

SAT Programme Update

The Southern African AIDS Training Programme (SAT) has entered its fourth year of a five-year programme cycle, covering ten countries from its Harare office. One of four international health assistance programmes of the Canadian Public Health Association (CPHA), SAT acts in the dual role of donor/facilitator for community AIDS initiatives.

Canadian International Development Agency support (\$10,780,000) has allowed SAT to provide more than 100 project partners with funding (an average of \$40,000 annually) and non-financial assistance.

The range of SAT's project partners continues to grow and includes AIDS service organisations, mission hospitals and religious groups, various community-based organisations, women's health and rights groups, people with HIV/AIDS groups, trade unions, youth organisations, professional associations, advocacy groups, and adult education organisations. SAT's partners are selected on the basis of their commitment to AIDS work, their large or potentially large volunteer bases and their proven records of community service.

As participation in the AIDS response by a variety of organisations grows, greater efforts need to be made to ensure that AIDS "know-how", both the necessary orientation and the concrete skills, is transmitted, absorbed, applied and refined. SAT's approach, which supplies flexible funding, project design assistance and links to more experienced sister organisations, is aimed at broadening the community AIDS response.

To enhance its financial support, SAT has created a horizontally networked capacity-building model called the *School Without Walls*. This model aims to build a

knowledge base for sustainable community AIDS programmes by developing the skills of committed organisations and people, who learn in concert with sister projects sharing linguistic, cultural and economic affinities. Many of SAT's project partners work in cross-border locations where travellers, traders, migrants workers and other populations highly vulnerable to HIV infection can be found.

"The SAT Programme's combination of strategies creates a state-of-the-art model in community AIDS response. This model portrays a coherent vision which synthesizes social participation, institutional policy and organizational networking..."

- Canadian International Development Agency Mid-Term Evaluation Report on the SAT Programme, March 1994

Using a strategy which encourages structured local area networking, SAT promotes the sharing and application of local knowledge – essential for the sensitive nature of AIDS prevention and care work – and the use of bench-mark methods to catalyse project improvement and evolution. Results of the Programme's first four years show that *School Without Walls* techniques can accelerate the development of newer projects and help them avoid pitfalls. *School Without Walls* training also helps reduce stress on project staff and volunteers and minimize burn-out.

SAT's prime objective is to help strengthen local organisations so they can better serve and articulate the needs of those most vulnerable to HIV/AIDS. Building the

Fall 1994

Number 1

Southern African AIDS Training Programme News



The Southern African AIDS Training Programme is a Canadian Public Health Association program funded by the Canadian International Development Agency.

World Bank's World Development Report 1993:

"In Zimbabwe, a community intervention successfully reached more than 1 million persons, distributed more than 5 million condoms, and reduced STDs in the general population by 6 50%... the proportion of (sex workers) reporting condom use...rose to 72%..."

— referring to the achievements of a SAT collaboration with the Bulawayo City Health Department and the Psychology Department of the University of Zimbabwe



Inside SAT NEWS

- 3 School Without Walls fosters skills clinics and learning networks in the region**
- 4 Canada's Secretary of State among distinguished visitors to SAT Programme**
- 6 Programme Director addresses Tenth International AIDS Conference in Yokohama**
- 9 Commentary - AIDS in Africa: Whose risk, whose benefit?**

service delivery and advocacy capabilities of local NGOs and institutions helps to reduce the burden of AIDS on national health services, contributing to the sustainability of national AIDS efforts and reducing the displacement of other vital health care programmes.

A number of SAT-sponsored projects are implemented jointly by NGOs and local government departments. In each country, SAT's community support is responsive to national AIDS plans and priorities, through consultation with official AIDS coordination bodies.

The SAT Programme shares the concern for sustainability and capacity-building which marks all of CPHA's international programmes. SAT is looking toward the development of a potential second phase. This phase will aim to consolidate and expand (possibly to South Africa) SAT's regional/community approach and the *School Without Walls* within a health and human rights framework that parallels democratisation and liberalisation throughout the Southern African region.

"Because of the social character of the disease, the responses must be and will be locally defined. It is appropriate, therefore, that support be given at this level, as SAT does..."

— Canadian International Development Agency Mid-Term Evaluation Report on the SAT Programme, March 1994



CPHA Executive Director introduces SAT Programme newsletter

Welcome to the first issue of *Southern African AIDS Training Programme News*, a newsletter focusing on the activities of one of CPHA's most innovative programming initiatives in international health. In just over three years of operation from its Harare, Zimbabwe office, CPHA's Southern African AIDS Training Programme (SAT), in partnership with the Canadian International Development Agency (CIDA), has established itself in Southern Africa as a unique supporter of community-based responses to AIDS. CIDA's 1993 external mid-term evaluation referred to SAT as a "state of the art" programme, building community capacity for effective AIDS programming with a strong development orientation.

SAT's main innovation lies in its flexible combination of financial and non financial assistance and in the hands-on facilitation it provides to over 100 project partners. In working closely with a large and varied number of community organisations, SAT has learned that the needs of these partners for responsive, field-based training and the building of concrete programme skills and methods are largely not met. SAT has, therefore, developed a collaborative NGO initiative called *School Without Walls*, a capacity-building programme that facilitates local organisations and programmes which are effective in their own contexts, to share their experience and methods with newer projects in graded, structured, reinforced ways. *School Without Walls* amplifies the

impact of SAT's financial contribution to its partners, and is rated by them as being equal in importance to SAT's funding support. *School Without Walls* is a central SAT strategy for Southern Africa as it seeks to meet the challenges of the AIDS epidemic.

The SAT Programme is managed in Harare by Renée Sabatier, Programme Director, and has seven dedicated staff who work with her in implementing and managing this challenging programme. The newsletter launched with this first issue will keep readers up-to-date with SAT Programme activities and innovations in meeting the vast social, political and economic complexities of AIDS in Southern Africa.

— Gerald Dyfloe, Executive Director, CPHA

The School Without Walls

Because so many community organisations have expressed the need for field training and ongoing programme support, SAT has established a regional training initiative in partnership with experienced local organisations willing to share their institutional and AIDS expertise with younger groups. SAT helps to build their capacity to play this model and mentoring role and links them in local learning networks under the *School Without Walls* (SWW).

Unlike "train-the-trainer" approaches, whose effectiveness commonly attenuates as each new tier is added, SAT employs a networked model to improve assimilation of lessons, aid in their retention and increase the effectiveness of their application when trainees return to their own sites. SWW draws empirical lessons from occupational and management psychology, particularly in the areas of occupational role-modeling and role reinforcement. Trainees in the *School Without Walls* normally do not just come for training: they and their organisations



SAT Programme staff in front of the SAT Harare office. (From left to right; back row) Wilson Mhlanga, Teresa Sioe, Shawn Hamilton, Emma Mugadzara; (front row) Ros Beatson, Felicitas Chigauze, Renée Sabatier, Hamida Ismail.



Community volunteers and staff of the Health for All Volunteers Trust in Morogoro, Tanzania, take time out from a *School Without Walls* skills clinic to pose with SAT staff and SWW partners from Zimbabwe.

remain active SWW participants, taking part in many of the following activities:

- *Skills clinics* bring together organisations with common programme goals and varied experience levels, to learn concrete programme management methods, systems and procedures. With SAT support, project partners have carried out skills clinics involving approximately 50 community organisations in the theme areas of AIDS peer education, community care and counselling, and youth work.

- *Local learning networks* allow groups of adjacent SAT partners to benchmark their progress against each other and to incorporate "best practice" innovations. These networks frequently transcend national boundaries. For example, one peer education local area network along a major transport route encompasses Lake Kariba in northern Zimbabwe, through Monze in southern Zambia to Lusaka, the Zambian capital. Another is being developed across Zimbabwe's eastern highlands into Mozambique's central corridor.

- *"Mentoring" relationships* are facilitated by SAT and in which experienced organisations advise younger ones on day-to-day project issues, through reciprocal site visits and telephone and postal consultations. Mentoring relationships tend to germinate downstream initiatives in their geographic areas, which SAT then assists through direct or delegated seed funding.

- *Individually tailored site visit tours* help to establish projects for partners involved in very new initiatives. SAT and its partners have organised over 200 such tours, regionally and within countries, for approximately 500 selected trainees.

- *Longer term field placements* allow personnel working with established community organisations to continue the exchange of knowledge and skills. Over 100 longer term placements have shown this "apprenticeship" method is one of

the most effective ways of transferring programme skills among field coordinators.

Having established a base with partner organisations in Zimbabwe and Zambia, the *School Without Walls* will pay special attention to strengthening its networked model in Tanzania. Mozambique and Malawi during 1994/1995. SWW offers a sustainable regional approach to the building of organisational capacity and human resources in community AIDS programmes.

In addition to promoting confidence and self-reliance, the *School Without Walls* has developed methods that contribute significantly to "added value" in community AIDS programmes, increasing the results obtained from expended resources and effort. Several donor agencies in the Southern Africa region have indicated to SAT that they appreciate this added value when it appears in co-funded projects; they feel the training inputs of the *School Without Walls* help increase the impact of their financial contributions. On a wider scale, the *School Without Walls* appears complementary to the inputs and strategies of other actors, including national AIDS programmes and international donors.

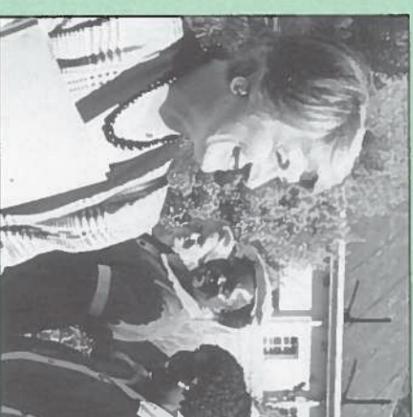
Distinguished Visitors to the SAT Programme (Zimbabwe)

Canada's Secretary of State for Latin America and Africa Visits the SAT Programme

On 3 May 1994, the Hon. Christine Stewart visited the SAT Programme office in Harare and met several of SAT's project partners. She was accompanied by her assistant Marcia Burdette, CIDA Regional

Director George Saibel and CIDA Programme Officer Heather Cameron. Among the SAT project partners who discussed their work with the Hon.

Stewart were volunteer peer educators from women's organisations, the Zimbabwe Congress of Trade Unions, and the Zimbabwe Domestic and Allied Workers Union. The Secretary of State then toured an AIDS community care and counselling programme which is operated with SAT assistance by the Mashambanzou Trust in Harare's oldest low-income district of Mbare.

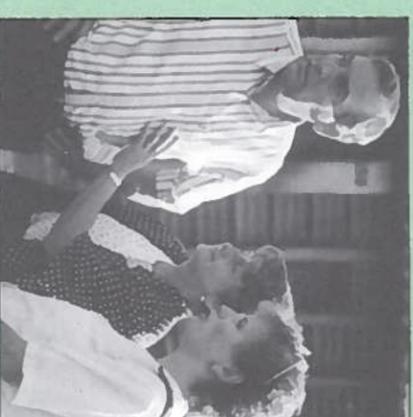


Canada's Secretary of State (Latin America and Africa) Christine Stewart meets SAT-supported AIDS community educators during her May 1994 visit to the Programme office.

Canada's Auditor General Takes Time to Visit SAT Project Partners

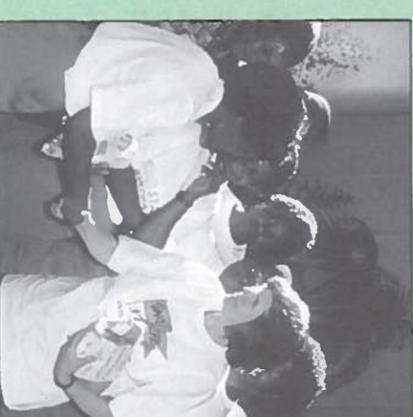
While attending the conference of the Commonwealth Auditor Generals in Harare in September 1993, Canada's Auditor General, Denis Desautels, took time to visit the homes of AIDS patients assisted by a SAT-supported joint care and counselling programme of the Mashambanzou Trust and the Mbare Polyclinic of the Harare City Council Health Department. Auditor General Desautels and his wife, Shirley Desautels, accompanied by Canadian High Commissioner to Zimbabwe, Art Wright, and his wife, Sylvia Bewes-Wright, talked

with the project counsellors, patients and their families, and with the residents of some of Mbare's crowded hostels.



Canadian Auditor General Denis Desautels, Shirley Desautels and Harare-based CIDA officer Heather Cameron pictured here during their September 1993 visit to the SAT Programme.

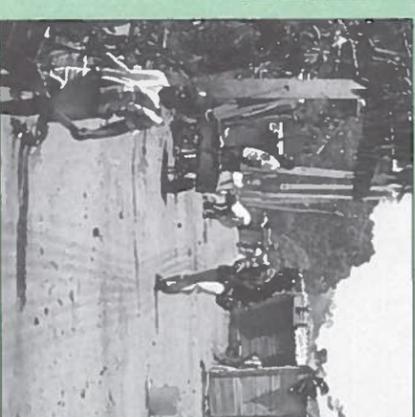
CIDA President and Vice-President Visit SAT Project Partners in Mutare



CIDA President Huguette Labelle receives an anti-AIDS T-shirt from volunteer peer educators whose condom distribution and AIDS information activities have helped to reduce the incidence of sexually transmitted diseases in Mutare, Zimbabwe.

Huguette Labelle, CIDA President, and Carline McCaskie, Vice-President of CIDA's Africa Division, were accompanied by Art Wright, the Canadian High

Commissioner to Zimbabwe, on a visit to see SAT-supported activities in Mutare in May 1994. With CIDA-Harare representatives, George Saibel and Heather Cameron, the visitors spent an afternoon meeting the coordinators and community volunteers of a joint Peer Education HIV Prevention Project of the Mutare City Health Department and the non-governmental organization Family AIDS Caring Trust.



Canada's Auditor General visited a SAT-assisted AIDS care and counselling project in Mbare, a low-income district in Zimbabwe's capital.



Canadian High Commissioner to Zimbabwe Art Wright discusses the pressures facing teenage girls with students from the Mutare Girl's School Anti-AIDS Club.

Why AIDS Prevention Involves Care

- Clients and community members tend to seek AIDS care from prevention workers.
- Community members do not understand why prevention programmes do prevention without care;
- AIDS prevention programmes gain credibility and trust by providing or organizing care;
- Prevention programmes which ignore care risk reinforcing the popular belief that AIDS does not exist;
- As the best prevention workers are often from vulnerable groups, many become ill with HIV/AIDS, obliging programmes to provide care and support;
- AIDS prevention work can be repetitive and stressful. Fulfillment comes from solidarity with the community. Failure to care undermines this solidarity;
- Unless programmes provide care and support to prevention workers, they reduce these workers to mobile dispensing units for information, condoms or materials.

Care and Prevention: An Essential Link

On 10 August 1994, SAT Programme Director Renge Sabdler addressed a plenary session of the Tenth International AIDS Conference held in Yokohama, Japan. The following article is taken from that address:

In the institutional structure of health services, preventive activities are usually separate from care or curative ones. This separation has been carried over into the world's response to the HIV/AIDS pandemic, where it is artificial, leads to lost opportunities and can have negative effects on clients and programmes. It is true elsewhere, but particularly so in countries where HIV/AIDS is well-established, that AIDS prevention and care at the community level are inseparable.

AIDS is a chronic disease which brings multiple episodes of acute, serious illness. It has an almost unique potential to provoke fear, misunderstanding, misery and victimization. AIDS can also catalyse responses which deepen human understanding and solidarity, produce courageous forms of community action and lead to effective participatory programmes even in the most vulnerable and marginalized populations. The way in which prevention and care activities are linked can make a critical difference as to which of these outcomes occurs.

It is a classic, well-documented experience of health prevention workers that, when they seek input from a community regarding its members' health needs, the people insist that treatment or curative services be delivered first, before the community will agree to invest its own resources and energy in the implementation of preventive programmes.

Today's pain takes precedence over tomorrow's pain averted.

The response of policy makers to AIDS is often a mirror image of the community response. Policy makers tend to see prevention as a priority, and to make judgements based on the cost-effectiveness of alternative prevention strategies. Prevention is portrayed as resource-sparing, care as resource-consuming. This economised dichotomy identifies the people and institutions carrying out preventive activities as resource-saving, while those engaged in care, especially palliative care, are seen as recurrent consumers of resources. Care is seen to yield no "return on investment", and by economic yardsticks, is of less value than prevention. This view is easily corrupted to support prejudice and discrimination against people who already have HIV/AIDS.

At the level of lived experience, prevention and care are inseparable. Prevention divorced from care lacks reality. It fails to convey a tangible sense of what AIDS is like, and its motivational power is correspondingly reduced. Since the best prevention projects involve people drawn from vulnerable target communities, the starkest demonstration of the relation between prevention and care occurs when prevention workers contract HIV/AIDS. Where care and support are provided or facilitated for workers with HIV/AIDS, the importance of their prevention activities and their human worth are affirmed. Where care and support are neglected, a line is drawn between the infected and the uninfected, and stigma inevitably arises.

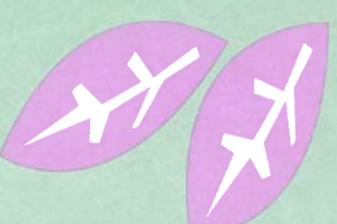
When people see family, friends and neighbours affected by HIV or AIDS, they put a premium on care, counselling and support, which they hope to access close to home. Care that is as "naturalistic" as possible, delivered in the community by individuals or organisations with whom the client is familiar, including local health staff, religious groups, neighbourhood associations, NGOs and

How AIDS Care Catalyses Prevention

- Community care programmes reduce the burden on hospitals, thus releasing beds and resources for curable diseases;
- Comprehensive community care and counselling services help reduce HIV transmission and secondary infections, especially TB and STDs;
- Care and support workers are more trusted and thus better able to influence community attitudes and behaviour;
- Through their closeness to communities, care workers gain important insights into community beliefs and practices, and can help to refine prevention approaches and messages;
- Care and support mitigate the familial and social impact of HIV/AIDS, reducing vulnerability to HIV caused by family break-up;
- Care and support help sustain the productivity of infected workers and thus reduce the economic impact of HIV/AIDS on family and society;
- Care programmes identify children in need, for example orphans, before they suffer the acute deprivation which can increase their risk of contracting HIV infection;
- Caring reinforces human rights and social responsibility, counteracting discrimination, stigmatization and ignorance, and enhancing society's ability to combat HIV/AIDS.

"... We are better off dying of AIDS than of hunger and rejection."

From: TIME Magazine, 8 August 1994, in an article on the SAT-supported Faraja Counselling and Health Information Centre, whose care for commercial sex workers has resulted in the women developing a voluntary AIDS peer education programme.



AIDS prevention and care are inseparable at the community level, where AIDS workers must understand and offer both.

others, is most effective. [See box: "Why AIDS Prevention Involves Care", page 6.]

In poor and disadvantaged communities, it is often when some relief from the burden of care is offered that people, especially wives and mothers, can spare the time and energy to discharge the duty of prevention. The offer of even partial care is thus simultaneously recognition of felt priorities, a gesture of good faith and a significant contribution to the community's social energetics.

AIDS programmes which offer caring elements are the programmes which develop real community roots; they are the programmes which gain access to the hidden strengths of the community and to the reserves of courage which allow people to collectively rise to challenges such as famine, conflict and epidemics such as AIDS.

Programmes which integrate care within their frameworks are more likely to achieve synergies which lead not only to good care, but also to successful prevention. The lessons of the AIDS pandemic thus far are that, at the level of vulnerable communities at least, sustainable success is associated with integrated programming. [See box: "How AIDS Care Catalyses Prevention", page 7.]

The Home Care Support Unit of the Global Programme on AIDS has suggested a very useful "continuum of care" model which shows referral linkages which can be developed between community and home care initiatives, and the formal health sector. This model should not be misinterpreted to mean that community NGOs and volunteers are there merely to extend the service delivery capacity of ministries of health. Rather, the spontaneous structures of care in the community represent an independent, innovative response which complements and spares the essential services of the formal health service.

Let us look at the interrelation of prevention and care from one more angle,

drawing on concepts advanced and refined by the Harvard economist Amartya Sen. Professor Sen has published groundbreaking analyses in the study of starvation and famine, and, in fact, the point of his theoretical work is that these are two distinct concepts and two very different real-world events.

A famine is a widespread deficit of food, whether from under-production or other causes. Starvation is the mortal hunger which results when those who lack entitlement are unable to procure sufficient food to live. Famine does not necessarily and universally lead to starvation, for even in the worst famines, there are some who have plenty and others who have nothing at all. The critical variable is entitlement and its distribution among the population. Those who are socially or economically entitled, eat; those who are not, perish. Famine-relief measures which do not rectify maldistributed entitlements will not avert starvation.

A comparable sort of disaster, HIV, strikes a world in which social entitlement is unevenly distributed. Just as famine indicates a widespread deficit of food, the HIV/AIDS pandemic indicates a widespread deficit of protection against the risk of infection. The most entitled members of our societies are the ones with the most protection against HIV: they are healthy, their exposure to infectious organisms is limited by their access to a clean environment, and even when they engage in risky behaviour, it is more likely that their health and socio-economic status will partially protect them from contracting the virus. In a famine, those who eat are those who have a right to food and the means to secure it, even in the case where others are starving. In an AIDS epidemic those who remain free of infection are those who have a socially acknowledged right to protection, including the right to structure their sexual relationships in their own favour.

When HIV/AIDS strikes, the shape and speed of the epidemic follows the pre-

existing distribution of entitlement relations in the society. HIV lays the society bare and exposes its least protected members. These members suffer a great "hunger". They are literally starving for recognition and belonging, for their human rights. AIDS prevention work that fails to acknowledge this hunger and to meet it with a caring response risks being ineffective, trivial, exploitative and harmful.

The separation between prevention and care echoes the medical distinction between the infected and the uninfected. It invites "us" (the uninfected, the entitled ones) to discriminate against "them" (the infected, the unentitled) and compromises the cooperation and solidarity which reduce the social and economic impacts of AIDS. As we grapple with the meanings of AIDS in our societies, prevention and care are indivisible, and the establishment of programmatic links between them is essential.

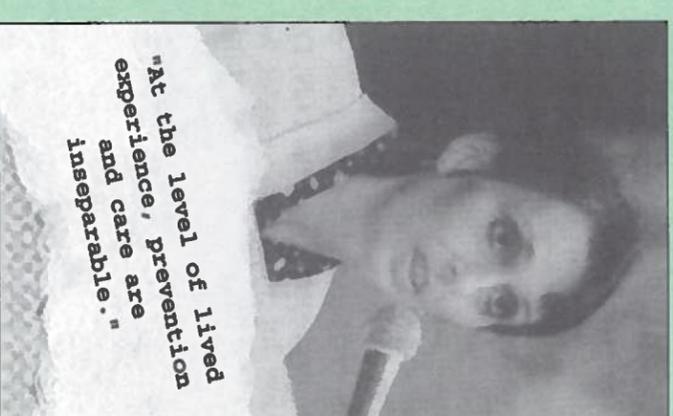
Commentary - AIDS in Africa: Balancing the Scales

The Tenth International AIDS Conference in Yokohama, Japan (August 1994) saw mounting speculation that a welcome increase in international attention on AIDS in Asia would result in a shift of attention and resources away from Africa. Would such a move make sense?

The question invites a hard look at the relative positions and contributions of Africa and the rest of the world, and particularly of Sub-Saharan Africa, site of the most advanced AIDS epidemic. First, there are considerations relating to AIDS itself:

- With 66% of global HIV infections, Africa receives less than 3% of prevention and care spending. Despite this, Africans have pioneered global models of effective AIDS programming. Two of the earliest and best known, TASO (the Ugandan support group for persons with AIDS which has grown into a national counselling, care and prevention organisation) and Chikankala Hospital (a Zambian mission which developed the first African model of AIDS home and community care) have been followed by others of equal distinction.

- More than any other place, Africa has served as the world's *in vivo* laboratory for AIDS research, yet has benefited the least from such research. Discoveries concerning the genetic lineage of the virus, the nature of HIV pathogenesis, the differing biological vulnerability to HIV of men and women, the dynamics of heterosexually transmitted HIV and its links with other sexually transmitted infections were all made in Africa. Having harvested this knowledge, could the international community justify



"At the level of lived experience, prevention and care are inseparable."

-from *Conference News*,
11 August 1994, Yokohama



Southern African AIDS Training Programme News

Fall 1994 / Number 1
ISSN 1201-2483

Southern African AIDS Training
Programme (SAT)
PO Box 390

Kopje (4 Beit Avenue, Milton Park)
Harare, Zimbabwe

Tel.: (263-4)723-915

Fax: (263-4)725-193

E-mail: postmaster@satp2.fracs.alt.za

In Canada: SAT Programme
Canadian Public Health Association
400-1565 Carling Avenue
Ottawa, ON, Canada K1Z 8R1

Tel.: (613)725-3769

Fax: (613)725-9826

E-mail: postmaster@cpha.isis.org

Editor *Judy Redpath*

Editorial Assistance *SAT Staff*

Desktop Publishing *Andrew Young*

Photos *Ray Moyo* for the SAT
Programme

Translation *Eureka Communication*
Printer *MOM Printing*

The *Southern African AIDS Training Programme News* is published occasionally by the Canadian Public Health Association. Direct all correspondence to the SAT Programme at the respective addresses above. Permission to reprint material from this newsletter will be granted upon request providing proper credit is given. The SAT Programme requests a copy of publications in which material from this newsletter is used.

The Southern African AIDS Training Programme is funded by the Canadian International Development Agency.



Printed
on recycled
paper

supporting its application more handsomely outside Africa than in it?

- Indications are that many of the upcoming human trials of candidate AIDS vaccines are likely to be conducted in Africa. Yet it is clear that for cost, logistics and other reasons, Africans are unlikely to be the first mass recipients of successfully tested vaccines.

An initial asymmetry between risk and benefit may be justified if the result is a world in which the vulnerable can be immunized against HIV/AIDS. But should the risk burden of the international AIDS response continue to fall so heavily on Africa without a parallel emphasis on much needed assistance? Investment in Africa's AIDS care and prevention programmes in advance of vaccine trials is a gauge of the equitable distribution of risks and benefits in the international AIDS response.

- Africa has an estimated ten million HIV positive persons who will require care as they develop AIDS. Orphaned children (estimated to number up to ten million by the year 2000) also require care and support. Low-cost models of decentralized care employing community volunteers can provide basic medical support while incorporating counselling and prevention education. Overly strict or arbitrary definitions which lead international AIDS efforts to favour "prevention in Asia" over "care in Africa" not only fail to do justice to African efforts, but are likely to miss African innovations in integrated AIDS programming which have much wider applicability.

Over the long run, the establishment of well-integrated, growth-oriented economics in African countries is likely to make the greatest single contribution toward an effective AIDS response in Sub-Saharan Africa. In the short-to-medium term, however, this very expansion is a recipe for the explosive spread of HIV. As

the course of HIV in Africa to date indicates, the hardest hit sectors will be key nodes in the developing infrastructure of the continent: transport, shipping and distribution, construction, communications, financial service, and the sectors producing and relying upon skilled labour.

As African economies are liberalized, and as steps toward representative democracy are taken in more countries especially in light of the impressive South African election, there appears to be real opportunity for rapid social and economic improvement. The necessary investment to fuel this progress can be protected through support for effective AIDS programming as demonstrated by a variety of African models. The situation argues for economic and AIDS programmes to be carried forward together, as neither can be successful without the other.

If AIDS resources are transferred out of Africa, the inexorable global AIDS equation remains: AIDS cannot be stopped in one place while being neglected in another. Recognition of this hard truth is the measure of commitment to an effective global AIDS mobilization.

The competing resource demands of this mobilization could lead international agencies and donors to argue for a shift of resources to Asia, in private if not in public. But the rationale for a switch is weak, and when subjected to dispassionate analysis, should be rejected.

Balancing the scales on AIDS in Africa requires that all contributions, not only monetary ones, be taken into account. When this is done, Africa's contribution to the world's understanding of AIDS is unmatched—a debt that is as yet unpaid.

- RCS



Mise à jour du Programme SAT

Le Programme d'Afrique australe de formation sur le sida (SAT en anglais) d'une durée de cinq ans, vient d'entrer dans sa quatrième année; il dessert 10 pays de la région à partir de son bureau à Harare. Étant l'un des quatre programmes d'aide à la santé internationale de l'Association canadienne de santé publique (ACSP), le Programme SAT assume un double rôle de donateur et d'animateur dans le cadre des initiatives communautaires de lutte contre le sida.

L'appui financier de l'Agence canadienne de développement international (de l'ordre de 10 780 000 \$) a permis d'octroyer des fonds à plus de 100 partenaires (la contribution moyenne annuelle pour chaque projet s'établissant à 40 000 \$) et de les aider de bien d'autres façons.

L'éventail des partenaires du Programme SAT continue de s'élargir et inclut maintenant des organismes de services antisida, des groupes religieux et des hôpitaux de missions, différents organismes communautaires, des groupes de défense de la santé et des droits des femmes, des groupes de personnes atteintes du sida, des syndicats, des organismes de jeunes, des associations professionnelles, des groupes d'action sociale et des communautés d'enseignement aux adultes. Les partenaires du Programme SAT sont sélectionnés en fonction de l'engagement qu'ils manifestent à lutter contre le sida, selon l'importance réelle ou potentielle de leurs bassins de bénévoles et selon leurs antécédents de services communautaires.

Vu la participation sans cesse croissante d'une variété d'organismes de lutte contre le sida, dont certains n'ont aucune précédente expérience du travail associé à cette lutte, il faut déployer davantage d'efforts pour s'assurer que le «savoir-faire» - tant au niveau de l'orientation nécessaire que des techniques concrètes - soit transmis, assimilé, appliqué et perfectionné. La démarche adoptée par le Programme SAT vise à élargir la réponse communautaire au sida par un financement souple, par une aide au niveau de la conception des projets et par l'établissement de liens avec des organismes frères plus expérimentés.

Pour renforcer son soutien financier, le Programme SAT a créé un modèle horizontal

de renforcement de la capacité institutionnelle appelé *School Without Walls* (*l'École hors les murs*). Ce modèle a pour but de développer une base de connaissances à partir de laquelle on pourra élaborer des programmes communautaires de lutte contre le sida qui soient durables, en permettant aux personnes et aux organismes qui partagent des affinités aux plans économique, culturel et linguistique de s'enseigner mutuellement les techniques nécessaires aux projets. De nombreux partenaires du Programme SAT travaillent dans des zones frontalières où se trouvent des

«La conjugaison de stratégies que l'on trouve dans le Programme SAT constitue le modèle le plus achevé de réponses communautaires au sida. Ce modèle est une vision cohérente qui regroupe la participation sociale, la politique institutionnelle et l'organisation en réseaux...»

- extrait du Rapport d'évaluation du Programme SAT réalisé à mi-parcours par l'ACDI, mars 1994

voyageurs, des commerçants, des travailleurs migrants ainsi que d'autres segments de la population, tous extrêmement vulnérables à l'infection à VIH.

Se fondant sur une stratégie qui favorise l'établissement de réseaux locaux structurés, le Programme SAT encourage l'utilisation et le partage des connaissances locales - une dimension essentielle vu le côté délicat du travail de prévention du sida et des soins corollaires - ainsi que l'utilisation de méthodes de référence pour catalyser l'amélioration et l'évolution des projets. Les résultats des quatre premières années de fonctionnement du Programme montrent que les techniques utilisées par *l'École hors les murs* peuvent accélérer le développement de nouveaux projets et contribuer à leur éviter des écueils. La formation dispensée par *l'École hors les murs* permet de réduire le stress des bénévoles et des responsables des projets ainsi que de minimiser l'épuisement des uns et des autres.

automne 1994

numéro 1

Bulletin du Programme d'Afrique australe de formation sur le sida



Le Programme d'Afrique australe de formation sur le sida est un programme de l'Association canadienne de santé publique financé par l'Agence canadienne de développement international.

Rapport sur le développement dans le monde 1993. publié par la Banque mondiale :

«Au Zimbabwe, une intervention communautaire est parvenue à toucher plus d'un million de personnes, à distribuer plus de 5 millions de condoms et à réduire de 6,5 p. 100 les MTS au sein de toute la population ... ainsi qu'à faire passer à 72 p. 100 l'utilisation des condoms chez les personnes qui font commerce du sexe...»

- extrait à propos des résultats d'une collaboration entre le Programme SAT, les services de santé de la ville de Bulawayo et le département de psychologie de l'université du Zimbabwe

SAT : Nouvelles internes

- 1 L'école hors les murs favorise les réseaux locaux d'apprentissage et les services de consultation technique dans la région
- 2 La secrétaire d'État du Canada parmi d'autres visiteurs de marque au Programme SAT
- 3 La directrice du Programme prononce un discours lors de la X^e Conférence internationale sur le sida à Yokohama
- 4 Commentaire - Le sida en Afrique : Pour qui les risques et pour qui les avantages?

Le premier objectif du Programme SAT est d'aider au renforcement des organismes locaux pour qu'ils puissent mieux identifier les besoins des personnes les plus vulnérables au VIH et au sida, et soient mieux à même d'y répondre. Renforcer la prestation de services et l'action sociale des ONG et des institutions locales permet de réduire la charge que font peser les efforts de lutte contre le sida sur les services de santé nationaux, contribuant par la même à la durabilité des efforts nationaux de lutte contre le sida sans perturber d'autres programmes de santé vitaux.

Plusieurs projets parrainés par le Programme SAT sont mis en oeuvre conjointement par les ONG et les ministères publics locaux. Dans chaque pays, l'appui communautaire fourni par le Programme SAT vient évaluer les priorités et les plans nationaux de lutte anti-sida en consultant les organes officiels de coordination de la lutte contre le sida.

Comme tous les autres programmes internationaux de l'ACSP, le Programme SAT est soucieux de la durabilité et du renforcement de la capacité institutionnelle. Il a les yeux tournés vers une éventuelle seconde phase. Celle-ci aura pour but de consolider et d'étendre (à l'Afrique du Sud peut-être) l'approche communautaire et régionale du Programme SAT et l'École hors les murs dans un cadre de respect des droits de la personne et des droits à la santé, qui va dans le sens de la démocratisation et de la libéralisation manifestés dans l'ensemble de la région d'Afrique australe.

«Vu la nature sociale de la maladie, les réponses doivent être et seront définies au plan local. Il est donc indiqué d'encourager les efforts à ce niveau, comme le fait d'aillieurs le Programme SAT...»

- extrait du Rapport d'évaluation du Programme SAT réalisé à mi-parcours par l'ACDI, mars 1994

Lancement du bulletin sur le Programme SAT par le directeur de l'ACSP

Bienvenue au premier numéro du Bulletin du Programme d'Afrique australe de formation sur le sida, un bulletin qui porte sur les activités de l'une des initiatives les plus innovatrices de l'ACSP dans le domaine de la santé internationale. Depuis à peine plus de trois ans qu'il fonctionne à partir du bureau de Harare, au Zimbabwe, le Programme d'Afrique australe de formation sur le sida (SAT), lancé par l'ACSP en partenariat avec l'Agence canadienne de développement international (ACDI), s'est taillé une belle place en devenant un outil sans pareil à l'appui des réponses données par les communautés au sida. Dans l'évaluation externe qu'elle a faite du Programme SAT à mi-parcours, soit en 1993, l'ACDI en parle comme d'un programme «de pointe» visant à donner aux communautés la capacité de lancer des programmes de lutte contre le sida efficaces et fortement orientés sur le développement.

La principale innovation du Programme SAT résulte d'une combinaison d'aide financière et autre qui donne toute la souplesse voulue et à laquelle vient s'ajouter un soutien pratique à plus de 100 partenaires du projet. C'est en travaillant en étroite collaboration avec un grand nombre de organismes communautaires que le Programme SAT a permis de se rendre compte que les besoins de ces derniers en formation sur le terrain et en acquisition de compétences et de méthodes bien concrètes n'étaient pas satisfaits. En conséquence, le Programme SAT a lancé en collaboration avec des ONG une initiative appelée l'École hors les murs. Il s'agit d'un programme de renforcement de la capacité institutionnelle qui permet aux organismes et aux programmes locaux, reconnus comme étant efficaces dans leurs propres contextes, de faire profiter de leur expérience et de leurs méthodes les nouveaux projets de façon graduelle, structurée et répétée. Le fonctionnement de l'École hors les murs, que facilite le Programme SAT et que mettent en oeuvre les ONG, partenaires comprend des services de consultation thématique, le tutorat d'un organisme à

l'autre, des réseaux locaux de renforcement et d'établissement de points de référence, ainsi qu'une aide pour le diagnostique et la résolution de problèmes. L'École hors les murs est une stratégie clé du Programme SAT en Afrique australe mise en oeuvre pour essayer de relever le défi que pose l'épidémie du sida dans cette région du monde.

Le Programme SAT est géré par Renée Sabatier qui en assure la direction à partir de Harare avec sept employés tout à fait dévoués qui l'aident à mettre en oeuvre et à administrer ce programme qui, il faut le dire, relève beaucoup de la gageure. Le bulletin dont voici le premier numéro permettra aux lecteurs d'être tenus au courant des activités et des innovations du Programme SAT pour répondre à la problématique complexe des aspects sociaux, politiques et économiques de la lutte contre le sida en Afrique australe.

- Gertrud Dajfer, directeur général de l'ACSP

L'École hors les murs

Étant donné que de très nombreux organismes communautaires ont exprimé des besoins de formation sur le terrain et de financement des programmes en vigueur, le Programme SAT a mis sur pied un programme de formation régional, en partenariat avec des organismes locaux expérimentés, disposés à partager leur savoir-faire institutionnel et leurs connaissances sur le sida avec des groupes plus débutants. Le Programme SAT les aide à remplir cette fonction, à jouer ce rôle de tuteur et à se relier les uns aux autres au sein de réseaux locaux d'apprentissage constituant l'École hors les murs.

Contrairement aux méthodes qui consistent à former les formateurs, dont l'efficacité diminue généralement avec le nombre de nouveaux participants, le Programme SAT a recouru à un modèle de réseau pour améliorer l'assimilation des leçons, pour faciliter leur rétention et pour en améliorer l'efficacité pratique lorsque les stagiaires rentrent chez eux. L'École hors les murs tire des leçons empiriques des connaissances de la psychologie du travail et de la psychologie de la gestion, surtout dans les domaines de la présentation et du renforcement des rôles. Habituellement, les stagiaires de l'École hors les murs ne viennent pas uniquement pour se former : avec les organismes qu'ils représentent, ils continuent de participer activement à l'École hors les murs en prenant part à bon nombre des activités suivantes :

Des membres du personnel et des bénévoles communautaires de Health for All Volunteers Trust à Morogoro, en Tanzanie, prennent le temps au cours d'une consultation technique dans le cadre de l'École hors les murs de poser avec le personnel du Programme SAT et des partenaires du Zimbabwe.



Le personnel du Programme SAT devant le bureau du Programme à Harare. (De gauche à droite, derrière) Wilson Mhlanga, Teresa Sioce, Shawn Hamilton, Emma Mugaadzi; (devant) Ros Beanson, Felicitas Chiganzwe, Renée Sabatier, Hamida Ismail.



• **Services de consultation technique** : ils rassemblent des organismes qui ont des objectifs communs et des niveaux d'expérience divers pour leur enseigner, de façon concrète, des méthodes, des systèmes et des procédures de gestion des programmes. Grâce à l'aide du Programme SAT - les partenaires ont organisé des services de consultation technique regroupant approximativement 50 organismes communautaires autour de thèmes comme l'éducation au sida par les pairs, les soins et le counselling communautaires et le travail auprès des jeunes.

• **Réseaux d'apprentissage locaux** : ils permettent aux groupes partenaires du Programme SAT de districts avoisinants de comparer leurs progrès réciproques et d'intégrer les innovations «les plus pratiques». Ces réseaux débordent fréquemment les frontières nationales. Par exemple, un réseau local d'éducation par les pairs se trouve le long d'un axe de transport important qui va du lac Kariba dans le nord du Zimbabwe, en passant par Monze en Zambie du Sud, jusqu'à Lusaka, la capitale de la Zambie. Un autre est en cours d'installation et traversera les hauts plateaux de l'est du Zimbabwe pour rejoindre le corridor central du Mozambique.

• **«Tutorat»** : les activités de tutorat sont encouragées par le Programme SAT et permettent à des organismes expérimentés d'en conseiller d'autres plus débutants sur la gestion au jour le jour de projets, par le biais de visites réciproques de sites et par consultation postale et téléphonique. Dans les régions géographiques où elles sont implantées, les activités de tutorat suscitent de nouvelles initiatives en aval, que le Programme SAT finance directement ou indirectement en apportant la mise de fonds initiale.

• **Visites individuelles de sites** : elles ont pour but d'aider la mise en oeuvre de projets pour les partenaires participant à de toutes nouvelles initiatives. Le Programme SAT et ses partenaires ont organisé 200 visites de cette nature, dans les régions et dans les différents pays, à l'intention de près de 500 stagiaires sélectionnés.

• **Placements à plus long terme sur le terrain** : ils permettent au personnel travaillant dans des organismes communautaires établis depuis longtemps de poursuivre l'échange de techniques et de connaissances. Plus de 100 placements de longue durée montrent que cette méthode d'«apprentissage» est l'une des plus efficaces pour le transfert des techniques nécessaires aux programmes entre les coordinateurs sur le terrain.

Ayant établi des liens avec des organismes partenaires au Zimbabwe et en Zambie, en 1994-1995, *l'École hors les murs* s'efforcera plus particulièrement d'améliorer son réseau en Tanzanie, au Mozambique et au Malawi. Dans les régions, *l'École hors les murs* est une approche durable à l'établissement d'une capacité organisationnelle et à la formation des ressources humaines nécessaires aux programmes communautaires de lutte contre le sida.

En plus de susciter la confiance et l'autonomie, *l'École hors les murs* a mis au point des méthodes qui contribuent beaucoup à la «valeur ajoutée» des programmes communautaires de lutte contre le sida, multipliant ainsi les résultats obtenus grâce aux ressources et aux efforts déployés.

Plusieurs organismes donateurs en Afrique australe ont fait savoir au Programme SAT qu'ils apprécieraient cette valeur ajoutée dans le cadre de projets cofinancés; ils estiment que la formation donnée par *l'École hors les murs* permet de renabliser au maximum leurs contributions financières. À plus grande échelle donc, *l'École hors les murs* semble compléter les apports et les stratégies des autres intervenants, y compris ceux des programmes nationaux de lutte contre le sida et des donateurs internationaux.

Des visiteurs de marque au Programme SAT (Zimbabwe)

La Secrétaire d'État du Canada pour l'Amérique latine et l'Afrique rend visite au Programme SAT

Le 3 mai 1994, l'honorable Christine Stewart a rendu visite au bureau du Programme SAT à Harare et a rencontré plusieurs de ses partenaires. Elle était accompagnée de son adjointe Marcia Burdette, du directeur régional de l'ACDI, George Saibel et d'une agente de programme de l'ACDI, Heather Cameron. Parmi les partenaires du Programme SAT qui ont parlé de leur travail avec l'honorable Mme Stewart, il y avait des éducateurs-pairs bénévoles travaillant pour les organismes des femmes, le Zimbabwe Congress of Trade Unions, et le syndical Zimbabwe Domestic and

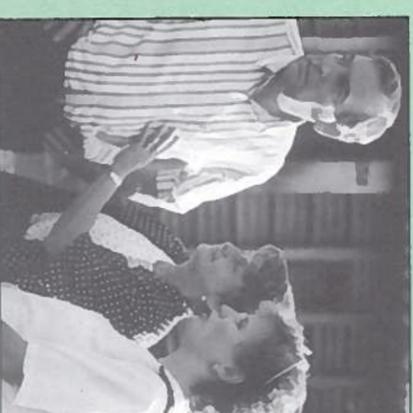
Allied Workers Union. La Secrétaire d'État a ensuite visité un programme de counselling et de soins communautaires pour les personnes atteintes du sida, situé dans le quartier le plus pauvre de Mbare, le plus vieux de Harare, et géré par le Mashambanzou Trust avec l'aide financière du Programme SAT.



La Secrétaire d'État du Canada (pour l'Amérique latine et l'Afrique), Christine Stewart, rencontre des éducateurs communautaires de la lutte contre le sida, bénéficiant de l'appui du Programme SAT, au cours de sa visite du bureau du Programme en mai 1994.

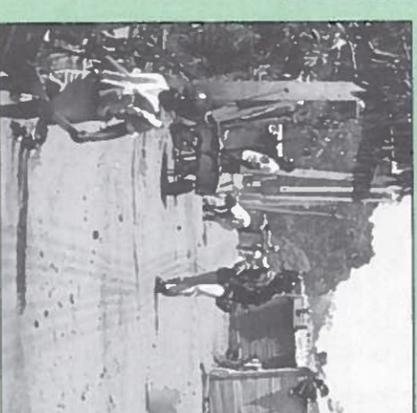
Le Vérificateur général du Canada prend le temps de rendre visite à des partenaires du Programme SAT

À l'occasion de la Conférence des vérificateurs généraux des pays du Commonwealth, tenue à Harare en septembre 1993, le Vérificateur général du Canada, Denis Desautels, a pris le temps d'aller rendre une visite personnelle à des personnes qui vivent avec le sida qui bénéficient du programme conjoint de counselling et de soins du Mashambanzou Trust et de la Mbare Polyclinic des services de santé de la ville de Harare, qui bénéficie de l'aide financière du Programme SAT. Le Vérificateur général et son épouse Shirley, accompagnés du haut-commissaire du Canada au Zimbabwe, Art Wright, et de son épouse Sylvia Bews-Wright, se sont entretenus du sida avec les conseillers du projet, les malades et leur familles ainsi qu'avec les résidents des foyers les plus surpeuplés de Mbare.

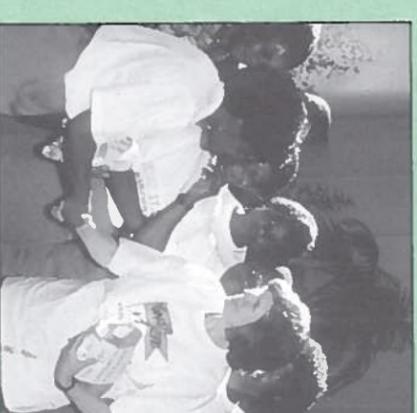


Le Vérificateur général du Canada, Denis Desautels, Shirley Desautels et Heather Cameron, agente de l'ACDI basée à Harare, lors de leur visite du Programme SAT en septembre 1993.

La présidente et la vice-présidente de l'ACDI rendent visite aux partenaires du Programme SAT à Mutare



Saibel et Heather Cameron, les visiteurs ont consacré tout un après-midi à rencontrer les coordinateurs et les bénévoles des communautaires travaillant à un projet conjoint de prévention de l'infection à VIH par l'enseignement dispensé par des pairs, pris en charge par les services de santé de la ville de Mutare d'une part et par l'organisation non gouvernementale Family AIDS Caring Trust d'autre part.



La présidente de l'ACDI, Huguette Labelle, reçoit un t-shirt antisida de la part d'éducateurs-pairs bénévoles dont les activités d'information sur le sida et de distribution de condoms aident à réduire l'incidence de maladies transmissibles sexuellement à Mutare, au Zimbabwe.

En mai 1994, la présidente de l'ACDI, Huguette Labelle et Caroline McCasité, la vice-présidente de la Division de l'Afrique à l'ACDI, accompagnées de Art Wright, le haut-commissaire du Canada au Zimbabwe, sont allés visiter des activités financées par le Programme SAT à Mutare. Accompagnés des représentants de l'ACDI à Harare, George



Le Haut-commissaire du Canada au Zimbabwe, Art Wright, discute des pressions qui s'exercent sur les adolescentes avec des étudiantes du Club antisida de l'école pour filles de Mutare.

Pourquoi la prévention du sida prend-elle les soins?

- Les clients et les membres de la communauté ont généralement tendance à s'adresser à ceux qui travaillent dans le domaine de la prévention pour obtenir des soins;
- Les membres de la communauté ne comprennent pas pourquoi les programmes de prévention ne comportent aucun volet thérapeutique;
- Les programmes de prévention du sida gagnent en crédibilité et en capital de confiance en prestant ou en organisant les soins;
- Les programmes de prévention qui ignorent le côté thérapeutique risquent de renforcer la croyance populaire voulant que le sida n'existe pas;
- Étant donné que les meilleurs agents de la prévention viennent souvent des groupes vulnérables, nombreux sont ceux qui tombent malades du VIH et du sida, obligeant ainsi les programmes à fournir soins et soutien;
- Le travail de prévention du sida peut être répétitif et stressant. Le sentiment d'accomplissement vient de la solidarité ressentie envers la communauté. L'échec au niveau thérapeutique sappe cette solidarité;
- Si les programmes ne fournissent pas aussi des soins et un appui aux agents de la prévention, ils réduisent ces derniers à de simples unités mobiles d'information et de distribution de condoms ou de matériel éducatif.

Les soins et la prévention : un maillon essentiel

Le 10 août 1994, la directrice du Programme SAT, Mme Renée Sabatier, a pris la parole devant la Xe Conférence internationale sur le sida tenue à Yokohama, au Japon. L'article qui suit est extrait de son allocution :

La structure institutionnelle des services de santé établit généralement une distinction entre les activités de prévention et celles de soins. Cette distinction existe également dans la réponse apportée par la communauté mondiale à la pandémie du VIH et du sida; elle est artificielle, contreproductive et peut avoir des effets néfastes sur les clients et sur les programmes. Comme c'est le cas ailleurs, mais plus particulièrement dans les pays où le VIH et le sida sont bien enracinés, la prévention et la thérapeutique du sida au niveau communautaire sont des notions inséparables.

Le sida est une pathologie chronique qui entraîne de multiples maladies graves et aiguës. On peut dire que potentiellement elle est la seule à provoquer autant de peur, de malentendu, de souffrance et de victimisation. Le sida peut également déclencher des réponses qui approfondissent la solidarité et la compréhension de l'être humain, qui encouragent les actions communautaires courageuses et qui peut amener la mise en oeuvre de programmes de participation efficaces, même chez les populations les plus marginalisées et les plus vulnérables. La façon dont on rattache ces deux maillons, à savoir la prévention et la thérapeutique, peut faire toute la différence au niveau des résultats.

On connaît bien l'expérience classique que vit le personnel de prévention de la santé quand il interroge une communauté pour savoir quels sont ses besoins de santé et qu'on lui répond avec insistance des services thérapeutiques avant tout, avant que la communauté ne prenne la décision d'investir ses propres ressources et de consacrer son énergie à la mise en oeuvre de programmes de prévention. En ce sens, on peut dire que la souffrance présente aujourd'hui passe bien avant celle que l'on aura prévenue demain. La réponse donnée par les décisionnaires au sida est souvent le reflet de celle donnée par la collectivité. Les décisionnaires ont tendance

à voir la prévention comme une priorité et à prendre leurs décisions en fonction de la rentabilité des stratégies préventives de rechange. La prévention est présentée comme permettant d'économiser des ressources, au contraire des soins qui eux les consomment. Cette dichotomie dans la façon d'envisager la rentabilité amène à identifier les individus et les établissements s'occupant de prévention comme des sources d'économies et ceux qui s'occupent de donner des soins, surtout des soins palliatifs, comme d'éternels consommateurs de ressources. Les soins sont vus comme «un investissement non rentable» et, à l'aune des économistes, de moindre valeur que la prévention. C'est un point de vue qui il est facile d'écarter pour laisser libre cours aux préjugés et à la discrimination envers les individus qui sont déjà atteints par le VIH et le sida.

Au plan du vécu, la prévention et les soins sont indissociables. Dans la réalité, séparer la prévention des soins n'a pas de sens. Cela empêche d'expliquer de façon tangible ce qu'est le sida, et affaiblit donc d'autant toute motivation. Étant donné que les meilleures initiatives de prévention font appel aux individus issus des communautés vulnérables, la démonstration la plus frappante de la relation existant entre la prévention et les soins apparaît lorsque des agents de la prévention contractent le VIH ou le sida. Lorsque soins et soutien sont assurés par des agents luttant contre le VIH et le sida, l'importance de leurs activités de prévention et de leur valeur humaine est affirmée. Lorsque soins et soutien sont négligés, on établit une démarcation entre les individus infectés et les autres, et le problème du stigmate se pose alors inévitablement.

Lorsque les gens voient leur famille, leurs amis et leurs voisins touchés par le VIH ou le sida, ce sont aux soins thérapeutiques, aux activités de counselling et au soutien, qu'ils espèrent trouver tout près de chez eux, qu'ils accordent le plus de valeur. Les soins qui sont aussi «naturels» que possible, fournis à la maison et dans la communauté par des personnes et des organismes que le client connaît bien et avec lesquels il se sent à l'aise, notamment les personnels soignants locaux, les groupes religieux, les associations de voisinage, les ONG et d'autres encore, sont ceux qui réussissent le mieux. [Voir encadré à la page 6 : Pourquoi la prévention du sida comprend-elle les soins?]

Dans les communautés pauvres et désavantagées, ce n'est que lorsque la charge de soins est allégée que les gens, les épouses et les mères surtout, trouvent le temps et l'énergie nécessaires pour s'occuper de

Comment la thérapeutique du sida catalyse-t-elle la prévention?

- Les programmes thérapeutiques communautaires réduisent la charge qui pèse sur les hôpitaux en libérant des lits et des ressources pour les maladies curables;
- Une thérapeutique et des services de counselling communautaires complets permettent de réduire la transmission de l'infection à VIH et les infections secondaires, notamment la tuberculose et les MT3;
- Les personnels soignants et de soutien jouissent d'une plus grande confiance et par conséquent sont mieux à même d'influencer le comportement et les attitudes au sein de la communauté;
- Étant donné les rapports étroits qu'ils ont au sein de la communauté, les personnels soignants parviennent à très bien connaître les croyances et les pratiques communautaires et sont donc à même d'aider à mieux préciser les messages et méthodes de prévention;
- Les soins et le soutien atténuent l'impact du VIH et du sida sur la famille et la société, en réduisant la vulnérabilité au VIH causée par le démantèlement des familles;
- Les soins et le soutien contribuent à préserver la productivité des travailleurs infectés et par conséquent à réduire l'impact économique du VIH et du sida sur la famille et la société;
- Les programmes thérapeutiques identifient les enfants dans le besoin, les orphelins par exemple, avant qu'ils ne souffrent de privations aiguës susceptibles d'augmenter leur risque de contracter l'infection à VIH;
- La thérapeutique renforce les droits de la personne et la responsabilité sociale, agit contre la discrimination, la stigmatisation et l'ignorance et renforce la capacité de la société à combattre le VIH et le sida.

«... Il est préférable de mourir du sida que de la faim et du rejet.»

TIME Magazine du 8 août 1994 : tiré d'un article du Faraja Counselling and Health Information Centre que finance le Programme SAT et dont les soins aux personnes qui font commerce du sexe ont amené les femmes à mettre sur pied un programme de bénévoles de lutte contre le sida par l'éducation dispensée par les pairs.



Au niveau communautaire, les soins et la prévention du sida sont indissociables, les travailleurs de la lutte contre le sida doivent comprendre et offrir les deux dimensions.

prévention. Offrir des soins, ne serait-ce même partiellement, équivaut donc à reconnaître des priorités ressenties, c'est un signe de bonne foi et une contribution importante à la dynamique sociale communautaire.

Les programmes de lutte contre le sida qui comportent des volets thérapeutiques sont ceux qui développent de véritables racines dans les communautés; ce sont les programmes qui trouvent le chemin des forces cachées de la communauté et des réserves de courage qui permettent à toute une population de faire face à des catastrophes comme les famines, les conflits et les épidémies comme le sida.

Les programmes dotés d'un volet thérapeutique suscitent probablement plus que les autres des effets synergiques, lesquels débouchent non seulement sur des soins de qualité mais aussi sur une prévention couronnée de succès. Cela va peut-être à l'encontre de ce que pensent de nombreuses personnes qui travaillent dans le secteur formel de la santé où la clarté de la gestion est rendue possible par la distinction très nette entre les services curatifs, thérapeutiques et préventifs. Mais les leçons qu'on peut tirer à ce jour de la pandémie du sida, et il y aurait bien des exemples connus à citer, nous amènent à reconnaître qu'à tout le moins dans les communautés vulnérables, le succès à long terme de quelque entreprise que ce soit dépend de l'existence de programmes intégrés. [Voir encadré à la page 7 : Comment la thérapeutique du sida catalyse-t-elle la prévention?]

L'Unité de soutien aux soins à domicile du Programme mondial de lutte contre le sida préconise un modèle de «soins continus» qui montre de façon très utile les rapports pouvant être établis entre les soins à domicile et les soins communautaires d'une part, et le secteur formel de la santé d'autre part. Il ne faudrait pas mal interpréter ce modèle et considérer que les ONG communautaires et les bénévoles sont là tout simplement pour multiplier les prestations de services des ministères de la santé. Au contraire, ces structures thérapeutiques spontanées qui existent dans les communautés constituent une réponse indépendante et novatrice qui vient compléter tout en les épargnant les services essentiels pris en charge par le secteur formel de la santé.

Si vous le voulez bien, envisageons les rapports entre la prévention et les soins sous un autre angle encore, en nous inspirant des concepts développés et perfectionnés par l'économiste Amartya Sen de l'université Harvard. Le professeur Sen a publié des

analyses tout à fait inédites sur la faim et la famine, le fondement de son travail théorique étant qu'il s'agit de deux concepts bien distincts et de deux manifestations différentes du réel.

La famine est une carence alimentaire généralisée, qu'elle soit due à la sous-production de denrées alimentaires ou à d'autres causes. La faim au sens de l' inanition est un état mortel qui survient aux individus lorsqu'ils sont dépourvus de droits et n'arrivent plus à se procurer suffisamment de nourriture pour vivre. La famine n'entraîne pas nécessairement et à tout coup la faim pour tout le monde, car même dans les pires cas de famine, il y a des gens qui ne manquent de rien alors que d'autres sont dépourvus de tout. Le paramètre critique à prendre en considération est celui qui a trait aux droits et comment ces droits s'appliquent à la population. Ceux qui ont des droits économiques et sociaux mangent, ceux qui n'en ont pas meurent. Les mesures d'aide humanitaire en cas de famine qui ne corrigent pas le mauvais exercice des droits ne permettent pas d'éviter la mort par inanition.

Une catastrophe comparable, le VIH, est en train de frapper un monde où les droits sociaux sont mal répartis. Tout comme la famine traduit un déficit alimentaire généralisé, la pandémie du VIH/sida traduit un déficit généralisé de protection contre le risque d'infection. Les membres de nos sociétés qui ont le plus de droits sont ceux qui sont les plus protégés contre l'infection à VIH : ils sont en bonne santé, ils ont peu de chance d'être en contact avec des agents infectieux via l'environnement dans lequel ils vivent, et même s'ils adoptent des comportements à risque ils ont plus de probabilités que leur santé et leur niveau socio-économique les protègent partiellement de l'infection. Lors d'une famine, ceux qui mangent sont ceux qui jouissent du droit à la nourriture et aux moyens de se la procurer, même quand les autres meurent de faim. Dans l'épidémie du sida, ceux qui ne sont pas infectés sont ceux qui jouissent du droit à la protection que leur reconnaît la société, y compris celui de vivre leurs relations sexuelles à leur avantage.

Quand le VIH et le sida frappent, la forme et la vitesse de propagation de l'épidémie suivent la répartition préexistante des rapports de force et de droit dans la société. En ce sens on peut dire que l'infection à VIH révèle la société pour ce qu'elle est et expose ses membres les moins protégés. Pour reprendre la métaphore sur la famine et la faim, on peut dire que les plus vulnérables souffrent d'une très grande «faim». Au sens

littéral du terme ils sont affamés de reconnaissance et de sentiment d'appartenance, de respect de leurs droits en tant que personnes. Tout travail de prévention du sida qui ne prend pas en considération cette faim et qui ne lui apporte pas de réponse au niveau thérapeutique risque d'être sans efficacité aucune, sans importance, et même préjudiciable et exploitrice.

La distinction entre la prévention et la thérapeutique fait écho à la distinction établie par la médecine entre les personnes infectées et celles qui ne le sont pas. Elle «nous» invite (les non-infectés, ceux qui jouissent de droits) à discriminer contre «eux» (les infectés, ceux qui sont sans droits), et met en péril la coopération et la solidarité capables de réduire les retombées socio-économiques du sida. En débattant des différentes significations du sida dans nos sociétés, nous devons reconnaître que la prévention et les soins sont des activités indissociables entre lesquelles il est essentiel d'établir des passerelles au sein de nos différents programmes.

Commentaire - Le sida en Afrique : rétablir l'équilibre

La Xe Conférence internationale sur le sida, tenue à Yokohama, au Japon (en août 1994), a permis de constater l'existence d'une spéculation croissante voulant que l'attention grandissante, et au demeurant bienvenue, prêtée par la communauté internationale au sida en Asie entrainera une moindre vigilance et une diminution des ressources pour l'Afrique. Ce scénario est-il justifié?

Cette problématique invite à soigneusement prendre en considération les positions et les contributions relatives à l'Afrique et au reste du monde, et notamment à celles de l'Afrique subsaharienne où l'épidémie du sida est la plus avancée. En premier lieu, examinons les considérations relatives au sida en soi :

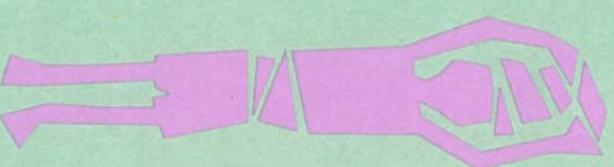
- Avec 66 p. 100 de toutes les infections à VIH dans le monde, l'Afrique reçoit moins de 3 p. 100 des dépenses de prévention et de thérapeutique. En dépit de cela, les Africains ont néanmoins été les premiers à mettre au point des modèles globaux efficaces pour les programmes de lutte contre le sida. Pour n'en prendre que deux, parmi les plus anciens et les mieux connus, citons TASSO (groupe de soutien ougandais aux personnes atteintes par le sida qui est devenu avec le temps un organisme national de prévention, de soins et de counselling) et l'hôpital Chikankaza (une mission en Zambie qui a mis au point le premier modèle africain de soins communautaires et de soins à domicile aux sidéens), qui ont été suivis par d'autres n'ayant pas démerité par rapport à ceux-ci.

- Plus que n'importe où ailleurs, l'Afrique a été le laboratoire in vivo de la recherche sur le sida dans le monde, néanmoins elle a le moins bénéficié des résultats de ces recherches. Les découvertes concernant le lignage génétique du virus, la pathogénèse du VIH, les différences de vulnérabilité biologique au VIH entre les hommes et les femmes, la dynamique de la transmission hétérosexuelle de l'infection à VIH et ses rapports avec d'autres infections transmises sexuellement ont toutes été faites en Afrique. Après avoir engrangé toutes ces connaissances, la communauté



« Au plan du vécu, la prévention et les soins ne constituent pas deux comptes distincts. »

- de *Conférence Neus*,
11 août 1994, Yokohama



Bulletin du Programme d'Afrique australe de formation sur le sida

automne 1994 / numéro 1
ISSN 1201-2483

Programme d'Afrique australe de formation sur le sida
PO Box 390
Kopje (4 Beit Avenue, Milton Park)
Harare, Zimbabwe
Tél. : (263-4)723-915
Télécopieur : (263-4)725-193
Courrier électronique :
postmaster@satp.2.fracs.alt.za

au Canada :
Programme d'Afrique australe de formation sur le sida
Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, suite 400
Ottawa (Ontario)
Canada K1Z 8R1
Tél. : (613)725-3769
Télécopieur : (613)725-9826
Courrier électronique :
postmaster@cpha.isis.org

Rédactrice *Judy Redpath*
Assistance à la rédaction *Personnel du Programme*
Éditrice *Andrew Young*
Photos *Ray Moyo*
Traduction *Eureka Communication*
Impression *M.O.M. Printing*

Le Bulletin du Programme d'Afrique australe de formation sur le sida est publié occasionnellement par l'Association canadienne de santé publique. On est prié d'adresser toute correspondance au Programme aux adresses ci-dessus. La permission de reproduire du matériel de ce bulletin sera accordée sur demande à condition que l'origine et la source en soient mentionnées. Le Programme demande un exemplaire des publications dans lesquelles du matériel de Bulletin du Programme d'Afrique australe de formation sur le sida est utilisé.

Le Programme d'Afrique australe de formation sur le sida est financé par l'Agence canadienne de développement international.



Imprimé
sur du papier
recyclé

internationale pourrait-elle à bon droit justifier d'en mettre en oeuvre les applications ailleurs qu'en Afrique?

• Selon les indications dont on dispose, bon nombre des futurs essais de vaccins antisida sur l'être humain auront vraisemblablement lieu en Afrique. Mais il est clair que pour des raisons de coût, de logistique et autres, il est peu probable que les Africains soient les premiers grands bénéficiaires des vaccins qui auront été mis au point avec succès.

Il est possible au départ de justifier une asymétrie entre les risques et les avantages si cela aboutit à immuniser les plus vulnérables contre le VIH et le sida. Mais le risque que la communauté internationale de lutte contre le sida continue de faire courir à l'Afrique ne devrait-il pas être assorti d'une aide parallèle dont elle a le plus grand besoin? Les investissements au niveau des programmes de soins et de prévention du sida en Afrique préalables aux essais de vaccins permettent de jauger l'équité de la répartition des risques et des avantages dans la réponse donnée par la communauté internationale au sida.

• On estime que l'Afrique compte 8 millions de séropositifs qui exigeront des soins lorsqu'ils contracteront le sida. Les enfants orphelins (selon les estimations, ils seront 5 millions d'ici l'an 2000) ont également besoin de soins et de soutien. Des modèles de soins décentralisés peu coûteux, faisant appel à des bénévoles communautaires, peuvent fournir l'appui médical de base tout en intégrant le counselling et l'éducation préventive. Des définitions trop strictes ou arbitraires, qui amèneraient la communauté internationale de lutte contre le sida à favoriser la «prévention en Asie» plutôt que la «thérapeutique en Afrique», non seulement ne rendraient aucunement justice aux efforts déployés par l'Afrique mais en plus passeraient à côté des innovations africaines dans l'élaboration de programmes intégrés de lutte contre le sida susceptibles d'applications plus généralisées.

À long terme, l'avènement dans les pays d'Afrique d'économies bien intégrées, axées sur la croissance, constituera probablement la plus grande contribution à une réponse efficace au sida en Afrique subsaharienne. Dans le court à moyen terme toutefois, cette expansion économique est malheureusement une recette susceptible de faire exploser la propagation du VIH. Comme le cours de l'infection à VIH en Afrique le montre jusqu'à présent, les secteurs les plus durement touchés seront ceux qui constituent des charnières pour le développement de l'infrastructure du continent, à savoir : les transports, l'expédition et la distribution, la

construction, les communications, les services financiers et les secteurs responsables de la formation de la main-d'oeuvre spécialisée.

Avec la libéralisation des économies d'Afrique, et l'arrivée graduelle de la démocratie dans plusieurs pays à la suite des impressionnantes élections en Afrique du Sud, il semble exister dans certaines régions du continent des perspectives bien réelles d'amélioration sociale et économique rapide. Les investissements nécessaires pour alimenter ces progrès peuvent être protégés par le financement de programmes efficaces de lutte contre le sida comme en sont la preuve plusieurs modèles africains. Il faut donc que les programmes économiques et les programmes de lutte contre le sida soient menés de front en Afrique car les uns ne peuvent réussir sans les autres.

Si l'on transfère les ressources pour lutter contre le sida d'Afrique en Asie, l'équation inexorable que pose le sida dans tout le monde reste sans solution : il est impossible d'arrêter la progression du sida quelque part en la négligeant ailleurs. Reconnaître cette vérité crue, c'est mesurer l'engagement envers une mobilisation mondiale efficace contre le sida. Mais les besoins urgents qu'exige une telle mobilisation peuvent amener les organisations internationales et les donateurs à justifier, en privé sinon en public, le bien-fondé d'un déplacement des ressources vers l'Asie. La justification d'un tel déplacement est loin d'être convaincante et, soumise à une analyse objective, devrait être rejetée.

Rétablir l'équilibre en Afrique à propos du sida exige que tous les investissements, pas uniquement les investissements financiers, soient pris en compte. Lorsque ce sera chose faite, l'apport de l'Afrique à la compréhension mondiale du sida cessera d'être une dette, jusqu'à ce jour impayée.

- RCS

