

**Le Projet POLICY**

**John Stover  
Alan Johnston**

L'art de la formulation des politiques :  
Expériences de l'Afrique concernant l'élaboration  
de politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA

**Août 1999**

## Table des matières

<b>PRÉFACE</b> .....	<b>iv</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>v</b>
<b>RÉCAPITULATIF</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABREVIATIONS ET SIGLES</b> .....	<b>x</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>LE PROCESSUS DE POLITIQUES – CADRES THÉORIQUES</b> .....	<b>2</b>
<b>LE PROCESSUS DE FORMULATION DES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA – ETUDES DE CAS</b> .....	<b>6</b>
ETHIOPIE .....	6
GHANA .....	7
KENYA .....	8
MALAWI .....	10
AFRIQUE DU SUD .....	12
TANZANIE .....	13
OUGANDA .....	15
ZAMBIE .....	15
ZIMBABWE .....	18
<b>ANALYSE COMPARATIVE DU PROCESSUS DE FORMULATION DES POLITIQUES</b> .....	<b>20</b>
<b>QUESTIONS CLÉS DES POLITIQUES</b> .....	<b>29</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>35</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>37</b>
<b>ANNEXE : BIBLIOGRAPHIE DU MATÉRIEL DE RESSOURCES</b> .....	<b>38</b>

### Liste des tableaux

Tableau 1. Intervenants et leurs rôles.....	4
Tableau 2. Plan de déroulement des politiques complètes de lutte contre le VIH/SIDA, 1982-1999.....	22
Tableau 3. Intervenants dans le processus de formulation de politiques par étape.....	27
Tableau 4. Besoins en information par stade du processus de formulation de politiques.....	28

### Liste des figures

Figure 1. Le modèle linéaire du processus de politiques.....	2
Figure 2. Phases du processus de politiques.....	3
Figure 3. Structure organisationnelle originale du Programme de Lutte contre le SIDA au Malawi.....	11
Figure 4. Nouvelle structure organisationnelle pour le Programme de Lutte contre le SIDA au Malawi.....	11
Figure 5. Le processus de formulation de politiques complètes de lutte contre le VIH/SIDA.....	20

## Préface

Le but du Projet POLICY est de créer des contextes de politiques favorisant la réalisation de programmes de planification familiale et de santé reproductive, notamment de lutte contre le VIH/SIDA, grâce à la promotion d'un processus participatif et de politiques en matière de population qui répondent aux besoins des clients. Le projet a quatre volets – dialogue et formulation de politiques, participation, planification et finances et recherche. Il traite de questions touchant à la santé reproductive, à la lutte contre le VIH/SIDA, à l'équité entre les sexes et aux liens intersectoriels.

Le Projet POLICY est mis en œuvre par le Futures Group International, en collaboration avec Research Triangle Institute et le Centre pour les Activités de Développement et de Population. L'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) finance le projet dans le cadre du Contrat No. CCP-C-00-95-00023-04.

Les *Documents occasionnels POLICY* visent à encourager le dialogue, sur le plan des politiques, concernant les questions de planification familiale et de santé reproductive et de présenter une analyse ponctuelle des questions qui étayeront la prise de décisions. Les documents sont distribués auprès de divers publics dans le monde entier, notamment des responsables des secteurs public et privé, des conseillers techniques, des chercheurs et des représentants des bailleurs de fonds.

Une liste à jour des publications de POLICY peut être obtenue à la page d'accueil de FUTURES. Des exemplaires des publications de POLICY sont disponibles gratuitement. Pour de plus amples informations sur le projet et ses publications, prière de contacter :

Director, POLICY Project  
The Futures Group International  
1050 17<sup>th</sup> Street, NW, Suite 1000  
Washington, DC 20036  
Téléphone : (202) 775-9680  
Fax : (202) 775-9694  
Courrier électronique : [policyinfo@tfgi.com](mailto:policyinfo@tfgi.com)  
Internet : <http://www.tfgi.com>

## Remerciements

Une grande partie de l'information dans ce rapport provient de présentations et de communications faites lors d'un atelier qui s'est tenu le 27 juin 1998 à Genève, immédiatement avant la 12<sup>e</sup> Conférence mondiale sur le SIDA. L'atelier, intitulé « L'art de la formulation des politiques : Expériences de l'Afrique », permettait aux participants de partager leurs expériences et de discuter de questions spécifiques se rapportant à la formulation des politiques. Des participants de neuf pays africains anglophones sont venus assister à l'atelier représentant des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, des universités, des organismes de recherche et des organisations non gouvernementales (ONG).

En préparation à l'atelier, les consultants ont rédigé des études de cas détaillant le processus de formulation des politiques dans cinq des neuf pays. Pour chaque pays, les comptes rendus s'inspiraient d'interviews organisées avec 20 à 30 personnes participant de près à la formulation d'une politique nationale. Vu que les rapports se concentrent sur le processus de formulation des politiques, certaines questions essentielles de la mise en œuvre, par exemple, les ressources et le financement, n'ont pas été entièrement traitées. Les études de cas notées ci-après sont récapitulées dans le présent rapport, de pair avec une information sur le processus d'élaboration des politiques obtenue pendant l'atelier de quatre autres pays.

- *AIDS Policy Environment and Formulation Process in Ethiopia* par Docteur Fisseha Haile Meskal et Negussie Y. Ayele, Addis Ababa, juin 1998.
- *Report on the Policy Process Involved in the Development and Adoption of the National AIDS Policy Paper (Document de Session No.4 de 1997 sur le SIDA au Kenya)* par Ambrose Rachier, Avocat, Cour Suprême du Kenya, Nairobi, juin 1998.
- *The AIDS Policy Process in South Africa* par Helen Schneider, Center for Health Policy, Université de Witwatersrand, Johannesburg, juin 1998.
- *The Formulation of the National AIDS Policy in Tanzania (Mainland)* par E.P.Y. Muhondwa et D.B. Gasarasi, Institute of Public Health, Collège des Sciences sanitaires de l'Université Muhimbili, Dar es Salaam, juin 1998.
- *The HIV/AIDS Policy Development Process in Zambia* par James Kayanda Sulwe, JKS and Associates, Lusaka, juin 1998.

Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour l'information fournie par les équipes de terrain suivantes pendant l'atelier :

- Ethiopie – Docteur Elias Kassa, Ministère de la Santé ; Monsieur Eshete Yilma, Ministère du Développement économique et de la Coopération
- Ghana – Docteur Phyllis Antwi, Université du Ghana ; Docteur Kwaku Yeboah, Programme national de Lutte contre le SIDA
- Kenya – Madame Neen Alrutz, USAID/Nairobi ; Docteur Bilha O.N. Hagembe et Monsieur Meshack Ndolo, Programme national de Lutte contre le SIDA et les MST
- Malawi – Madame Rosemary Chinyama, Programme national de Lutte contre le SIDA ; Docteur Owen Kalua, Secrétariat national pour le SIDA
- Afrique du Sud – Docteur Helen Schneider, Center for Health Policy, Université de Witwatersrand ; Madame Rose Smart, Département de la Santé ; Madame Ann Strode, Lawyers for Human Rights
- Tanzanie – Docteur Ronald Swai, Programme national de Lutte contre le SIDA
- Ouganda – Docteur Nathan Bakyaïta, Docteur Elizabeth Madraa et Madame Vasta Kibirige, Programme national de Lutte contre le SIDA/MST
- Zambie – Madame Elizabeth Mataka, Family Health Trust

- Zimbabwe – Madame Ruth Gumbie, Monsieur Kambarami et Monsieur Sunday Manyenya, Programme national de Lutte contre le SIDA ; Professeur Norman Nyazema, Faculté de Médecine

Nous souhaitons également faire mention de l'USAID pour le financement de cet atelier par le biais du Projet POLICY. Enfin, nous sommes reconnaissants aux nombreux commentateurs qui ont revu les avant-projets du présent rapport dont Kokila Agarwal, Thomas Goliber, Karen Hardee et Nancy McGirr du Projet POLICY, et Clifton Cortez, Barbara Crane, Bessie Lee et Elizabeth Schoenecker de l'USAID. Toutefois, les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas forcément celles de l'USAID.

## Récapitulatif

Le SIDA représente depuis 20 ans un défi de taille pour les sociétés africaines. Les gouvernements de l'ensemble de la région ont cherché à mettre en place des politiques et programmes efficaces permettant d'enrayer l'épidémie. Chaque pays a fait appel à une approche unique sur le plan de la formulation des politiques et les résultats, eux aussi, sont très divers. Le but du présent rapport est de décrire certaines de ces expériences et de faire ressortir des domaines d'analogies et de différences ainsi que les grands problèmes rencontrés par les pays africains anglophones. Nous espérons que les expériences dont il est question ici s'avéreront utiles pour les futures activités de formulation de politiques.

Ce rapport présente des études de cas sur la formulation de politiques dans neuf pays africains anglophones. Il existe moult différences et analogies dans les approches utilisées et les résultats obtenus. L'information est saisie dans un cadre regroupant les éléments clés du processus de formulation des politiques. Voici les principaux volets du cadre :

- **Identification du problème et reconnaissance des besoins.** Les pays ont traversé plusieurs étapes dans leur lutte contre l'épidémie du SIDA, notamment réponse médicale, réponse de santé publique, réponse multisectorielle et prévention et traitement ciblés. Lors des premières étapes, les pays ne sentaient guère la nécessité de se donner une politique complète de lutte contre le SIDA. Toutefois, cette nécessité de répondre sur le plan des politiques s'est faite plus urgente quand les pays ont adopté des approches multisectorielles à l'épidémie et quand les conséquences du SIDA ont été ressenties aux niveaux des droits humains, de la croissance économique, de la société et des familles.
- **Collecte de l'information.** Une fois la décision prise de formuler une politique, l'étape suivante consiste généralement à obtenir l'opinion de divers experts de la question – par le biais de rapports de consultants, d'interviews ou d'ateliers.
- **Rédaction.** La rédaction est généralement confiée à de petits comités de travail. Certains pays rédigent rapidement les politiques avec un minimum de participation de l'extérieur alors que d'autres font appel à un certain nombre de comités de rédaction qui cherchent à obtenir commentaires et consensus face à toute une gamme d'intérêts.
- **Examen.** Dans certains cas, les politiques sont largement débattues et revues par des milliers de personnes dans le cadre de réunions régionales spéciales et autres événements de diffusion. Dans d'autres cas, l'examen externe est maintenu à un minimum. Par conséquent, les politiques souvent déperissent car personne n'est là pour chercher à les faire approuver.
- **Approbation.** Les politiques nationales de lutte contre le SIDA sont approuvées à l'un des trois niveaux : ministère, cabinet ou Parlement.
- **Application.** Certaines politiques sont appliquées par le biais de plans opérationnels ou stratégiques ou par le biais de la création de comités qui formulent des directives opérationnelles. Dans de nombreux cas, les éléments de la politique peuvent être exécutés avant même que la politique entière ne soit adoptée. Divers groupes d'intérêt peuvent se charger de diffuser et d'exécuter des parties de la politique qui revêtent un intérêt spécial pour eux. La plupart des politiques comportent certains volets pouvant être appliqués immédiatement par le biais d'actions administratives, mais d'autres volets demandent que soit élaborée une législation spécifique et que soit obtenu le financement nécessaire.

La politique de chaque pays traite d'un grand nombre de questions spécifiques. Malgré plusieurs différences culturelles, sociales et juridiques entre les pays étudiés, les questions entourant les grands thèmes sont souvent analogues. Voici certains des thèmes qui sont les plus difficiles à résoudre :

- **Counseling et test du SIDA.** Est-ce que le gouvernement devrait subventionner des programmes de counseling et de test volontaire dans le cadre de son programme national de lutte contre le SIDA ?

- **Tests avant l'emploi.** Est-ce que les employeurs devraient avoir le droit de faire des tests avant d'embaucher quelqu'un pour protéger leurs investissements dans les ressources humaines ? De tels tests violent généralement les droits à obtenir un travail rémunéré, sans discrimination.
- **Orphelins.** Des programmes spéciaux devraient-ils cibler les orphelins du SIDA pour qu'ils puissent rester à l'école et recevoir la nourriture, les habits et les soins nécessaires ou de tels programmes ne risquent-ils pas de les mettre encore davantage au ban de la société ? Les orphelins du SIDA devraient-ils recevoir des avantages et bénéfices qui ne sont pas disponibles pour les autres orphelins ?
- **Education en matière de SIDA dans les écoles.** Dans quelle mesure le système d'éducation formelle devrait-il informer les enfants sur le VIH et sur les divers moyens de se protéger ?
- **Publicité sur les condoms.** La publicité sur les condoms devrait-elle être autorisée à la radio et à la télévision et dans les journaux ?
- **Utilisation obligatoire du condom dans les maisons de prostitution.** Le gouvernement peut-il exiger l'utilisation de condoms dans les maisons de prostitution alors que la prostitution est illégale ?
- **Distribution de condoms dans les prisons.** Le gouvernement devrait-il distribuer des condoms dans les prisons si le comportement homosexuel est jugé illégal ?
- **Transmission volontaire du VIH.** La transmission volontaire devrait-elle être vue comme un acte criminel ou cette criminalisation décourage-t-elle les gens de se faire tester ?
- **VIH et avortement.** Est-ce que l'infection par le VIH doit être une cause suffisante d'avortement ?

Dans la plupart des cas, quand il est difficile d'arriver à un consensus, les décideurs éliminent simplement certains problèmes ou certaines questions. Par exemple, la plupart des politiques ne traitent pas de la transmission volontaire du VIH. Dans d'autres cas, une formulation vague demande que la question soit traitée par une politique nationale, et la signification exacte sera donnée au niveau de l'interprétation des directives d'application.

Les leçons clés émanant des études de cas sont présentées ci-après.

- L'identification du SIDA comme un problème ne se traduit pas par la reconnaissance du besoin pour une politique complète de lutte contre le SIDA. La nécessité de disposer d'une telle politique ne deviendra peut-être évidente que lorsque l'épidémie aura pris de telles ampleurs qu'une grande partie de la population sera touchée ou quand les efforts de plaidoyer de groupes spécifiques arriveront à convaincre les dirigeants de l'importance de se donner une réponse sur le plan des politiques.
- Il existe de nombreuses approches du point de vue rédaction et examen. Certains pays dépendent d'un niveau élevé de participation. Une participation plus importante exige plus de temps pour la rédaction et l'examen, mais elle crée un élan et souvent, il faut moins de temps par la suite pour que la politique soit approuvée. Par conséquent, des approches très participatives prendront peut-être moins de temps pour formuler les politiques que celles rédigées rapidement par un petit groupe d'experts qui ensuite, doivent lutter pendant des années pour la faire approuver. Les processus les plus participatifs ont permis de formuler des politiques couvrant une vaste gamme de questions clés. De telles politiques s'avèreront probablement les plus efficaces bien qu'il faille encore démontrer les résultats.
- Une fois approuvées, les politiques peuvent être mises en œuvre de diverses manières. Certains aspects d'une politique (par exemple, l'approbation de la publicité sur les condoms) peuvent être appliqués directement dans certains cas, même avant l'approbation formelle de la politique. D'autres questions ne pourront être adoptées que par le biais d'actes législatifs, de directives ou dans le cadre d'un plan stratégique. Parfois, les pays n'ont pas les ressources nécessaires pour appliquer tous les aspects d'une politique à la fois. Divers groupes d'intérêt

peuvent prendre les devants et préconiser la réalisation et l'adoption de certaines parties de la politique qui les intéressent le plus.

## Abréviations et sigles

ANC	African National Congress
AZT	Zidovudine
DANIDA	Agence danoise pour le Développement international
DFID	Département pour le Développement international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
KANCO	Consortium d'ONG pour le SIDA au Kenya
MS	Ministère de la Santé
NA	Non applicable
NACP	Programme national de Lutte contre le SIDA
NACOSA	Convention nationale du SIDA de l'Afrique du Sud
NASTLP	Programme national SIDA/MST/Tuberculose et lèpre
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies de Lutte contre le SIDA
PNB	Produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIDA	Organisation suédoise pour le Développement internationale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TASO	Organisation de Soutien au SIDA (Ouganda)
UN	Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# **L'art de la formulation des politiques : Expériences de l'Afrique concernant l'élaboration de politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA**

## **Introduction**

L'épidémie du SIDA est rapidement devenue l'un des plus graves problèmes de santé et de développement que connaît le monde aujourd'hui. Dans la plupart des pays, les efforts faits pour combattre le SIDA sont venus trop tard et sont trop faibles pour changer la situation. Actuellement, plus de 30 millions de personnes sont infectées par le VIH, virus à l'origine du SIDA. Plus de 80% des décès imputables au SIDA sont enregistrés en Afrique. En 1998, le SIDA était responsable de deux millions de décès.

Un cadre de politiques constructives est d'importance critique pour la mise en œuvre de programmes qui sauront enrayer la propagation du VIH, apporter des soins à ceux infectés et atténuer les conséquences de l'épidémie. Il est essentiel de disposer de politiques adéquates pour soutenir les efforts en vue de garantir que les droits humains sont respectés et d'éliminer la discrimination et l'aspect honteux associé au VIH/SIDA.

Politiques, directives et plans aux niveaux national et sous-national sont nécessaires pour guider la réalisation efficace des activités de prévention et de soins liés au VIH. Parallèlement, des ressources financières et autres doivent être mobilisées pour renforcer les capacités en vue de combattre l'épidémie. Récemment, plusieurs pays africains ont formulé des politiques complètes de lutte contre le VIH/SIDA au niveau national et d'autres sont en cours de le faire. Certains dépendent d'une série de déclarations plutôt que d'une seule politique d'ensemble pour guider leur programme.

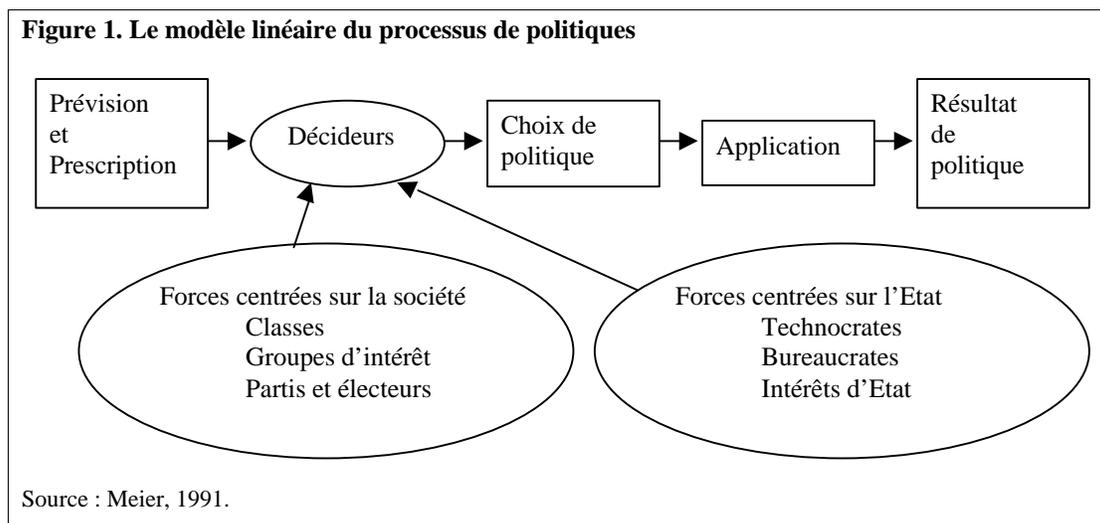
Le présent document décrit l'expérience de neuf pays africains sur le plan de la formulation des politiques et discute du contenu et du processus liés à la formulation des politiques de lutte contre le VIH/SIDA. Ces expériences devraient s'avérer utiles pour comprendre et encourager une réforme supplémentaire, sur le plan des politiques, dans ces pays ainsi que dans d'autres pays de l'Afrique et d'autres continents.

## Le processus de politiques – Cadres théoriques

Le processus de formulation, d'approbation et d'application des politiques de lutte contre le VIH/SIDA diffère d'un pays à un autre et d'une question à une autre. Toutefois, certains processus sous-jacents sont communs dans la plupart des cas. Une meilleure connaissance de ces processus peut améliorer les efforts faits en vue de faciliter la formulation des politiques et d'arriver à de meilleurs résultats. Cette section revoit brièvement la littérature qui décrit le processus général de formulation des politiques. L'annexe est une bibliographie des ressources sur le processus de formulation des politiques.

La littérature propose plusieurs cadres théoriques différents pour décrire le processus de formulation des politiques. Il n'existe pas un seul cadre qui puisse décrire complètement le processus dans tous les cas, mais la plupart essayent de fournir des descriptions utiles de certains aspects du processus.

Lasswell (1951) a été parmi les premiers à décrire les stades du processus de formulation des politiques. A son tour, Meier (1991) s'inspire de ces stades en élaborant un cadre qui décrit les grandes étapes du processus de formulation des politiques et certaines des forces influençant les décideurs. La Figure 1 présente ce cadre.



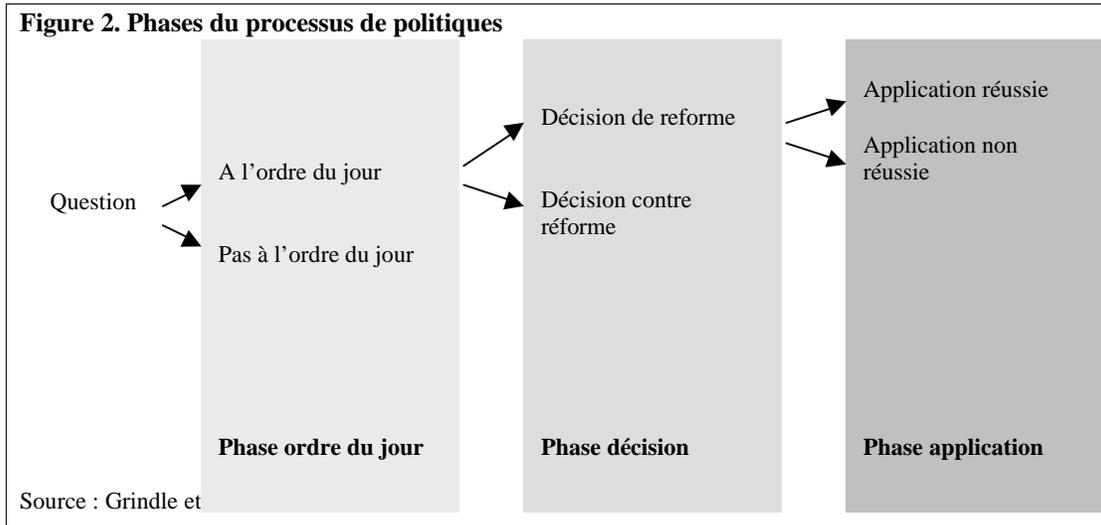
Le cadre de Meier décrit cinq grandes étapes de la formulation des politiques :

- **Prévision et prescription.** Le processus commence quand un problème est reconnu, les prévisions sont faites indiquant que le problème ne pourra pas être résolu naturellement et une ou plusieurs solutions sont proposées.
- **Décideur.** Changement de cap vers le décideur qui est responsable de la formulation des politiques en réponse aux éventuels problèmes. Le décideur est souvent influencé par des groupes d'intérêt, tant dans les cercles gouvernementaux qu'à l'extérieur.
- **Choix de politique.** Après avoir envisagé les diverses options, le décideur opte pour la politique qui convient le mieux.
- **Application.** Une fois la décision prise, la politique est appliquée.
- **Résultat de politique.** Lors de l'étape finale, le résultat souhaité est obtenu.

Le cadre montre que le processus commence par la reconnaissance d'un problème qui doit être résolu. Il montre également que divers groupes d'intérêts cherchent à influencer la décision. Le cadre est utile car il sépare clairement le choix de politique de l'application de politique et du résultat de politique.

La nature linéaire du cadre fait ressortir clairement les différentes étapes. Mais, dans la réalité, le processus se déroule rarement de la manière prescrite. Le cadre manque notamment d'une étape évaluation qui peut relancer tout le processus si le résultat souhaité n'est pas obtenu. De plus, l'influence des groupes d'intérêt n'est montrée que lors de l'étape où sont envisagées les diverses options. Dans la réalité, les groupes d'intérêt jouent également un rôle lors des autres étapes, surtout pendant l'application.

Grindle et Thomas (1991) ont élaboré un cadre différent (voir Figure 2) qui comprend deux caractéristiques particulièrement utiles. Premièrement, ils montrent une phase « ordre du jour » indiquant qu'un thème particulier est envisagé aux fins d'inclusion à l'ordre du jour. Le processus de formulation des politiques ne commence pas tant que les décideurs ne sont pas convaincus de l'importance de la question et tant qu'ils ne sont pas prêts à lui consacrer le temps nécessaire. Deuxièmement, Grindle et Thomas montrent que le processus peut tomber en panne à n'importe quel moment et ne mène pas forcément à l'application. La question ne sera peut-être jamais incorporée à l'ordre du jour. De plus, même si la question est portée à l'ordre du jour, les décideurs risquent de ne rien faire du tout à ce propos. Et, une fois qu'une politique est formulée, elle peut être appliquée mais elle risque aussi de ne pas l'être. Le cadre indique des que des efforts continus sont nécessaires pour être sûr que le processus avance dans la voie et vers la conclusion souhaitée.



Porter (1995), s'inspirant des travaux de Kingdon (1984), élabore une optique tout à fait différente du processus de formulation de politiques qui se concentre sur la nécessité d'enclencher simultanément un grand nombre d'éléments si l'on veut que l'action politique se fasse. Ce cadre décrit trois processus différents se déroulant presque indépendamment l'un de l'autre : les problèmes sont identifiés et décrits ; des solutions pouvant traiter les problèmes—ou ne pas les traiter—sont proposées et des ouvertures politiques pour traiter les problèmes se présentent et se disparaissent. L'action n'est possible que lorsque les trois processus se présentent simultanément. Le cadre de Porter montre que les problèmes et solutions doivent être reliés et surtout, il montre qu'un effort continu est nécessaire pour porter la question à l'attention des décideurs afin qu'elle garde son caractère d'actualité quand une ouverture politique se présente. Maintenir ce caractère d'actualité est un rôle qui revient souvent au défenseur de la cause, membre de l'élite politique qui fait un plaidoyer constant auprès de ses collègues et ensuite, défend la cause tout au long du processus une fois que paraît l'ouverture politique.

Walt et Gilson (1994) et d'autres se sont penchés sur les nombreux intervenants tout au long du processus de formulation des politiques et sur les rôles différents qu'ils assument. Le Tableau 1 montre cinq des groupes clés.

**Tableau 1. Intervenants et leurs rôles**

<b>Intervenants</b>	<b>Rôles</b>
Technocrates	Connaissance
Bureaucrates	Institutions
Groupes d'intérêt	Représentation
Politiciens	Pouvoir
Bailleurs de fonds	Influence

Source : Walt et Gilson, 1994

- Les technocrates sont les chercheurs, les universitaires, les professionnels de la santé publique et d'autres experts qui fournissent des informations en vue de cerner l'ampleur et la nature du problème et de faire une analyse technique de ses causes et solutions. Les technocrates cherchent à trouver des solutions aux problèmes que rencontre la société et à susciter l'intérêt pour obtenir le financement nécessaire aux recherches complémentaires de la question.
- Les bureaucrates apportent la connaissance des institutions publiques, notamment comment elles peuvent s'occuper le mieux du thème en question. Les bureaucrates cherchent à utiliser la structure du gouvernement de la meilleure manière possible pour répondre aux problèmes et souvent, cherchent à maintenir ou étendre la bureaucratie actuelle.
- Les groupes d'intérêt sont généralement créés pour représenter les problèmes de segments particuliers (par exemple, les personnes atteintes du VIH/SIDA, les groupes religieux, les médecins et les parents). Ils cherchent à ce que les intérêts de ces groupes soient entendus et pris en compte lors des décisions en matière de politiques.
- Les politiciens sont généralement les décideurs de dernière analyse. Certains cherchent le pouvoir pour aider à résoudre les problèmes de la société et d'autres risquent d'être intéressés par le pouvoir ou le maintien au pouvoir.
- Les bailleurs de fonds jouent souvent un rôle important au niveau de la formulation et de l'application des politiques. Ils peuvent appuyer le processus à l'aide de fonds et d'assistance technique, fournir des recommandations et directives internationales et exercer une influence importante sur l'application par le biais de leurs décisions concernant le financement.

Des experts sur le plan de la formulation des politiques ont également décrit plusieurs autres caractéristiques de ce processus pouvant influencer l'adoption de politiques. L'annexe est une bibliographie des publications sur le processus de politiques et les efforts faits pour encourager la réforme sur le plan des politiques. Voici d'autres concepts de la littérature se rapportant aux études de cas présentées dans ce rapport :

- **Histoire/précédents.** L'expérience et les précédents orientent souvent l'approche à la formulation de politiques et, dans une certaine mesure, les résultats possibles.
- **Structures institutionnelles.** Les structures institutionnelles existantes peuvent exercer une forte influence sur le processus de formulation des politiques, affectant les institutions qui peuvent prendre un rôle de chef de file, le niveau d'engagement et de communication entre les décideurs et les experts techniques, le rôle des groupes d'intérêt et groupes communautaires, la répartition du pouvoir entre les intérêts nationaux et régionaux et le rôle de la bureaucratie.
- **Culture.** La culture peut déterminer le type de politiques et de programmes faisables ainsi que la nature du processus (confrontation, recherche de consensus).
- **Caractère ponctuel.** Si le problème est vu comme une crise exigeant une action immédiate, les décideurs peuvent se donner de nouvelles structures et essayer des approches d'un caractère nouveau. Si le problème est vu comme un « problème comme les autres », alors la bureaucratie est plus susceptible de l'aborder avec des moyens traditionnels.

Chacun de ces points de vue éclaire une partie du processus et peut aider à interpréter les actions et les résultats tout en fournissant des directives à ceux qui souhaitent faciliter le processus ou l'orienter d'une manière ou d'une autre.

## Le processus de formulation des politiques de lutte contre le VIH/SIDA – Etudes de cas

Cette section traite de l'expérience de neuf pays africains concernant la formulation et l'adoption de politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA. Elle fournit des détails sur les approches utilisées par les pays et discute de certains des principaux obstacles et solutions pour en venir à bout.

### Ethiopie

En 1985, un an avant le diagnostic du premier cas de SIDA dans ce pays, le gouvernement de l'Ethiopie prenait des mesures face à une éventuelle épidémie du SIDA en créant une équipe spéciale nationale chargée de la prévention et de la lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA. L'équipe spéciale formulait la première stratégie de lutte contre le SIDA à la fin de 1985. En 1987, l'Ethiopie avait mis au point des plans à court et à moyen terme conformément aux directives du Programme mondial de Lutte contre le SIDA. En septembre 1987, le gouvernement créait un service de lutte contre le VIH/SIDA au sein du Ministère de la Santé (MS). Le service formulait le second Plan à moyen Terme en 1991.

Profil de l'Ethiopie (1997)	
Indicateur	Valeur
Taille de la population	60,1 millions
PNB par habitant	110\$
Espérance de vie	50 ans
Taux de mortalité infantile	109
Taux de mortalité des moins de 5 ans	177
Population en dessous du seuil de pauvreté	NA
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	9,3%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	2,6 millions
Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.	

Une caractéristique importante à l'approche de l'Ethiopie à la lutte contre l'épidémie concerne l'importance que le pays accorde à la collaboration internationale, régionale et intersectorielle ainsi que l'étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et d'autres organisations internationales. La collaboration intersectorielle avec des ministères clés, des organisations communautaires et des ONG marque les premières étapes de la formulation de politiques.

En août 1989, le MS avait rédigé une déclaration avec quatre axes sur la prévention du SIDA. Devant les faits épidémiologiques de plus en plus nombreux montrant que l'épidémie était en train de se répandre, on s'est rendu compte qu'il fallait une politique nationale solide et claire appuyée par des mesures légales. C'est dans ce contexte que le Ministre de la Santé a convoqué un Comité de 13 membres chargés de formuler une politique sur la lutte contre le VIH/SIDA. Le ministre a demandé au comité de rédiger une politique nationale complète aux fins d'approbation. Le comité à son tour a chargé un consultant de préparer un document de données générales récapitulant la littérature et les documents existants sur la politique éthiopienne.

Le Comité de Rédaction a ébauché la première version de l'avant-projet de la politique nationale en 1991 et l'a présentée au Comité permanent du MS (qui revoit toutes les politiques sanitaires). Ce Comité a discuté longuement du document et l'a renvoyé avec suggestions et commentaires aux fins d'approbation. Entre 1992 et 1993, le Comité consultatif technique (composé des vice-ministres de tous les ministères sectoriels) a présenté l'avant-projet de la politique à plusieurs séries d'examen intersectoriels. Le Comité consultatif technique devait préparer une version finale aux fins de présentation au Conseil des Ministres.

De 1993 à 1996, peu de progrès ont été achevés au niveau de cette politique car le gouvernement éthiopien était engagé dans une décentralisation importante d'un grand nombre de ses activités, notamment la santé. Le Programme de Lutte contre le SIDA employait 70 personnes au bureau national d'Addis Ababa avant la décentralisation, mais trois restaient en 1996 car la plupart des fonctions du département central étaient confiées à des bureaux sanitaires régionaux. Mi-1996, le MS a repris l'activité de préparation de la politique nationale. Un atelier était organisé en mars 1997 à Addis Ababa pour revoir la politique réunissant experts des ministères concernés ainsi que représentants de diverses ONG et organismes des Nations Unies. En avril 1997, des représentants régionaux discutaient de la nouvelle version et l'ont revue en conséquence.

En juin 1997, le Comité de Rédaction discutait de la nouvelle version et la faisait ensuite parvenir au Vice-Ministre. A la fin de 1997, la politique était envoyée au Cabinet du Premier Ministre aux fins d'adoption par le Conseil des Ministres. Le Comité juridique du Conseil des Ministres a revu l'avant-projet et a travaillé avec le MS en vue de résoudre certaines questions juridiques. Le Conseil des Ministres a donné l'approbation finale à la politique le 14 août 1998.

Plusieurs caractéristiques uniques distinguent le processus de formulation de la politique de lutte contre le SIDA en Ethiopie. En effet, les premières déclarations et les premiers plans étaient faits avant le diagnostic du premier cas de SIDA dans le pays. La réponse précoce était probablement une fonction des efforts du Programme mondial de Lutte contre le SIDA et la reconnaissance par les chercheurs, les responsables de la santé publique et les représentants officiels du pays du SIDA en tant que grave problème. L'Ethiopie a également commencé plus tôt (1989) que les autres pays à se donner une politique nationale complète. En fin de compte, le processus a pris bien plus longtemps que dans les autres pays à cause de l'arrêt occasionné par les travaux de décentralisation. Le processus éthiopien est caractérisé par une série d'examen internes avec relativement peu de personnes et presque aucune participation en dehors des sphères gouvernementales.

## Ghana

Le Ghana a établi des directives médicales pour le traitement et la prévention du SIDA en 1987. En 1994, les participants d'un atelier national indiquaient qu'il était nécessaire de se donner une politique nationale de lutte contre le SIDA. Parallèlement, un examen des accomplissements du Plan à moyen Terme de Lutte contre le SIDA soulignait la nécessité de mettre en place une politique complète pour appuyer les activités de prévention et de soins liées à la maladie. En 1996, des spécialistes de la santé publique et des représentants officiels du gouvernement convenaient que les connaissances étaient suffisantes sur l'épidémie pour élaborer une politique complète. Deux consultants étaient chargés de rédiger le premier avant-projet de la politique. Ils ont organisé des interviews avec, entre autres, des représentants officiels de la santé, des personnes atteintes du VIH et du SIDA, des représentants des ONG et des experts juridiques. Ils ont également revu les documents de politiques d'autres pays et les recommandations des diverses organisations des Nations Unies et des conférences internationales. Les consultants ont identifié les huit thèmes suivants comme les grandes sections de la politique :

- test ;
- soins ;
- information, éducation et communication ;
- condoms ;
- jeunes ;
- femmes,
- financement ; et
- recherche.

<b>Profil du Ghana (1997)</b>	
<b>Indicateur</b>	<b>Valeur</b>
Taille de la population	18 millions
PNB par habitant	370\$
Espérance de vie	59 ans
Taux de mortalité infantile	71
Taux de mortalité des moins de 5 ans	110
Population en dessous du seuil de pauvreté (1992)	31%
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	2,4%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	210.000
Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.	

Le MS et d'autres représentants officiels gouvernementaux et non gouvernementaux ont revu la première version de la politique préparée par les consultants. Le gouvernement a décidé que la politique n'était pas suffisamment complète et ne stipulait pas une participation adéquate pour ceux à l'extérieur du secteur de la santé. Par conséquent, le Programme de Lutte contre le SIDA a démarré un nouvel effort qui a débuté avec un atelier en juin 1999 en vue de revoir le contenu de l'avant-projet de la politique et de le comparer aux politiques préparées par d'autres pays et recommandées par des conférences internationales. Les participants de l'atelier ont identifié plusieurs nouvelles questions et ont créé des comités de rédaction pour préparer une nouvelle version de la politique. L'avant-projet complet sera revu par des membres de la société civile lors de plusieurs réunions régionales organisées fin 1999. La politique revue sera présentée au cabinet aux fins d'examen et d'approbation et ensuite, au Parlement aux fins d'approbation finale.

Au départ, le processus de formulation de politiques au Ghana comprenait peu de participation à l'extérieur du MS. Mais un examen de l'avant-projet et des discussions avec des responsables d'autres pays concernant leurs processus de formulation de politiques ont convaincu les responsables du Programme de Lutte contre le SIDA que la politique serait renforcée si l'on élargissait la participation au processus de rédaction et d'examen. Le nouvel effort exigera plus de temps pour formuler la politique, mais il rendra probablement l'approbation plus facile et plus rapide.

## Kenya

Au Kenya, le premier cas de SIDA a été diagnostiqué en 1984. En 1985, le gouvernement a créé le Comité national de Lutte contre le SIDA chargé de conseiller le MS sur les questions concernant la lutte contre le VIH/SIDA. En 1986, le MS formulait déclarations et directives concernant la sécurité des banques de sang. Le premier Plan à moyen Terme était formulé en 1987. Vu que le gouvernement faisait du SIDA une question de santé, il ne voyait pas la nécessité d'une politique d'un caractère plus complet.

Un examen en 1991, sous les auspices du gouvernement, sur les accomplissements du premier Plan à moyen Terme, constate la vive préoccupation des représentants officiels du gouvernement et des bailleurs de fonds face au manque d'une politique nationale et de directives claires sur le VIH/SIDA. Le Programme national de Lutte contre le SIDA et le Consortium d'ONG du Kenya intervenant au niveau du SIDA (KANCO) ont cherché à sensibiliser les hauts fonctionnaires à la gravité de l'épidémie et à sa nature multisectorielle. Le Ministère du Plan et du Développement national a démarré des efforts en vue d'intégrer le VIH/SIDA aux travaux de planification nationale. Le 7<sup>e</sup> Plan de Développement national, publié en 1994, était le premier grand document politique traitant du SIDA. Le chapitre sur le SIDA indique que la prévalence du VIH est en train de grimper rapidement, que le VIH/SIDA consomme une part de plus en plus importante des dépenses de fonctionnement de la santé et qu'il anéantit les progrès faits au niveau de la réduction de la survie infantile et juvénile. Ces observations ont montré au gouvernement qu'il était nécessaire de se donner une politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA. En 1994, le cabinet communiquait un mémoire au MS demandant la formulation d'une politique de lutte contre le SIDA. La politique devait être formulée sous forme de document de session sur le SIDA.

### Profil du Kenya (1997)

Indicateur	Valeur
Taille de la population	28 millions
PNB par habitant	330\$
Espérance de vie	59 ans
Taux de mortalité infantile	57
Taux de mortalité des moins de 5 ans	90
Population en dessous du seuil de pauvreté (1992)	42%
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	11,6%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	1,6 million

Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.

Le MS a créé un Comité de Travail avec des représentants du MS, du Cabinet du Président et du Ministère de la Planification et du Développement national, lui demandant de démarrer le processus de formulation de la politique. En 1995, le Comité de Travail créait un Comité directeur en vue de guider le processus sous la présidence du secrétaire permanent du MS. Le Comité directeur regroupe divers représentants des organisations suivantes :

- Ministère de la Santé ;
- Bureau du Président ;
- Département de la Défense ;
- Ministère de l'Information et de la Radiotélédiffusion ;
- Ministère de la Main-d'Œuvre et du Développement professionnel ;
- Ministère de la Culture et des Services sociaux ;
- Ministère de l'Education ;
- Ministère des Finances ;
- Ministère du Tourisme et de la Faune et Flore ;
- Ministère de la Recherche, Science et Technologie ;
- Bureaux du Ministre de la Justice ;
- Ministère des Collectivités locales ;
- Ministère du Plan et du Développement national ;
- Bureau central des Statistiques ;
- Comité national du SIDA ;
- Institut de Recherche médicale du Kenya ;
- Institut des Etudes et de la Recherche en matière de Population ; et
- Université de Nairobi.

Le MS confiait au Comité directeur la responsabilité d'orienter le processus de formulation de la politique, d'approuver le budget, de revoir les avant-projets des documents et d'obtenir un feed-back du public. Il créait un secrétariat de six personnes pour fournir un appui au Comité directeur.

En 1995, le Comité directeur créait neuf sous-comités techniques couvrant les domaines suivants :

- épidémiologie et soins de santé ;
- création d'un Conseil national de Lutte contre le SIDA ;
- impact économique ;
- dimensions psycho-socioculturelles ;
- problèmes juridiques et éthiques ;
- femmes et enfants ;
- jeunes ;
- stratégies et interventions ; et
- politiques.

**Questions clés du débat concernant la politique de lutte contre le SIDA au Kenya**

- En l'absence d'un traitement permettant de guérir le SIDA, il faut se concentrer sur la prévention.
- Des mesures sont nécessaires pour atténuer les conséquences du SIDA sur les individus, les communautés et la nation.
- Le counseling et les soins doivent être renforcés pour les personnes atteintes du VIH et souffrant du SIDA.
- Les droits humains et les questions éthiques sont vus comme des aspects importants aux efforts de prévention et pour garantir la dignité des personnes atteintes du VIH/SIDA.
- La pauvreté est vue comme un facteur important de la propagation du VIH.
- Les pratiques culturelles sont vues comme de graves contraintes à la prévention.
- Un conflit semble exister entre les besoins de santé publique et les droits individuels.

Les sous-comités techniques devaient consulter les experts et rédiger les sections du document. Les sous-comités ont travaillé de manière intense en mai-juin 1995 pour élaborer une première version des sections aux fins de les présenter au Comité directeur. Juillet à septembre 1995 marquait la période de diffusion publique et de débat. Des ateliers techniques et des forums publics se sont tenus dans les huit provinces du Kenya et dans un grand nombre de districts. Tous ont donné des commentaires :

bailleurs de fonds, ONG, employeurs, syndicats, sociétés d'assurance, juristes, physiciens, chercheurs, sociologues, experts de la population, épidémiologistes, anthropologues, économistes, journalistes, éducateurs, dirigeants religieux, fonctionnaires, politiciens, représentants de la santé publique et experts dans le domaine du « genre ». Le Comité directeur a revu l'avant-projet en fonction de l'information collectée de juillet à septembre. Il a ensuite créé un comité éditorial pour consolider les divers segments en une version finale puis a discuté et approuvé la version finale au début de 1996.

Le cabinet a approuvé le Document de Session en décembre 1996. Le Parlement a débattu du document en juin 1997 et, par la suite, l'a adopté en septembre en tant que *Document de Session No. 4 de 1997 sur le SIDA au Kenya*.

L'adoption de la politique a renforcé la planification et la réalisation du programme de lutte contre le SIDA. Ceux qui participent au programme de lutte contre le SIDA citent les avantages suivants :

- Le Document de Session encourage la planification et la coordination des interventions.
- Les Ressources pour le SIDA se sont accrues. Des ministères autres que le MS – notamment les Ministères de l'Education, de la Culture et des Services sociaux et le Département de la Défense – ont élaboré des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les budgets pour ces programmes.
- Le Document de Session a favorisé l'élaboration d'un plan stratégique pour le VIH/SIDA.

Le processus kenyan se caractérise par un apport technique très important de la part d'experts et un niveau élevé de participation multisectorielle tout au long de l'examen de l'avant-projet de la politique. S'il a fallu un certain temps pour organiser le processus, la formulation par contre est allée rapidement et sans problème une fois que les sous-comités techniques ont été créés. Quand le Document de Session est arrivé au Parlement, il avait déjà fait l'objet d'un examen attentif. Par conséquent, le Parlement a approuvé rapidement et facilement le document.

## Malawi

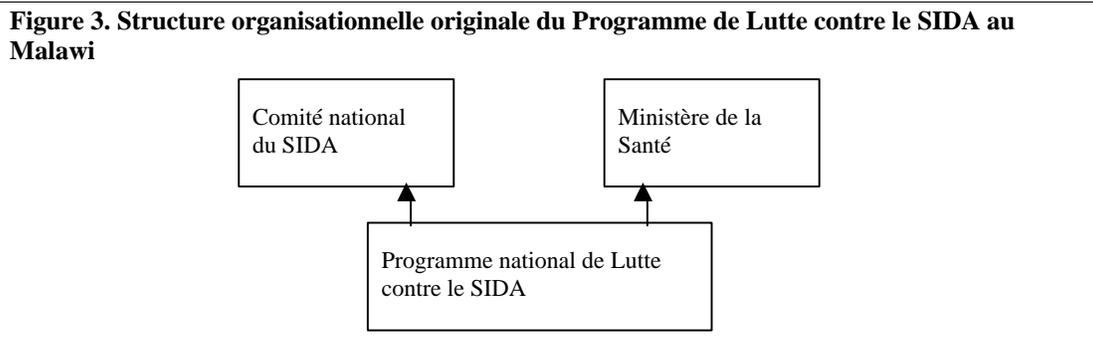
Le premier cas de SIDA au Malawi était diagnostiqué en 1985. En 1986, le gouvernement a créé un Comité technique au sein du MS pour fixer des directives concernant le dépistage du sang et autres questions médicales. Le MS a élaboré un Plan à court Terme en 1987 et un Plan à moyen Terme en 1988. En 1989, le gouvernement a créé le Comité national de Lutte contre le SIDA pour organiser la réponse face à l'épidémie. Le second Plan à moyen Terme était mis en œuvre en 1993.

Profil du Malawi (1997)	
Indicateur	Valeur
Taille de la population	10,3 millions
PNB par habitant	220\$
Espérance de vie	43 ans
Taux de mortalité infantile	133
Taux de mortalité des moins de 5 ans	217
Population en dessous du seuil de pauvreté (1990-1991)	54%
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	14,9%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	710.000
Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.	

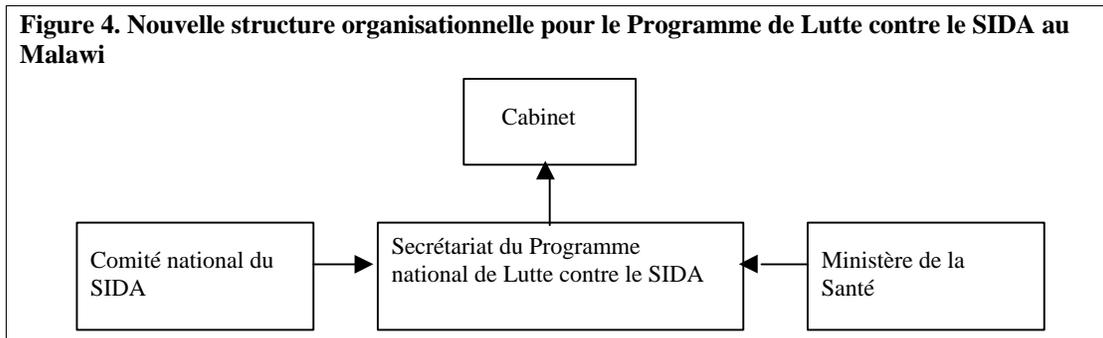
Le Malawi n'a pas encore formulé une politique complète de lutte contre le SIDA à l'échelle nationale. Tout au début de l'épidémie, une politique nationale complète ne semblait pas nécessaire. De fait, les documents de planification traitaient des grandes questions au niveau de la politique. Mais récemment, le gouvernement a reconnu qu'il fallait accroître la participation au dialogue. Par conséquent, le Malawi a lancé un processus en trois étapes pour formuler un plan stratégique pour son programme de lutte contre le VIH/SIDA. La première étape se concentre sur la discussion communautaire. Des facilitateurs formés vérifient qu'il existe le maximum d'occasions possibles pour que la communauté puisse faire entendre sa voix. La seconde étape concerne la modification et l'analyse des questions clés sur le plan opérationnel et politique en fonction des discussions de la communauté et des rapports des experts. La troisième étape concerne la préparation d'un avant-projet

de stratégies circulé aux fins de commentaires et suggestions. Le plan sera présenté lors d'un forum national en octobre 1999.

L'organisation de l'effort multisectoriel est un thème central au Malawi. Au départ, le gouvernement a créé un Comité national de Lutte contre le SIDA d'une structure parallèle au MS, tel que l'indique la Figure 3 ci-après.



Le problème de l'approche parallèle, c'est qu'elle ne dispose pas d'un mécanisme facile permettant au Comité national du SIDA de présenter des recommandations au Parlement. Les recommandations doivent transiter par le Programme national de Lutte contre le SIDA pour aller au MS avant que le ministre ne puisse les présenter au Parlement. La nouvelle structure montrée sur la Figure 4 cherche à fournir une voie plus directe vers le cabinet et, de là, vers le Parlement.



## Afrique du Sud

Le SIDA a été reconnu pour la première fois en Afrique du Sud en 1982. L'épidémie a progressé à une cadence relativement lente jusque dans les années 90 puis est entrée dans une étape explosive. Les activités récentes en vue de formuler des politiques et plans nationaux ont commencé avec l'African National Congress (ANC) alors qu'il était encore interdit. Lors d'une conférence au Mozambique au début de 1990, l'ANC rédigeait la Déclaration de Maputo sur le VIH et le SIDA, reconnaissant l'urgence de faire de la prévention du VIH une priorité. L'ANC a décidé de travailler avec le gouvernement existant par le biais du MS, bien avant que les élections n'aient été fixées pour le nouveau gouvernement. Le Service SIDA du MS et l'ANC ont travaillé ensemble pour mettre en place un Comité directeur avec des représentants du commerce (trois Chambres nationales de Commerce), des syndicats (deux fédérations nationales de syndicat), des églises (le Conseil des Eglises de l'Afrique du Sud), des organisations civiques (l'Organisation civique nationale de l'Afrique du Sud), des partis politiques (ANC) et le gouvernement (MS).

Le Comité directeur a décidé qu'il fallait élaborer une Stratégie nationale de Lutte contre le SIDA. L'effort a débuté par une importante conférence en octobre 1992 intitulée « l'Afrique du Sud unie contre le SIDA ». La conférence recommandait une Stratégie nationale de Lutte contre le SIDA reposant sur les pivots suivants :

- éducation ;
- counseling ;
- prévention ;
- soins de santé ;
- assistance sociale ;
- recherche ;
- droits humains ;
- réforme de la loi ; et
- amélioration socioéconomique.

La conférence a également créé la Convention nationale du SIDA de l'Afrique du Sud (NACOSA). NACOSA a mis en place son propre Comité directeur et l'a élargi par la suite pour inclure des représentants d'ONG intervenant au niveau de la lutte contre le VIH/SIDA. Le Comité directeur a créé des groupes de travail pour élaborer différentes parties d'une stratégie de lutte contre le SIDA. L'avant-projet de la stratégie a été circulé aux fins de commentaires puis celle-ci a été finalisée lors d'une réunion en septembre 1993. Au début de 1994, le comité a élaboré un plan de mise en œuvre de la stratégie.

Le comité a présenté le document combiné appelé Stratégie et Plan à deux vice-présidents de l'Afrique du Sud peu après l'arrivée au pouvoir, en mai 1994, du Gouvernement de l'Unité nationale. Le Ministre de la Santé a officiellement adopté le Stratégie et Plan en juillet 1994.

### Profil de l'Afrique du Sud (1997)

Indicateur	Valeur
Taille de la population	38 millions
PNB par habitant	3.400\$
Espérance de vie	65,2 ans
Taux de mortalité infantile	49
Taux de mortalité des moins de 5 ans	66
Population en dessous du seuil de pauvreté	NA
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	12%-14%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	3,2 millions

Sources : Banque mondiale, 1999 ; Département de la Santé, 1998.

### Information pour le plaidoyer en Afrique du Sud

L'Afrique du Sud a profité d'activités de modélisation locales qui ont permis de démontrer les conséquences de l'épidémie si celle-ci continuait son avancée. Le modèle Doyle (mis au point par Metropolitan Life) a été vu comme un modèle solide du point de vue scientifique pouvant dégager une information utile sur l'épidémie. Il a été utilisé pour contrecarrer les diverses prétentions sur l'impact du SIDA en Afrique du Sud et pour démontrer les coûts et avantages des activités de prévention.

Le processus de formulation de la politique en Afrique du Sud est notable pour un grand nombre de caractéristiques uniques. D'abord, le Stratégie et Plan a été formulé non pas par un département public, mais plutôt par une coalition de forces à l'extérieur du gouvernement. Ces forces, sous la direction de l'ANC, détenaient une solide position morale. De 1990 à 1994, le terrain politique prenait la forme de deux positions générales – celle en faveur de l'apartheid et celle qui lui était opposée. Peu de personnes souhaitaient être associées à un passé négatif. Pour un grand nombre, soutenir les positions de l'ANC signifiait opposition à l'apartheid. Par conséquent, de 1990 à 1994, il était plus facile d'arriver à un consensus sur des efforts encadrés par l'ANC qu'avant 1990 et qu'après 1994.

En outre, les groupes menant le processus n'étaient pas freinés par l'expérience précédente dans le domaine du gouvernement. C'était l'époque « des rêves et des grandes visions ». Le Stratégie et Plan reflète une politique « idéale », tant dans ses valeurs que dans son caractère complet.

Le Stratégie et Plan a également rehaussé le profil du SIDA au sein du gouvernement et le document est devenu un symbole et un point de ralliement pour la communauté plus générale du SIDA. Mais, dans les années qui ont suivi 1994, l'on s'est rendu compte que le Stratégie et Plan avait maintes lacunes et qu'il était lent à être mis en œuvre suite partiellement au manque d'expérience du gouvernement parmi tant de nouveaux membres. Un examen important du Stratégie et Plan en 1997 a permis de reformuler les priorités au niveau national. Les grandes priorités actuelles consistent à renforcer l'appui parmi les dirigeants publics et privés, le renforcement des capacités, l'action intersectorielle et à diminuer le caractère honteux lié au VIH. Fin 1998, le gouvernement démarrait un nouvel effort de grande envergure pour encourager la participation de tous les secteurs de la société dans la lutte contre le SIDA. De plus, le Président Mandela et le Vice-Président Mbeki ont commencé à prendre la parole à propos du SIDA.

Ces dernières années, les questions de traitement sont arrivées au premier rang du programme de politiques. En 1998, le gouvernement a arrêté les essais de l'utilisation de zidovudine (AZT) pour prévenir la transmission mère à enfant du VIH, indiquant que l'argent du traitement serait mieux dépensé pour les efforts de prévention. Il a également rédigé un avant-projet de loi autorisant la vente d'antirétroviraux et autorisant l'importation de médicaments fabriqués par des entreprises différentes que celles détenant le brevet afin de diminuer les coûts du traitement. Les deux décisions ont entraîné un débat animé à l'intérieur et à l'extérieur de l'Afrique du Sud. Le gouvernement qui est arrivé au pouvoir en juin 1999 est en train de revoir attentivement ces deux questions.

**Le Stratégie et Plan de Lutte contre le SIDA en Afrique du Sud a suscité un énorme optimisme, mais n'a pas réussi à endiguer la prévalence croissante du VIH.**

« Mandela a pris la parole à la conférence de 1992 qui a permis de formuler la stratégie de lutte contre le SIDA, et tout laissait croire qu'il vérifierait sa mise en action. Cette confiance tenait à l'immense poids de Mandela en tant que leader progressif, à l'optimisme du pays après l'apartheid et à son rôle dominant dans l'économie du continent. Avec son infrastructure relativement avancée, ses bons systèmes de santé et d'éducation et une technologie supérieure, l'on espérait vraiment que l'Afrique du Sud pourrait échapper à la dévastation que causait le SIDA dans les pays vers le Nord. Les membres du nouveau cabinet avaient promis de prendre les armes contre le SIDA et les campagnes de lutte contre le VIH étaient jugées une partie essentielle de la nouvelle démocratie. 'Une meilleure vie pour tous', telle fut la promesse des élections de l'ANC et ceux atteints du SIDA avaient toutes les raisons de penser qu'ils en faisaient partie. Qu'est-ce qui a échoué ? »

Mary Crewe, « South Africa's Moment of Truth »  
*POZ*, juillet 1999.

## Tanzanie

Le premier cas de SIDA en Tanzanie a été identifié en 1983. Depuis, la réponse nationale au SIDA a évolué par le biais de quatre étapes :

- 1985-1986. Le Plan à court Terme mis au point par le MS guide les premières activités de lutte contre l'épidémie.
- 1987-1991. Le premier Plan à moyen Terme est mis en œuvre. Il comprend un ensemble plus complet d'interventions et les premières étapes pour décentraliser le programme.
- 1992-1996. Le second Plan à moyen Terme est mis en œuvre. Il adopte une approche multisectorielle et se concentre sur la réduction de la transmission du VIH et l'atténuation des conséquences personnelles et sociales de l'épidémie.
- 1996-1998. Le troisième Plan à moyen Terme est formulé.

En 1991, un examen du Programme national de Lutte contre le SIDA (NACP) recommandait de mettre en place une politique nationale qui fournirait des directives pour lutter contre le SIDA. L'examen identifiait les grandes questions suivantes :

- soins des personnes atteintes du SIDA ;
- prétest et counseling du VIH ;
- orphelins du SIDA ; et
- éducation en matière de SIDA dans les écoles.

Le second Plan à moyen Terme soulignait à nouveau la nécessité de se donner une politique nationale et ajoutait plusieurs autres thèmes à traiter, notamment :

- soutien pour la famille dont un membre est décédé suite au SIDA ;
- perte de productivité ;
- protection des droits juridiques des patients atteints du SIDA et des personnes atteintes du VIH et du SIDA ; et
- utilisation des condoms.

L'absence d'un cadre juridique soutenant les programmes de lutte contre le SIDA a encore souligné la nécessité de se donner une politique nationale. Il était difficile de changer des lois et des réglementations en vue de créer un cadre favorable sans une politique publique exigeant ces changements. Par conséquent, le gouvernement a confié au NACP la mission de formuler une politique nationale. Le NACP a commandité la rédaction de documents par des experts, traitant de 11 volets clés. Ensuite, les experts ont présenté des documents lors d'un atelier national de formulation des politiques en 1995. L'atelier a duré sept jours et comptait 28 participants dont la plupart étaient des fonctionnaires, seuls deux représentaient des ONG. Le NACP a fait des efforts pour obtenir l'avis d'autres secteurs de la société, notamment les personnes atteintes du VIH et souffrant du SIDA et les prostituées, mais a reçu peu de réponses. Mi-1999, la politique n'était toujours pas approuvée. Le manque de participation à la formulation de la politique pourrait bien être à l'origine de ces difficultés au niveau de l'approbation.

<b>Profil de la Tanzanie (1997)</b>	
<b>Indicateur</b>	<b>Valeur</b>
Taille de la population (1997)	31,3 millions
PNB par habitant (1997)	210\$
Espérance de vie (1996)	51 ans
Taux de mortalité infantile (1996)	86
Taux de mortalité des moins de 5 ans (1996)	144
Population en dessous du seuil de pauvreté (1991)	51%
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	9,4%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	1,4 million
Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.	

**Le manque de conditions politiques favorables a entraîné un retard dans l'approbation de la politique en matière de SIDA en Tanzanie.**

L'avant-projet de politique a été préparé en 1995, mais il n'a toujours pas été approuvé. L'avant-projet a été préparé alors que le pays se trouvait au cœur de la transition en vue de passer à une démocratie multipartite. Les efforts du gouvernement se concentraient sur une transition en douceur. Peu d'attention était portée à l'avancement de la politique de lutte contre le SIDA par le biais de canaux approuvés.

En 1998, le NACP préparait une nouvelle stratégie quinquennale pour 1998-2002, mise au point avec une participation plus diverse. Celle-ci a été approuvée et elle est en train d'être mise en œuvre.

## Ouganda

L'Ouganda fut l'un des premiers pays touchés par l'épidémie du SIDA. La prévalence du VIH atteignait des niveaux extrêmement élevés dans certaines parties du pays au milieu et vers la fin des années 80. L'Ouganda a répondu de suite à l'épidémie et sa réponse était relativement bien organisée. Les premières politiques traitaient de la transfusion du sang et des tests. L'Ouganda a mis au point l'un des premiers programmes multisectoriels quand il a créé la Commission du SIDA au sein du Cabinet du Président en 1991. D'autres pays reproduisent l'approche multisectorielle mise au point par l'Ouganda cherchant à étendre la participation à la lutte contre le SIDA. L'approche de l'Ouganda est efficace pour faire participer tous les secteurs du

gouvernement et témoigne d'un solide engagement, mais l'approche n'a pas été entièrement réussie. Il est arrivé que la couche supplémentaire de bureaucratie se soit avérée inefficace. Récemment, le gouvernement a commencé à confier à nouveau les fonctions de la Commission au Programme national de Lutte contre le SIDA au sein du MS.

Profil de l'Ouganda (1997)	
Indicateur	Valeur
Taille de la population (1997)	20,3 millions
PNB par habitant (1997)	330\$
Espérance de vie (1996)	43 ans
Taux de mortalité infantile (1996)	99
Taux de mortalité des moins de 5 ans (1996)	141
Population en dessous du seuil de pauvreté (1993)	55%
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	9,5%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	930.000
Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.	

Les efforts en vue de formuler une politique nationale complète n'ont pas commencé avant le milieu des années 90. La Commission de Lutte contre le SIDA de l'Ouganda gère le processus qui se déroule selon les étapes suivantes :

- information demandée auprès des divers secteurs ;
- préparation d'un premier avant-projet de la politique ;
- examen et révision de l'avant-projet par le Comité technique de la Commission de Lutte contre le SIDA de l'Ouganda ;
- distribution de l'avant-projet à la commission entière aux fins d'examen ;
- présentation du rapport préliminaire par le MS aux ministères aux fins d'examen ;
- présentation d'un mémoire sur l'avant-projet de politique au cabinet ;
- présentation d'un projet de loi au Comité sanitaire du Parlement ; et
- présentation du projet de loi au Parlement aux fins d'approbation.

Au début de 1999, le Parlement n'avait pas encore approuvé la politique, mais cette approbation devrait venir cette année. Toutefois, un grand nombre des politiques administratives dont il est question dans ce document complet sont déjà mises en œuvre. L'approbation parlementaire est nécessaire pour les politiques exigeant une action législative.

## Zambie

Le premier cas de SIDA en Zambie a été identifié en 1984. Les premières mesures prises par le gouvernement face à l'épidémie se concentraient sur la prévention de la transmission du VIH par le biais de la protection des réserves de sang et sur la diffusion de l'information au public pour lui montrer comment prévenir l'infection par le VIH. Par la suite, une approche multisectorielle plus vaste a remplacé la première réponse biomédicale.

Le Programme national SIDA/MST/Tuberculose et de la Lèpre (NASTLP) a commencé des consultations suivies avec le gouvernement et d'autres parties concernées en 1993 afin d'arriver à un consensus et de pouvoir collaborer pour l'avenir du programme multisectoriel. En mai 1993, l'Atelier national du Consensus des parties concernées rassemblait bailleurs de fonds, ministères publics, ONG locales et internationales, organisations religieuses, praticiens traditionnels, syndicats, organisations privées et étudiants.

L'Atelier national du Consensus a été suivi par d'autres ateliers plus spécifiques ciblant entre autres des secrétaires permanents, des personnes point focal (nommées responsables du SIDA) dans divers ministères, des organisations religieuses et des ONG. Les ateliers avaient pour tâche d'élaborer des stratégies sectorielles.

Le processus d'élaboration des politiques sectorielles sur le VIH/SIDA est complémentaire aux réformes nationales de la santé qui insistent sur la décentralisation du système de soins de santé et le partenariat, la collaboration et la consultation avec des organisations à l'extérieur du secteur de la santé.

La Zambie compte un volet important de lutte contre le SIDA dans son second Plan à moyen Terme et dépend de diverses politiques, réglementations et directives. Mais le gouvernement n'a pas encore formulé une politique complète de lutte contre le SIDA à l'échelle nationale.

<b>Profil de la Zambie (1997)</b>	
<b>Indicateur</b>	<b>Valeur</b>
Taille de la population (1997)	9,4 millions
PNB par habitant (1997)	380\$
Espérance de vie (1996)	44 ans
Taux de mortalité infantile (1996)	112
Taux de mortalité des moins de 5 ans (1996)	202
Population en dessous du seuil de pauvreté (1991)	68%
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	19%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	770.000
Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.	

#### **Atelier national du Consensus en Zambie, mai 1993**

« L'Atelier national du Consensus fut une étape jalon de la prévention et de la lutte contre le VIH/SIDA en Zambie. Tout d'abord, le Ministère de la Santé et le Programme national SIDA/MST/Tuberculose et Lèpre ont réalisé que le VIH/SIDA affectait tous les secteurs de l'économie et qu'il fallait donc davantage qu'une réponse médicale ou sanitaire pour le combattre efficacement. Deuxièmement, leur rôle avait changé, de planificateurs et d'exécuteurs... en organisations qui devaient également défendre la cause, faciliter et coordonner le développement d'une réponse multisectorielle. Troisièmement, on a réalisé que, si l'on voulait que les principaux intéressés s'engagent entièrement dans la lutte contre l'épidémie, ils devaient faire partie du processus de planification et le résultat escompté ne devait pas être vu comme quelque chose qu'on leur imposait de l'extérieur. Par conséquent, l'Atelier national du Consensus est une étape importante pour encourager consensus, collaboration, consultation et partenariat parmi les principales parties concernées. »

Représentant d'une ONG

La nation avait stimulé une réponse multisectorielle par le biais de divers mécanismes dont notamment la création d'information sur l'impact du SIDA sur les secteurs autres que la santé. Des études faites sur l'impact du SIDA sur l'agriculture, le développement communautaire et l'assistance sociale, l'éducation, l'emploi, la santé et les médias mettent en exergue la nature multidimensionnelle de l'épidémie et la nécessité d'une réponse multisectorielle. Pendant l'application initiale de l'approche multisectorielle, chaque ministère reproduisait les fonctions du MS. Mais par la suite, on leur a demandé de mettre en place des programmes uniques qui utilisaient leur avantage comparatif. Par conséquent, le gouvernement a réuni une conférence des secrétaires permanents en mars 1994 pour établir le concept de la personne point focal dans chaque ministère et pour signaler fermement l'engagement du gouvernement face à l'approche multisectorielle.

**Une réunion des secrétaires permanents établissait fermement l'approche multisectorielle en Zambie.**

« La première réunion des secrétaires permanents représente un carrefour important qui nous a sensibilisé face aux problèmes du VIH/SIDA et à la nécessité de se donner des politiques de lutte contre le VIH/SIDA au sein de nos ministères. Nous pouvions ainsi tenir des délibérations sur la manière de combattre la maladie – surtout par rapport au concept de 'l'avantage comparatif' qui nous encourage à réaliser des programmes d'éducation sur le VIH/SIDA utilisant les possibilités et structures institutionnelles de nos organisations afin d'influencer les activités entrant dans le cadre de notre mission. »

Secrétaire permanent  
Ministère du Travail et de la Sécurité sociale

Dans un grand nombre de pays, le point focal est une composante clé de l'approche multisectorielle. D'abord, les ministères zambiens ont accueilli l'approche avec grand enthousiasme, mais la création de nouveaux postes officiels va à l'encontre du Programme de Réforme du Secteur public qui cherche lui, à réduire le nombre de fonctions publiques. Toutefois, une étude sur l'absentéisme dû au SIDA concluait que le programme des points focaux était essentiel pour atteindre les buts de la réforme de la Fonction publique.

La Zambie a également essayé de faire participer les secteurs non gouvernementaux à la lutte contre le SIDA. Le gouvernement soutient des efforts spéciaux faits par le secteur privé en vue de motiver diverses entreprises pour qu'elles réalisent des programmes et appliquent des politiques en la matière. Il s'agit notamment d'une réunion organisée en juillet 1996 avec le chef de la Fédération zambienne des Employeurs. La réunion a permis de souligner le rôle du secteur privé et la manière dont il pouvait être intégré au Programme national de Lutte contre le VIH/SIDA. Des activités spéciales sont également réalisées avec des organisations religieuses. Par exemple, NASTLP a travaillé avec le Conseil des Eglises pour réaliser des ateliers interconfessionnels sur le rôle de l'Eglise dans le combat contre le SIDA.

Par conséquent, la Zambie n'a pas de politique complète de lutte contre le VIH/SIDA, mais met en place des politiques et programmes spécifiques par le biais d'une approche multisectorielle. Ceux qui font partie du programme voient le manque d'une politique complète de lutte contre le VIH/SIDA comme un avantage aussi bien qu'un désavantage. Les cadres existants mis au point avant que le SIDA ne devienne un grave problème sont souvent incomplets, avec un grand nombre de lacunes qui expliquent pourquoi les pratiques discriminatoires persistent. Du côté positif, vu que les nouveaux programmes et politiques doivent être insérés à des cadres réglementaires existants, les efforts plus récents sont intégrés de près aux approches existantes.

L'examen du processus de formulation des politiques en Zambie fait ressortir les grandes leçons suivantes :

- Une stratégie à deux axes est utile pour combiner la sensibilisation aux problèmes généraux liés au VIH/SIDA et les efforts en vue de formuler des politiques concernant des aspects spécifiques exigeant une attention urgente.
- L'approche des points focaux a bien réussi dans certains ministères, mais nettement moins bien dans d'autres. Quand la personne qui est le point focal n'est pas efficace, il faut intervenir directement au niveau de la direction ministérielle pour élaborer des politiques efficaces.
- L'approche multisectorielle est longue et complexe et ne peut réussir que si les secrétaires permanents et autres hauts fonctionnaires sont entièrement engagés face à l'effort.
- La manière la plus efficace de mettre en œuvre une approche multisectorielle consiste à intégrer les activités ou structures existantes plutôt que de mettre en place des structures parallèles.
- La formulation de politiques sectorielles de lutte contre le VIH/SIDA ne devrait pas être confiée entièrement aux points focaux, mais devrait impliquer tous les intervenants clés au sein d'un ministère.
- Aux fins de pérennisation, il est très important de mettre en place un processus continu de consultation, de collaboration et de recherche de consensus. La réponse du NASTLP est d'importance critique pour maintenir la réponse.

## Zimbabwe

Le Zimbabwe connaît depuis 10 ans une épidémie extrêmement grave du VIH/SIDA. Face à cette situation, le pays a mis en place plusieurs plans à court et à moyen terme et a créé le Programme national de Coordination du SIDA. L'effort fait pour formuler une politique nationale complète a démarré en 1994 avec la création d'un Comité directeur pour planifier le processus et fournir une direction. Le Comité comprend trois membres du Programme national de Lutte contre le SIDA, deux membres de différentes ONG, deux membres des universités, un responsable du Ministère de la Justice et un représentant d'une organisation de personnes atteintes du SIDA.

<b>Profil du Zimbabwe (1997)</b>	
<b>Indicateur</b>	<b>Valeur</b>
Taille de la population (1997)	11,5 millions
PNB par habitant (1997)	750\$
Espérance de vie (1996)	56 ans
Taux de mortalité infantile (1996)	56
Taux de mortalité des moins de 5 ans (1996)	86
Population en dessous du seuil de pauvreté (1990-1991)	25%
Prévalence VIH adultes (15-49 ans)	26%
Nombre infecté par le VIH (tout âge)	1,5 million
Sources : Banque mondiale, 1999 ; ONUSIDA, 1998.	

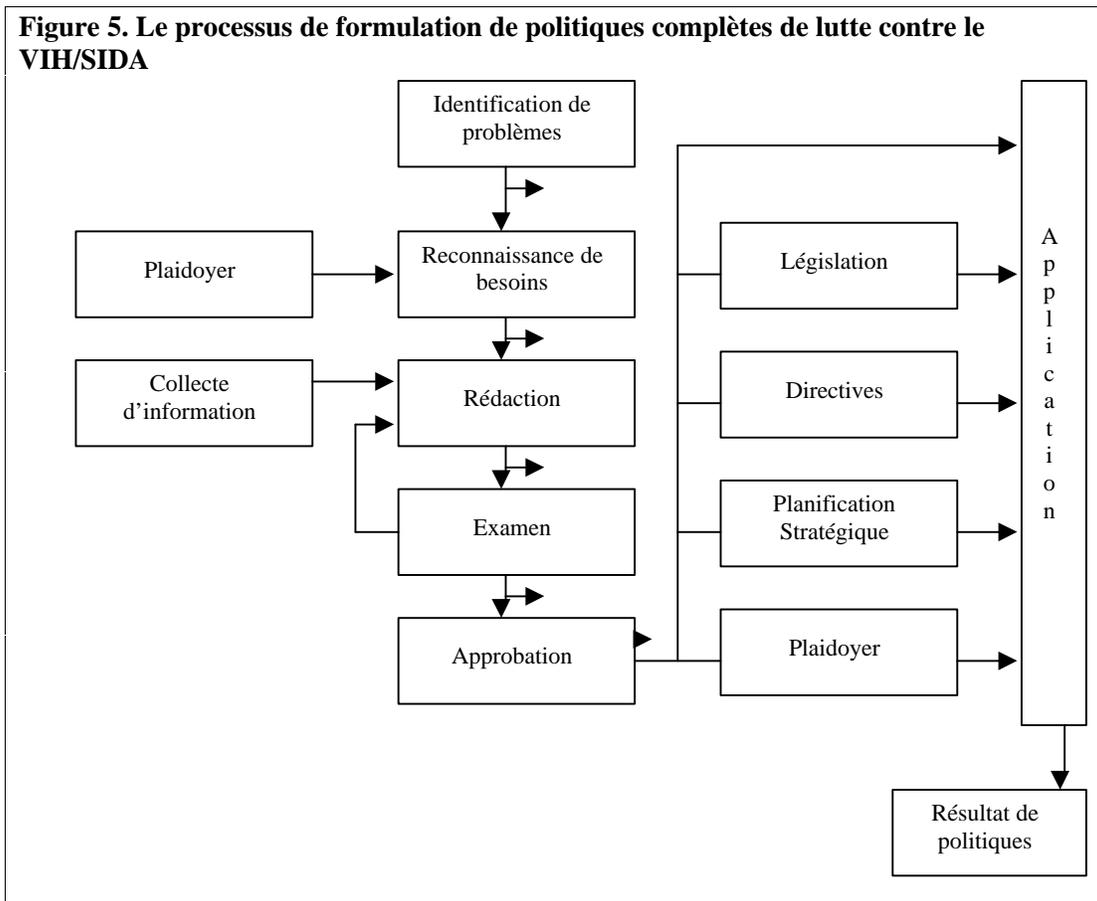
Le Comité directeur a demandé les opinions d'experts par le biais d'une série de consultations et de séances de brainstorming. Ces opinions sont la base sur laquelle repose la première version de la politique, circulée ensuite par le Comité auprès d'un vaste public (200.000 exemplaires imprimés et distribués). L'avant-projet de la politique a également été utilisé comme point de discussion avec plusieurs groupes nationaux, provinciaux et locaux. Plus de 4.500 personnes ont participé aux forums de discussion organisés conjointement avec sept ateliers provinciaux. L'avant-projet de la politique a été diffusé en diverses parties dans le journal national pour qu'il devienne accessible au grand public.

Le Comité directeur a préparé la seconde version en fonction de l'avis du public et l'a faite parvenir, aux fins d'un examen légal, au Ministère de la Justice. Une approbation finale devrait être donnée fin 1999.

La politique finale n'a pas encore été approuvée officiellement, mais un grand nombre de ses politiques administratives ont déjà été appliquées. De plus, la vaste participation au processus a sensibilisé à la question et un grand nombre des objectifs sur le plan plaidoyer et recherche de soutien ont déjà été atteints (Vera, 1997).

## Analyse comparative du processus de formulation des politiques

Les études de cas montrent que les cadres théoriques présentés auparavant saisissent bien le processus de formulation et d'adoption des politiques. Toutefois, les cadres doivent être élaborés davantage pour mieux décrire le processus tel qu'il se déroule en Afrique. La Figure 5 est un cadre revu qui reflète plus exactement les expériences mentionnées.



La cadre revu suit les grandes étapes données par Lasswell (1951) et Meier (1991), mais rend plus explicite certaines des étapes clés identifiées dans les études de cas, surtout les étapes de rédaction et d'examen et les multiples voies par le biais desquelles on peut mettre en œuvre les politiques. Les flèches se dirigeant vers la droite qui ne se joignent pas aux cases indiquent que le processus peut s'arrêter à chaque étape. Le déroulement de la première étape à la dernière n'est pas une trajectoire inévitable.

### Identification de problèmes et reconnaissance des besoins

Tel que le montrent bien les études de cas, il existe une distinction claire entre la reconnaissance du SIDA comme un problème et le fait de déterminer qu'il faut des politiques officielles pour lutter contre la maladie. Dans la plupart de pays, les premiers cas de SIDA ont été signalés au milieu des années 80, mais la formulation de politiques complètes n'a pas commencé avant les années 90. Les

gouvernements ont répondu au problème émergent en prenant diverses mesures progressives avant de reconnaître qu'il fallait une politique complète. Ces réponses sont récapitulées dans quatre étapes de la formulation de politiques dont il est question ci-après.

- **Réponse médicale.** La première réponse au SIDA dans la plupart des pays consistait à traiter la maladie comme un problème médical. Les activités se concentraient sur le dépistage des dons de sang, les pratiques médicales sans risques et la surveillance et la recherche. Dans la plupart des pays, la réponse médicale coïncidait avec la formulation du premier plan à moyen terme sous la direction du Programme mondial de Lutte contre le SIDA. Les premiers cas de SIDA étaient identifiés et, si la recherche montrait que les niveaux d'infection étaient en train d'augmenter au sein de certains groupes, le nombre de décès imputables au SIDA restait faible. A cette étape, directives médicales et directives pour la recherche étaient nécessaires, mais l'on ne sentait pas vraiment pas le besoin de se donner des politiques nationales d'un caractère plus complet.
- **Réponse de santé publique.** Alors que l'épidémie avançait, gouvernements et organisations internationales ont commencé à réaliser que l'approche médicale à la prévention et aux soins liés au VIH ne suffisait pas. La recherche sur les diverses interventions montre que des progrès peuvent être faits grâce à une combinaison de programmes tels que la promotion des condoms, le counseling par homologue et les campagnes de mass media. Lors de cette étape, la réponse au SIDA s'est nettement élargie et, suite à cela, des questions difficiles ont commencé à se présenter sur le plan des politiques, par exemple, la publicité des condoms dans les mass media. Généralement, les gouvernements font face à ces questions de manière ponctuelle par le biais de réglementations ou de lois spécifiques.
- **Réponse multisectorielle.** A une étape ultérieure de l'épidémie, le nombre de décès imputables au SIDA a commencé à grimper. Les organisations internationales ont commencé à souligner les impacts sociaux et économiques du SIDA, suscitant ainsi des réponses multisectorielles. Tous les secteurs du gouvernement étaient encouragés à participer à la prévention du VIH. Le rôle du secteur privé, des ONG et des communautés a pris une plus grande importance. A cette étape, la gamme complète des questions difficiles du point de vue politiques devenait apparente forçant les gouvernements à envisager, par exemple, la situation des orphelins, l'éducation en matière de SIDA dans les écoles, les droits humains, le traitement et les soins et l'éthique de la recherche. A cette étape, la nécessité de se donner une politique nationale complète pour traiter de toutes ces questions devenait apparente dans la plupart des pays.
- **Traitement et prévention ciblés.** Dans bien des pays, la dernière phase se distingue parce qu'elle accorde de l'importance à des approches qui ont fait leurs preuves. Cela peut signifier que l'on insiste moins sur l'approche multisectorielle et davantage sur les interventions de prévention qui semblent les plus prometteuses. La dernière phase est également très centrée sur les questions éthiques et les ressources nécessaires pour les nouvelles options de traitement et de prévention, par exemple, le traitement avec antirétroviraux et la prévention de la transmission mère à enfant.

Le Tableau 2 montre le déroulement de politiques nationales complètes pour neuf pays. L'Ethiopie était le premier pays à répondre (1989). La plupart des autres activités ont commencé entre 1992 et 1994. Parmi les neuf pays, trois avaient reçu l'approbation finale pour leurs politiques (Ethiopie, Kenya et Afrique du Sud) alors que quatre attendent toujours l'approbation finale (Ghana, Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe). En Ethiopie, le processus entier a pris neuf ans ; en Afrique du Sud, il a commencé bien plus tard, mais le processus a été achevé en l'espace de deux ans. Le Tableau 2 concerne uniquement la formulation de politiques complètes de lutte contre le VIH/SIDA à l'échelle nationale. Elle n'indique pas d'autres activités qui ont pu précéder la formulation d'une politique relative au SIDA. Par exemple, la Tanzanie a communiqué des directives médicales sur les tests, les

soins et la prévention en 1989, mais a seulement commencé à élaborer en 1995 une politique nationale complète.

La plupart des pays voient le SIDA comme une crise nationale, mais le temps nécessaire pour mettre sur pied et approuver des politiques complètes montre clairement que les gouvernements ne traitaient pas l'épidémie comme une crise exigeant une solution immédiate sur le plan des politiques. De fait, les gouvernements dépendaient de mécanismes normaux de formulation des politiques plutôt que de mécanismes d'intervention en cas de crise qui sont généralement plus rapides. Du côté positif, l'approche traditionnelle avait l'avantage de permettre une participation étendue au débat. Par conséquent, le processus de deux ans en Afrique du Sud et celui de quatre ans au Kenya représentent une conséquence naturelle de la décision de formuler des politiques complètes avec une vaste participation. Du côté négatif, le défaut de reconnaître l'urgence de la situation a contribué à des périodes de peu d'activité qui représentent un écart de neuf ans entre les activités initiales et l'approbation finale en Ethiopie. De plus, des politiques n'ont pas encore été approuvées après quatre ans au Ghana et après cinq ans en Tanzanie.

**Tableau 2. Plan de déroulement des politiques complètes de lutte contre le VIH/SIDA, 1982-1999**

Pays	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99
Ethiopie					A												★	
Ghana					A													O
Kenya			A													★		
Malawi				A														
Afrique du Sud	A												★					
Tanzanie		A																O
Ouganda		A																O
Zambie			A															
Zimbabwe					A													O

A = Notification du premier cas de SIDA.

■ = Formulation d'une politique nationale complète.

★ = Approbation de la politique nationale complète.

O = Politiques attendant l'approbation finale.

## Plaidoyer

Dans la plupart des pays, le plaidoyer par divers groupes d'intérêt en vue de stimuler une réponse du gouvernement est un des grands aspects de l'identification de problèmes et de la reconnaissance des besoins. Des organisations internationales telles que l'ONUSIDA, l'OMS et, plus récemment la Banque mondiale, réalisent des activités de plaidoyer pour le SIDA. Des bailleurs de fonds internationaux, dont l'USAID et le Département du Développement international de la Grande-Bretagne (DFID), intègrent souvent le SIDA aux discussions qu'ils tiennent avec des gouvernements hôtes et soutiennent des projets, tels que le Projet POLICY, dans le cadre de leurs efforts en vue de fournir assistance technique et formation en matière de plaidoyer. Les Programmes nationaux de Lutte contre le SIDA réalisent également des activités de plaidoyer. Les programmes en Ethiopie, au Ghana, au Kenya, en Afrique du Sud, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe ont élaboré des présentations et livrets sur le plaidoyer utilisés pour sensibiliser à l'épidémie du SIDA et renforcer le soutien pour des politiques et programmes efficaces. Dans certains pays, des ONG et groupes d'intérêt locaux ont joué un rôle très important en recommandant au gouvernement de prendre les mesures nécessaires face à l'épidémie. En Ouganda, l'Organisation de Soutien au SIDA (TASO) a sensibilisé au problème du SIDA en créant un réseau de personnes qui fournissent un soutien à ceux atteints du VIH et à leur famille. Au Kenya, le Consortium des ONG intervenant au niveau du SIDA (KANCO) soutien des

ONG SIDA, diffuse l'information sur le SIDA et soutient des efforts en vue d'engager les parlementaires à tenir des discussions à propos de la maladie. En Afrique du Sud, l'Association nationale de Personnes atteintes de VIH et souffrant de SIDA est une des voix dominantes demandant que soit élargie la réponse au SIDA.

### **Collecte de l'information**

La plupart des pays ont créé des comités de rédaction ou des comités directeurs chargés de surveiller le développement de la première version d'une politique sur le SIDA. Généralement, les comités de rédaction consultent des experts par le biais d'interviews (Ghana), commanditent des documents sur les thèmes clés (Tanzanie) ou demandent à des experts de faire partie de leurs sous-comités techniques (Kenya). Certains pays ont réalisé des ateliers nationaux pendant lesquels les documents commandités ou les opinions des consultants ont été discutées et une première version a été rédigée (Ethiopie, Tanzanie).

### **Rédaction**

En Ethiopie, au Ghana, en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Ouganda, l'élaboration de la politique de lutte contre le SIDA a été achevée avant ou pendant un atelier national. La participation était surtout importante à l'étape préalable de la rédaction ou pendant l'étape de rédaction. Le niveau de participation dépend de la diversité représentée par ceux engagés dans le processus de rédaction. En Afrique du Sud, la composition diverse de NACOSA et la situation politique unique ont permis un niveau très élevé de participation au dialogue de politiques. En Ethiopie et en Tanzanie, la réalisation d'un seul atelier national a limité davantage les possibilités de participation pour ceux qui ne faisaient pas partie du domaine de la santé publique. Toutefois, la Tanzanie a fait circuler son avant-projet de politiques aux organisations représentant les personnes atteintes de SIDA et aux prostituées, mais n'a reçu que peu de commentaires. (En Ethiopie et en Tanzanie, davantage de possibilités de participation se développent dans le cadre du processus de planification stratégique en cours actuellement.) Le Malawi a répondu au problème d'un feed-back limité de la communauté en formant des facilitateurs pour qu'ils organisent des réunions conçues spécifiquement pour obtenir plus de réponses de la communauté.

La Zambie n'a pas de politique nationale complète, mais elle encourage la participation à la discussion de politiques spécifiques. Par exemple, le pays réalise une conférence annuelle nationale sur le SIDA aux fins de débattre de recommandations qui seront envoyées ultérieurement au Parlement.

### **Examen**

Au Kenya et au Zimbabwe, les avant-projets des politiques ont fait l'objet d'un débat animé. Le Zimbabwe a imprimé 200.000 exemplaires de la première version aux fins de distribution. Les deux pays ont organisé des ateliers provinciaux et locaux qui ont donné l'occasion d'une vaste participation permettant à chacun de donner ses réactions face à l'avant-projet. Une telle approche prend beaucoup de temps, mais elle permet d'obtenir l'avis de personnes et d'organisations intéressées.

**Résolution des conflits.** Bien des aspects d'une politique de lutte contre le SIDA sont controversés. Les différents conflits qui se sont présentés tout au long de la discussion de chaque politique ont été traités de manière différente en fonction du thème et de son contexte. Dans certains cas, on a pu apporter une information scientifique supplémentaire au débat pour arriver à un consensus sur la meilleure approche. Par exemple, il est facile de rejeter le problème de la quarantaine des personnes infectées une fois que tous les participants comprennent que l'infection est très répandue. Dans

d'autres cas, l'opinion de certains experts sur l'éthique médicale a convaincu les participants de l'approche correcte (par exemple, la nécessité de respecter le caractère confidentiel). Mais il n'a pas toujours été possible d'arriver au consensus. Un grand nombre des questions sur lesquelles on n'a pas su se mettre d'accord ont tout simplement été enlevées de la politique, y compris la criminalisation de la transmission volontaire du VIH et la distribution de condoms dans les prisons. Pour d'autres aspects encore, les participants sont arrivés à un compromis en rendant la question moins spécifique. Par exemple, « éducation sexuelle dans les écoles » peut être controversée, alors que « éducation à la vie familiale » ou « information sur le SIDA pour les jeunes » peuvent être plus neutres car les déclarations peuvent être interprétées de manières différentes. Le Zimbabwe a su parler dans sa politique de la transmission volontaire en notant la « violence sexuelle ».

**Institution chef de file.** Le Programme national de Lutte contre le SIDA au sein du MS a pris la direction du travail de formulation de politiques dans tous les pays à l'exception de l'Afrique du Sud et de l'Ouganda. Lors des discussions sur la transition au nouveau gouvernement, l'ANC de l'Afrique du Sud a démarré des discussions avec le gouvernement sur la nécessité de mettre en place une politique concernant le SIDA. Ces discussions ont abouti à la création de NACOSA, groupe polyvalent qui a dirigé la préparation de la Stratégie et du Plan contre le SIDA en Afrique du Sud. En Ouganda, la responsabilité de la formulation de la politique est confiée à la Commission du SIDA, entité multisectorielle comptant une représentation de toutes les parties du gouvernement intervenant au niveau des activités de lutte contre le SIDA. Dans la plupart des autres pays, les entités de coordination multisectorielle, telles que les conseils nationaux de lutte contre le SIDA, n'ont pas été créées, ne fonctionnent pas ou alors sont créées dans le cadre d'une politique plus globale. Toutefois, en Ouganda, la Commission du SIDA a été créée au début des années 90. Elle fournit une base plus large au sein de la structure gouvernementale pour la formulation de politiques que le Programme de Lutte contre le SIDA au sein du MS.

## **Approbation**

Les politiques nationales de lutte contre le SIDA sont approuvées à l'un des trois niveaux suivants : Ministre de la Santé, cabinet ou Parlement. Le Ministre de la Santé a approuvé la plupart des directives précoces ou politiques spécifiques. Le Plan national de l'Afrique du Sud a été présenté aux vice-présidents, mais l'approbation finale a été donnée par le Ministre de la Santé. L'approbation finale est venue ou viendra du cabinet en Ethiopie, en Tanzanie et au Zimbabwe. Le Ghana, le Kenya et l'Ouganda cherchent une approbation finale auprès du Parlement. Il semblerait que l'approbation finale par le Parlement indique qu'un débat plus animé a eu lieu auparavant et que la politique finale bénéficiera d'un appui plus solide et permettra de mieux saisir l'ampleur du défi lié au SIDA. L'on ne sait pas si tel est effectivement le cas. L'on peut penser que la légitimité du gouvernement et le niveau de participation par les parties d'opposition au sein du Parlement sont des facteurs importants déterminant le niveau de soutien et le degré de sensibilisation au problème.

## **Mise en œuvre**

Une fois les politiques adoptées, elles doivent être mises en œuvre. Les pays ont adopté maintes approches différentes à la mise en œuvre. Plusieurs pays ont mis en œuvre des politiques par le biais de plans opérationnels ou stratégiques qui suscitent une participation importante. Dans certains pays, des comités doivent être créés pour formuler les directives nécessaires à la mise en œuvre des politiques. La formulation de directives peut être aussi longue que le processus de formulation de la politique. Souvent, des décisions difficiles qui ont été évitées au moment de la rédaction des politiques réapparaissent quand plans et directives doivent être adoptés. Dans bien des cas, certains éléments d'une politique peuvent déjà être mis en œuvre avant que la politique entière ne soit adoptée.

On peut encourager des groupes d'intérêt à diffuser et à adopter certaines parties de la politique qui revêtent un intérêt spécial pour eux. La plupart des politiques comprennent certains éléments qui peuvent être mis en œuvre immédiatement par le biais d'actions administratives et d'autres exigeront une législation spécifique ou l'obtention d'un financement.

**Valeur de l'approche multisectorielle.** La plupart des pays et des organisations internationales ont essayé ou recommandé des approches multisectorielles au SIDA suite aux conséquences diverses de la maladie et à la nécessité pour de nombreux secteurs de confronter l'épidémie. L'expérience a été mitigée jusqu'à présent. Le Malawi a créé un Comité national du SIDA de nature multisectorielle et a partagé la direction du Programme national de Lutte contre le SIDA avec le MS. La structure s'est avérée problématique car le Comité national du SIDA ne pouvait pas présenter directement les questions importantes au cabinet. Par la suite, le Malawi a revu la structure. Le pays a maintenu les aspects multisectoriels, mais a créé un secrétariat pour le Programme national de Lutte contre le SIDA. Les ministres sont des membres du secrétariat pouvant s'adresser directement au cabinet. Le MS et le Programme national de Lutte contre le SIDA rendent tous les deux compte au secrétariat.

L'Ouganda est l'un des premiers pays à mettre en œuvre l'approche multisectorielle. D'abord, la Commission du SIDA a été créée au sein du Cabinet du Président. Outre le MS, un grand nombre de ministères ont créé des programmes de lutte contre le SIDA. Par la suite, la commission s'est déplacée au sein du MS (tout en gardant un budget séparé) où elle est susceptible de recevoir plus d'attention.

Plusieurs pays ont essayé l'approche des points focaux, demandant à ces personnes de diriger l'effort multisectoriel au sein des divers ministères. Quand les personnes qui sont le point focal font un travail satisfaisant, l'approche suscite effectivement une participation active d'un grand nombre de ministères. Et pourtant, pour bien des pays, l'expérience a été décevante. Les points focaux ont rarement une description écrite de leurs activités concernant le SIDA dans leurs termes de référence, faisant qu'ils doivent intégrer ces activités à leurs autres responsabilités et ils peuvent être transférés à un autre poste ou dans un autre ministère sans que l'on spécifie la manière dont la fonction relative au SIDA peut être transférée à une autre personne dans le ministère. Vu qu'un grand nombre de gouvernements entreprennent une réforme de la Fonction publique visant à diminuer le nombre des fonctionnaires, l'exécution efficace du concept du point focal peut être difficile.

Tout le monde reconnaît la nécessité de faire participer tous les secteurs du gouvernement et de la société aux programmes de lutte contre le SIDA, mais il n'est pas toujours facile de déterminer quels sont les meilleurs mécanismes à cette fin. La plupart des activités en vue de développer des approches multisectorielles ont cherché à engager tous les départements du gouvernement dans les programmes de lutte contre le SIDA. Par contre, certains pays ont fait des efforts spéciaux pour engager également des secteurs non gouvernementaux. Ils cherchent notamment à faire participer, entre autres, le secteur privé, les ONG, les groupes religieux, les syndicats, les organisations communautaires et les associations de personnes souffrant du SIDA. La participation de ces segments différents de la société est parfois à l'origine du conflit, mais l'expérience est généralement positive. Le SIDA n'est pas seulement un problème médical et, par conséquent, tous les secteurs de la société affectés par le SIDA doivent participer aux efforts faits pour lutter contre la maladie.

**Rôles nationaux ou provinciaux/locaux.** La division de la responsabilité entre les départements nationaux et provinciaux est un autre aspect important au vu de la formulation des politiques. A l'évidence, il incombe au gouvernement national de formuler les politiques nationales, mais la mise en œuvre est souvent confiée aux administrations locales. La tendance récente de décentralisation de toutes les fonctions publiques, y compris la santé, renforce encore la division entre le gouvernement national et les collectivités locales. En Ethiopie et en Zambie, les fonctions du Programme national de Lutte contre le SIDA sont limitées aux domaines de politiques, plaidoyer, recherche, collaboration avec des bailleurs de fonds internationaux et certaines autres fonctions alors que l'essentiel de la responsabilité de la mise en œuvre est confié aux districts ou aux provinces. Le partage des responsabilités concernant la formulation des directives n'est pas toujours clair et une certaine incertitude entoure la mesure dans laquelle les provinces doivent suivre les décisions ou directives

établies au niveau national. On ne saurait insister suffisamment sur la nécessité de se donner une vaste participation à la formulation et à l'adoption de politiques nationales – que ce soit par le biais du plaidoyer, de la planification ou de la formation.

## **Intervenants**

Les divers intervenants d'un processus de formulation des politiques jouent des rôles différents et leur degré de participation varie en fonction de l'étape du processus. Tous les intervenants peuvent bien sûr participer dans une certaine mesure à toutes les étapes mais généralement, ils font leurs principales contributions uniquement dans le cadre de quelques étapes. Le Tableau 3 récapitule les expériences des études de cas. Cette discussion classe les intervenants en fonction des groupes clés identifiés par la littérature sur le processus de formulation des politiques. Dans le cas du VIH/SIDA, les groupes sont les suivants :

- Technocrates – épidémiologistes, médecins, scientifiques, spécialistes de la santé, analystes des politiques et économistes au sein du MS, provenant d'institutions de recherche nationale et d'organisations internationales ;
- Bureaucrates – essentiellement du MS, du Ministère du Plan et du cabinet du Président ou du Premier Ministre ;
- Groupes d'intérêt – ONG fournissant des services de prévention et de soins liés au VIH/SIDA, organisations de personnes souffrant du SIDA, organisations communautaires et organisations représentant des populations courant un risque spécial (par exemple, prostituées, camionneurs) ;
- Politiciens – ministres et vice-ministres, membres du Parlement, membres du cabinet, Président et Premier Ministre ; et
- Bailleurs de fonds – représentants de l'ONUSIDA et de ses organisations membres (OMS, UNICEF, PNUD, FNUAP et Banque mondiale) et les bailleurs bilatéraux tels que l'USAID, DFID et les organismes de développement danois et suédois (DANIDA et SIDA).

**Tableau 3. Intervenants dans le processus de formulation de politiques par étape**

Étape	Technocrates	Bureaucrates	Groupes d'intérêt	Politiciens	Bailleurs de fonds
Identification de problèmes	✓				✓
Reconnaissance des besoins				✓	
Plaidoyer	✓	✓	✓	✓	✓
Collecte de l'information	✓				
Rédaction	✓	✓	✓		
Examen			✓	✓	
Approbation				✓	
Mise en œuvre	✓	✓	✓	✓	✓

*L'identification de problèmes* est dirigée par des technocrates qui collectent et analysent les données et les présentent sous diverses formes pour illustrer les problèmes actuels et futurs. Les informations essentielles sont les cas notifiés de SIDA et les études de surveillance pour l'infection par le VIH. Les bailleurs de fonds jouent un rôle en présentant l'information d'autres pays pour corroborer l'expérience nationale. Dans tous les pays examinés dans ce rapport, la collecte et l'analyse de données ont été effectuées par des épidémiologistes du MS et des groupes de recherche universitaires. Ils sont généralement appuyés par des spécialistes internationaux provenant de l'OMS, de l'USAID et d'autres bailleurs de fonds.

*La reconnaissance des besoins* est faite par des politiciens plaçant le SIDA à leur ordre du jour. Par conséquent, les efforts de plaidoyer se concentrent sur les politiciens clés cherchant à les convaincre de la nécessité de se donner une réponse polyvalente.

*Le plaidoyer* en vue de passer à l'action peut venir de n'importe quel groupe. En général, il est fait par des groupes d'intérêt et des bailleurs de fonds. Les responsables du plaidoyer forment des alliances avec les technocrates et les bureaucrates qui voient la nécessité d'accélérer l'action politique pour faire progresser leur cas par le biais des canaux gouvernementaux normaux. Dans certains cas, des politiciens ayant une bonne vision de l'avenir reconnaissent la nécessité de prendre plus de mesures et défendent l'effort fait pour une réponse complète et efficace. Par exemple, en Afrique du Sud, l'ANC a reconnu très tôt que le SIDA représentait un grave problème et l'a porté à son programme. En Ethiopie, les bailleurs de fonds ont appuyé le personnel technique du Programme de Lutte contre le SIDA dans le pays. Ce personnel a réussi à convaincre qu'il fallait renforcer l'action. Mais, quand le programme de décentralisation de l'Ethiopie a entraîné une réduction très nette du personnel technique, la pression s'est relâchée et le processus a été retardé de plusieurs années.

*La collecte de l'information* est faite par des technocrates. Dans les études de cas présentées ici, une information a été réunie par le biais de documents spéciaux préparés par des consultants techniques (Kenya, Tanzanie), par le biais d'ateliers avec des technocrates (Ethiopie, Tanzanie) ou d'interviews (Ghana).

*La rédaction* de documents de politiques est généralement faite par des bureaucrates avec la participation d'autres groupes. Dans plusieurs des études de cas (Kenya, Afrique du Sud, Zimbabwe), les groupes d'intérêt avaient maintes occasions de participer au processus de rédaction. Alors que dans d'autres (Ethiopie, Tanzanie), les occasions étaient rares.

*L'approbation* relève généralement d'un processus politique. Dans le cas de l'Afrique du Sud, le Ministre de la Santé a officiellement approuvé la stratégie de lutte contre le SIDA, mais les vice-présidents avaient fourni une approbation tacite. Dans tous les autres pays, le cabinet ou le Parlement a approuvé la politique.

*La mise en œuvre* doit être l'affaire de tous. Les technocrates doivent fournir une information et participer à la planification du programme. Les bureaucrates créent et dirigent les structures formelles qui permettent de mettre en œuvre les programmes. Divers groupes d'intérêt peuvent préconiser

l'adoption de parties spécifiques de la politique et intervenir par le biais d'ONG et d'autres types d'organisations représentant la société civile pour mettre en œuvre tel ou tel volet. Les politiciens doivent participer à l'élaboration de la législation nécessaire pour mettre en œuvre certaines parties de la politique. Ils doivent également octroyer les crédits nécessaires à la mise en œuvre. Les bailleurs de fonds jouent souvent un rôle important au niveau du financement et de la définition des priorités du programme.

## Besoins en information

Les besoins en information diffèrent à chaque stade du processus de formulation (voir Tableau 4). Des activités de recherche et d'évaluation aux niveaux national et international sont très importantes pour dégager l'information qui étaye les décisions adéquates à chaque étape. La capacité locale à générer, évaluer et diffuser l'information nécessaire est une partie importante d'un processus réussi de formulation de politiques. Sans une telle information, le processus ne pourra pas réussir ou sera inefficace ou encore des politiques négatives pourraient en résulter.

**Tableau 4. Besoins en information par stade du processus de formulation de politiques**

Stade	Besoins en information
Identification de problèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de cas notifiés par âge, sexe et région</li> <li>• Information de surveillance sur la prévalence du VIH par groupe de risque</li> <li>• Estimation du nombre infecté</li> </ul>
Reconnaissance des besoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projections du futur nombre des infections et cas de SIDA ainsi que décès liés au SIDA</li> <li>• Estimations des impacts sociaux et économiques du SIDA</li> <li>• Histoires personnelles de tragédies causées par le SIDA montrant ses graves conséquences sur les individus, la famille, les communautés, les droits humains, etc.</li> </ul>
Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information montrant l'impact du SIDA sur des groupes spéciaux et efficacité des interventions</li> </ul>
Rédaction et examen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut et ampleur de l'épidémie</li> <li>• Inventaire des lois et réglementations existantes</li> <li>• Modèle de politiques recommandées par des organisations et conférences internationales</li> <li>• Exemples de politiques adoptées par d'autres pays</li> </ul>
Approbation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opinions des groupes d'intérêt face à l'avant-projet de politiques</li> <li>• Estimations de l'impact des politiques sur la lutte contre l'épidémie</li> <li>• Estimations des coûts des politiques</li> </ul>
Législation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventaire de la législation existante</li> <li>• Avant-projets de législation nécessaires pour traiter des questions clés des politiques</li> </ul>
Directives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information scientifique concernant les approches réussies et non réussies</li> </ul>
Planification stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité des interventions proposées</li> <li>• Coût-efficacité et analyse du coût-avantage</li> <li>• Projections de ressources nécessaires</li> </ul>

## Questions clés des politiques

Les politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA et les directives opérationnelles des politiques traitent de toute une gamme de thèmes allant des directives médicales et de soins aux politiques influençant l'accès aux services aux droits humains et à l'antidiscrimination. Pour un grand nombre des thèmes couverts dans les politiques et directives nationales, les décideurs et autres parties concernées ont su atteindre un consensus clair quant à la recommandation qui convient le mieux. Dans d'autres cas, l'adoption de politiques spécifiques s'est heurtée à des obstacles de taille du point de vue opposition à la politique ou au manque de consensus sur la faisabilité, l'efficacité, le coût-efficacité ou l'adéquation culturelle/sociale d'une recommandation pour une politique ou un programme.

### Thèmes généraux traités par la plupart des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA

La plupart des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA comprennent des déclarations et des directives sur les thèmes généraux suivants :

- questions de santé publique, telles que le test et le counseling pour le VIH, sécurité des transfusions de sang et surveillance ;
- prise en charge clinique et lutte contre l'infection ;
- soins à domicile ;
- counseling concernant l'allaitement maternel, la santé des adolescents et la santé reproductive ;
- questions liées à l'équité entre sexes ;
- information et éducation ;
- recherche ;
- questions éthiques, juridiques et de droits humains, telles que le caractère privé, le caractère confidentiel, la notification, les facteurs culturels, la discrimination, l'accès aux soins de santé et aux services sociaux, l'éducation, l'emploi, l'habitat, l'assurance, les déplacements, la migration, les réfugiés, les prisons, les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, les prostituées ; et
- l'approche multisectorielle, la collaboration, le rôle des ONG, la décentralisation et la mobilisation des ressources.

Le Compendium des Politiques de Lutte contre le VIH/SIDA mis au point par le Projet POLICY fournit un grand nombre d'exemples spécifiques de déclarations et directives pour chacun des thèmes susmentionnés. Le compendium est une base de données compilée à partir de politiques nationales et déclarations faites lors de conférences internationales. La base de données est disponible sur l'Internet à [www.tfgi.com/areas/hiv aids.htm](http://www.tfgi.com/areas/hiv aids.htm) ou sur CD-ROM pouvant être obtenu auprès du Projet POLICY.

La couverture des droits humains est l'une des questions les plus complexes et les plus difficiles de la formulation des politiques sur le VIH/SIDA. Les questions clés des droits humains et du VIH/SIDA sont récapitulées ci-après.

- **Honte.** Le fait d'être ainsi mis à l'écart de la société mène à la détérioration des droits civiques, économiques ou politiques.
- **Education.** Les restrictions gouvernementales sur la diffusion et le libre échange d'information sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA ; restrictions sur l'accès à l'éducation.
- **Système juridique.** L'application inégale de lois criminelles et civiles menant à une protection moindre de ceux infectés par le VIH.

- **Services de santé.** Prise en charge inégale dans les services (accès, test, notification, couverture).
- **Assistance sociale et assurance.** Application inégale de l'assistance sociale ou des services de sécurité sociale, des avantages et des systèmes d'administration qui, dans d'autres cas, ont une couverture universelle ; restrictions sur l'indemnité ou l'assurance vie.
- **Habitat.** Conditions inégales pour l'habitat public et privé (accès, services, qualité).
- **Vie familiale.** Test obligatoire du VIH (pour recevoir l'autorisation de mariage) ; suspension ou modification des droits familiaux et interpersonnels.
- **Emploi.** Inégalités dans les opportunités d'emploi et les procédures (test, confidentialité, lieu de travail, avantages, licenciements).
- **Prisons.** Refus de conditions égales dans la détention (ségrégation, avantages, libération).
- **Migration.** Restrictions sur les mouvements ou sur le fait de demeurer (déclaration obligatoire, test, exclusion).

Pour certaines questions de politiques, il existe un accord général sur les approches et le langage. D'autres questions présentent des difficultés soit pour comprendre quelles politiques conviennent les mieux, soit pour trouver un consensus sur un langage spécifique. Certaines des questions difficiles sont décrites ci-après avec une discussion des stratégies utilisées pour les traiter.

## **Counseling et test pour le VIH**

La prestation de services pour un counseling et test volontaires du VIH est vue actuellement comme un des éléments les plus importants d'un grand nombre de programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Même lorsqu'une recherche importante montre l'impact positif des programmes de test volontaire sur le changement de comportement, la controverse est toujours vive face aux politiques qui soutiennent des programmes de test volontaire subventionnés par l'Etat, surtout en ce qui concerne le coût-efficacité des tests volontaires et les priorités d'affectation des ressources au sein des programmes nationaux. Au Ghana, le fait que la constitution de 1992 puisse être interprétée comme interdisant les tests du VIH soulève des problèmes juridiques d'une nature spéciale.

### **Test avant l'emploi**

Le test avant l'emploi est également une question contentieuse. Un grand nombre des employeurs souhaitent des tests avant l'emploi pour protéger leur investissement dans la formation des employés. Dans plusieurs pays, les forces armées font régulièrement le test de toutes les nouvelles recrues. Mais de tels tests peuvent violer les droits des individus à travailler si les résultats sont la cause du refus de l'emploi en fonction de la séropositivité. Le Botswana, l'Afrique du Sud et la Tanzanie ont intégré des paragraphes spéciaux à leurs politiques pour interdire le test avant l'emploi et l'utilisation de la séropositivité comme seul critère de renvoi. La politique du Botswana indique :

#### *6.2 Test pour le VIH*

*Les principes suivants doivent être observés en ce qui concerne tous les tests du VIH :*

*Le test du VIH avant l'emploi comme évaluation de la capacité à travailler n'est pas nécessaire et ne devrait pas être réalisé...*

*Politique nationale de Lutte contre le VIH/SIDA au Botswana, approuvée et adoptée par le biais de la Directive présidentielle CAB :35/93*

## **Orphelins**

Dans de nombreux pays, le nombre d'orphelins laissés par le SIDA a atteint des niveaux alarmants. Et pourtant, les efforts faits pour mitiger les conséquences du SIDA sur les enfants et la famille peuvent générer des conflits, par exemple, certaines personnes demandent que les orphelins du SIDA ne payent pas les frais de scolarité et pourtant de telles actions pourraient les marquer comme faisant partie de ce groupe rejeté et de plus, miner les efforts faits par les conseils scolaires qui doivent mobiliser leurs propres fonds. D'autres suggèrent des programmes d'alimentation et de distribution d'habits aux orphelins du SIDA. Toutefois, il est difficile de justifier des programmes spéciaux pour les orphelins du SIDA si d'autres orphelins ne sont pas inclus.

Dans le cadre de l'effort fait pour diminuer les frais de scolarité en Zambie, on a supprimé l'obligation de porter des uniformes et des chaussures noires afin d'aider le nombre croissant d'orphelins du SIDA. La politique de lutte contre le SIDA au Kenya stipule une éducation gratuite et un soutien social pour les orphelins.

*L'impact économique du SIDA demande une mobilisation de ressources de diverses sources dont les individus, la communauté, le Ministère des Finances et les bailleurs de fonds. Par conséquent, le gouvernement devra :*

*Aux termes de l'Education primaire universelle, offrir une éducation gratuite et un soutien social aux orphelins...*

*Document de Session No.4 de 1997 sur le SIDA au Kenya*

## **Education en matière de SIDA dans les écoles**

La question de l'éducation en matière de SIDA dans les écoles est généralement contentieuse. Une éducation générale sur le SIDA n'est peut-être pas controversée, mais certains aspects spécifiques risquent d'être parmi les plus controversés de ceux mentionnés ici. Le débat est de savoir si les parents ou les écoles devraient parler des rapports sexuels aux jeunes enfants et de savoir si les messages de prévention doivent se limiter à l'abstinence ou traiter de l'utilisation de condoms. Une approche consiste à utiliser des activités extra-scolaires, telles que des forums (clubs anti-SIDA) pouvant fournir plus de directives et de conseils. Les controverses les plus vives concernent généralement l'élaboration du programme plutôt que les principes généraux qui sont inclus normalement aux politiques nationales. Par exemple, le Document de Session sur le SIDA au Kenya fixe un but général pour le rôle du système d'éducation sans spécifier les détails des messages spécifiques.

*Les jeunes représentent la majorité des cas de SIDA, tel que notifié par divers hôpitaux. Les jeunes sont infectés par le biais de facteurs environnementaux, sociaux, culturels, psychologiques et biologiques. Pour protéger les jeunes contre les infections par le VIH/MST, le gouvernement devra :*

*Fournir une direction pour concevoir des programmes d'éducation en matière de SIDA qui soient acceptables d'un point de vue culturel, moral et scientifique pour les jeunes à l'école et ceux qui ont abandonné l'école...*

*Document de Session No. 4 de 1997 sur le SIDA au Kenya*

## Publicité des condoms

La promotion des condoms est un aspect clé de la plupart des programmes de prévention du VIH. Mais certains pays ont interdit la publicité du condom à la radio et à la télévision suite à l'opposition de groupes religieux ou autres groupes. Au départ, le MS en Ouganda avait approuvé la publicité du condom par le programme de marketing social. Peu après le démarrage de la campagne publicitaire, le Ministère de l'Information l'a interdite, bien qu'il ait à nouveau permis une certaine publicité par la suite.

La publicité sur les condoms est souvent considérée comme une question réglementaire, plutôt que de politiques, qui sera donc traitée par une politique complète, même si l'approche réglementaire signifie que l'application peut être soumise à différentes interprétations. Toutefois, plusieurs politiques complètes indiquent que les mass media devraient jouer un rôle important au niveau de la prévention du SIDA. Par exemple, le préambule au second avant-projet de la politique du Zimbabwe indique que :

*Les mass media sont une force importante pour influencer l'opinion publique et stimuler le débat. Ils devraient être pleinement utilisés pour promouvoir la prévention du VIH et encourager des attitudes de soutien.*

*Politique nationale de Lutte contre le VIH/SIDA (second avant-projet),  
Zimbabwe*

## Utilisation obligatoire du condom dans les maisons de prostitution

La réussite du programme de la Thaïlande demandant une utilisation à 100% du condom dans les maisons de prostitution suggère à de nombreux autres pays d'essayer une approche analogue, bien que la stratégie de la Thaïlande risque de ne pas être aussi réussie dans des pays où la prostitution n'est pas bien organisée. Dans la plupart des cas, ces politiques peuvent être très difficiles à formuler quand la prostitution est illégale. Dans la plupart des contextes, il est impossible d'adopter des politiques ou des lois qui réglementent le comportement illégal.

## Distribution de condoms dans les prisons

Vu la transmission élevée du VIH dans les prisons, plusieurs pays ont envisagé de distribuer des condoms dans les prisons pour diminuer le taux de transmission du VIH. Dans certains cas, ces programmes peuvent être entrepris sans sanction officielle, bien que les politiques officielles encourageant de tels programmes soient rares. Un des problèmes se situe au niveau de l'homosexualité qui est illégale dans certains pays. Par conséquent, des programmes qui distribuent des condoms aux prisonniers ne peuvent généralement pas être encouragés dans les déclarations officielles.

Toutefois, certains pays africains traitent de la question de la transmission du VIH dans les prisons dans le cadre de leurs politiques et plans nationaux. La politique du Zimbabwe reconnaît que la transmission du VIH dans les prisons est un problème dans d'autres pays et propose de prendre des actions pour mitiger ces éventuels problèmes au Zimbabwe.

### *Préambule*

*Le surpeuplement dans les prisons du Zimbabwe est reconnue comme un problème par le Ministère de la Justice, des Affaires légales et parlementaires. Le taux de VIH/SIDA est élevé parmi les prisonniers. L'homosexualité et la sodomie sont reconnues comme des problèmes dans les prisons du monde entier. De plus, le viol de prisonniers (tant hommes que femmes) par le personnel des prisons est un problème signalé dans de nombreux pays, mais il est peu*

*documenté au Zimbabwe. Certains prisonniers atteints du VIH/SIDA risquent de vouloir le répandre par le biais d'attaques sexuelles, morsures et autres actions agressives. Il ne suffit pas d'améliorer la surveillance et la supervision pour empêcher l'action sexuelle consensuelle et forcée dans des prisons où cohabitent un trop grand nombre de personnes. Les prisonniers ont le droit à l'information sur le VIH, le droit de se protéger contre l'infection et le droit à un traitement aux maladies liées au VIH. Aussi, est-il dans l'intérêt des prisonniers eux-mêmes et de la communauté plus large dans laquelle les prisonniers seront un jour libérés de réduire le risque de transmission du VIH/SIDA dans les prisons.*

*Principe directeur 38 : les prisonniers ont des droits humains de base qui doivent être respectés, y compris le droit à l'information et au traitement.*

*Seconde politique nationale sur le VIH/SIDA (second avant-projet),  
Zimbabwe*

La *Charte sur le SIDA et le VIH* du Consortium du SIDA de l'Afrique du Sud demande que les prisonniers aient le même accès à l'information et le même accès aux moyens de prévention qu'a le reste de la population.

*Les prisonniers devraient avoir le même accès à l'éducation, à l'information et aux mesures préventives que le grand public.*

*Charte sur le SIDA et le VIH, Afrique du Sud*

L'avant-projet de la politique de l'Ouganda demande éducation pour les prisonniers et protection de leurs droits humains, mais ne mentionne pas spécifiquement les programmes de prévention dans les prisons.

- a. Des programmes d'éducation appropriés et spécifiques sur le VIH seront mis en place pour tous les prisonniers et le personnel.*
- b. La législation affectant le bien-être des prisonniers et du personnel sera examinée et appliquée.*
- c. Tous les prisonniers et le personnel au moment de la conviction passeront un test obligatoire du VIH.*

*Propositions de politiques nationales de lutte contre le SIDA (révision 3),  
Ouganda*

## **Transmission volontaire du VIH**

Un grand nombre de pays ont envisagé d'inclure des paragraphes spécifiques à leurs politiques faisant de la transmission volontaire du VIH un crime. Bien qu'on soit d'accord pour dire que la transmission volontaire doit être arrêtée, il n'est pas toujours facile de définir de tels cas. Il est nécessaire de démontrer l'intention ou alors tout acte sexuel non protégé avec une personne qui sait qu'elle est infectée par le VIH est-il jugé transmission volontaire ? Les gens risquent-ils de ne pas demander un test du VIH s'ils pensent qu'à l'avenir un résultat positif pourrait signifier que tout rapport sexuel est jugé comme un crime ? Et comment étudier les rapports sexuels au sein du mariage dans cette optique ? Le concept du viol conjugal n'est pas bien défini en Afrique.

Dans la plupart des pays, la question de la transmission volontaire s'est avérée difficile. Par conséquent, peu de pays ont formulé des politiques sur la question, mais les demandes se font plus pressantes à ce propos. Le Zimbabwe a traité partiellement la transmission volontaire en la définissant comme une violence sexuelle. Certains experts pensent que ces cas doivent être examinés au vu des lois existantes concernant le meurtre et la violence.

Au Malawi, la Commission des Systèmes de Justice criminelle envisage une recommandation pour revoir le Code pénal afin de permettre la poursuite en justice des personnes qui répandent à dessein le VIH. La commission a l'intention de tenir une série d'ateliers pour obtenir diverses opinions quant à la criminalisation de la transmission du VIH.

## **VIH et avortement**

L'avortement est illégal dans la plupart des pays africains, sauf dans des circonstances spéciales. Certaines personnes pensent que l'infection par le VIH est une raison suffisante pour justifier un avortement afin de éviter la naissance d'enfants séropositifs ou d'enfants qui seront laissés orphelins à cause du SIDA. D'autres pensent que l'infection par le VIH n'est pas suffisante pour justifier l'avortement. La seule politique existante en Afrique qui traite de la question est le *Plan national de Lutte contre le SIDA pour l'Afrique du Sud, 1994-1995*, qui indique :

*Il convient de respecter les droits des femmes qui choisissent un avortement car elles craignent d'être infectées par le VIH. En dernière analyse, la décision revient à la mère. Les conditions se rapportant spécifiquement aux femmes en ce qui concerne le VIH n'ont pas encore fait l'objet d'une recherche complète, mais une attention spéciale doit être accordée aux besoins de ces femmes du point de vue soins et traitement.*

*Plan national de Lutte contre le SIDA pour l'Afrique du Sud 1994-1995*

## Conclusion

Au début de l'épidémie, le SIDA était vu essentiellement comme un problème médical. Peu de personnes semblaient touchées et les questions de surveillance, de sécurité des dons de sang et les pratiques médicales sans risques étaient des aspects prédominants. Au fur et à mesure que l'épidémie s'est propagée, les pays ont commencé à reconnaître que la plupart de la population allait être affectée d'une manière ou d'une autre. Les nations ont également commencé à reconnaître que les éventuels impacts socioéconomiques du SIDA allaient susciter une réponse multisectorielle. Alors que croissait le nombre de personnes infectées, les droits humains se sont présentés comme l'une des questions les plus importantes et les plus difficiles exigeant une réponse. Au stade présent de l'épidémie, un grand nombre de pays ont reconnu qu'il fallait une politique nationale complète couvrant tous les aspects du VIH/SIDA dont l'accès à l'information et aux services, les responsabilités multisectorielles et les droits humains.

Voici les leçons clés tirées de l'expérience sur le plan de la formulation des politiques de lutte contre le SIDA :

- L'identification du SIDA comme un problème ne se traduit pas par la reconnaissance du besoin pour une politique complète de lutte contre le SIDA. La nécessité de disposer d'une telle politique ne deviendra peut-être évidente que lorsque l'épidémie aura pris de telles ampleurs qu'une grande partie de la population sera touchée ou quand les efforts de plaidoyer de groupes spécifiques arriveront à convaincre les dirigeants de l'importance de se donner une réponse sur le plan des politiques.
- Il existe de nombreuses approches du point de vue rédaction et examen. Certains pays dépendent d'un niveau élevé de participation alors que d'autres se sont tournés vers des approches supposées plus rapide demandant relativement peu d'experts. Une participation plus importante exige plus de temps pour la rédaction et l'examen, mais elle crée un élan et souvent, il faut moins de temps par la suite pour que la politique soit approuvée. Par conséquent, des approches très participatives prendront peut-être moins de temps pour formuler les politiques que celles rédigées rapidement par un petit groupe d'experts qui ensuite, doivent lutter pendant des années pour les faire approuver. Les processus les plus participatifs ont permis de formuler des politiques couvrant une vaste gamme de questions clés. De telles politiques s'avèreront probablement les plus efficaces bien que les résultats n'aient pas encore été démontrés. Toutefois, l'expérience des neuf pays montre clairement que le processus de politiques s'améliore grandement quand de nombreuses personnes et organisations ont l'occasion de participer. Vu que le SIDA touche toutes les catégories de la société, seuls les processus hautement participatifs peuvent donner une voix à tous ceux concernés.
- Une fois approuvées, les politiques peuvent être mises en œuvre de diverses manières. Certains aspects d'une politique (par exemple, l'approbation de la publicité sur les condoms) peuvent être appliqués directement, parfois même avant l'approbation formelle de la politique. D'autres questions ne pourront être adoptées que par le biais d'actes législatifs, de directives ou dans le cadre d'un plan stratégique. Parfois, les pays n'ont pas les ressources nécessaires pour appliquer tous les aspects d'une politique à la fois. Divers groupes d'intérêt peuvent prendre les devants et préconiser la réalisation et l'adoption de certaines parties de la politique qui les intéressent le plus.

Tout au début de l'épidémie, la plupart des pays ne voyaient guère la nécessité de se donner une politique complète de lutte contre le VIH/SIDA. De fait, ils ont utilisé directives, normes de soins et réglementations spécifiques pour traiter les questions médicales et de santé publique. Le besoin de se donner une politique complète s'est fait plus pressant quand la propagation de l'épidémie a demandé

aux gouvernements de confronter les questions de droits humains, d'éthique, de religion, de droits individuels ou communautaires, etc. Parmi les neuf pays dont il est question dans la présente étude, sept se sont donnés des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA d'un caractère complet. Deux pays (Malawi et Zambie) ont élaboré des politiques sur des questions spécifiques, telles que les orphelins ou la publicité sur les condoms, mais n'ont pas vu la nécessité de formuler une politique complète traitant de tous les aspects clés.

Dans certains cas, des plans tels que les plans à moyen terme ou les plans stratégiques qui sont en train d'être formulés dans un grand nombre de pays traitent des divers aspects de la politique. L'adoption de ces plans représente une approbation des déclarations qu'ils contiennent. Ces plans peuvent être un moyen permettant de traiter rapidement les questions clés et de les lier étroitement aux activités de prévention et de soins. Toutefois, le niveau de participation à la discussion de tels plans ne peut pas être comparé à celui qui suscite une politique nationale. De plus, toute déclaration d'un plan risque de n'être valide que pendant la durée de celui-ci, généralement trois à cinq ans.

Vu que la plupart des politiques nationales d'un caractère complet n'ont été développées que récemment, il n'est pas possible de voir si elles représentent une contribution importante dans la lutte contre le SIDA. Il est probablement plus difficile de traiter de nouveaux aspects d'une politique si ceux-ci n'ont pas été envisagés dans la formulation initiale de la politique complète mais le processus de formulation d'une politique nationale complète force à envisager simultanément toute une gamme de questions de politiques. De plus, les politiques complètes sont susceptibles d'offrir une protection élargie aux groupes intervenant au niveau des activités de prévention et de soins. En outre, la formulation d'une politique complète permettra probablement de concentrer les efforts ultérieurs sur la mise en œuvre d'un programme efficace. Il sera important de continuer à observer de près les progrès faits au niveau de la lutte contre le VIH/SIDA dans les pays qui se sont donnés des politiques complètes en comparant avec ceux qui ont suivi une voie différente.

Le présent rapport qui s'inspire d'une analyse des expériences de divers pays africains et d'une discussion avec les participants à divers processus de formulation des politiques, a aidé à mettre en place un nouveau cadre pour décrire le processus. Le cadre identifie des éléments d'importance critique – surtout pour les praticiens – mais qui sont souvent donnés séparément dans des cadres de la littérature plus théorique sur la formulation de politiques. Il s'agit d'éléments tels que la collecte de l'information, la formulation et l'examen de politiques et les étapes en vue de la mettre en œuvre, par exemple, la formulation de directives et de plans stratégiques. En concentrant l'attention sur ces éléments supplémentaires et les défis qu'il comporte, le cadre fournira non seulement une direction pratique aux futures activités de formulation des politiques, mais mettra également à jour les lacunes théoriques ainsi que les domaines de recherche supplémentaire dans le cadre des études sur la formulation de politiques.

## Références

Banque mondiale. 1999. *Indicateurs du développement dans le monde*. Washington, D.C. : Banque mondiale.

Département de la Santé. 1998. *HIV/AIDS in South Africa : The Impacts and Priorities*. Johannesburg : Département de la Santé.

Grindle, M.S. et J.W. Thomas. 1991. *Public Choices and Policy Change : The Political Economy of Reform in Developing Countries*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press.

Kingdon, J.W. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Ann Arbor : Université du Michigan.

Lasswell, H. 1951. « The Policy Orientation. » Dans *The Policy Sciences*, édité par D. Lerner et H. Lasswell. Stanford : Stanford University Press.

Meier, G. 1991. « Policy Lessons and Policy Formulation. » Pp. 3-12 dans *Politics and Policy Making in Developing Countries*. San Francisco : International Center for Economic Growth Press.

ONUSIDA. 1998. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Genève : ONUSIDA/OMS.

Porter, R.W. 1995. *Knowledge Utilization and the Process of Policy Reform : Toward a Framework for Africa*. Washington, D.C. : Academy for International Development.

Vera, E.A. 1997. « HIV/AIDS Policy Development : A Multisectoral Approach, the Zimbabwe Experience. » Document présenté à la 10<sup>e</sup> Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Abidjan.

Walt, G. et L. Gilson. 1994. « Reforming the Health Sector in Developing Countries : The Central Role of Policy Analysis. » *Health Policy and Planning* 9(4) :353-370.

## Annexe : Bibliographie du matériel de ressources

- Adhikari, R. 1992. *Industrial and Trade Policy Reform in Developing Countries*. New York : St. Martin's Press.
- AIDSCAP. 1995. *HIV/AIDS Prevention Policies : Where It's At & How It Got There*. Arlington, VA : Family Health International.
- Albaek, E. 1995. « Between Knowledge and Power : Utilization of Social Science in Public Policy Making. » *Policy Sciences* 28 :79-100.
- Altman, J.A. et E. Petkus. 1994. « Toward a Stakeholder-based Policy Process : An Application of the Social Marketing Perspective to Environmental Policy Development. » *Policy Sciences* 27 : 37-51.
- Anderson. J. 1997. *Public Policy Making* (2<sup>e</sup> édition). New York : Holt, Rinehart.
- Asmerom, H.K. et R.B. James, eds. 1993. *Politics, Administration and Public Policy in Developing Countries : Examples from Africa, Asia and Latin America*. Amsterdam : VU University Press.
- Asthana, S. 1996. « AIDS-related Policies, Legislation and Programme Implementation in India. » *Health Policy and Planning* 11(2) : 184-197.
- Ayee, J.R.A. 1994. *Anatomy of Public Policy Implementation : The Case of Decentralization Policies in Ghana*. Brookfield, VT : Ashgate.
- Bates, R.H. et A.O. Krueger. eds. 1993. *Political and Economic Interactions in Economic Policy Reform : Evidence from Eight Countries*. Cambridge, MA : Blackwell Pub.
- Bayer, R. 1991. « Between Past and Future : AIDS Policy in International Perspective. » *International Law and Politics* 23 : 1061-1068.
- Bayer, R. 1995. « Rethinking Aspects of AIDS Policy. » *Journal of Contemporary Health Law and Policy* 11(2) : 457-472.
- Charlton, R. et R. May. 1995. « NGOs, Politics, Projects and Probity : A Policy Implementation Perspective. » *Third World Quarterly* 16 (juin) : 237-255.
- Coleman, D. 1990. « Relation Between Policy Research and Government Policy. » Pp.57-73 dans *International Transmission of Population Policy Experience, Proceedings*. New York : Nations Unies.
- Cooley, N. 1994. « Participation in Policy Reform : Nuts and Bolts of Participation. » *The Participation Forum*, No.3.
- Crouch, L. et al. 1993. *Policy Dialogue and Reform in the Education Sector : Necessary Steps and Conditions*. EHRTS, Amérique latine et Caraïbes. Washington, D.C. : USAID.
- Davis, K. 1987. « Research and Policy Formulation. » *Health Policy* 7 : 295-296.
- Dery, D. 1984. *Problem Definition in Policy Analysis*. Lawrence, KS : University Press of Kansas.
- Dye, T.R. 1995. *Understanding Public Policy* (8<sup>e</sup> édition). Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

- Fransen, L. et al. 1991. « Health Policies for Controlling AIDS and STDs in Developing Countries. » *Health Policy and Planning* 6(2) : 148-156.
- Gostin, L. et W. Curran. 1990. « Harvard Model AIDS Legislation Project. » *American Journal of Law & Medicine* 16(1/2) : 1-278.
- Grindle, M.S. 1980. *Politics and Policy Implementation in the Third World*. Princeton : Princeton University Press.
- Grindle, M.S. et J.W. Thomas. 1991. « Implementing Reform : Arenas, Stakes, and Resources. » Pp. 121-150 dans *Public Choices and Policy Reform : The Political Economy of Reform in Developing Countries*, édité par M.S. Grindle et J.W. Thomas. Baltimore : The Johns Hopkins University Press.
- Grindle, M.S. et J.W. Thomas. 1989. « Policy Makers, Policy Choices, and Policy Outcomes. » *Policy Sciences* 22 : 213-248.
- Grindle, M.S. et J.W. Thomas. 1991. *Public Choices and Policy Change : The Political Economy of Reform in Developing Countries*. Baltimore : The Johns Hopkins University Press.
- Hill, M. 1997. *Policy Process : A Reader*. 2<sup>e</sup> édition. New York : Prentice Hall.
- Horowitz, D.L. 1989. « Is There a Third World Policy Process ? » *Policy Sciences* 22 : 197-212.
- Kingdon, J.W. 1984. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Ann Arbor : Université du Michigan.
- Lasswell, H. 1951. « The Policy Orientation. » Dans *The Policy Sciences*, édité par D. Lerner et H. Lasswell. Stanford : Stanford University Press.
- Lindblom, C.E. et E.J. Woodhouse. 1993. *Policy-Making Process* (3<sup>e</sup> édition). Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Majone, G. 1989. *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven : Yale University Press.
- Mann, J.M. et D. Tarantola. 1996. « Governmental National AIDS Programs. » Pp. 315-325 dans *AIDS in the World II*. New York : Oxford University Press.
- Mayambala, E.N. 1997. *Report of a Short Term Consultancy to Identify Critical Areas Requiring Formulation of New Policies, Laws and Ethical Guidelines... (Legal Aspects)*. Kampala : Commission sur le SIDA de l'Ouganda.
- Meier, G.M. 1991. *Politics and Policy Making in Developing Countries : Perspectives on the New Political Economy*. San Francisco : International Center for Economic Growth Press.
- Ngoma, M.S. 1993. « Developing and Implementing Reproductive Health Policy : The Political, Social and Economic Constraints and Some Practical Observations. » Pp. 45-48 dans *Reproductive Health Policy & Programs : Reflections on the African Experience, A Conference Report*. Harare : Zimbabwe : Kaiser Family Foundation.
- Oh, C.H. 1997. « Explaining the Impact of Policy Information on Policy-Making. » *Knowledge and Policy* 10(3) : 25-55.
- Patterson, D. et W.L. Shulman. 1995. « Policy Development Contrasting Approaches. » *AIDS & Society* (avril/mai) : 8-9.

- Porter, R.W. 1995. *Knowledge Utilization and the Process of Policy Formulation : Toward a Framework for Africa*. Washington, D.C. : Académie pour le Développement de l'Éducation, Projet SARA.
- Projet POLICY. 1996. *Population Policy in Action – Moving Toward a Framework* (avant-projet). Washington, D.C. : The Futures Group International.
- Proscovia, S.M. 1997. *Report on the Policy Framework for Establishing Program Priorities to Control HIV/AIDS in Uganda*. Kampala : Commission sur le SIDA de l'Ouganda.
- Rau, B. 1994. « Policy and HIV/AIDS Prevention : Lessons Learned. » *AIDScriptions* (août) : 30-32.
- Sabatier, P.A. 1991. « Toward Better Theories of the Policy Process. » *PS : Political Science & Politics* 24 (juin) : 147-156.
- Schlager, E. et W. Blomquist. 1996. « Comparison of 3 Emerging Theories of the Policy Process. » *Political Research Quarterly* 49(3) : 651-672.
- Thomas, J.W. et M.S. Grindle. 1990. « After the Decision : Implementing Policy Reforms. » *World Development* (18)8 : 1163-1181.
- Trostle, J. et al. 1997. *How Do Researchers Influence Decision-Makers ? Case Studies of Mexican Policies on AIDS, Cholera, Family Planning, and Immunization*. Mexico : The Population Council.
- Walsh, R.W. et J.G. Heilman. 1994. *Energizing the Energy Policy Process : The Impact of Evaluation*. Westport, CT : Quorum Books.
- Walt, G. et L. Gilson. 1994. « Reforming the Health Sector in Developing Countries : The Central Role of Policy Analysis. » *Health Policy and Planning* 9(4) : 353-370.
- Webber, D.J. 1992. « Distribution and Use of Policy Knowledge in the Policy Process. » *Knowledge and Policy* 4(4) : 6-35.
- White, L.G. 1990. *Implementing Policy Reforms in LDCs : A Strategy for Designing and Effecting Change*. Boulder : Lynne Rienner Publications.