes interviewées se sont montrées intéressées par un type de collaboration. Celles qui travaillent dans le domaine de la planification familiale savaient bien que leurs agents devaient avoir des connaissances sur le SIDA s'ils doivent conseiller les clients. On a également reconnu qu'il fallait apprendre au personnel soignant à utiliser les procédures stériles. Du côté de la lutte contre le VIH/SIDA, on s'est montré très intéressé par l'inclusion d'informations et peut-être de prestations de méthodes de planification familiale autres que le condom comme moyens de protéger la santé des femmes et des enfants.

Deux points de vue différents sur l'intégration ont été donnés par différentes organisations religieuses offrant des soins de santé. L'Association médicale islamique a démarré un programme clinique de planification familiale (qui ne comprend pas de volet d'IEC) et gère deux interventions pilotes de lutte contre le VIH dans la communauté. Du point de vue de l'Association, il a été plus facile de convaincre les dirigeants religieux qu'il fallait promouvoir les condoms pour la prévention du VIH/SIDA (et que cela n'encouragerait pas la débauche) car l'utilisation des condoms pour la planification familiale est sanctionnée par la religion. En revanche, l'hôpital catholique de Kivulu informe ses clients de l'utilisation du condom pour prévenir le VIH/SIDA en tant que mesure sanitaire bien que l'utilisation du condom ne puisse pas être encouragée pour des raisons de planification familiale.

E. Contraintes

Voici les contraintes entravant une plus grande coordination ou les contraintes des programmes, soit de lutte contre le SIDA, soit de planification familiale qui pourraient être résolues par le biais d'une meilleure coordination:

- Manque d'engagement de l'Etat tel qu'exprimé dans les affectations budgétaires - Les activités, tant de planification familiale que de prévention et de lutte contre le SIDA sont encore menées et financées par des bailleurs de fonds.
- Difficultés à coordonner les activités avec un nombre aussi grand de bailleurs de fonds et de projets différents traitant de la lutte contre le SIDA et de la planification familiale.
- Contraintes bureaucratiques car les fonds sont souvent octroyés à des tâches de portée étroite. Bien que cela puisse être utile pour être sûr que des domaines de programme essentiel reçoivent l'attention nécessaire lors des premières étapes, par la suite les buts d'efficacité en général demandent plus de souplesse si l'on veut qu'il y ait meilleure intégration.
- Inadéquation de la formation du personnel, aussi bien dans le domaine de la planification familiale que de la prévention du SIDA si l'on veut qu'il arrive à atteindre efficacement ces objectifs mutuels.
- Conception erronée de la part des responsables des programmes, aussi bien pour la planification familiale que pour la lutte contre le SIDA.
- Effondrement ces 20 dernières années de l'infrastructure du secteur public pour la prestation des services sanitaires.
- Manque de systèmes de gestion pour la logistique, la supervision, le suivi et l'évaluation du secteur public.
- Ambivalence des responsables de programme quant à l'utilisation de la contraception hormonale en présence du VIH; attention insuffisante accordée aux concepts de risque relatif lors du choix des politiques du programme.
- Interdiction de faire de la publicité - les programmes sont obligés de se tourner vers une "promotion silencieuse."
- Impossibilité jusqu'à présent de montrer au secteur commercial privé que c'est dans son meilleur intérêt économique de soutenir les objectifs de la planification familiale et de la lutte contre le SIDA, aussi bien financièrement que par le biais d'une solide politique sur les lieux du travail.

- Croyances religieuses, culturelles et ethniques y compris une attitude conservatrice à l'égard d'une discussion franche de la sexualité surtout avec les jeunes, le statut de la femme au foyer et dans la société, etc.
- Manque d'expérience de la part des programmes de santé et de planification familiale qui n'ont pas encore cherché à influencer les modes comportementaux des jeunes.
- Marginalisation et crainte face aux personnes atteintes du SIDA - marginalisation des groupes affectés par le SIDA, connotation de culpabilité faisant qu'il est plus difficile de parler de la prévention du SIDA entre gens mariés.

F. Conclusions

Le programme de lutte contre le SIDA a nettement moins à gagner en intégrant les activités de lutte contre le SIDA aux faibles efforts déployés actuellement pour la planification familiale. Les volets SIDA et planification familiale de la planification familiale auraient énormément à gagner s'ils étaient intégrés plus officiellement aux services de conseil et d'information pour le SIDA. En effet, cela permettrait une approche plus complète à la prise en charge du client, renforcerait des actions préventives et diminuerait le fardeau de ceux qui s'occupent des personnes atteintes du SIDA.

Améliorer les possibilités d'avantage mutuel au sein des structures actuelles de planification familiale et de lutte contre le SIDA demandera qu'on apporte une formation polyvalente aux prestataires de services pour qu'ils disposent des compétences minimales pour travailler dans l'autre domaine. Cela demandera qu'on renforce et qu'on revoit le programme général d'IEC des deux programmes afin de clarifier les objectifs spécifiques grâce à des messages soutenant mutuellement les deux domaines (ou du moins qui ne soient pas antagonistes). Cela demandera une étude complémentaire et des décisions pour clarifier le rôle des contraceptifs autres que les condoms face à la prévalence élevée de l'infection par le VIH. Cela demandera un approvisionnement complet de meilleure logistique pour les condoms. Cela demandera un changement de politiques en ce qui concerne les contraceptifs hormonaux afin d'arriver à un maximum de disponibilité au niveau communautaire et à un minimum de la crainte due aux conditions liées à l'examen clinique chez les prestataires et les clients. Si les examens gynécologiques sont obligatoires et/ou si les DIU sont utilisés ou la stérilisation masculine ou féminine, il faudra prêter plus d'attention pour garantir des procédures stériles et un approvisionnement suffisant en produits.

Si l'on veut arriver à ce que cette intégration plus poussée soit véritablement rentable, il faudra des changements de politiques qui entraînent un plus grand soutien financier et moral de la part de l'Etat. Il faudra également des prises de décision conjointes de la part des responsables de la planification familiale et de la lutte contre le SIDA pour identifier les domaines des programmes non-cliniques, non-centres fixes mais à base communautaire où l'on peut réaliser des activités conjointes. Cela pourrait impliquer une approche plus agressive face aux jeunes

et aux services sur les lieux du travail, insistant tout particulièrement sur le secteur privé et sur le marketing social.

La disponibilité irrégulière des condoms dans les secteurs public, privé et commercial indique qu'on pourrait améliorer les politiques de distribution et les réseaux d'approvisionnement actuels. La campagne de marketing social du Protector est capable de faire bien mieux mais le prix relativement élevé de Protector, le manque d'un responsable du marketing à temps plein et le fait qu'on ne soit pas arrivé à utiliser les réseaux de distribution existants (commerciaux et réseaux de projet) vont à contre-courant du projet et l'empêche de réaliser tout son potentiel. Il convient d'étudier les possibilités de distribution nationale de la marque Engabu ainsi que la possibilité de fournir une assistance en matière de marketing au personnel du projet GTZ.

Il convient d'insister davantage sur le marketing social et de diminuer la distribution gratuite des condoms dans le secteur public qui ciblera davantage des groupes qui en ont le plus besoin. Il faudrait encourager des ONG, tant locales qu'internationales, à vendre les marques de marketing social en utilisant les réseaux de distribution du projet, des centres de santé et de la distribution communautaire ainsi que des agents de santé de la communauté.

Profil du Botswana

A. Données générales

1. Population/planification familiale

Selon le recensement de 1991, la population actuelle du Botswana est estimée à 1,3 million. Le taux d'accroissement de la population est de 3,5 sur la période de 1981 à 1991. Actuellement, les chiffres du recensement sont en train d'être analysés au Bureau central des Statistiques; il ne sera pas possible de déterminer la baisse du taux de fécondité tant que l'analyse ne sera pas achevée. Au taux d'accroissement actuel, le temps de doublement de la population est de 20 ans. Vu qu'une fécondité élevée entraîne une forte proportion d'enfants, le ratio de dépendance est de pratiquement 100 pour cent.

La densité de la population est faible au niveau national (2,3 habitants au km²) mais de fortes pressions sont exercées sur les terres arables (la densité de la population sur les terres arables était de 307,3 par km² en 1986). Le processus d'urbanisation indique entre autres que le Botswana a un problème de population. La population urbaine représente 23,9 pour cent du total et certaines zones urbaines et installations rurales se sont accrues à un rythme supérieur à ce taux national moyen. Gabonore et Jwaneng ont enregistré les taux d'accroissement les plus élevés, 5,4 pour cent et 12,8 pour cent respectivement.

L'économie au Botswana est financièrement solide mais la situation sur le marché du travail est telle que seule 20 pour cent de la population âgée de 16 ans et plus a accès à un travail. La distribution des revenus est inégale: les 40 pour cent les plus pauvres de la population gagnent 11 pour cent du revenu national total tandis que les 20 pour cent les plus riches en gagnent 62 pour cent.

Des services de PMI/PF sont offerts dans les 520 hôpitaux de district, centres de santé, cliniques et postes de santé gérés par le MS et le Ministère des Collectivités locales, du Territoire et de l'Habitat. Selon l'EDS de 1988, le taux de prévalence des contraceptifs modernes était de 32 pour cent chez les femmes en âge de procréer. Les méthodes modernes, surtout la pilule et les injectables, ont remplacé les méthodes traditionnelles, qui sont passées d'un taux de prévalence de 9,2 pour cent en 1984 à 1,3 pour cent en 1988. Au moment de l'EDS, l'utilisation du condom était limitée. On aurait pu penser que le programme de lutte contre le VIH/SIDA allait augmenter l'utilisation du condom mais rien ne vient le prouver. La combinaison de méthodes en fonction de la distribution indique une diminution dans le pourcentage des condoms, de 15 pour cent en 1988 à 11 pour cent en 1990 malgré l'augmentation du nombre de condoms distribués aux clients pendant ces années, 2,1 et 2,7 millions respectivement.

2. **VIH/SIDA**

L'épidémie du VIH n'a frappé que récemment le Botswana, s'étendant rapidement au sein de la population depuis le milieu des années 80. Des enquêtes précoces faites en 1984 et en 1985

ne détectaient aucun cas de séropositivité dans la population de Basarwa ni chez les patients mourant de plusieurs hôpitaux. Le pourcentage de donneurs de sang séropositifs a augmenté, passant de 0,9 pour cent en 1987 à environ 9 pour cent au début de 1992, c'est-à-dire dix fois plus en l'espace de cinq ans. Plusieurs études sur la séroprévalence du VIH, utilisant des techniques non-uniformisées, ont été réalisées chez les femmes enceintes au Botswana, entre la fin de 1990 et le début de 1992. Ces études ont indiquées que l'épidémie du VIH avait déjà touché des proportions importantes des zones urbaines (Gabonore et Francistown, six pour cent et huit pour cent respectivement) dans une zone semi-urbaine (Molepolole, 6,1 pour cent) ainsi que dans une communauté rurale entourant une ville minière (Orapa/Boteti, 7,5 pour cent). Ces données suggèrent que l'infection par le VIH au Botswana ne se limite pas aux grandes zones urbaines et que le VIH ne se répand pas uniquement le long de l'axe routier principal allant de l'Afrique du sud vers la Zambie et le Zimbabwe.

Le Programme national de Lutte contre le SIDA au Botswana (PNLS) a fait une collecte systématique d'informations sur la prévalence du VIH dans trois endroits choisis (Gabonore, Francistown et Maun) en février-avril 1992 auprès des patients des cliniques prénatales (que l'OMS propose comme la meilleure mesure de remplacement pour la prévalence du VIH dans le groupe d'âge des 15 à 49 ans ou pour la population sexuellement active), auprès des hommes atteints de MST et auprès des tuberculeux. Les résultats de cette enquête de surveillance sentinelle indique que les taux de séroprévalence du VIH ont doublé entre la fin de 1990/le début de 1991 et le début de 1992. Environ une femme enceinte sur six à Gabonore (14,9 pour cent) et une sur quatre (23,7 pour cent) à Francistown sont à présent infectées par le VIH. La prévalence du VIH est de 12,7 pour cent à Maun, zone semi-urbaine qui est le principal centre touristique du pays et un point de croissance important au nord du Botswana. Seuls 350 cas de SIDA ont été notifiés au Botswana en date de juin 1992.

Les MST sont un grave problème de santé représentant 6 à 7 pour cent de toutes les consultations externes dans le secteur public. Le taux de prévalence du VIH à Gabonore est nettement plus élevé chez les hommes souffrant d'une autre MST que chez les femmes se rendant dans les consultations prénatales. Si la prévalence maximale chez les femmes frappe les groupes d'âge de 20 à 24 ans, les hommes atteints de MST connaissent une prévalence maximale spécifique à l'âge, dix ans plus tard (groupe d'âge des 30 à 40 ans). Tel qu'on le constate ailleurs en Afrique, le ratio d'infection par le VIH entre les femmes et les hommes est d'environ 1 pour 1.

Un rapport du PNLS de juillet 1992 concluait que "l'épidémie du VIH s'était répandue très rapidement au Botswana et atteignait à présent des proportions catastrophiques." On a constaté que les taux élevés d'autres MST au sein de la population (taux d'incidence annuel estimé en 1989 à 8,5-12,7 pour cent dans le groupe d'âge des 15 à 49 ans), l'âge précoce au moment de la première activité sexuelle, de multiples partenaires sexuels et la forte mobilité de la population, qui signifie une longue séparation des partenaires pour raisons professionnelles, sont autant de facteurs contribuant à la rapide propagation du VIH au Botswana.

B. Organisation des programmes

1. Population/planification familiale

Le Ministère de la Santé et le Ministère des Collectivités locales, du Territoire et de l'Habitat sont les deux Ministères responsables du système des soins de santé au Botswana. Les politiques nationales et la supervision de tout le système incombent au Ministère de la Santé. Ce Ministère gère également neuf hôpitaux de district. Le Ministère des Collectivités locales, du Territoire et de l'Habitat est chargé de la supervision des 15 équipes de santé de district responsables des 15 hôpitaux primaires, 169 centres de santé, 308 postes de santé et 665 stops mobiles. Des sociétés minières administrent trois hôpitaux et trois autres hôpitaux sont gérés par les missions. Ce réseau de services sanitaires est bien distribué: 85 pour cent de la population vit dans un rayon de 15 km autour d'un établissement sanitaire.

La prestation d'informations, de services et de fournitures de planification familiale fait partie intégrante du service de PMI du département des soins de santé primaires. Des services de planification familiale sont fournis à tous les niveaux du système sanitaire public qui est de loin le plus grand fournisseur dans le pays.

Outre les activités du Gouvernement, certaines ONG ont démarré récemment ou sont sur le point de démarrer des activités de planification familiale. Des missions religieuses et des entreprises privées gèrent des centres qui fournissent entre autres des services de planification familiale. L'Association pour le Bien-Etre familial du Botswana, créée en 1990, fournit des services d'informations, d'éducation et de conseils au niveau communautaire. YWCA fournit des informations sur la planification familiale dans ses centres de soins maternels ouverts aux mères adolescentes.

Un comité directeur inter-ministériel a reçu pour mission de coordonner des institutions participant aux activités de population et de planification familiale. Le Conseil de la Population et du Développement, créé récemment sous l'égide du Gouvernement avec une représentation non-gouvernementale, devrait pourvoir mettre en œuvre et coordonner les activités de population et de planification familiale sur l'ensemble du pays. La prévention du VIH/SIDA est reconnue comme une question prioritaire dans le domaine de la population/planification familiale, telle qu'en témoigne la participation du directeur du PNLIS en tant que membre du conseil. En outre, un Groupe de Références comprenant les Ministères mentionnés ci-dessus ainsi que le Bureau central des Statistiques a été mis en place provisoirement pour veiller à la coordination efficace du Projet d'Assistance au Secteur de la Population du Botswana, financé par l'USAID (BOTSPA). Le conseil incorporera probablement le programme à son champ d'actions et le Groupe de Références disparaîtra par la suite.

Le programme de planification familiale du Botswana a réussi puisqu'environ 32 pour cent des femmes en âge de procréer pratiquent la contraception. Mais en dépit de ce taux de prévalence relativement élevé, le taux d'arrêt est d'environ 50 pour cent pour ce programme dominé par la pilule et le taux de croissance de la population, 3,5 pour cent, est l'un des plus élevés au monde.

2. VIH/SIDA

Au Botswana, l'intégration des programmes de planification familiale et des programmes de prévention du VIH/SIDA a évolué comme une extension logique d'un programme de santé primaire intégré. Le Gouvernement, l'USAID et d'autres bailleurs de fonds ont retenu la leçon apprise et se sont rappelés les débats sur la question pour aller de l'avant et mettre en place des programmes intégrés.

Lors de la mise en place d'un programme intégré, les questions de collaboration et de coordination sont de toute première importance. La responsabilité de la coordination des activités de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale a été confiée à un niveau élevé du Gouvernement. Dans le cas du VIH/SIDA, le PNLS a été créé pour coordonner la participation des Ministères des Finances et de la Planification du Développement; de la Santé; des Collectivités locales, du Territoire et de l'Habitat et de l'Éducation. Cela devrait garantir la prise en compte dans le cadre du programme général, des questions de politiques, de finances et de fonctionnement.

Les activités ont commencé ou sont sur le point de l'être, et d'après certaines indications, elles auraient un impact important sur, d'une part, le taux de fécondité, et d'autre part, le SIDA, vu l'engagement du Gouvernement et l'infrastructure offerte par le programme de PMI/PF et le secteur commercial. La population du Botswana est petite mais facile à atteindre et le pays a montré sa capacité à fournir des contraceptifs à une proportion importante de la population. Le programme de marketing social peut réussir et l'association de planification familiale a également la possibilité de compléter efficacement la distribution des condoms dans le cadre de son programme prévu de distribution communautaire.

C. **Description des activités**

1. Programmes de formation

Les évaluations des programmes de planification familiale et de lutte contre le SIDA au Botswana soulignent la nécessité d'apporter une formation au personnel. Le manque de personnel qualifié est l'une des grandes contraintes à la prestation efficace de services dans les deux secteurs et par conséquent est un obstacle à l'intégration des activités de planification familiale, de lutte contre le SIDA et contre les MST.

Le système souffre d'une grave pénurie de personnel en partant des niveaux les plus élevés du Ministère de la Santé jusqu'aux éducateurs du bien-être familial. Par exemple, l'unité de l'éducation sanitaire du MS compte sept postes mais trois seulement sont pourvus pour le moment. Les personnes qualifiées sont très vite attirées par le secteur privé où les salaires sont plus élevés et où elles ne sont pas sujettes aux transferts fréquents.

Aux points de prestation, ce sont les infirmiers qui fournissent la plupart des services car les médecins sont très recherchés. Mais vu qu'il existe également une pénurie d'infirmiers, ce sont

les agents de bien-être familial, qui normalement doivent éduquer la communauté sur les questions de santé, qui se retrouvent en charge des services cliniques. Des enquêtes faites auprès d'infirmiers ont indiqué que, même si un grand nombre d'entre elles ont reçu une formation portant sur l'insertion du DIU, peu se sentent qualifiées pour le faire. Il existe des directives, des normes et des procédures pour la prestation des services de planification familiale et de MST mais la plupart des prestataires ne les connaissent pas et ne les utilisent pas.

Les prestataires de la planification familiale manquent également de formation en matière de conseils et de communication interpersonnelle et sont donc peu qualifiés pour aider les clients à faire des choix éclairés. Vu qu'on cherche à intégrer le diagnostic et le traitement des MST et l'éducation/prévention du VIH/SIDA sur l'ensemble du système de la PMI, la formation de tous les prestataires de services en matière de conseils et de communication interpersonnelle devient un facteur d'importance critique.

Il semble que jusqu'à présent on ait employé deux approches de formation: envoyer le personnel choisi à l'étranger pour y suivre une formation spécialisée et organiser des ateliers pour des groupes choisis. L'idée sous-jacente dans les deux stratégies est que ceux qui suivent la formation reviendront ensuite à leurs postes et formeront leurs collègues. Le peu de formation qui se fait en cours d'emploi est généralement théorique. Elle n'est pas axée sur les compétences et inclue rarement la planification familiale.

Il existe également une pénurie de personnel qualifié dans le secteur privé et il ne sera pas possible de se tourner vers la communauté des ONG pour obtenir une assistance dans ce domaine.

Le nouveau projet de l'USAID comprendra une formation dans un pays tiers et une formation en cours d'emploi au niveau district. Le but initial est de fournir un nombre maximum de points de prestation de PMI/PF et un nombre minimum de personnel bien formé et de commencer le processus de transfert de compétences des superviseurs aux prestataires de services. Si le calendrier de la formation le permet, soit pendant le projet, soit après, on pourra choisir des stagiaires supplémentaires parmi les sages-femmes et les responsables médicaux des hôpitaux.

Ces activités de formation devraient avoir pour résultats la création d'une section de formation centrale pouvant apporter une formation efficace aux prestataires de services et aux superviseurs; la formation de 480 prestataires de services au minimum, venant surtout du niveau district; la mise en place d'un système d'information sur la formation pour suivre la performance sur les lieux du travail et au moins 105 responsables et superviseurs qui connaîtront bien le programme de formation.

2. IEC

Une évaluation faite en 1991 du projet de population de l'USAID (Bertrand, et al) a indiqué que "le manque d'une stratégie claire d'IEC utilisant des canaux de communication établis pour atteindre des publics cibles segmentés est généralement connue comme la plus grave lacune du programme de population du Gouvernement." Jusqu'à présent, il n'y a eu que peu de promotion de la planification familiale par le biais des médias. Le Botswana n'a pas de capacité propre de

production télévisée mais compte un important public d'auditeurs de la radio et une presse bien établie. Le taux d'alphabétisation au Botswana est élevé, de fait plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Mais la plupart des habitants continuent à recevoir des informations sur la planification familiale dans les centres de santé. Vu le travail important à faire dans la plupart des centres et le manque de formation, les activités d'éducation sanitaire en sont réduites à un minimum. Le MS compte un groupe d'éducateurs de bien-être familial formés, supposés éduquer la communauté à propos de questions de santé dont la planification familiale. Tel que mentionné ci-dessus, vu la pénurie d'infirmiers, la plupart de ces agents de bien-être familial doivent réintégrer des centres de santé où ils aident les infirmiers à fournir des services cliniques plutôt que de faire de l'IEC. Par conséquent, les services de conseils et d'informations sont réduits à un niveau minimum ou n'existent pas du tout dans la plupart des centres.

Le MS gère une unité de production d'IEC qui réalise des dépliants, des affiches et des programmes radiophoniques. On indique que la qualité du travail fait par cette unité est élevée bien qu'elle ait souvent du retard suite à une pénurie de personnel et au fait qu'on lui ait demandé de s'occuper de tous les programmes mis en œuvre par le MS. Du matériel imprimé a été élaboré pour les publics alphabétisés et semi-alphabétisés bien qu'on compte un nombre de personnes bien plus important dans le premier groupe. (Aucun matériel d'IEC n'a été réalisé sur les MST.) Le grand problème est que ce matériel n'est pas toujours disponible dans les centres de santé. Il n'existe pas de mécanisme établi pour la distribution du matériel d'IEC. Du matériel non-utilisé s'entasse dans les dépôts et la plupart des prestataires ne savent même pas qu'il existe.

Outre le programme du Gouvernement, quelques ONG ont commencé à intervenir activement dans le domaine de l'IEC pour la planification familiale. Par le passé, les ONG n'ont pas été très actives au Botswana, aussi ces groupes ne représentent pas une source d'expertise. Le Botswana a un taux élevé de grossesses de l'adolescente et un certain nombre de ces groupes concentrent leurs activités sur les jeunes adultes, notamment la société de la Croix rouge, YWCA et l'Association pour le Bien-Etre familial du Botswana (BOFWA) affiliée de l'IPPF, créée il y a juste trois ans de cela. Tous ces programmes visent à fournir aux jeunes une éducation à la vie familiale, aussi bien dans le cadre scolaire qu'à l'extérieur. Certains programmes tels que BOFWA fournit des condoms sur demande. Le projet PACT de YWCA forme des étudiants pour qu'ils puissent organiser des ateliers d'éducation à la vie familiale pour leurs camarades de l'école secondaire. Le projet donne des informations sur la planification familiale, notamment sur les contraceptifs et il insiste aussi sur l'information et la prévention du SIDA. Les étudiants aimeraient que les contraceptifs soient disponibles dans les écoles pour qu'ils n'aient pas à se rendre dans des centres de santé ou même dans des pharmacies où ils pourraient être embarrassés en rencontrant des membres de leur famille ou des amis.

Le Ministère de l'Education a demandé que l'éducation à la vie familiale soit portée au programme scolaire dans le cadre des cours de biologie au lycée. Mais vu qu'aucune question en ce domaine n'est posée lors des examens, les enseignants ne se sentent pas obligés à traiter cette question. Le BOFWA essaye de travailler avec les enseignants pour qu'ils soient plus à l'aise face au sujet. Le BOFWA travaille également avec des parents pour qu'ils soient plus ouverts à ce programme de formation.

Actuellement, on insiste davantage sur la présentation du matériel d'éducation à la vie familiale dans le cadre du programme de l'école primaire puisque l'activité sexuelle est précoce au Botswana (les personnes travaillant avec des mères adolescentes à YWCA indiquent que les filles sont souvent sexuellement actives à l'âge de neuf ou dix ans) et que de nombreux élèves abandonnent leurs études après l'école primaire lorsqu'ils ont environ 12 ans. Les efforts pour atteindre les jeunes déscolarisés ont été moins réussis. On cherche à travailler avec des groupes de jeunes qui suivent l'école du soir ou qui font partie des groupes d'étude.

Peu d'efforts ont été faits pour atteindre les hommes par le biais de l'IEC pour la planification familiale. Un dépliant a été mis au point, accompagnant les condoms vendus dans les machines automatiques. Mais ce programme a été arrêté. Un des projets visant tout particulièrement les hommes est celui réalisé sur les lieux du travail (le volet planification familiale reçoit un soutien du FNUAP et celui sur le SIDA a été financé par l'USAID). Le programme intervient essentiellement par le biais de la formation des éducateurs-animateurs sur les lieux du travail.

Une autre approche pour atteindre les hommes consiste à passer par l'armée du Botswana qui compte son propre système de soins de santé fournissant des services aux familles ainsi qu'au personnel militaire. Actuellement, l'utilisation du condom est encouragée par les militaires mais c'est surtout en réponse à la menace du SIDA.

En général, les activités d'IEC soutenant la planification familiale au Botswana restent faibles et il n'existe que peu de capacités techniques dans le secteur privé. Une des initiatives du programme financé par l'USAID consiste à renforcer la capacité des ONG locales pour qu'elles puissent fournir une assistance technique dans des domaines tels que l'IEC et la formation.

Sur le plan de la lutte contre le VIH/SIDA, les premières activités d'IEC se concentraient sur des campagnes moralistes, encourageant la monogamie et qui n'avaient pas su traduire la réalité de la vie des habitants. Tout matériel insistant sur l'importance du partenaire unique, non seulement ne traduisait pas la réalité au Botswana, vu la différence dans le ratio des sexes puisque les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes, mais en fait il induisait en erreur dans les cas où un partenaire était déjà infecté par le VIH. Peu de gens ont pris le message au sérieux à l'époque car rares étaient ceux qui connaissaient personnellement quelqu'un qui était mort du SIDA.

Le fait que le Botswana réalise actuellement le SIDA constitue une grave menace pour la santé et le développement économique à pousser le pays à prendre des mesures pour lutter contre la maladie. Vu que les activités de planification familiale sont déjà intégrées aux services de PMI, il semblait logique pour le Gouvernement d'intégrer la prévention du SIDA au programme de PMI/PF. Bien que les activités de lutte contre le SIDA au Botswana soient réalisées sous la direction du PNLS, la plupart des activités d'IEC pour le VIH/SIDA continuent à transiter par les mêmes filières du MS qui soutiennent la planification familiale.

Les efforts d'IEC réalisés pour la lutte contre le VIH/SIDA ont évolué puisque les messages sont à présent plus appropriés et très visibles sur les affiches, les pancartes, les autocollants des voitures etc. Des programmes radiophoniques et des annonces passent sur les ondes et on prévoit de faire également appel aux médias folkloriques, par exemple les pièces de théâtre.

Suite à l'intégration de l'éducation pour le SIDA au système de PMI/PF, les activités de lutte contre le SIDA rencontreront les mêmes contraintes que celles notées ci-dessus pour la planification familiale. Les centres et les postes de santé manquent de matériel et les prestataires de services manquent de compétences de communication, manque qui sera encore plus important dans la lutte contre le SIDA et les MST.

A l'instar de la planification familiale, le système de santé ne s'avère pas être le meilleur moyen d'atteindre des groupes tels que les jeunes et les hommes. Ses activités sont en train d'être réalisées par le secteur privé. Outre les groupes qui interviennent déjà au niveau de la planification familiale, plusieurs organisations se sont créées, s'attaquant uniquement au problème du SIDA, notamment la communauté des affaires. Il s'agit de la Société de la Croix rouge du Botswana et des Enseignants contre le SIDA.

L'armée du Botswana a fait appel aux chefs des pelotons pour diffuser l'information sur le VIH/SIDA à leurs unités. En plus, un membre de chaque peloton est en train d'être formé pour devenir un animateur-camarade. On encourage l'utilisation des condoms qui sont mis à la disponibilité des membres des forces armées.

L'intégration de la planification familiale et des activités de lutte contre le SIDA au Botswana est déjà une politique nationale. En termes d'IEC ainsi que pour d'autres volets de prestations de services, elle ne sera réussie que si le système existant est suffisamment renforcé et si les concepteurs du matériel ainsi que le personnel chargé de la prestation reçoivent une formation, une supervision et un soutien suffisants. Nombreuses de ces questions sont à l'ordre du jour dans le nouveau programme de l'USAID au Botswana.

Jusqu'à présent, la communauté des affaires et les secteurs commerciaux ne participent guère aux activités d'IEC pour le VIH/SIDA. C'est partiellement dû à la tendance voulant que dans ce petit pays relativement prospère, on se tourne vers l'Etat, lui demandant de prendre en charge de telles activités.

3. Marketing social

Un programme de marketing social des condoms devrait commencer en novembre 1992 au Botswana sous la direction de Population Services International (PSI) grâce à un financement de l'USAID. Par le passé, le Gouvernement n'était pas intéressé à mettre en place un programme de marketing social pour la vente de contraceptifs. Mais depuis l'épidémie du SIDA, et partant, depuis l'accent mis sur l'utilisation des condoms pour enrayer la propagation du VIH, le Gouvernement a décidé qu'il y avait lieu de réaliser un tel projet.

Actuellement, les condoms sont disponibles gratuitement dans les centres de PMI/PF du Ministère. La marque distribuée par le Gouvernement, les "Sultan", n'est guère appréciée - les gens prétendent qu'ils ont une drôle d'odeur et qu'ils se déchirent souvent. Ceux qui ont les moyens achètent des condoms de meilleure qualité dans les pharmacies. Le MS pense que le projet de marketing social qui offrira des condoms de meilleure qualité à des prix subventionnés pourra combler le manque qui existe entre la distribution gratuite de produits dans le système de santé et la vente commerciale de marques plus chères.

Pour réaliser le projet, PSI créera une nouvelle affiliée locale (ONG) au Botswana. PSI gèrera le programme par le biais de cette affiliée dans le but de confier dans les cinq à sept années à venir la responsabilité de gestion au programme local. L'accord initial avec PSI durera trois ans puis sera évalué pour déterminer la direction future des activités de marketing social des contraceptifs (MSC) au Botswana.

Les objectifs du projet MSC sur la période de trois ans sont de 1/ vendre plus de deux millions de condoms; 2/ arriver à une distribution élargie dans tous les centres urbains et commerciaux, notamment les lieux de travail, les bars, les hôtels, les kiosques et les étales de marché; 3/ former un distributeur local et 4/ déployer une campagne dynamique de promotion et de publicité.

PSI prévoit de faire une recherche auprès des consommateurs et, suivant les résultats, déterminera le nom de la marque, le conditionnement et le type de promotion qui seront utilisés. PSI réalisera également une enquête CAP initiale concernant l'utilisation des condoms. Les condoms du programme seront fournis par le Gouvernement.

Les activités de suivi et d'évaluation feront partie du projet. Il s'agira de 1/ un inventaire des produits; 2/ le nombre et l'emplacement des points de vente; 3/ les ventes et 4/ les dépenses et recettes. PSI se rend compte que les efficacités d'échelles possibles dans les grands marchés ne pourront pas être réalisées au Botswana vu le faible nombre d'habitants. Aussi, le projet sera-t-il conçu pour diminuer les coûts chaque fois que possible.

4. Approvisionnement en condoms et logistique

Les condoms étaient fournis au départ par l'USAID, le FNUAP et le Gouvernement du Botswana. En 1991, le FNUAP a arrêté la distribution de contraceptifs à l'exception du Depo-Provera. L'USAID a commencé à éliminer progressivement les acquisitions de contraceptifs en 1987. En mai 1992, le Gouvernement a commencé à acheter tous les contraceptifs (à l'exception du Depo-Provera). La quantité de condoms distribués dans le pays a augmenté de 1,2 million d'unités à 4 millions en 1992.

Les services hospitaliers et les postes de santé ont suffisamment de contraceptifs pour répondre aux niveaux actuels de la demande, mais le manque de supervision, les problèmes de transport et les calculs erronés des besoins mensuels ont entraîné des problèmes de stocks excédentaires ou alors insuffisants et l'expiration de certains produits.

D. Perceptions des avantages/inconvénients liés à l'intégration/coordination des activités de planification familiale et de lutte contre le VIH/SIDA

Voici certaines des contraintes au sein du système qui pourraient entraver la réussite d'un programme intégré:

- Manque de personnel qualifié sur l'ensemble public, allant du niveau ministériel jusqu'aux agents de santé familiale.

- Il n'existe que peu de prestataires qui disposent de compétences efficaces pour les conseils et la communication interpersonnelle. Ces compétences seront capitales si les agents doivent s'attaquer aux questions de la prévention et du diagnostic du VIH/SIDA et du traitement des MST. Ce manque de compétences pourrait également être une des raisons expliquant les faibles taux de continuation du programme de planification familiale.
- Une grande partie du soutien financier pour la planification familiale est donné actuellement par les bailleurs de fonds internationaux. L'engagement et les capacités du Gouvernement en vue d'assumer une plus grande part du coût de ces programmes sera une question importante pour leur viabilité à long terme.
- La communauté des ONG au Botswana est relativement jeune et n'est pas vraiment en mesure de fournir toute l'expertise dont a besoin le programme national.
- Les ressources du secteur privé (par exemple la communauté des affaires et le secteur commercial) n'ont pas été utilisées pour les relations publiques et le soutien financier. Dans un pays relativement prospère comme le Botswana, le secteur privé pourrait jouer un rôle important pour promouvoir et maintenir un programme intégré.

Les expériences du projet précédent de l'USAID BOTSPA et le projet SIDA sur les lieux de travail financé par le projet Prévention du VIH/SIDA en Afrique (AHPA) du Bureau Afrique de l'A.I.D. ont valu un amendement au nouveau projet BOTSPA qui soutiendra une approche intégrée à la prévention des MST/VIH et à la PMI/PF. Ce projet est à la pointe de la nouvelle orientation en santé publique concernant la prévention et la lutte du VIH/SIDA. C'est la raison pour laquelle il est tout particulièrement important de démarrer aussi vite que possible des activités dynamiques de suivi, d'évaluation et d'examen de l'impact du projet.

Annexe F

L'impact démographique de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne

Introduction

La propagation continue de l'épidémie du SIDA sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne est à l'origine de la discussion des impacts démographiques de la maladie. La question est de toute première importance pour plusieurs raisons, dont:

- La croissance rapide de la population en Afrique subsaharienne est un des grands freins au développement économique et social de ces pays;
- L'épidémie du SIDA a des répercussions disproportionnées sur les segments de la société qui sont économiquement productifs (par exemple le groupe d'âge des 25 à 35 ans) ainsi que sur les personnes les plus instruites et les plus aisées. Aussi la maladie ne suit-elle pas la tendance ordinaire qui est de s'attaquer aux segments les plus pauvres de la société (par exemple les jeunes et les personnes âgées);
- Les hauts représentants des pays hôtes ainsi que les responsables seniors des bailleurs de fonds mentionnent souvent que l'épidémie du SIDA se chargera du problème de population;
- Les programmes visant à diminuer la fécondité et la croissance de la population doivent mieux comprendre les impacts de l'épidémie pour pouvoir planifier leurs interventions;
- L'Afrique subsaharienne est la région qui s'accroît le plus rapidement au monde du point de vue population: le temps de doublement est estimé à 23 ans (à partir du milieu de l'année 89) avec une population dont environ la moitié a actuellement moins de 15 ans; et
- Pour pouvoir cibler les interventions, les programmes nationaux de prévention du VIH doivent connaître les impacts démographiques actuels et éventuels de la maladie dans leurs pays respectifs.

Il convient de placer la question de l'impact démographique du SIDA dans son contexte historique. Pendant les premières années de l'épidémie, on disait souvent que celle-ci viendrait à bout du problème de population que connaît l'Afrique subsaharienne. Puis le pendule est revenu à sa place et on a fait savoir que l'épidémie n'aurait pas d'impact significatif sur le problème de population et que l'épidémie du SIDA ainsi que les taux de croissance positive de la population continueraient à évoluer ensemble.¹

Modèles de projection - En général

Un certain nombre de modèles mathématiques ont été utilisés pour évaluer l'impact de l'épidémie du SIDA sur la croissance de la population en Afrique subsaharienne mais leurs résultats ne sont pas tout à fait compatibles, dû en grande partie au fait qu'on ne connaît pas les futures tendances de l'épidémie. Il convient également de noter que les modèles se fondent sur les données actuelles, c'est-à-dire sur les enquêtes sur la séroprévalence du SIDA et sur le nombre de cas de SIDA indiqués. On se rend compte que la notification du VIH et du SIDA sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne est tout à fait insuffisante.

Anderson, et al. ont été les grands défenseurs de la possibilité d'une croissance négative de la population. Ils ont modélisé l'épidémie pour arriver à une croissance négative dans les 30 à 60 années à venir (en utilisant un taux de croissance initiale de quatre pour cent). Mais dans leur modèle, les taux de prévalence du VIH grimpent à 50 pour cent lorsque les taux de croissance de la population deviennent négatifs.

Les travaux de M. Bongaart constatent que les taux de croissance de la population ne diminueront pas de plus de la moitié. La grande différence dans les deux scénarios est que les taux de prévalence du VIH chez Bongaart plafonnent à environ 20 pour cent des adultes et n'atteignent jamais les taux élevés utilisés par Anderson.

Les travaux de M. Way², fondés sur le modèle iwgAIDS (groupe de travail inter-organisation du Département d'Etat)³ simulent la situation dans un pays africain typique. Les projections du Bureau du Recensement (sur une période de 25 années -- 1990-2015) indiquent que la prévalence du VIH grimpe de moins de quatre pour cent à plus de 16 pour cent de la population adulte totale des villes et que la prévalence du VIH dans les zones rurales augmente de 0,5 pour cent à environ cinq pour cent de la population adulte, à savoir dix fois. La population de départ s'élève à 5,5 millions d'habitants, dont 20 pour cent vivent dans des zones urbaines.

La croissance de la population devrait diminuer de 2,8 pour cent à 2,2 pour cent sur une période de 25 années en raison des seules tendances démographiques. Si l'on tient compte du taux de prévalence du VIH atteignant huit pour cent de la population adulte, le taux de croissance de la population diminuerait à 1,8 pour cent. En 2010-2015, la population s'accroît à 1,5 pour cent par an comparé à 2,3 pour cent en l'absence du SIDA. Vu le nombre bien plus grand de naissances que de décès, la population totale continue à augmenter mais l'augmentation est diminuée de plus de 500 000 personnes.

"Par conséquent, même avec une épidémie du SIDA relativement grave (à savoir 25 pour cent des adultes sexuellement actifs infectés) touchant et les zones urbaines, et les zones rurales d'un pays, les taux de croissance de la population ne diminueront que de 1 point de pourcentage ... Vu que les résultats des modèles indiquent que les taux de natalité ne seront guère touchés par l'épidémie, les pays africains continueront à avoir des taux de solide croissance positive en dépit de la présence de l'épidémie du SIDA."⁴

Bien que d'autres aspects soient concernés, la grande différence entre ces prévisions concerne celle qui consiste à prévoir le niveau futur de l'infection par le VIH. On suppose que, à l'instar d'autres épidémies, la séroprévalence chez les adultes plafonnera bien en dessous des cent pour cent. La question est de savoir à quel point en dessous des cent pour cent. Nous avons déjà indiqué que la séroprévalence chez les adultes a plafonné dans de nombreuses zones urbaines. A l'exception possible de Kinshasa, cela ne semble plus être tout à fait juste, bien que le taux d'accroissement ait ralenti.

En outre, les projections dans le long terme doivent estimer, non seulement les nouvelles infections par le VIH, mais également les changements de comportement. Vu que pour le moment, nous ne disposons pas de connaissances solides sur le comportement et ses facteurs motivants, il est à craindre que personne ne pourra véritablement prévoir les tendances futures dans le comportement. La séroprévalence, en train de s'accroître dans de nombreuses zones rurales, suit les traces de la courbe épidémiologique dans les zones urbaines. Bien qu'on n'en sache rien, il est toutefois possible que les niveaux de séroprévalence puissent, dans un avenir plus ou moins éloigné, se rapprocher davantage des 50 pour cent que des huit pour cent de la population adulte.

La plupart des modèles (à l'exception de celui d'Anderson) supposent un niveau plafond de la prévalence du VIH même si le comportement ne change pas. "Nous assistons à ces plateaux lorsque certains groupes à hauts risques deviennent saturés."⁵ Mais l'épidémie s'est propagée plus loin que les groupes "à hauts risques" dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. Aussi, même s'il y a un plafonnement, cela risque de se faire à des taux nettement plus élevés que ceux prédits qui se concentrent sur la propagation du VIH au sein des groupes à hauts risques.

Modèles de prévision - Pays spécifiques

Un certain nombre d'essais ont été faits pour prévoir les impacts démographiques de l'épidémie du SIDA dans des pays spécifiques. La présente section traite de trois de ces projets: Kenya, Ouganda et Rwanda.

Kenya

L'impact démographique du SIDA au Kenya a été étudié par AIDSTECH/FHI⁶ et par The Futures Group⁷.

La projection de FHI, bien qu'elle soit encore sous forme préliminaire, indique que, à la place d'un taux de croissance d'environ 3,15 pour cent en l'an 2000 (en supposant un taux de fécondité moyen), le taux de croissance serait de 2,6 pour cent (en supposant une incidence de 0,8 pour cent) ou de 2,35 pour cent (en supposant une incidence de 1,4 pour cent) avec des taux de séroprévalence atteignant un plafond d'ici l'an 2000. Dans le cadre d'un scénario avec une incidence très élevée (2,1 pour cent), la croissance de la population diminuerait jusqu'à environ deux pour cent. La projection de FHI conclut également que, vu la séroprévalence plus élevée

dans les zones urbaines et périurbaines, c'est dans ces zones que l'impact serait le plus grand.

Stover et Johnston supposent une prévalence actuelle du VIH de trois pour cent augmentant à huit pour cent d'ici l'an 2000. Ils reconnaissent que c'est là un chiffre conservateur. En utilisant le modèle DemProj⁸ et des projections démographiques types fournies par la Division de Planification à long terme du Ministère kenyan de la Planification et du Développement national, ils ont prévu que l'infection par le VIH augmenterait, passant des 700 000 personnes séropositives actuelles à plus de 1,4 million d'ici l'an 2000 et à plus de 1,9 million d'ici l'an 2010. L'infection toucherait essentiellement les jeunes adultes et 44 000 nouveaux-nés séropositifs naîtraient par an d'ici l'an 2010.

Stover et Johnston prévoient que la population augmentera, passant des 22,6 millions de personnes actuelles (1989) à environ 40,4 millions, et non pas aux 45,3 millions s'il n'y avait eu le SIDA. Aussi, bien que la maladie entraîne un grand nombre de décès, la population générale croît toujours à un rythme significatif. Le taux d'accroissement diminuerait de 2,8 pour cent à 2,1 pour cent d'ici l'an 2010. Mais cela signifie que la population continue de croître d'environ 850 000 personnes par an. Stover et Johnston prévoient que "la population doublera dans les 25 prochaines années même avec une grave épidémie du SIDA."⁹

L'indice synthétique de fécondité était de 6,7 en 1989 et la projection supposait une diminution continue pour arriver à cinq en l'an 2000 et à 4,2 en l'an 2010. "La diminution supposée du taux de fécondité entraîne une diminution aussi importante dans le taux d'accroissement que ne le fait le SIDA."¹⁰

Ouganda

La Banque mondiale¹¹ et The Futures Group¹² ont étudié l'impact démographique de l'épidémie du SIDA en Ouganda.

The Futures Group est parti du principe de la diminution de l'indice synthétique de fécondité passant de 7,35 en 1988 à 4 en 2008 et à 2,5 en 2028. Il a également assumé une augmentation dans la séroprévalence du VIH chez les adultes, passant de 9,3 en 1988 à 15 en 1998, stade auquel elle plafonne.

Aux termes de ces hypothèses, le taux de croissance de la population a diminué de 2,8 en 1988 à environ 1 en 2008 et à 0,5 en 2028. Le taux de croissance n'est pas devenu négatif, même après 40 années. Il convient de noter que dans cette projection, le principal facteur de la diminution de la croissance était seulement lié à la baisse de l'indice synthétique de fécondité. Si le modèle ne prend pas en compte le SIDA, le taux de croissance de la population diminuerait quand même à 1,5 d'ici l'an 2028.

Pour renforcer cet argument, un second scénario a été construit avec les mêmes hypothèses, sauf que l'indice synthétique de fécondité a été gardé constant. Dans ce scénario, le taux de croissance de la population a commencé par diminuer de 2,8 en 1988 à 2,5 en 2003. Et ensuite,

le taux a augmenté à 3,2 en 2028.

De même, le modèle de la Banque mondiale prévoit que, même avec l'épidémie du SIDA, les taux de croissance de la population resteront au-dessus de trois pour cent, bien que la mortalité imputable au SIDA puisse diminuer d'environ 0,5 pour cent par an la croissance de la population.

Rwanda

L'impact démographique de l'épidémie du SIDA au Rwanda a été étudié par The Futures Group¹³. Le Rwanda compte environ sept millions de personnes d'après les chiffres du recensement de 1991 avec la plus forte densité de la population en Afrique. Le nombre moyen d'enfants par femme est d'environ 7,6 et le taux d'accroissement naturel est estimé à 3,1 pour cent par an. Cela signifie un temps de doublement de la population d'environ 23 années.

La projection utilisait deux scénarios: le premier supposait une prévalence du VIH de trois pour cent en 1992-1997, augmentant d'un point de pourcentage par année jusqu'en 2007 où elle plafonnerait à six pour cent; le second scénario augmentait les taux d'infection de trois points de pourcentage tous les cinq ans jusqu'à l'effet plafonnement à 12 pour cent. La fécondité diminuait progressivement, passant d'un indice synthétique de fécondité de huit pour cent en 1992-1997 à 3,41 en l'an 2037.

Les résultats indiquent que, dans le cadre du premier scénario, la population continuera à s'accroître alors que le taux de croissance diminuera à 2,1 par an. Pendant le deuxième scénario, le taux de croissance annuel diminue à 1,9 avec un temps de doublement de la population d'environ 35 ans.

Questions supplémentaires

Voici un certain nombre de questions complémentaires liées à l'impact démographique de l'épidémie du SIDA.

Impact sur l'indice synthétique de fécondité: Bien que certains faits suggèrent que les femmes puissent vouloir autant d'enfants que possible avant qu'elle ne meurent, d'autres peuvent décider d'arrêter d'avoir des enfants pour ne pas laisser derrière elles des orphelins.¹⁴

Impact sur l'âge du mariage: L'âge du mariage risque d'avancer puisque les hommes cherchent des femmes plus jeunes qui n'ont pas encore été exposées au VIH.

Mortalité infantile et juvénile: Stover et Johnston prévoient une augmentation de la mortalité infantile de 11,5 pour cent d'ici l'an 2010 (61 sans le SIDA et 67 avec le SIDA); et une augmentation de 32,6 pour cent de la mortalité infantile (95 sans le SIDA;

126 avec le SIDA). Le Bureau du Recensement prévoit que, d'ici l'an 2015, la mortalité infantile augmentera de plus de 20 pour cent et la mortalité chez les moins de cinq ans augmentera de pratiquement 50 pour cent.

Ratio de dépendance¹⁵: On indique souvent que l'épidémie du SIDA modifiera profondément le ratio de dépendance. Mais Stover et Johnston ne prévoient pas que l'épidémie touche de manière significative au ratio de dépendance. Au Kenya, ils prévoient que le ratio n'augmente que de 1,8 pour cent d'ici l'an 2010 (75,8 sans le SIDA; 77,2 avec le SIDA). La raison étant en partie "que le SIDA tue non seulement de jeunes adultes mais également des bébés et des enfants."¹⁶ Par contre, ils reconnaissent que, d'ici l'an 2010, il y aura plus d'un million d'orphelins.

De même, les projections de la Banque mondiale concernant l'Ouganda constatent que "le ratio de dépendance n'est que très légèrement touché suite aux effets des décès chez les bébés et les adultes s'annulant entre eux."¹⁷

Mais le Bureau de Recensement pense que l'impact sur le ratio de dépendance serait plus significatif et projette que, dans le modèle décrit ci-dessus, le ratio de dépendance serait de 83 sans le SIDA, de 88 pour le scénario projeté et de 89 pour le scénario amplifié.¹⁸

Des changements possibles dans les comportements culturels au fur et à mesure que le ratio des sexes pèse davantage en faveur des hommes suite à un plus grand nombre de décès chez les femmes¹⁹: Bien que l'OMS ait avancé un ratio des sexes de 1 pour 1²⁰, il semble que plus de femmes sont infectées et meurent. Bien que la pyramide générale de la population pour tout un pays africain soit plus ou moins symétrique, c'est un fait marqué dans les zones urbaines suite à la migration des hommes jeunes (18 à 35 ans) qui viennent chercher du travail. Dans la majeure partie de l'Afrique de l'est et de l'Afrique australe, le ratio homme à femme dans le groupe d'âge des 20 à 35 ans se situe aux alentours de 1,5 à 1. En général, la prévalence urbaine du VIH est la plus élevée chez les hommes âgés de 25 à 35 ans et chez les femmes âgées de 15 à 25 ans suite à la tendance à laquelle on assiste en Afrique (et sur l'ensemble du monde) d'avoir des relations entre des hommes plus âgés et des femmes plus jeunes.

Les résultats dépendent du type de relation. Les modèles ont montré que le VIH se propagera bien plus rapidement si des relations sexuelles se font entre cohortes d'âges que si ces relations restent confinées au sein d'une cohorte.²¹ Néanmoins, la pyramide déformée de la population nous donne un ratio général de 1 sur 1.

Même si l'on suppose que les taux d'infection entre hommes et femmes restent égaux, l'impact sur le nombre de femmes qui meurent serait plus grand puisqu'elles sont infectées à un âge plus jeune. Mais un groupe d'âge donné n'est pas le même car il y a plus de jeunes que de personnes âgées sur l'ensemble de l'Afrique. Cela signifie qu'il y a plus de femmes jeunes infectées car il y a toujours plus de femmes âgées de 15 à 25 ans que d'hommes âgés de 25 à 35 ans. "Par conséquent, non seulement les femmes meurent plus jeunes du SIDA, mais

également un plus grand nombre d'entre elles en meurent. L'effet démographique futur de cette situation est un ratio décroissant de femme à homme dans les groupes d'âges reproductifs plus âgés au fur et à mesure que la cohorte actuelle des adolescents entament leur vingtième ou leur trentième année. Le groupe de partenaires féminines du même âge pour les hommes qui ont la trentaine ou la quarantaine se rétrécit, d'où une pression encore plus forte pour des relations entre âges différents."²²

L'épidémie du SIDA se propage actuellement sur l'ensemble des zones rurales car les migrants économiques continuent à faire l'allée et venue entre le milieu urbain. "Mais au fur et à mesure que l'épidémie se propage à la population rurale qui est en plus grand nombre, la dimension absolue du groupe de jeunes femmes qui est le plus touché est plus grand que la dimension de la population adulte plus âgée, ce qui entraîne par la suite un nombre plus élevé d'infections chez les femmes."²³

Des enquêtes récentes faites en Côte d'Ivoire indiquent un ratio d'infection homme à femme de 2 pour 1.²⁴ Cette différence pourrait être due à l'étape de l'épidémie dans le pays.

Variations supranationales: En général, les modèles n'étudient pas les variations supranationales des taux d'infection et de mortalité. Mais les variations au sein d'un pays sont extrêmement importantes puisqu'elles affectent des facteurs tels les pénuries de main d'œuvre locales et les flux migratoires internes.

Par contre, il est encore plus important de connaître les modes de variation supranationale pour pouvoir mettre sur pied des interventions efficaces. Par exemple, le modèle iwg prévoit que d'ici 2015, le nombre de personnes infectées dans les zones rurales dépassera le nombre de personnes infectées dans les zones urbaines. Aussi, des programmes nationaux de prévention du VIH doivent commencer à cibler davantage les zones rurales.

Conclusion

En général, tout le monde convient de la position récapitulée dans l'énoncé suivant de M. May et Stover: "Les seules circonstances qui aboutiraient à une croissance négative de la population seraient une fécondité de remplacement combinée à des taux nationaux de prévalence du VIH chez les adultes de 15 pour cent ou de plus. Dans de telles situations, ce sont surtout les diminutions de fécondité et non pas la mortalité accrue imputable au SIDA qui permet de diminuer les taux de croissance de la population."²⁵

Toutefois il est important de distinguer la croissance de la population au niveau national de celle dans les groupes d'âges spécifiques. L'impact du SIDA sera bien plus important que ne le suggèrent les chiffres pour la population entière. Les décès imputables au SIDA sont concentrés dans des groupes qui, généralement, ont une morbidité et une mortalité plus faible, c'est-à-dire les jeunes adultes. Par conséquent, la structure d'âge de la population peut être différente suite à l'épidémie.

Le Bureau du Recensement projette que, suite au SIDA, la mortalité urbaine, dans les groupes d'âges de 30 à 50 ans, sera de six à sept fois supérieure à la normale. Il faut également noter qu'un décès à l'âge de 20 ans comporte de plus graves conséquences pour un pays qu'un décès à l'âge de 50-60 ans.

Finallement, on pourra conclure que le bien-être familial (de la famille élargie) et les facteurs socio-économiques en général subiront les répercussions du SIDA et de la croissance rapide de la population qui est prévue. Aussi, quelle que soit la mesure dans laquelle ils sont intégrés, il sera capital de maintenir et d'augmenter le soutien pour les programmes, aussi bien pour prévenir et pour lutter contre l'infection du VIH/SIDA que pour ramener les taux de croissance de la population à un niveau auquel les familles et la société peuvent absorber et utiliser de manière plus productive ces nombres accrus.

Bibliographie

- AIDSTECH/FHI: An Assessment of the Health and Economic Impact of AIDS in Kenya, Avant-projet de document, 1992.
- Anderson, RM, RM May, MC Boily, GP Garnett et JT Rowley: "The Spread of HIV-1 in Africa: Sexual Contact Patterns and the Predicted Demographic Impact of AIDS", Nature 1992, 352:581-589.
- Anderson, RM, RM May et AR McLean: "Possible Demographic Impact of AIDS in Developing Countries", Nature 1988, 332:228-234.
- Benoit, SN, GM Gershy-Danet, A Coulibaly et al.: "Seroprevalence of HIV Infection in the General Population of the Cote d'Ivoire, West Africa", Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1990, 3:12 pp. 1193-6.
- Berkley S, W Naamara, S Okware et al.: "AIDS and HIV Infection in Uganda - Are More Women Infected than Men", AIDS 1990, 4:12 pp.1237-42.
- DeCosas, J et V Pedneault: The Demographic AIDS Trap for Women in Africa: Implications for Health Promotion, présenté à la 7ième Conférence internationale sur le SIDA, Florence, juin 1991.
- May, JF et J Stover: The Impact of HIV/AIDS on Population Growth in Central Africa: The Cases of Uganda and Rwanda, présenté à l'Association américaine sur la Population, Denver, mai 1992.
- New York Times International: "Briton Sees AIDS Halting Africa Population Rise", 22 juin 1992.
- Preble, Elizabeth: Impact of HIV/AIDS on African Children, Soc Sci & Med 1990, 31:671-680.
- Stanecki, KA et PO Way: Negative Population Growth: Is It Likely for Africa, AIDS and Society, Oct/Nov 1992.
- Stover, J et AG Johnston: The Demographic Impact of HIV/AIDS in Kenya, septembre 1992.
- Way, Peter: Demographic Impact of HIV in Less-Developed Countries, présenté à la 8ième Conférence internationale sur le SIDA, Amsterdam, juillet 1992.

- Way, Peter: HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, présenté à l'Académie nationale des Sciences, Comité sur la Population et la Démographie, mars 1992.
- Way, PO et M Over: The Projected Economic Impact of an African AIDS Epidemic, présenté à l'Association américaine sur la Population, Denver, mai 1992.
- Way, PO et K Stanecki: The Demographic Impact of an AIDS Epidemic on an African Country: Application of the iwgAIDS Model, Bureau du Recensement, CIR note interne No. 58, Fév. 1991.
- OMS: Current and Future Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic: A Capsule Summary, janvier 1992, OMS/Programme mondial de Lutte contre le SIDA RES/SFI/92.1
- Banque mondiale: Ouganda: The Economic Impact of AIDS, Division de la Population et des Ressources humaines, Département de l'Afrique de l'est, juin 1991.
- Banque mondiale: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Africa: Un plan d'action proposé par la Banque mondiale, non-daté et inédit.

Notes

1. Par exemple, une estimation récente de l'OMS prévoit que le taux d'accroissement total de la population en Afrique de trois pour cent sera réduit de 0,5, amenant un taux annuel moyen de 2,5 pour cent. OMS, "Update on AIDS" Weekly Epidemiologic Record, 29 Novembre 1991.
2. Way et Stanecki: The Demographic Impact of and AIDS Epidemic on an African Country: Application of the iwgAIDS Model, CIR/BUCEN, 1991.
3. Le modèle "iwg" comprend une variété de facteurs comportementaux; formation et dissolution de mariages, modèles de contact sexuel, taux de rotation, utilisation du condom. Toutefois, on peut se demander s'il existe des informations suffisamment précises au sujet des pressions de la société et des individus qui déterminent le comportement sexuel des gens pour faciliter la précision du modèle.
4. Souligné dans l'original. Way: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa, p.9
5. Stover & Johnston, p.1.
6. AIDSTECH/FHI: An Assessment of the Health and Economic Impact of AIDS in Kenya, Avant-projet du document, 1992.
7. Stover & Johnston: The Demographic Impact of HIV/AIDS in Kenya, 1992.
8. Le DemProj est une projection démographique qui comprend un volet SIDA.
9. Stover et Johnston, p.5.
10. Stover et Johnston, p.3
11. Banque mondiale: Ouganda: The Economic Impacts of AIDS.
12. May et Stover: The Impact of HIV/AIDS on Population Growth in Central Africa: The Cases of Uganda and Rwanda.
13. May et Stover.
14. Le Dr. Susan Allen poursuit en ce moment des recherches à Kigali sur les décisions des femmes liées à la fécondité, au regard du VIH/SIDA.
15. Le ratio de dépendance est égal au nombre de personnes à charge (enfants de moins de 15 ans et adultes de plus de 65 ans) par 100 adultes.
16. Stover et Johnston, p.4.

17. Banque mondiale: Ouganda: The Economic Impact of AIDS, p.16.
18. Way: Demographic Impact of HIV in Less-Developed Countries, p.10.
19. La majeure partie de la discussion qui suit est tirée de DeCosas et Pedneault: The Demographic AIDS Trap for Women in Africa: Implications for Health Promotion.
20. En Ouganda, Berkley et al ont trouvé un ratio des sexes de 1 à 1,4. Berkley et al.
21. Anderson, R: The Transmission Dynamics of Sexually Transmitted Diseases: The Behavior Component, Présenté au séminaire sur des études anthropologiques concernant la transmission sexuelle du VIH, Danemark, novembre 1990.
22. DeCosas et Pedneault, p.7.
23. DeCosas et Pedneault, p.2.
24. Benoît et al.
25. May et Stover, p.12.

Annexe G

Programmes soutenus par l'A.I.D. pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne¹

Introduction

Devant l'urgence et l'ampleur de l'épidémie du SIDA, on a assisté à une mobilisation très importante des ressources nationales et internationales. Tous les pays de l'Afrique subsaharienne ont leurs programmes nationaux de lutte contre le SIDA (PNLS) gérés par le Ministère de la Santé. Les PNLS ont mis au point, conjointement avec le Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS des plans à moyen terme qui se traduisent par des interventions pratiques. La plupart des pays gèrent ces plans depuis trois à cinq ans.

Les PNLS ont été créés comme des programmes verticaux au sein du MS mais elles fonctionnent comme des organisations indépendantes. Souvent les PNLS sont établies dans des locaux séparés de ceux du Ministère et leurs budgets sont entièrement soutenus par des bailleurs de fonds. A quelques exceptions près (Ethiopie), les coûts des activités de lutte contre le VIH/SIDA ont été presque entièrement assumés par la communauté des bailleurs de fonds.

Sur l'ensemble de l'Afrique, les bailleurs de fonds les plus importants sont les organisations et les fondations internationales, les Etats-Unis, les pays scandinaves et l'Allemagne. Le Royaume-Uni, le Canada, la Suisse, les Pays-Bas, l'Italie, l'ancienne URSS, la Belgique, la Finlande, le Japon et d'autres ont également financé des activités de prévention du VIH/SIDA. L'A.I.D. a été parmi les bailleurs de fonds les plus engagés dans sa lutte visant à confronter l'épidémie du SIDA en Afrique subsaharienne.

Vue générale des programmes de l'A.I.D. de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne

L'A.I.D. a engagé environ 100 millions de dollars depuis 1986 pour la prévention du VIH/SIDA en Afrique. Le financement a été utilisé pour suivre l'évolution du VIH/SIDA; sensibiliser davantage le Gouvernement et le grand public; aider les pays africains à mettre en place des programmes de prévention du SIDA et effectuer des recherches appliquées visant à améliorer les mesures de prévention. Un des grands problèmes freinant cette assistance est que les investissements pour la lutte contre le VIH/SIDA sont limités par les intérêts et les politiques des Gouvernements africains. D'autres contraintes concernent les capacités d'absorption des Gouvernements sur le plan de la santé préventive et des autres priorités de santé publique. Aussi, l'A.I.D. a-t-elle adapté ses réponses aux situations spécifiques des divers pays, insistant

¹ Il s'agit d'un extrait d'un document de l'A.I.D.

sur des interventions visant, soit à sensibiliser les Gouvernements à la lutte contre le VIH/SIDA, soit à augmenter l'utilisation des condoms et à changer le comportement sexuel. Les activités des projets de l'A.I.D. accordent une place très importante à l'éducation communautaire axée sur le changement d'attitudes et de comportements.

Politiques de l'A.I.D. et stratégies de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique

Les directives de politiques de 1987 de l'A.I.D. concernant la lutte contre le SIDA stipulent les quatre principes suivants guidant toutes les activités de prévention et de lutte soutenues par l'A.I.D.:

- . sensibiliser davantage les décideurs à l'impact du VIH/SIDA dans leur société;
- . se concentrer sur la prévention de l'infection;
- . créer des programmes durables; et
- . insister sur le suivi et l'évaluation continue des programmes.

En réponse à une directive récente venant de l'administrateur de l'A.I.D., l'agence est en train de revoir et de mettre à jour la politique concernant la lutte contre le SIDA. Ce travail devrait être achevé en octobre 1992.

Actuellement, l'approche stratégique à la prévention du VIH/SIDA, telle qu'adoptée par l'A.I.D. est axée sur :

- . diminuer la transmission sexuelle du VIH;
- . concentrer les ressources dans des pays clés;
- . forger des partenariats publics-privés;
- . mettre en œuvre des approches/interventions communautaires, et
- . renforcer les connaissances concernant le comportement sexuel et appliquer cette connaissance à la conception d'interventions plus efficaces.

La stratégie de lutte contre le VIH/SIDA adoptée par le Bureau Afrique est fondée sur les grands éléments suivants:

1. Promouvoir une **approche d'envergure régionale** car le virus du VIH ne s'arrête pas aux frontières nationales. L'ampleur et le type des programmes nationaux de l'A.I.D. sont surtout influencés par les éléments suivants:

- . prévalence actuelle du VIH;
- . transmission probable de la maladie déterminée par
 - prévalence d'autres maladies sexuellement transmissibles;
 - la dimension et la proportion de la population urbaine;
- . engagement et capacité du Gouvernement (ou autre engagement local); et
- . capacité de la mission USAID en matière de gestion d'un programme.

2. Chercher à appliquer les connaissances actuelles aux **mesures de prévention**. La recherche fondamentale et/ou les activités de traitement ne sont pas financées.
3. Accorder une place importante à la **surveillance** pour suivre la propagation du VIH/SIDA. L'A.I.D. collabore étroitement avec le Bureau américain du Recensement et d'autres organismes pour effectuer des activités de surveillance.
4. Demander aux **leaderships africains** de définir la portée du problème et les mesures de prévention et de lutte les plus appropriées. Le niveau de soutien budgétaire est un des indicateurs de l'engagement du Gouvernement hôte fasse à la prévention du VIH/SIDA (affecté soit au Gouvernement hôte ou aux bailleurs de fonds ou aux deux).
5. Soutenir le **rôle directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS** tout en maintenant un soutien approprié pour les activités bilatérales de lutte contre le VIH/SIDA déployées par la mission de l'USAID dans le pays.
6. Se concentrer sur des **interventions ciblées** en faisant appel à toutes les organisations accessibles en Afrique, notamment tous les contractants et bénéficiaires de l'USAID, à d'autres organismes du Gouvernement américain ainsi qu'à d'autres organisations non-gouvernementales basées aux Etats-Unis ou dans les divers pays.
7. Encourager l'**intégration des interventions de lutte contre le VIH/SIDA** à toute activité de santé, de population et de nutrition mises en œuvre par l'USAID dans les pays.
8. Fournir financement et assistance technique pour des programmes visant à **encourager la continence sexuelle chez les adolescents, la monogamie conjugale et à décourager "le comportement à hauts risques."** Fournir également des **condoms** pour certains programmes nationaux.
9. Chercher à **mobiliser des institutions des secteurs privé et bénévole** pour encourager des interventions durables réalisées à partir de la base.

Evolution du programme A.I.D. de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique

Au fur et à mesure que le SIDA a atteint des proportions graves, la stratégie de l'A.I.D., pour faire face au problème, a évolué afin de répondre aux priorités changeantes. Au départ, en 1987, les efforts étaient limités et les ressources transitaient par le biais de l'OMS. A la fin de l'exercice 1987, le Bureau de Recherche & Développement (R&D) (l'ancien Bureau de la Science et de la Technologie) a mis sur pied un important projet de soutien technique pour le SIDA administré centralement (ATSP) dont la mission était de fournir un soutien technique dans le monde entier. Le projet de soutien technique pour le SIDA (ATSP) était mis en œuvre par trois grandes organisations chargées de réaliser les interventions de lutte contre le VIH/SIDA: Family Health International (AIDSTECH), l'Académie pour le Développement de l'Education

(AIDSCOM) et les Centers for Disease Control.

En Juin 1988, le projet de Prévention régional du VIH/SIDA en Afrique (HAPA) du Bureau Afrique fut créé pour accélérer le soutien apporté aux initiatives des missions en vue de lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique. Ce projet parapluie était conçu pour compléter les ressources existantes apportées par l'A.I.D. à la lutte contre le VIH/SIDA et pour apporter une assistance rapide et souple aux interventions soutenues par l'USAID en Afrique. Le projet HAPA a financé des sous-projets réalisés par des entités des pays hôtes, des organisations bénévoles privées et d'autres institutions du secteur privé capables de mettre en œuvre des activités de lutte contre le SIDA dans des pays africains. Les missions de l'USAID qui prévoient la nécessité d'élargir les programmes de prévention du SIDA sont en train de renforcer leurs activités de prévention dans le cadre de leurs programmes de développement bilatéral, soit en mettant sur pied leurs propres projets de lutte contre le VIH/SIDA, soit en intégrant les volets de lutte contre le VIH/SIDA à des projets bilatéraux de santé et de planification familiale (existants ou nouveaux) et, le cas échéant, à d'autres programmes de développement.

Parmi les grandes interventions possibles par le mécanisme central ou régional, on note les programmes d'IEC; un meilleur accès aux condoms; la lutte contre les MST; la recherche appliquée, opérationnelle et comportementale; la formation; la surveillance épidémiologique et l'acquisition de tests de diagnostic et d'équipements de laboratoires connexes. Une expertise technique a également été fournie pour aider les missions de l'USAID à concevoir, à mettre sur pied et à évaluer les sous-projets de lutte contre le VIH/SIDA.

L'approche initiale à la prévention du VIH/SIDA utilisait une stratégie "cible d'opportunité", réalisant toute une gamme de petits projets pour voir ce qui réussissait à l'époque où le SIDA était encore une question très délicate dans de nombreux pays. Des activités de prévention furent démarrées chaque fois que possible, axées sur diverses interventions souvent en travaillant sur les questions des dons de sang qui étaient moins délicates du point de vue politique.

Certains pays africains ont été retenus au départ sur la base de critères tels la prévalence urbaine du VIH et des MST, la dimension et le pourcentage de la population urbaine, la capacité d'absorption et la réceptivité du pays hôte, les intérêts américains sur le plan politique étrangère et le soutien de la mission de l'USAID.

Un examen à mi-parcours du projet central ATSP en 1989 et une évaluation en 1991 du projet régional HAPA ont valu une approche complète pour le soutien à la prévention et à la lutte contre le VIH/SIDA. Les progrès de la science ne permettaient pas de mettre en place un programme détaillé et ciblé et d'ailleurs, les pays bénéficiaires de l'A.I.D. n'étaient pas prêts à accepter de telles interventions.

Au début de 1991, à la suite de nombreux examens techniques internes et externes et analyses de l'enseignement tiré des quatre premières années de prévention du SIDA, l'A.I.D. a reconçu le projet central ATSP et a amendé le projet régional HAPA. Le projet ATSP a été reformulé pour servir de nouveaux mécanismes face au besoin grandissant d'avoir des programmes de

prévention complets pour endiguer l'épidémie croissante du VIH/SIDA. C'est le Bureau Recherche & Développement qui s'est occupé de ce travail, en collaboration avec les bureaux régionaux, les missions et d'autres divisions opérationnelles et de politiques de l'A.I.D. Ce travail concernait toute l'agence et a pris pratiquement un an.

Dans le cadre du projet ATSP reformulé, un accord de collaboration a été conclu avec Family Health International (FHI) pour mettre sur pied le nouveau projet de lutte et de prévention du SIDA (AIDSCAP). FHI et ses sous-traitants mettront en œuvre des programmes de prévention du VIH/SIDA en collaboration avec des missions de l'USAID.

Toutes les activités déployées par l'agence concernant la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique soutiennent la politique actuelle demandant que les ressources de l'A.I.D. et du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS soient complémentaires. L'OMS fournit coordination et planification et l'A.I.D. soutient la mise en œuvre dans les pays. La politique de l'A.I.D. vise également à fournir un plus grand soutien aux OBP aux ONG des pays.

Faisons le point

L'A.I.D. a financé des activités de prévention et de lutte contre le SIDA dans 39 pays africains. Au fur et à mesure que l'agence acquérait une plus grande expérience en matière de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA, elle dirigeait ses efforts vers les activités suivantes: suivi du VIH/SIDA; sensibilisation des Gouvernements et du grand public; soutien aux pays africains pour la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH et recherche appliquée afin d'améliorer les mesures de prévention.

Dans le cadre du projet ATSP, AIDSTECH et AIDSCOM ont réalisé des activités dans plus de 30 pays africains. Une grande partie de ces activités seront continuées et renforcées dans le cadre du projet AIDSCAP. Jusqu'à présent AIDSCAP a aidé les missions de l'USAID à mettre en place des programmes étendus de lutte contre le SIDA ou a fourni une assistance technique dans 13 pays et commence la mise en œuvre de programmes importants dans quatre de ces pays (Ethiopie, Nigéria, Sénégal et Malawi).

Le Bureau Afrique, par le biais du projet HAPA, a soutenu des projets dans 20 pays (Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Malawi, Mali, Rwanda, Sénégal, Afrique du sud, Swaziland, Tanzanie, Ouganda, Zaïre, Zambie et Zimbabwe). Le projet HAPA a recruté plus de 21 organisations d'exécution qui ont utilisé les capacités institutionnelles locales (par exemple les OBP/ONG) pour compléter l'assistance axée sur des interventions.

Les activités communautaires réalisées par des OBP/ONG/universités ont permis de renforcer les capacités des organisations désirant participer à la lutte contre le VIH/SIDA en Afrique. On notera le programme très réussi au Zaïre de marketing social des condoms et la fameuse vidéo ougandaise concernant la lutte contre le SIDA "It's Not Easy." Ce film est utilisé actuellement

sur l'ensemble de l'Afrique pour les activités d'éducation concernant le SIDA et a été traduit dans plusieurs autres langues. Parmi les autres travaux-jalons couronnés de succès, notons la découverte de la forte association entre l'infection par le VIH et la présence d'autres maladies sexuellement transmissibles; la découverte de plusieurs tests simples de diagnostic, appropriés du point de vue technologique, pouvant être utilisés dans les laboratoires et cliniques austères de l'Afrique et l'approche novatrice du secteur privé concernant le SIDA sur les lieux du travail.

Les Ministères de la Santé de certains pays tels que l'Ouganda, le Zaïre, la Zambie, le Zimbabwe et le Botswana ont co-financé des activités de lutte contre le SIDA par le biais de programmes mobilisateurs de monnaie locale. Des OBP et d'autres bénéficiaires (notamment Save the Children, CARE, Project Hope, World Vision, Experiment in International Living, Population Services International, Johns Hopkins University) ont assumé au moins 25 pour cent du coût des activités. Les CDC, le Bureau du Recensement, l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque mondiale ont apporté un soutien très important et coordonné étroitement avec l'A.I.D..

Mesures de l'impact des programmes

Comme toute la communauté scientifique internationale définit actuellement des mesures appropriées de l'impact des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, l'utilisation des indicateurs de processus (tels que le suivi des ventes de condoms) est actuellement le moyen le plus accessible pour mesurer la performance des projets de lutte contre le VIH/SIDA. Les enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) financées dans plusieurs pays évaluent l'impact des programmes éducatifs en mesurant le niveau de sensibilisation (plutôt qu'un changement effectif du comportement sexuel) qui permettra de diminuer le risque d'infection par le VIH. Vu la longue latence de l'infection par le VIH, ces indicateurs peuvent fournir soit directement (en mesurant des changements dans la séroincidence des populations sentinelles), soit indirectement (en mesurant des changements dans l'incidence d'autres MST utilisant les MST comme mesure supplétive du VIH), une évaluation mesurable de l'impact des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. C'est l'A.I.D. qui est à la tête de la communauté internationale concernant ces enquêtes et, une fois les indicateurs appropriés validés, ils seront intégrés aux activités de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique.

Afin d'évaluer de manière plus précise le résultat des activités de prévention du VIH/SIDA, l'USAID a testé une série d'indicateurs pratiques des programmes de prévention du VIH pour évaluer l'état d'avancement des programmes et suivre les résultats dans le temps. En été 1991, l'USAID (en collaboration avec les CDC et l'OMS) a fait un test pilote à Jamaïque d'une liste préliminaire d'indicateurs que l'USAID et le Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS songent à adopter dans le monde entier comme mesure uniforme de l'état d'avancement des programmes. Lors d'une étape suivante, les indicateurs font également l'objet d'un test dans plusieurs contextes africains. Ce travail de validation est extrêmement important et permettra pour la première fois de mesurer l'impact qu'ont les activités de prévention, de comparer les programmes, les stratégies et les milieux d'intervention.

Les programmes pour suivre l'incidence et la prévalence du VIH/SIDA sont un volet fondamental et important des stratégies de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA. Le Centre de la Recherche internationale du Bureau américain du Recensement a gardé à jour et utilisé la base de données sur la surveillance du VIH/SIDA pour les analyses épidémiologiques et démographiques ainsi que pour les travaux de modélisation de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique. Cette base de données, démarrée et financée par l'A.I.D., est la première compilation internationale de toutes les données publiées et inédites concernant la séroprévalence et l'épidémiologie du VIH/SIDA en Afrique. La base de données a fourni des informations importantes étayant les décisions d'octroi de ressources pour le VIH/SIDA qui se fondent sur des critères épidémiologiques pouvant inclure des informations analogues sur d'autres maladies sexuellement transmissibles en Afrique.

Réponse future de l'A.I.D.

Dans un avenir prévisible, le VIH/SIDA restera un problème grave, atteignant probablement les proportions d'une crise dans certaines régions de l'Afrique. Les Gouvernements de la plupart des pays africains reconnaissent à présent les dimensions de l'épidémie du VIH/SIDA et ses répercussions de plus en plus adverses sur le développement. Ils sont en train de mettre sur pied des activités de prévention et de lutte contre la maladie. De plus en plus, les programmes soutenus bilatéralement dans le domaine de la protection maternelle et infantile, de la santé reproductive et de la planification familiale jouent un rôle capital en vue de mobiliser les efforts locaux et les ressources pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA. Il convient également d'envisager des approches novatrices permettant, le cas échéant, d'intégrer la prévention du VIH/SIDA aux programmes de la mission hors-santé et de population tels que l'éducation, la valorisation des ressources humaines, le secteur privé, l'agriculture et d'autres secteurs de développement (par exemple le SIDA sur les lieux du travail, le marketing social et les activités de formation).

Les politiques et les stratégies de l'A.I.D. ont été testées sur le terrain. Elles s'avèrent appropriées et efficaces pour aider des pays africains à mettre en œuvre leurs programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Par le passé, l'A.I.D. a collaboré étroitement avec les CDC et prévoit de continuer cette relation, surtout dans des domaines tels que le diagnostic et le traitement des MST, la planification et la gestion des programmes de lutte contre le VIH/MST ainsi que le suivi et l'évaluation des programmes. L'A.I.D. prévoit de continuer à intervenir par le biais du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'OMS et de plus en plus par le biais des programmes bilatéraux. Cette approche est suffisamment souple pour pouvoir répondre aux différentes situations et pour ajuster des approches fondées sur l'expérience faite en Afrique.

L'A.I.D. vise l'équivalent de cinq pour cent du Fonds de Développement pour l'Afrique pour les activités de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA pendant l'exercice 1992 tel que l'a recommandé le Congrès et prévoit des niveaux analogues pour l'exercice fiscal 1993. Cela représente une expansion importante du programme de lutte contre le VIH/SIDA réalisée par

l'A.I.D. en Afrique. L'A.I.D. explore les possibilités d'élargissement des programmes au sein de ces stratégies peu payées, renforçant encore davantage son approche à trois axes pour la mise en place de programmes de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique.

Premièrement, le Bureau Afrique de l'A.I.D. et les missions en Afrique collaborent plus étroitement avec le Bureau Recherche & Développement, surtout le Projet de Soutien technique du SIDA, cherchant à renforcer les services en Afrique de manière efficace par rapport aux coûts en utilisant une combinaison des ressources du Fonds de Développement pour l'Afrique et du bureau central.

Deuxièmement, on a étudié les possibilités de mise sur pied d'autres programmes bilatéraux de lutte contre le VIH/SIDA plutôt que de continuer à dépendre en grande partie de l'approche projet régional du Bureau Afrique. Le projet régional HAPA a été prorogé jusqu'à la fin de l'exercice 1993 pour aider les missions de l'USAID à mettre sur pied leurs propres programmes bilatéraux de lutte contre le VIH/SIDA. Ensuite, les missions de l'USAID devront réaliser leur propre programme bilatéral et recevront une assistance technique de la part des organismes de collaboration de la part du Bureau de Recherche & Développement. Cela permettra à l'A.I.D. d'apporter une assistance plus étendue et complète à certains Gouvernements africains choisis dans le cadre des programmes bilatéraux.

Troisièmement, on cherche de plus en plus à élargir les programmes de l'A.I.D. en matière de santé et de planification familiale ainsi que les programmes des missions concernant d'autres secteurs du développement afin d'intégrer ou de renforcer les volets éducation et prévention du VIH/SIDA. Cela permettra à l'A.I.D. d'intégrer son programme de lutte contre le VIH/SIDA aux activités de santé préventive et de planification familiale en cours ou nouvelles qui se concentrent surtout sur le niveau communautaire. Par exemple, récemment au Ghana, un volet de lutte contre le VIH/SIDA à hauteur de cinq millions de dollars a été intégré au projet bilatéral de l'USAID de planification familiale et de santé. Des activités analogues sont en cours au Malawi et en Côte d'Ivoire.

Cette évolution vers la "bilatéralisation" vise à permettre une utilisation souple et adaptée des ressources des missions en vue de mettre sur pied leurs projets bilatéraux de lutte contre le VIH/SIDA en fonction de ce qu'elles ont appris à propos du VIH/SIDA dans le cadre de l'exécution des premières activités réalisées par l'A.I.D. dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA. Il convient toutefois de signaler que de nombreuses missions en Afrique de l'ouest n'ont que peu, voire pas du tout, d'expérience en matière de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA vu le niveau relativement faible d'attention que consacrent leurs Gouvernements hôtes à la lutte contre le VIH/SIDA (dû à la situation épidémiologique moins grave jusqu'à présent dans cette région). Un grand nombre de ces pays sont probablement arrivés au point de la courbe de l'épidémie du VIH où se trouvaient des pays tels que l'Ouganda, la Zambie et la Tanzanie en 1985-86. Ces missions auront besoin de plus de temps pour trouver et financer des organismes d'exécution appropriés, pour apprendre quelles sont les interventions les plus efficaces dans leur milieu et ensuite pour mettre sur pied des projets bilatéraux de lutte contre le VIH/SIDA.

Coordination des projets centraux, régionaux et bilatéraux en Afrique

Les Bureaux Afrique et Recherche & Développement ont collaboré cette dernière année en vue d'identifier des **pays prioritaires en matière de SIDA** avec des programmes complets de lutte contre le VIH/SIDA en tant que volet essentiel de leurs portefeuilles de développement. Pendant l'exercice fiscal 1993, 24 missions africaines élaboreront des programmes pour la prévention du VIH/SIDA, dix ont fait de la prévention du SIDA un des axes stratégiques de leurs programmes. Un sous-ensemble de ces **pays prioritaires** sera désigné comme pays **AIDSCAP** dont les programmes seront mis en œuvre par le projet AIDSCAP. L'A.I.D. nommera 15 pays prioritaires AIDSCAP dans le monde entier, probablement sept à huit en Afrique.

Le nouveau projet AIDSCAP fait suite partiellement aux résultats d'un examen interne des programmes de l'A.I.D. pour la prévention du SIDA et se fonde sur l'enseignement suivant:

1. Il est possible de prévenir l'infection du VIH sur une base limitée;
2. La demande accrue et un meilleur accès aux condoms est une des clés de la réussite rencontrée jusqu'à présent;
3. L'A.I.D. a rencontré les meilleurs résultats en travaillant avec des ONG et des OBP qui peuvent se mobiliser rapidement et répondre à la crise actuelle;
4. Le traitement et le diagnostic des MST joue un rôle très important au niveau de la prévention et de la lutte contre l'infection par le VIH;
5. L'A.I.D. n'a pas eu d'impact sur l'infection par le VIH au niveau national à cause du manque de concentration des ressources;
6. Il faut apprendre plus sur les communications pour le changement de comportement et le comportement sexuel surtout en Afrique pour pouvoir prévenir et lutter contre le VIH; et
7. L'A.I.D. a appris combien il était important d'utiliser de multiples canaux de communication visant au changement des connaissances et des attitudes face au comportement sexuel comme préalable au changement comportemental.

AIDSCAP a trois buts: 1/ améliorer la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte contre le VIH; 2/ améliorer les connaissances relatives au comportement sexuel et l'application de cette connaissance aux stratégies de communication pour le changement de comportement et 3/ un programme de réforme des politiques.

Améliorer les programmes de prévention du VIH: Les grandes interventions de cette catégorie portent sur 1/ le changement de comportement avec notamment une diminution du nombre de partenaires sexuels, 2/ un accès élargi et une utilisation plus grande des condoms et

3/ l'amélioration du diagnostic et du traitement des MST.

Le projet formera des prestataires publics et privés ainsi que des particuliers et des groupes (par exemple les praticiens traditionnels) qui sont en mesure de fournir des informations et d'influencer les comportements. Le projet mettra également sur pied une capacité interne de formation et de recyclage pour le personnel soignant. Le projet utilisera deux grandes approches pour élargir l'accès aux condoms: 1/ les programmes de marketing social des contraceptifs et 2/ les partenariats publics-privés pour le marketing et la distribution de condoms.

Améliorer les stratégies de communication pour le changement de comportement: Une recherche sera faite pour améliorer les connaissances sur le comportement sexuel et les résultats seront appliqués aux stratégies de communication visant à changer le comportement. C'est là un des grands éléments du plan stratégique pour le SIDA mis au point pour les pays prioritaires (confère discussion ci-après sur les pays prioritaires). Le projet comportera des sous-accords pour financer les travaux de six éminents spécialistes des sciences comportementales et/ou de leurs institutions afin de faire une recherche poussée portant sur la communication pour le changement comportemental. Les chercheurs aideront également à planifier et à exécuter le plan stratégique du pays pour le changement de comportement.

Réforme des politiques: AIDSCAP, par le biais de modèles de simulation informatisée, fournira des informations vitales nécessaires pour convaincre les décideurs de la gravité du SIDA. Le projet fournira également des informations sur les répercussions éventuelles de l'épidémie sur le développement et l'efficacité des activités de lutte et de prévention. Les modèles sont conçus pour répondre à des questions du type suivant: Quel sera le nombre de cas de SIDA à l'avenir? Est-ce que le SIDA aura des répercussions plus grandes que d'autres maladies telles que le paludisme et la rougeole? Quels sont les coûts relatifs du programme de prévention comparé aux futurs coûts de traitement? Quels sont les effets relatifs des différentes stratégies d'intervention?

Un programme complet comprend toute la gamme de volets d'un programme dont les interventions d'IEC; la recherche et l'évaluation de comportement; la logistique; les conseils; la surveillance et le suivi; la formation et les produits (équipement médical et médicaments pour le traitement des MST). Une fois qu'un pays est désigné priorité AIDSCAP, un plan stratégique pour la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA sera mis au point par une équipe d'assistance technique de FHI, la mission de l'USAID et le Gouvernement hôte. Un conseiller résident et un personnel d'assistance technique seront ensuite affectés sur le terrain pour aider à mettre en œuvre le plan national de prévention stratégique.

Le classement des pays prioritaires en Afrique est encore à l'étude. Les pays prioritaires AIDSCAP de la première année en train d'être envisagés par les missions de l'USAID, les Gouvernements hôtes et le Bureau Afrique sont le Malawi, la Tanzanie, le Nigéria, le Sénégal, le Rwanda et l'Éthiopie. La sélection finale des pays prioritaires AIDSCAP se fondera sur les critères suivants:

1. engagement de la mission face aux activités de lutte contre le VIH/SIDA
2. transmission potentielle du VIH (niveaux de VIH et de MST)
3. dimension et distribution de la population
4. engagement du pays
5. capacité de réponse du pays
6. disponibilité des fonds bilatéraux
7. disponibilité des fonds d'autres donateurs.

Le projet fournira une assistance technique et d'autres formes d'aide à tous les pays non-prioritaires qui le demandent, dans la mesure où le permettent les ressources. Le personnel de l'assistance technique sera chargé de maintenir un fichier de consultants experts dans les trois domaines prioritaires: MST, accès aux condoms et demande de condoms/diminution de partenaires ainsi que dans d'autres domaines souvent demandés: IEC, conseils et prise en charge, évaluation et surveillance et épidémiologie.

Le projet a ouvert trois bureaux régionaux pour l'Afrique, l'Asie, l'Amérique latine et les Caraïbes afin de faciliter la prise de décisions décentralisées sur le terrain et contribuer aux capacités de lutte et de prévention du VIH/SIDA dans les pays mêmes.

Annexe H

Méthodologie de projection pour les besoins en condoms

Trois modèles ont été mis au point pour estimer le nombre de condoms nécessaires pour un programme de prévention efficace contre le VIH/SIDA. Deux approches sont utilisées dans ces modèles: 1/ une approche cherche à protéger une certaine proportion de la population urbaine masculine, et 2/ une approche cherche à protéger une proportion de toutes les relations sexuelles au sein de la population.

Deux modèles utilisent la première approche. Le Modèle 1, proposé par l'OMS en 1991, envisage deux étapes pour prévoir les besoins en matière de condoms d'un nouveau programme de prévention du VIH/SIDA. L'estimation initiale prend une proportion de la population urbaine d'hommes auxquels on applique une fréquence coïtale. On ajoute une perte de 0,1 et un stock de sécurité de 0,5. La proportion d'hommes provient des enquêtes, des dossiers de services de planification familiale, etc. Généralement, on applique une fréquence coïtale de deux par semaine. Les estimations futures sont faites en fonction de la capacité du programme à motiver les utilisateurs à distribuer les condoms et la fréquence coïtale peut être tirée des données locales disponibles. Bien qu'il s'agisse d'un modèle facile à utiliser, il surestime la fréquence des coïts puisqu'il assume que les gens mariés et célibataires ont le même nombre de relations sexuelles, et par conséquent il est possible qu'il surestime également le nombre de condoms qui devraient être utilisés.

Le Modèle de mise au point par Way et Stanecki introduit un nouveau concept: l'impact que peut avoir le niveau d'utilisation des condoms sur l'épidémie du VIH/SIDA. Le modèle du Bureau américain de Recensement d'évaluation de l'impact de l'utilisation des condoms sur l'épidémie du VIH/SIDA sur lequel se fonde le Modèle 2 conclut que le taux de prévalence du VIH se stabiliserait à un niveau légèrement supérieur au niveau actuel d'ici l'an 2015 si 15 pour cent de la population urbaine masculine âgée de 15 à 64 ans utilisait des condoms pour tous les rapports sexuels. Des niveaux d'utilisation plus faibles au sein de ce même groupe à risques feraient augmenter de beaucoup la prévalence du VIH/SIDA. Des niveaux d'utilisation plus élevés pourraient faire diminuer la prévalence du VIH en dessous des taux actuels.

Dans le Modèle 2, la proportion d'hommes des zones urbaines qui devraient utiliser des condoms dans le cadre du programme de prévention du SIDA est prédéterminée en fonction de l'impact souhaité. Une autre hypothèse est que les hommes mariés et célibataires ont des fréquences coïtales différentes par année, 100 par homme marié qui incluent dix relations extra-conjugales et 60 coïts par homme célibataire. Différentes proportions de fréquence coïtale devant être protégées peuvent être supposées par le modèle en fonction des caractéristiques de la communauté. L'estimation la plus faible de ce modèle suppose que toutes les relations sexuelles au sein du mariage sont complètement sûres et que c'est uniquement nécessaire pour protéger les autres.

Le Modèle 3, qui utilise la seconde approche, est un modèle informatique sophistiqué mis au point par Mario Jaramillo qui tient compte des comportements sexuels distincts entre hommes des zones urbaines et rurales, hommes mariés et célibataires, maris fidèles et infidèles. Il prend également en compte des groupes cibles spécifiques: maris à hauts risques, prostituées et hommes célibataires à hauts risques; la prévalence de l'utilisation des condoms et la fréquence coïtale au sein de ces groupes sont également prises en ligne de compte.

Ce modèle produit un ensemble de 23 tableaux contenant toutes les hypothèses et projection des groupes concernés, le nombre de condoms nécessaires et le coût de distribution des condoms pour le bailleurs de fonds. Le résultat de ce modèle réparti des quantités entre les zones urbaines et rurales et les projections sont faites pour cinq années consécutives.

Le modèle exige de nombreux paramètres mais les valeurs de remplacement de ces paramètres font que le modèle est facile à utiliser de manière préliminaire. On pourra changer ces valeurs lorsqu'on dispose de données fiables.

Les besoins en matière de condoms estimés par les trois modèles pour la population actuelle en Afrique subsaharienne en supposant que 15 pour cent de la population masculine urbaine utilisera les condoms dans le cadre des Modèles 1 et 2 et en utilisant les paramètres de remplacement du Modèle 3, sont tels que suit:

Première	Modèle 1	450 millions	
Approche	Modèle 2	377 millions	montant minimum*: 150 millions
Seconde	Modèle 3	123 millions	
Approche			

* En supposant que toutes les relations au sein du mariage soient tout à fait sûres, ce modèle ne comprend pas les pertes.

Le coût pour les besoins les plus faibles (123 millions de condoms) s'élèvent à 6,7 millions de dollars. Ce chiffre représente plus du double de la somme octroyée par l'USAID à l'achat de condoms.

Pendant l'année 1991, 242 millions de condoms ont été fourni par des bailleurs de fonds aux pays de l'Afrique subsaharienne dont 156 millions (65 pour cent) ont été distribués à 14 pays ayant les taux les plus élevés de prévalence de la contraception ou le plus grand nombre d'habitants. Les estimations des trois modèles pour ces pays indiquent que les différences entre les quantités fournies et les chiffres estimés sont très importantes pour les modèles 1 et 2. Ces différences sont encore plus grandes lorsqu'on ne tient pas compte du Zimbabwe et de la Tanzanie qui ont eu des fournitures exédentaires (confère tableau ci-après). Rien n'indique que les condoms dans ces pays aient été utilisés, au contraire, certains faits laissent à penser qu'ils ne l'ont pas été. Le cas du Zimbabwe représente un bon exemple: la prévalence spécifique tirée de l'enquête EDS (1988) de 1,2 pour cent ne correspond pas au niveau de prévalence obtenu grâce au CAP conféré par les condoms fournis pendant cette année qui est de 9,6 pour cent.

Bien que l'EDS ne soit pas une mesure très fiable de l'utilisation des condoms, l'ampleur de cette différence est préoccupante. Les condoms dans ce pays ont été distribués gratuitement aux utilisateurs, ce qui aurait pu influencer la mesure dans laquelle ils ont été effectivement utilisés.

**Comparaison de distribution de condoms à quatorze pays choisis
avec des estimations de trois modèles
(chiffres en millions d'unités)**

		14 pays africains*	12 pays africains**
Première approche	Modèle 1	496,1	442,6
	Modèle 2	268,3	239,4
Seconde approche		116,8	107,2
Distribués***		187,8	126,3
Différence première approche avec M-1		- 308,3	- 316,3
Différence avec M-2		- 80,5	- 113,1
Différence seconde approche		+ 71	+ 19,1

* Y compris la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Nigéria, le Sénégal, l'Ethiopie, le Kenya, Madagascar, le Mozambique, la Tanzanie, l'Ouganda, le Zimbabwe, le Cameroun, le Zaïre et le Botswana.

** Non compris la Tanzanie et le Zimbabwe.

*** Moyenne annuelle de condoms distribués par tous les bailleurs de fonds en 1990 et en 1991.

En conclusion, il est important de noter que des travaux utiles sont en train d'être effectués pour améliorer les capacités de prévision des condoms au sein des programmes. Par ailleurs, il est évident que les approches actuelles sont loin de représenter une méthodologie définitive et fiable. Les modèles actuels doivent faire l'objet de plus de tests dans des situations où la demande de condoms change rapidement. En outre, il faut chercher à mesurer l'utilisation effective des condoms ainsi que la distribution surtout si l'utilisation pourrait être influencée par le fait que les condoms sont vendus et non distribués gratuitement.

Annexe I

Bref examen de la planification familiale et du marketing social du VIH/SIDA en Afrique et dans d'autres endroits concernés

Le marketing social fait appel aux techniques du marketing commercial et aux ressources du secteur privé local pour vendre des contraceptifs et des produits de santé essentiels. Le but est de mettre à la disposition -- à des coûts abordables -- des groupes à faibles revenus des produits sanitaires d'importance vitale. Les prix sont subventionnés par des bailleurs de fonds ou des Gouvernements pour garder les prix au détail à un faible niveau. Le premier programme de marketing social a démarré en 1967 en Inde. Aujourd'hui, on compte plus de 40 programmes fournissant une protection à plus de dix millions de couples.

Il existe maints avantages à utiliser le secteur privé pour la prestation de services: Premièrement, il faut peu d'infrastructure complémentaire puisque les projets de marketing social utilisent les filières commerciales au gros et au détail qui existent déjà pour vendre les produits. Dans chaque pays, il existe des milliers de points de vente au détail -- épiceries, pharmacies, bars, hôtels, kiosques, boutiques, vendeurs dans la rue, cantines d'entreprises -- qui peuvent servir de points de distribution. Deuxièmement, l'utilisation des techniques du marketing commercial s'est avérée être un moyen extrêmement efficace pour créer la demande. Des campagnes publicitaires et promotionnelles diffusent des informations sur les produits, créent un besoin pour ces dernières et renseignent les clients sur les prix et les endroits où les produits peuvent être achetés. Troisièmement, le marketing social soutient la mise en place de l'économie locale en renforçant les capacités des industries et des services (par exemple études de marché, publicité, distribution commerciale et fabrication). Enfin, l'utilisation du secteur privé est une méthode de prestation efficace par rapport au coût, moins chère par exemple que les projets de distribution dans les centres de santé ou dans la communauté. Alors que les Gouvernements et les Ministères de la Santé arrivent de moins en moins à répondre aux demandes croissantes de prestations de services, de planification familiale et de santé préventive, le marketing social est de plus en plus vu comme une partie vitale d'un processus aboutissant à des soins de santé primaires complets.

Les volets les plus importants du marketing social sont le prix, la recherche, la promotion, le placement (distribution) et le produit. Généralement, les prix sont assez faibles pour être sûr que le produit entre dans les moyens des groupes cibles (consommateurs à faibles revenus) mais suffisamment élevés pour éviter toute perception de faible valeur du produit et pour encourager le recouvrement des coûts. Il existe souvent un équilibre délicat entre la nécessité d'un faible prix et le recouvrement des coûts, mais la plupart des données disponibles indiquent qu'il existe une corrélation négative prononcée entre des prix élevés à la consommation et des ventes élevées par habitant. Des études de marché permettent de déterminer les points des prix ainsi que les préférences des consommateurs pour les produits, le matériel de conditionnement et l'efficacité

des campagnes publicitaires. Les enquêtes de suivi, les interviews de groupe et les interviews surprise auprès des consommateurs et des détaillants sont autant de moyens utilisés pour suivre et évaluer les programmes de marketing social. Les marges bénéficiaires des intermédiaires commerciaux (distributeurs, grossistes et détaillants) sont fixées aux normes industrielles (ou plus élevées) pour encourager les commerçants à distribuer le produit. La promotion emprunte maintes formes: matériels au point d'achat, programmes interpersonnels et divertissants et, si les réglementations locales le permettent, publicité médiatique de marque. Les résultats ont été très impressionnants lorsqu'on a combiné des campagnes d'IEC et de motivation au marketing social des condoms (confère ci-après). La distribution est généralement confiée à des réseaux écoulant des biens de consommation et des produits pharmaceutiques. Dans le cadre de nombreux programmes, la force de vente locale est renforcée pour permettre des ventes ciblées à des groupes à hauts risques et pour apporter une formation aux détaillants portant sur les produits et la prévention du SIDA.

Les produits distribués par les programmes de marketing social sont notamment les condoms, les spermicides, la pilule, le stérilet et les injectables. D'autres produits sanitaires, tels que les sels de réhydratation orale, sont vendus pour lutter contre la déshydratation diarrhéique. De nouveaux produits, tels que ceux pour les traitements contre les MST, seront bientôt lancés sur des marchés tests choisis.

Généralement, les programmes de marketing social sont gérés par des organisations non-gouvernementales, par exemple par des associations de planification familiale et par des distributeurs commerciaux. De nouvelles organisations se sont créées récemment, dont certaines s'occupent de la prévention du SIDA. L'assistance technique fournie par les deux grandes organisations américaines spécialisées dans le marketing social, Population Services International (PSI) et The Futures Group, concerne essentiellement la gestion et le transfert de compétences et de technologies aux groupes partenaires.

Jusqu'il y a cinq ans environ, la plupart des programmes de marketing social se concentraient sur la planification familiale. D'importants programmes axés sur la planification familiale confèrent encore la majeure partie de la protection dans le monde: des programmes en Inde, au Bangladesh, au Pakistan et en Egypte ont fourni ensemble 6 549 677 CAP en 1991. La Société de Marketing social du Bangladesh a vendu des contraceptifs en 1991, fournissant 1 439 492 CAP; cela représente plus de neuf pour cent des femmes mariées en âge de procréer et plus de 40 pour cent de tous les couples utilisant la contraception.

En Afrique subsaharienne, le fait qu'on se rende de plus en plus compte qu'il faut stimuler la demande pour des condoms et assurer leur disponibilité auprès de groupes courant un risque élevé de contracter le virus du VIH/SIDA a valu une croissance très importante des programmes de marketing social pour la prévention du SIDA.

Le programme pionnier de marketing social pour la prévention du SIDA en Afrique a été démarré par PSI au Zaïre en 1987. Conçu au départ comme un projet pilote pour trois des 24 zones de santé de Kinshasa, le projet a rapidement montré la faisabilité du marketing social des

condoms pour la prévention du SIDA. Les ventes des condoms Prudence et des tablettes vaginales Graine ont démarré en novembre 1987 et mi-88, elles dépassaient tous les efforts de distribution des condoms faits jusqu'alors. En 1990, le total des ventes a atteint huit millions de condoms et en 1991, il est passé à 18 millions. Depuis la suspension des programmes de l'USAID/Zaire en octobre 1991, le programme de marketing social des condoms a démontré sa pérennité institutionnelle en continuant à vendre des condoms au taux de 2/3 millions par mois. En juillet 1992, les ventes mensuelles de condoms avaient à nouveau dépassé le million.

En 1988, le projet, conjointement avec le Comité national de lutte contre le SIDA et avec le financement de l'USAID, a mis sur pied une campagne médiatique visant à soutenir les activités de prévention du SIDA dans le pays. Les messages donnés dans la presse, à la radio, à la télévision et par les groupes de théâtre locaux étaient dirigés vers la population à hauts risques. Les messages, conçus pour sensibiliser le public aux diverses manières dont on peut se prémunir contre la transmission du VIH, encourageaient l'adoption de comportements sexuels sans danger. La collaboration avec le Comité national de lutte contre le SIDA du pays hôte a été extrêmement importante pour s'assurer que les messages seraient appropriés à la culture donnée (messages diffusés et imprimés dans les cinq langues nationales) pour obtenir l'aval officiel et des créneaux de diffusion gratuits. Une recherche associée au projet a permis d'étayer les changements de comportement chez les zairois. Pendant les deux premières années de la campagne médiatique, le projet de marketing social des condoms de PS a connu une augmentation de 1000 pour cent des ventes annuelles de condoms.

La réussite du programme zairois a encouragé la création de nombreux nouveaux programmes de marketing social pour la prévention du SIDA. De 1987 à 1991, plus d'une douzaine de nouveaux programmes ont été démarrés. Aujourd'hui, on trouve des programmes de marketing social au Bénin, au Burkina Faso, au Burundi, au Cameroun, en République centrafricaine, en Côte d'Ivoire, en Ethiopie, au Ghana, en Guinée, au Kenya, au Malawi, au Mali, au Nigéria, au Rwanda, au Togo, en Ouganda, en Zambie, au Zaire et au Zimbabwe.

Dans le cadre projet SOMARC II financé centralement, The Futures Group est en train de réaliser une campagne de messages doubles dans neuf pays africains.¹ Les études de marché faites dans plus de 13 pays indiquaient de grandes analogies concernant l'image et l'utilisation du condom dans les divers pays:

- . En général, les condoms ont des connotations très négatives et les gens sont embarrassés ou ont honte d'admettre qu'ils les utilisent.
- . Les condoms sont rarement jugés comme un moyen de contraception acceptable au sein d'un couple marié, mais sont davantage un moyen utilisé avec des prostituées.

¹ Ce qui suit est tiré de *Integration of HIV/Family Planning Messages at the Consumer Level* préparé par le projet SOMARC/The Futures Group

Les condoms sont souvent associés aux maladies plutôt que d'être vus comme une méthode acceptable de planification familiale.

On a décidé que, pour augmenter l'utilisation des condoms, il fallait d'abord changer l'image du produit en général. On a également constaté que les hommes trouvaient qu'il était positif de discuter des condoms comme d'une méthode de planification familiale. Ils aimèrent qu'on dise d'eux qu'ils utilisaient des condoms pour la planification familiale car c'était un comportement socialement acceptable alors qu'ils n'aimaient pas admettre qu'ils les utilisaient pour les MST/SIDA. Aussi, a-t-on conclu qu'il fallait une stratégie double intégrant la prévention du VIH et la planification familiale.

"Protector" a été retenu comme nom du condom qui serait utilisé pendant la campagne car il s'est avéré le plus motivant dans le cadre des programmes réalisés au fil des ans par SOMARC et que c'était le choix évident pour combiner un message double VIH/planification familiale puisque "protection" pouvait être le thème commun. L'image du produit, testée sur l'ensemble de l'Afrique, est une photographie d'un jeune couple en bonne santé et aisé, communiquant ainsi l'idée selon laquelle le produit pouvait être utilisé par des gens mariés.

Des études de marché ont été faites pour évaluer le nom et la conception du paquet. La plupart des réponses étaient au-dessus du niveau de 70 pour cent, indiquant que l'image montrait que le produit était probablement de haute qualité. Les réponses étaient généralement positives à plus de 80 pour cent concernant la question de savoir si le produit pouvait être utilisé par des gens mariés. Les réponses étaient également positives à plus de 80 pour cent à la question de savoir si le répondant allait utiliser personnellement le produit.

Une campagne médiatique a été mise sur pied avec les objectifs suivants:

- . communiquer le message double de protection: les condoms peuvent être utilisés pour la planification familiale ainsi que pour la prévention du SIDA/MST;
- . communiquer une image des condoms Protector comme étant un produit de haute qualité;
- . associer l'utilisation du condom à un comportement positif empreint de "sagesse";
- . changer l'image des condoms de la connotation négative à une image positive; et
- . enfin, faire de l'utilisation des condoms quelque chose d'acceptable dans la vie de tous les jours.

La campagne a utilisé la tradition africaine du conte avec le sage pour parler des aventures de deux hommes qui entament leur vie d'adulte. Le sage leur conseille de se protéger et de toujours utiliser un condom Protector. Le jeune homme qui utilise le condom a une vie heureuse et le nombre d'enfants dont il peut s'occuper. Le jeune homme qui n'utilise pas le condom tombe malade et se retrouve avec une grande famille dont il ne peut pas prendre soin. Le slogan

de la campagne est "Condom Protector: un choix éclairé."

Plus de 90 pour cent des personnes qui ont répondu au questionnaire d'évaluation de la campagne télévisée ont indiquées que le slogan était attrayant et que l'idée de se protéger était appropriée. Les réponses ont également indiqué que les consommateurs ont bien compris le double message et son importance. Les résultats de la campagne radiophonique à ces questions étaient essentiellement les mêmes et en plus, 90 pour cent des répondants ont dit qu'ils utiliseraient personnellement le produit.

Annexe J

Bref examen des activités de planification familiale et d'IEC pour le VIH/SIDA en Afrique et dans d'autres endroits concernés

Introduction

Les programmes de planification familiale en Afrique en sont à un stade de développement plus précoce que leurs homologues dans d'autres régions du monde en développement. Au départ, les services de planification familiale dans la plupart des pays étaient fournis dans des centres de santé, en Afrique, ce fut d'ailleurs le cas jusqu'à récemment. Au sein de la structure ministérielle, la planification familiale avait la place du parent pauvre. Situation due partiellement à l'indifférence, pour ne pas dire l'attitude franchement pronataliste, de la part de la majorité des Gouvernements africains face aux questions de population conjuguées au niveau élevé de la mortalité infantile.

Les années 80 ont vu un changement dans les attitudes de la plupart des pays africains qui se sont rendu compte qu'il fallait des services de planification familiale car les populations croissantes et l'austérité économique menaçait d'avaloir les fruits du développement bien avant que ceux-ci n'arrivent sur la table. Dans ce climat favorable, de nouvelles approches à la prestation de services et aux innovations sur le plan de l'IEC s'inspirant de l'expérience faite dans d'autres parties du monde ont commencé à proliférer sur le continent et tout un ensemble d'institutions internationales ont fourni une assistance technique, aussi bien aux programmes privés que publics de planification familiale.

Certaines des leçons apprises tout au long de ce processus en Afrique et dans d'autres parties du monde pourraient s'avérer utiles pour la mise en place des initiatives d'IEC destinées aux programmes de prévention du VIH/SIDA en Afrique puisque les publics cibles sont les mêmes: femmes en âge de procréer, hommes et jeunes. Par ailleurs, vu que par le passé, les activités de planification familiale s'adressaient surtout aux femmes, l'accent que mettent les activités de prévention du VIH/SIDA sur les hommes et les jeunes pourrait aboutir à de nouvelles approches permettant de mieux travailler avec les hommes et les jeunes et de supprimer les barrières de communication entre les sexes et les générations. En outre, l'urgence que suscite l'épidémie du SIDA pourrait aider à créer un climat plus ouvert au sein des pays et sur le plan international, permettant de discuter de questions telles que la sexualité, le rôle de l'homme et de la femme et la dépendance économique des femmes.

Certaines expériences spécifiques liées à la planification familiale et à l'IEC pour le VIH/SIDA

Il convient d'insister sur l'importance de faire participer le public cible à la conception d'une

activité d'IEC -- qu'il s'agisse de campagnes médiatiques ou de directives pour le counseling. Il n'y a pas si longtemps de cela, on aurait jugé que c'était là une approche novatrice dans le domaine de la planification familiale et pourtant, il y a encore trop de cas où elle est ignorée. Par exemple, lorsque le Zimbabwe a démarré en 1988 une campagne de sensibilisation au VIH/SIDA, ils ont utilisé certains matériels de formation européens et américains. Le résultat est que les infirmiers zimbabwe qui ont lu le matériel pensaient que le SIDA était une maladie ne touchant que les homosexuels. D'autres campagnes, telles que celle du "Zero Grazing" en Ouganda, semblaient une manière discrète de parler de la question de la fidélité conjugale pour sensibiliser les décideurs. Mais elle sema la confusion dans l'esprit du grand public qui ne voyait pas le rapprochement entre faire paître votre vache et attraper le SIDA. Dans la plupart des pays, la notion de ce qui est "acceptable" ou "inacceptable" est généralement bien plus prononcé chez les bureaucrates et chez l'élite qu'au sein de la majorité de la population.

Les activités d'IEC, notamment les mass médias, peuvent être utilisées efficacement pour fournir des faits sur la planification familiale ou sur le VIH/SIDA mais pour se diriger vers le changement de comportement, ces faits doivent aider les gens à prendre des décisions et des mesures concrètes. Pour cela, le public doit sentir que ces faits se rapportent à sa vie de tous les jours. Ces faits ne sont guère utiles s'ils sont utilisés pour menacer ou pour créer un climat de peur car cela entraîne, la plupart du temps, l'indécision et le manque d'action. Par exemple, une évaluation faite en 1991 de la campagne médiatique pour la prévention du VIH/SIDA en Ouganda indiquait que "la peur était de loin le sentiment prédominant" créé par la campagne et pourtant "malgré ce niveau élevé de peur, les faits continuaient à montrer que les gens pratiquaient un comportement sexuel à hauts risques." En fait, dans l'idéal, les activités d'IEC devraient être un moyen de responsabiliser les gens, individuellement et collectivement, pour qu'ils prennent des actions positives.

Depuis le milieu des années 70, des programmes de planification familiale se sont tournés vers le secteur privé pour pouvoir profiter de son expérience en matière de publicité et de marketing. L'utilisation de techniques telles que les groupes de décision par exemple est devenue chose courante pour élaborer les messages des campagnes médiatiques. L'efficacité de cette stratégie est évidente si l'on voit la réussite rencontrée par de nombreux programmes de marketing social dans le monde entier. Ces activités ont très nettement élargi l'accessibilité et l'utilisation des contraceptifs. Et surtout, elles ont eu un impact énorme sur la vente de condoms -- qui est particulièrement pertinente pour la prévention du VIH/SIDA puisque les condoms sont actuellement la seule source de protection, outre la continence et la monogamie.

Mais même la meilleure campagne d'IEC au monde ne sera pas utile si on ne trouve pas les services et les produits pour pouvoir prendre des actions concrètes. Il existe de nombreux exemples, surtout en Afrique, de gens qu'on a motivés et poussés à aller consulter des centres de santé pour obtenir des services de planification familiale et qui, lorsqu'ils l'ont fait, ont dû faire face à un nombre limité d'heures de services, des pénuries de contraceptifs, un traitement peu courtois de la part du personnel soignant, etc. De même, il y a eu des cas où une campagne de lutte contre le VIH/SIDA a cherché à augmenter le nombre de personnes demandant à passer un test de détection des anticorps anti-VIH, alors qu'il n'y avait pas assez d'agents de santé pour

répondre à la demande ainsi créée. Il est encore plus difficile de pousser le client mécontent à "essayer encore une fois" plutôt que de motiver les gens pour la première fois.

Il a été démontré que, pour mettre sur pied des activités efficaces d'IEC, le plus sûr était d'essayer des idées dans le cadre de petits projets pilotes, puis de les réaliser à plus grande échelle. Seulement, un des pièges est de supposer que, si cela réussit au Zimbabwe, il n'y a pas de raison que cela ne réussisse pas au Zaïre. Il faut concevoir des programmes suffisamment souples pour pouvoir procéder à tous les ajustements nécessaires pour réaliser des activités de manière appropriée face aux circonstances locales.

A l'instar de la planification familiale, les programmes de prévention du VIH/SIDA cherchent à changer un comportement personnel intime, entouré d'une forte pression émotionnelle, sociale et même politique face à ce qui est acceptable et à ce qui ne l'est pas, normes généralement très différentes selon qu'on les applique à un homme ou à une femme. La nature mortelle de l'épidémie du SIDA nous oblige à mieux comprendre comment ces forces influencent le comportement pour que nous puissions concevoir des programmes qui aident les gens à prendre des mesures salvatrices. Cette connaissance permettra également aux responsables des programmes de planification familiale et de lutte contre les MST de mieux répondre aux besoins de leurs clients.

Les mass médias peuvent être un moyen très efficace pour sensibiliser l'opinion mais si l'on veut changer des comportements, il vaut mieux les combiner à des approches individuelles et collectives au niveau local. En outre, des études faites dans plusieurs pays africains (Kenya, Ouganda et Zaïre) montrent que, si la plupart des hommes indiquent qu'ils ont entendu parler du SIDA à la radio ou par le journal, la majorité des femmes par contre, ont entendu parler de la maladie en s'entretenant avec d'autres personnes. Aussi, si les femmes sont un public cible, d'autres moyens de communication devront probablement être utilisés si on veut les atteindre directement. Par ailleurs, un certain nombre d'études ont montré que les ventes de contraceptifs tendent à chuter lorsqu'on arrête des campagnes publicitaires, ce qui nous montre bien les rôles de renforcement mutuels que jouent les mass médias et la communication interpersonnelle.

Les faits ne manquent pas qui nous montrent que le divertissement est un moyen efficace, aussi bien pour apporter des informations que pour influencer le changement de comportement. Chansons populaires, feuilletons et théâtre traditionnel ne sont que quelques unes des formes de divertissement qui ont été utilisées avec succès, aussi bien pour encourager la planification familiale que pour prévenir le SIDA. Au Zaïre, la chanson d'un des artistes les plus connus dans le pays, appelée "la chanson du SIDA", est jugée être le facteur qui a poussé en grande partie à l'augmentation très notable de l'utilisation des condoms. Au Mali, un projet de recherche opérationnelle a étudié l'efficacité d'une troupe de théâtre mobile, présentant des informations et encourageant une discussion de la planification familiale pour voir si cela aurait un impact sur l'acceptation de la contraception. Le divertissement pourrait s'appliquer tout particulièrement en Afrique où la couverture médiatique moderne est limitée, tout spécialement à la télévision et où il existe encore une solide tradition de communication orale.

La participation de célébrités permet de mieux sensibiliser le public. Aux Etats-Unis, la déclaration de Magic Johnson, indiquant qu'il est séropositif, a probablement permis, mieux que n'importe quelle autre activité, d'humaniser le visage de l'épidémie du SIDA pour les américains, tout particulièrement pour les hommes jeunes.

La qualité des relations interpersonnelles entre clients et personnel soignant s'est avérée être un facteur important au niveau de l'acceptation et de l'utilisation continue de la méthode de planification familiale choisie par le client. Mais les compétences nécessaires pour fournir des conseils sur la prévention du VIH/SIDA n'entreront pas dans les qualifications des prestataires de la planification familiale, même s'ils sont capables, à moins que leurs collègues et superviseurs ne leur fournissent une formation complémentaire et un soutien en cours d'emploi.

Généralement ce sont les groupes de camarades qui font les conseillers et les éducateurs les plus efficaces. De même qu'un utilisateur satisfait de la planification familiale peut jouer un rôle très important en motivant ces camarades pour qu'ils adoptent la contraception, le contact personnel avec des gens qui ont utilisé les condoms ou avec ceux qui ont déjà contracté le SIDA peut aider à motiver le changement comportemental. De même, les programmes de planification familiale les plus réussis pour les adolescents sont ceux où les jeunes eux-mêmes ont diffusé l'information.

Annexe K

Futurs besoins de recherche

Des travaux sont réalisés sur certaines des questions suivantes mais pas sur toutes, et en plus, des travaux complémentaires devront être faits sur la plupart de ces sujets.

Méthodes barrières, mécaniques et chimiques et spermicides

Des recherches doivent être faites pour déterminer l'acceptabilité, l'efficacité et l'innocuité des méthodes barrières, chimiques et mécaniques, surtout celles contrôlées par les femmes en vue de diminuer la transmission des maladies sexuellement transmissibles dont le SIDA et en vue d'éviter la grossesse.

La recherche en cours dans ce domaine porte sur l'efficacité des nouveaux spermicides (et ceux existants) en tant qu'agents microbicides pouvant prévenir la transmission des MST et du VIH; sur la préférence des consommateurs; sur la fiabilité des différentes tailles et marques de condoms ainsi que sur des études sur les mousses contraceptives et le diaphragme.

Le contrôle de qualité des condoms semble être un problème chronique. Il convient de faire plus de recherches sur le contrôle de la qualité des condoms et des conditions locales.

Une recherche sur les barrières mécaniques et chimiques devait être faite de paire avec la mise au point ou l'amélioration de méthodes barrières pour les hommes et les femmes. Les nouveaux développements prometteurs concernent notamment le condom en polyuréthane, plus solide et plus résistant à la chaleur, à la lumière et aux lubrifiants à base d'huile que le condom en latex et plusieurs versions de condoms pour femmes. Trois types de condoms féminins ont été mis au point, Women's Choice, qui est inséré comme un tampon, Reality inséré comme un diaphragme et un troisième qui est un dispositif en latex placé sur l'ouverture du vagin.

Il faudra également trouver une méthode qui protège la femme contre les MST et/ou le VIH mais qui lui permette de tomber enceinte.

Une recherche comportementale doit être faite continuellement sur les attitudes et les pratiques locales concernant les condoms. Cette recherche devrait déterminer les conditions culturelles, sociales et personnelles influençant la motivation et l'utilisation (ou la non-utilisation) des condoms et d'autres méthodes barrières au sein de sous-groupes de la population (Germain, et al. 1992).

Interactions VIH-contraceptifs

On manque d'informations solides concernant la relation entre l'utilisation de la contraception et le VIH. Il faut plus d'informations sur l'impact qu'en ont les différentes méthodes de contraception sur la transmission et sur la progression du VIH chez les femmes.

En juin 1990, l'OMS indiquait que "au regard des connaissances actuelles, l'utilisation des condoms en latex semble être la meilleure stratégie pour prévenir la transmission du VIH pendant le rapport sexuel." Les données de laboratoire indiquent que le sperme ne peut pas passer au travers d'un condom intact en latex et que ce sperme est détruit par une concentration appropriée de spermicides. De même, les données de laboratoire indiquent que le VIH ne peut pas passer au travers d'un condom intact en latex et que le VIH in-vitro est inactivé par des combinaisons de spermicides contenant du nonoxynol-9, du menfegol ou du chlorure de benzalkonium. Mais les études épidémiologiques semblent indiquer que l'utilisation du nonoxynol-9 n'est peut-être pas indiquée vu sa toxicité débouchant sur des lésions génitales. Des spermicides à eux seuls ne suffisent pas pour prévenir la transmission sexuelle du VIH. On est en train d'étudier leur efficacité pour prévenir la transmission s'ils sont utilisés conjointement avec des contraceptifs barrières tels que le condom, le diaphragme et l'éponge contraceptive (OMS, 1990).

Bien que le risque accru de contracter l'infection par le VIH chez les utilisatrices de la pilule donne lieu à certaines préoccupations, il n'existe aucune preuve pour le moment montrant que la pilule augmente la susceptibilité d'une femme de contracter l'infection par le VIH. Peu d'études ont été faites sur la relation entre les injectables et les implants et le risque de contracter l'infection par le VIH et on ne connaît pas ou on connaît mal leur impact sur la transmission du VIH. Puisque rien n'indique que la pilule, les injectables ou les implants protègent contre la transmission du VIH, il faudra conseiller aux utilisatrices de la pilule exposées aux risques de contracter le VIH ou les MST d'utiliser régulièrement les condoms.

Le peu d'études inédites sur la relation entre l'utilisation du stérilet et le risque que court une femme de contracter l'infection par le VIH ont des résultats contradictoires. Là aussi, l'aspect le plus important est que le stérilet ne protège pas contre le VIH et/ou les MST et que par conséquent, il faut conseiller à toute femme courant un risque d'utiliser des condoms.

VIH, santé de la procréation et décisions concernant la santé de la procréation

La recherche médicale en cours sur le VIH et la santé de la reproduction comprend des recherches sur la fécondité des femmes séropositives, sur les répercussions de l'infection par le VIH sur l'aboutissement de la grossesse et sur l'effet de la grossesse sur l'infection par le VIH.

Une recherche complémentaire dans les communautés doit être faite, portant sur les effets de la séropositivité sur les décisions en matière de procréation chez les femmes et chez les hommes infectés par le VIH.

Des recherches sont également nécessaires sur les risques relatifs des méthodes plus ou moins efficaces pour prévenir les grossesses et la maladie.

De même, des informations complémentaires sont nécessaires sur l'utilisation-efficacité (pour la prévention de la maladie et de la contraception), le coût-efficacité et l'acceptabilité d'utilisation simultanée de deux méthodes de contraception comparée à l'utilisation d'une méthode barrière, mécanique ou chimique.

Comportement sexuel et prise de décisions

Il convient de faire des recherches complémentaires sur la sexualité, le comportement sexuel et la prise de décisions sexuelles. Il faut de meilleures données sur le comportement sexuel et sur sa relation face à l'incidence et à la prévalence des MST et du VIH pour pouvoir comprendre la dynamique de la transmission, faire des courbes de la propagation et mettre sur pied des stratégies de lutte. Les informations concernant les pressions individuelles et culturelles poussant au comportement sexuel pourront être utilisées par les interventions visant à modifier le comportement existant.

Il convient d'étudier d'autres options que les relations sexuelles avec pénétration et, si elles sont localement acceptables, il convient de les encourager.

Il convient de faire des études qui traitent spécifiquement des conséquences comportementales à court et à long terme liées aux conseils et tests pour le VIH et les MST dans divers endroits.

Rôle de l'homme et de la femme et questions de pouvoir

Il faut mieux comprendre les questions liées au rôle de l'homme et de la femme et à leur pouvoir pour déterminer si une femme est capable d'adopter ou de négocier un comportement sexuel moins dangereux et il faut mieux comprendre la communication entre hommes et femmes pour pouvoir mettre sur pied des messages et des interventions appropriées.

Les relations de pouvoir entre sexes, notamment les racines économiques, sociales, culturelles et politiques, régissant les différences de pouvoir entre les femmes et les hommes ainsi que les stratégies des femmes en vue de leur propre estime devraient être évaluées dans le contexte de la santé de la procréation (Germain, et al. 1992).

Des stratégies devraient être testées, conçues pour que les femmes puissent contrôler quand et avec qui elles ont des relations sexuelles et pour qu'elles puissent se protéger elles-mêmes contre l'infection en pratiquant un "safe sex", surtout parce qu'elles négocient l'utilisation du condom (Germain, et al. 1992).

Il convient de tester des approches visant à encourager des hommes à adopter les comportements

sexuels qui respectent leur propre santé et la santé de la femme, leur dignité et l'intégrité corporelle (Germain, et al. 1992).

Adolescents

Une recherche comportementale sur la sexualité des adolescents pourrait être utile pour les programmes de planification familiale et de prévention du VIH/SIDA. Il faut tout particulièrement faire des recherches comportementales pratiques et ciblées, aussi bien pour la planification familiale que pour la prévention du VIH, surtout en ce qui concerne les jeunes. Il s'agit notamment de recherches sur la sexualité et le comportement sexuel des adolescents. Il faut chercher à mieux comprendre les pressions individuelles et sociales influençant le comportement sexuel des adolescents dans divers milieux, notamment les raisons faisant que les adolescents utilisent ou n'utilisent pas les condoms ainsi que les pressions économiques influençant les filles et les garçons à offrir des faveurs sexuelles à des hommes ou à des femmes plus âgés en contrepartie d'un soutien financier.

Hommes

Il convient de mettre sur pied et d'évaluer des approches permettant de faire participer les hommes aux programmes de planification familiale et de lutte contre les MST et le VIH.

Lutte contre l'infection

La lutte contre les infections est une question importante pour les programmes de planification familiale, de prévention des MST et du VIH. Les clients et le personnel soignant doivent être protégés contre l'éventuel risque d'infection par le VIH et les MST. Il faut faire une recherche opérationnelle pour mettre au point des méthodes vérifiant l'application régulière des procédures de lutte contre les infections.

Méthodes non-traditionnelles de prestations de services

Une recherche doit être faite pour voir comment on peut faire participer les guérisseurs traditionnels, aussi bien aux activités de population/planification familiale que de prévention du SIDA/VIH.

Prestations de services

Des études doivent être faites pour comparer et évaluer le coût-efficacité, l'efficacité, l'acceptabilité et la qualité des programmes intégrés ou verticaux pour la prévention et la lutte

contre les MST et le VIH et pour la planification familiale. L'acceptation de la contraception et les taux de continuation, les taux de complication suivant l'insertion du DIU et l'avortement, les taux de prévalence du VIH et les taux d'incidence de décès du fœtus (avortement spontané ou mort-né) ainsi que l'insuffisance pondérale à la naissance pourraient être certains des indices permettant d'être mesurés par rapport au coût de ces programmes (Wasserheit, 1989). D'autres mesures concernent l'impact des changements dans les services cliniques sur le nombre de patients, le temps d'attente, les ratios prestataires-clients, la disponibilité des soins et l'impact des services sur des résultats spécifiques ("safe sex", diminution des MST et des grossesses non-prévues, diminution de la fécondité, grossesse extra-utérine, déroulement adverse de la grossesse, adoption et continuation de la planification familiale, etc.) (OMS, 1989).

Il convient d'évaluer les obstacles freinant, chez les hommes et les femmes, la fréquentation des services de santé et de voir quelles sont les mesures possibles pour supprimer ces obstacles.

Il convient d'évaluer s'il est possible d'apporter des informations et des services pour la lutte contre le VIH et les MST par le biais des secteurs privé et informel (Germain, et al, 1992).

Il convient de concevoir et d'évaluer des approches de partage des coûts des services.

Systemes d'aiguillage

Des systèmes d'aiguillage efficaces (pour les conseils, les tests de détection des MST et des anticorps anti-VIH, le traitement des MST et des services de planification familiale) seront très importants dans des pays comme l'Ouganda où il n'est ni possible, ni souhaitable d'intégrer entièrement la planification familiale et les activités de prévention des MST et du VIH. Dans ces endroits, la recherche opérationnelle concernant les divers moyens permettant un fonctionnement optimal des systèmes d'aiguillage est tout à fait prioritaire. Des méthodes/outils pour suivre ces systèmes et évaluer leur efficacité devraient être perfectionnées et/ou mises au point.

Dépistage des risques

La détection précoce des MST est d'importance cruciale pour lutter contre ces infections et leurs effets secondaires (par exemple les inflammations pelviennes et la stérilité) surtout chez les femmes. Les études devraient évaluer l'impact du dépistage des MST sur la prévalence des MST dans la communauté et sur l'incidence de ces effets secondaires. Des données devraient être réunies auprès de groupes sentinelles à hauts risques (par exemple les prostituées) et de groupes dans des services accessibles (par exemple les clients des services prénatals, de planification familiale et de protection maternelle/infantile). Ces données aideraient à définir les groupes cibles permettant un dépistage efficace par rapport au coût dans les divers pays.

Une recherche opérationnelle est nécessaire pour déterminer une approche optimale au dépistage des risques chez les clients.

Groupes noyaux et groupes cibles

Une recherche opérationnelle est nécessaire sur l'impact de services spécifiques visant des groupes cibles et sur l'efficacité des divers canaux de communication et des messages choisis pour atteindre des publics cibles spécifiques. Il faudrait également étudier la question de savoir si ce ciblage entraîne une marginalisation des groupes en question.

Une recherche complémentaire est nécessaire, portant sur les caractéristiques des groupes cibles atteints de MST dans les différentes sociétés, le rôle du commerce sexuel dans la transmission générale des MST dans divers endroits, les modes de sélection des partenaires locaux selon les endroits, les facteurs à l'origine de la prévalence élevée des MST au sein de groupes cibles et les facteurs responsables de la transmission des MST de groupes cibles à non-cibles.

Recherche en matière de MST

Des recherches complémentaires sont nécessaires sur les effets des différents contraceptifs sur les infections du tractus génital.

Des études évaluant le coût-efficacité des antibiotiques prophylactiques pour l'insertion du DIU et l'arrêt de la grossesse devraient être continuées.

Il convient d'étudier davantage l'impact de l'infection par le VIH sur la présentation, l'histoire naturelle, le diagnostic et la réponse du traitement de MST spécifiques. Il convient également de faire des recherches complémentaires concernant l'influence qu'ont le diagnostic et le traitement spécifique des MST sur la transmission et la progression du VIH.

Il convient d'étudier davantage l'effet des méthodes hormonales de planification familiale sur le risque de contracter des MST sur l'histoire naturelle des MST. Il convient également de faire des recherches complémentaires sur l'effet des méthodes barrières chimiques et mécaniques et sur les modes d'utilisation de ces méthodes sur le risque de transmission des MST.

Des études devraient être faites pour déterminer l'effet de la distribution des condoms sur l'incidence des MST dont le VIH dans la communauté.

Des travaux doivent être faits pour continuer l'élaboration d'algorithmes pour les diagnostics syndromiques et le traitement des MST surtout ceux concernant le diagnostic des MST et des infections du tractus génital chez les femmes. Le coût-efficacité du diagnostic syndromique des MST devrait être comparé aux algorithmes fondés sur des diagnostics étiologiques (l'approche syndromique au diagnostic et au traitement des MST se fonde sur un ensemble de symboles

appelés des syndromes plutôt que sur les agents étiologiques. En effet, l'approche étiologique exige des tests de laboratoires pour déterminer l'agent causatif avant de pouvoir faire le diagnostic).

La recherche sur le type correct et la posologie exacte de médicaments particuliers est capitale car une dose insuffisante peut souvent augmenter la résistance de certaines MST, tout particulièrement celle de la gonorrhée et du chancre mou, aux traitements traditionnels. Il faut également des antibiotiques efficaces et qui ne présentent aucun danger pendant la grossesse.

Il faudrait réaliser des essais cliniques sur des protocoles thérapeutiques et prophylactiques pour les MST.

Il faudrait tester et évaluer l'approche traitement de masse pour la lutte contre les MST.

Il faudrait tester des stratégies pour renforcer les systèmes de notification des partenaires.

Il convient d'évaluer l'efficacité et le coût-avantage de la notification des partenaires dans divers contextes en faisant des essais d'intervention communautaire (OMS, 1989).

Etudes économiques

Il convient d'évaluer les conséquences économiques pour les femmes si elles demandent ou si elles procèdent elles-mêmes à des changements dans les pratiques sexuelles.

Des initiatives intégrées de lutte contre le VIH/SIDA et de planification familiale seront forcées de faire des évaluations économiques de leurs initiatives. Il faudrait que les programmes intégrés arrivent à atteindre de manière au moins aussi efficace par rapport au coût les buts et objectifs que leurs prédécesseurs non-intégrés qui avaient les mêmes buts et objectifs. Il convient d'identifier des outils appropriés pour évaluer leur réussite.

Il faut continuer les activités de modélisation et de projection pour définir les besoins et les coûts des programmes intégrés ou autres option. Il convient de faire des modèles sur les coûts et impacts probables des actions possibles et sur leur coût-efficacité par rapport à celui d'autres priorités sanitaires ou actions visant à améliorer la santé de la femme et la santé publique (Germain, et al. 1992).

Indicateurs

Il convient de définir et de tester des indicateurs pour le suivi et l'évaluation des programmes de prévention du VIH et de planification familiale et sur l'impact de l'intégration.

Surveillance, suivi et évaluation

La surveillance des MST représente la première étape pour établir des priorités nationales des programmes des MST pour en estimer le coût général et leurs complications, pour élaborer des directives rationnelles pour le traitement ou la prophylaxie, pour juger de l'étendue de la propagation du VIH et pour suivre et évaluer l'efficacité de programmes de lutte contre les MST et de prévention du VIH (OMS, 1989).

L'OMS (1989) a recommandé de mettre sur pied des systèmes de surveillance permettant de suivre la prévalence des MST au sein d'échantillons de populations, les échecs de traitement après utilisation de protocoles types et la résistance anti-microbienne chez les pathogènes des MST. En outre, il faudra définir, dans les différentes populations, l'incidence des dénouements adverses de la grossesse, les grossesses extra-utérines, le cancer de l'utérus, l'hépatome, et la prévalence de la stérilité.

Il faut plus d'informations sur l'incidence des MST et du VIH dans la population. Il faut de meilleures données empiriques reliant le comportement sexuel aux mesures d'incidence et de prévalence des MST. Par conséquent, les enquêtes sur le comportement sexuel devraient être liées aux enquêtes sur la séroprévalence et aux tests de détection des MST et des anticorps anti-VIH. Il faut mettre en place des systèmes coordonnés de surveillance des maladies et des comportements. Les informations ainsi recueillies peuvent être utilisées pour concevoir les interventions éducatives et comportementales et également pour comprendre l'épidémiologie des MST, dont le VIH, au sein des différentes communautés.

L'information sur l'incidence des infections du tractus génital et du VIH chez les femmes qui se rendent dans les services prénatals et dans les centres de planification familiale ainsi que l'information sur le comportement sexuel pourraient être réunies en ajoutant des questions sur les infections du tractus génital et sur le VIH aux instruments existants de collectes de données tels que les enquêtes démographiques et de santé. Le module comprendrait des questions sur les infections récurrentes et nouvelles, sur l'utilisation des condoms pour la prévention des maladies et sur le nombre de partenaires sexuels. Il serait complété par des examens cliniques et par des tests de laboratoires. Une des limitations des enquêtes EDS telles que faites actuellement est qu'elles sont uniquement utilisées pour réunir des informations sur les femmes mariées en âge de procréer, alors qu'il faut également des informations sur le reste de la population, notamment sur les adolescents.

Suivi et évaluation

Bien qu'il y ait des indicateurs communs pour évaluer les programmes de planification familiale et de lutte contre le VIH et/ou les MST -- tels que les changements dans les connaissances, attitudes et pratiques déterminés par le système d'informations sanitaires et les enquêtes CAP ainsi que les données des groupes de discussion, les ventes de condoms, les taux de réinfection des MST et les taux de grossesse de l'adolescente -- il faut en trouver et en tester de nouveaux.

Il faudrait mettre en place des systèmes de comptes rendus pour faciliter le suivi et l'évaluation des systèmes d'aiguillage afin de vérifier le dépistage, l'aiguillage, le traitement et le suivi des clients. Il faudra suivre les dossiers sur les clients/services et sur les centres d'aiguillage.

L'évaluation des services devrait voir si les bonnes procédures cliniques sont suivies, si le personnel soignant dispose des connaissances nécessaires sur les MST/VIH et sur leur relation aux différentes méthodes de contraception ainsi que sur leurs aptitudes à conseiller les patients.

Dans le cadre de la recherche opérationnelle en cours, il faudrait élaborer et évaluer des approches méthodologiques pratiques pour l'évaluation des activités intégrées de planification familiale et de lutte contre les MST et le VIH (OMS, 1989). Les mesures sur les résultats porteront notamment sur les tendances dans la morbidité des MST, sur les tendances communautaires au niveau des connaissances sur les MST et sur les comportements à risques (sexuels, prophylactiques, consultations de services de santé, etc.) (OMS, 1989).

L'OMS/Programme mondial de Lutte contre le SIDA a élaboré un ensemble préliminaire d'indicateurs sur la performance des programmes (IPP) aux fins d'évaluation et de suivi des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. La liste préliminaire des IPP porte sur la distribution des condoms, la disponibilité des condoms, les rencontres sexuelles occasionnelles, le nombre indiqué de partenaires sexuels occasionnels, l'utilisation indiquée du condom avec les partenaires sexuels occasionnels, la prise en charge clinique des MST, la prévalence des MST chez les femmes et la prévalence des MST chez les hommes.

Ces IPP seront des mesures supplétives de l'impact du programme de prévention du VIH/SIDA. Des mesures plus directes telles que la séroincidence du VIH sont, d'après l'A.I.D./Washington, trop chères et trop difficiles à obtenir. Et en tant que mesures supplétives, elles permettent également d'évaluer partiellement et de suivre des programmes intégrés et devraient être complétées par d'autres indicateurs sur la performance des programmes se rapportant à leurs objectifs spécifiques.

Les programmes intégrés devront faire face à de multiples objectifs et à des résultats qui ne sont pas toujours de commune mesure. Une seule mesure de l'impact du programme ne suffira probablement pas pour l'évaluation et il faudra identifier plusieurs autres stratégies. De simples solutions au problème de l'évaluation des programmes intégrés du point de vue technique ne sont peut-être pas recommandées. En effet, une approche simple consisterait à mesurer les résultats de la planification familiale et de la prévention du VIH/SIDA séparément en faisant des attributions séparées des coûts. Cette désintégration des programmes combinés au moment de l'évaluation pourrait obscurcir les avantages uniques venant justement de l'intégration des programmes. Si l'on veut que les initiatives intégrées réussissent et soutiennent bien la comparaison avec d'autres formulations de promotion sanitaire, il faudra prêter une grande attention à cette question.

Annexe L

Liste de vérification pour évaluer les possibilités d'intégration de la planification familiale et des programmes du VIH/SIDA

La liste de vérification suivante aidera les décideurs et les responsables des programmes à décider s'ils doivent intégrer la planification familiale et la prévention du VIH/SIDA et, dans l'affirmative, pour quelles activités. La liste de vérification montre également dans quelle mesure cette intégration sera réussie suivant l'état d'avancement et les points forts actuels des programmes.

La liste de vérification est divisée en deux parties: domaines programmatiques et indicateurs de réussite de l'intégration. Un score est donné pour chaque section en notant les réponses positives ou négatives à chaque élément. Tous les éléments ont un poids égal puisque pour le moment, on ne dispose pas d'une expérience suffisante pour distribuer des poids différents aux éléments.

La liste ne peut être utilisée que si le programme de prévention du VIH/SIDA est intégré à la planification familiale ou si c'est le contraire. La plupart des éléments s'expliquent d'eux-mêmes. Le premier se rapporte à la connaissance qu'ont les responsables du programme. On fait attention aux avantages, aux contraintes ou aux problèmes liés à l'intégration avec chaque article. L'intégration de l'activité ou des activités est donnée par des réponses positives. S'il n'y a pas de réponses positives dans cette partie de la liste, l'intégration sera impossible.

La seconde partie complète la première. Elle donne un score au processus d'intégration et prévoit ainsi le résultat possible de l'intégration, comparant le nombre d'articles positifs et négatifs -- plus il y a de réponses positives, meilleures sont les chances de réussite. Certains éléments dans cette partie sont directement liés à la planification familiale alors que d'autres sont plus orientés vers la lutte contre le VIH et le SIDA. C'est pour qu'il soit possible de les intégrer dans les deux sens.

Bien que la liste de vérification simplifie de trop les problèmes liés à l'intégration des deux programmes, c'est un début. Si les réponses à la liste de vérification indiquent que l'intégration n'est pas souhaitable ou faisable, il est fort probable que celle-ci se solde par un échec. Une plus grande attention portée aux questions culturelles, de politiques et de programmes compléterait l'information fournie par les réponses données à la liste de vérification. Les responsables de programmes jugeront par eux-mêmes combien d'informations complémentaires seraient nécessaires d'après eux.

LISTE DE VERIFICATION POUR L'INTEGRATION DES PROGRAMMES DE PREVENTION DU VIH ET DE PLANIFICATION FAMILIALE			
PARTIE 1. PROGRAMMATIQUE		OUI	NON
1	Est-il possible d'établir une politique unifié (SIDA-PF)?		
2	Est-il possible de faire ensemble des matériels d'IEC?		
3	Est-il possible d'intégrer des services cliniques?		
3.2	Counseling		
3.3	Services de contraceptifs		
3.4	Tests de laboratoires		
3.5	Diagnostic/traitement des MST		
3.6	Distribution de matériels d'IEC		
4	Est-il possible d'intégrer des services d'éducation communautaire?		
+1	Distribution des condoms		
4.2	Distribution de matériels d'IEC		
4.3	Aiguillage vers des cliniques/centres		
5	Est-il possible de distribuer des condoms au travers du marketing social?		
5.1	Faire la publicité des condoms pour la PF/SIDA		
5.2	Vendre des condoms		
6	Est-il possible d'intégrer la formation?		
6.1	Counseling		
6.2	Gestion des contraceptifs		
6.3	Techniques de laboratoires		
6.4	Communication/publicité		
6.5	Marketing		
7	Existe-t-il autre chose que ces deux programmes peuvent faire ensemble? Précisez (projet ou activité)		
8			
Si OUI=0, l'intégration ne peut pas avoir lieu			

	PARTIE 2: INDICATEURS DE SUCCES FUTUR	OUI	NON
1	Le Gouvernement soutient-il plus de 30% des programmes de PF/SIDA?		
1a	Le Gouvernement fournit-il des contraceptifs?		
2	Le programme est-il bien géré?		
3	Les systèmes de logistique sont-ils adéquats?		
4	Une personne est-elle en charge du programme à 100% de son temps?		
5	Cette personne (4) est-elle à un haut niveau de l'organisation?		
6	Existe-t-il une entité coordonnant les activités de PF/SIDA?		
7	Taux de prévalence de la contraception OUI > 20% NON < 20%		
7.a	Séroprévalence du VIH dans les services prénatals OUI > 15% NON < 15%		
8	Le programme est vertical		
9	Le programme a plus de 5 ans		
10	Le programme n'a pas de pénurie de personnel		
11	Existe-t-il un solide programme de distribution communautaire?		
12	Existe-t-il un programme de marketing social?		
13	Les services (du programme) sont-ils surchargés? (OUI=N)		
14	Le programme a-t-il un financement suffisant?		
15	Les condoms peuvent être vendus sans restrictions		
16	La publicité pour les condoms est libre		
17	Il n'y a pas de barrières légales/administratives à l'importation des condoms		
18	Existe-t-il une bonne compréhension de ce que font les deux programmes au niveau communautaire?		
19	Existe-t-il une acceptation de l'intégration par les deux programmes à tous les niveaux?		
20	Les deux programmes sont-ils suffisamment flexibles pour faciliter l'intégration?		
21	Les bailleurs de fonds principaux sont-ils en faveur de l'intégration?		
22	Le pays a-t-il un Programme d'Ajustement structurel économique? (OUI=N)		