

Riposte confessionnelle au VIH en Afrique australe : l'initiative *Choose to Care*

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

ONUSIDA/07.21F / JC1281F (version française, juin 2007)

Version originale anglaise, UNAIDS/06.30E / JC1281E, décembre 2006 :
Riposte professionnelle au VIH en Afrique australe :
l'initiative Choose to Care
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) 2007.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4835 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de

la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

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

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Vitillo, Robert J.

Riposte professionnelle au VIH en Afrique australe : l'initiative Choose to Care.

(ONUSIDA collection meilleures pratiques)

« ONUSIDA/07.21F / JC1281F ».

1.Initiative Choose to Care. 2.Infection à VIH – prévention et contrôle. 3.Infection à VIH – thérapeutique. 4.sida - prévention et contrôle. 5.sida – thérapeutique. 6.Afrique australe. I.ONUSIDA. II.Catholic Medical Mission Board. III.Southern African Catholic Bishops' Conference. AIDS Office. IV.Série.

ISBN 978 92 9 173547 1

(NLM classification: WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 48 35
Courrier électronique : distribution@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

Riposte confessionnelle au VIH
en Afrique australe : l'initiative
Choose to Care



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 5 |
| Vue d'ensemble du VIH en Afrique australe | 7 |
| Les deux organisations dont il est question dans cette étude | 8 |
| L'initiative <i>Choose to Care</i> | 10 |
| Valeurs fondamentales de l'initiative <i>Choose to Care</i> et leur expression dans l'action quotidienne | 13 |
| Programmes élaborés dans le cadre de l'initiative <i>Choose to Care</i> | 15 |
| L'initiative <i>Choose to Care</i> en action: prévention, soins, traitement, et services destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables | |
| Prévention | 17 |
| Soins | 18 |
| Traitement | 19 |
| Services destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables | 20 |
| L'initiative <i>Choose to Care</i> en action; plaidoyer, renforcement des capacités, réflexion théologique et participation interconfessionnelle | 23 |
| Plaidoyer | 23 |
| Renforcement des capacités | 24 |
| Réflexion théologique | 25 |
| Participation interconfessionnelle | 26 |
| Evaluation de l'initiative <i>Choose to Care</i> | 27 |
| Les organisations confessionnelles sont de véritables partenaires pour riposter au VIH | 28 |
| Choose to Care : Préparation stratégique en vue de l'accès universel | 31 |
| Conclusion: Faire fond sur l'expérience et regarder vers l'avenir | 41 |
| Appendice A: Profil des pays couverts | 43 |
| Appendice B: Résumé des projets élaborés pendant les cinq ans de fonctionnement de l'initiative <i>Choose to Care</i> | 45 |
| Appendice C: Catholic Medical Mission Board – Conférence des évêques catholiques de l'Afrique australe – Partenaires du programme <i>Choose to Care</i> – Activités et statistiques 2002–2004 | 59 |
| Appendice D: Demande de financement à la Conférence des évêques catholiques de l'Afrique australe | 63 |
| Appendice E: Critères de recevabilité pour les programmes de traitement antirétroviral de la Conférence des évêques catholiques de l'Afrique australe | 67 |
| Appendice F: Liste des projets soutenus financièrement par le bureau sida de la Conférence des évêques catholiques de l'Afrique australe | 69 |

Remerciements

L'ONUSIDA remercie vivement le Catholic Medical Mission Board et le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, ainsi que les nombreux responsables et volontaires de leur soutien et des informations communiquées pour cette étude. Nous remercions tout particulièrement le père Robert J Vitillo, conseiller spécial sur le VIH à Caritas Internationalis et consultant pour le Catholic Medical Mission Board, qui a conduit les recherches et élaboré la présente étude.

Abréviations et acronymes*

| | |
|--------|--|
| ARV | Traitement antirétroviral |
| CMMB | Catholic Medical Mission Board |
| PEPFAR | Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida |
| SACBC | Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

* En règle générale l'ONUSIDA préfère éviter les abréviations et les acronymes sauf s'ils figurent dans des citations ou dans des listes.

Introduction

Quel que soit le pays ou la région, l'efficacité de la riposte au VIH nécessite la participation d'un éventail le plus large possible de partenaires oeuvrant de concert. Les organisations confessionnelles, souvent présentes dans les communautés, si petites ou si reculées soient-elles, ainsi que dans les grands centres urbains, sont particulièrement bien placées pour fournir divers services à ceux qui en ont besoin.

Les organisations confessionnelles en Afrique étaient déjà « au front » lorsque l'épidémie s'est manifestée. Si certains chefs spirituels et leurs disciples se sont montrés peu enclins à aborder un problème qui nécessitait réflexion et discussion sur des sujets sensibles tels que l'activité sexuelle en dehors du mariage et la consommation de drogues injectables, nombreux sont ceux qui se sont empressés de répondre au besoin urgent d'éduquer la grande famille humaine sur les moyens d'enrayer la propagation du VIH. Alors que certains chefs spirituels et leurs disciples dénonçaient les personnes vivant avec le virus, nombreux sont ceux qui ont mis en place une riposte pleine de compassion, sans porter de jugement, et sans chercher à savoir comment ces personnes avaient contracté le virus.

Aujourd'hui, les organisations confessionnelles, que ce soit de façon indépendante ou en partenariat avec d'autres organisations, jouent un rôle essentiel et de plus en plus grand dans la riposte globale au VIH qui consiste à donner les moyens aux personnes d'éviter d'être exposées au virus, à dispenser des soins matériels et spirituels aux personnes infectées, et à combattre la stigmatisation et la discrimination.

La présente étude décrit les activités de l'initiative *Choose to Care*, lancée en 2000 par l'Église catholique d'Afrique australe. Elle montre qu'une intensification efficace des programmes de lutte contre le VIH ne passe pas forcément par l'extension d'un service central unique. En collaboration avec les diocèses et les paroisses, sous la coordination du bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, et financée au départ par le Catholic Medical Mission Board et d'autres organismes catholiques de financement, l'Église catholique a élargi ses services en reproduisant des programmes à petite échelle, élaborés à partir des besoins exprimés par les communautés locales, dans les cinq pays dont il est question ici. L'étude démontre que cette approche est efficace lorsqu'elle est appliquée dans le cadre de lignes directrices communes et qu'elle bénéficie d'un appui central.

Les témoignages personnels émanant de professionnels et de volontaires de ces programmes, ainsi que de personnes vivant avec le VIH, et les évaluations objectives des experts des universités de la région, montrent que les projets de *Choose to Care* sont appréciés, tant pour la compassion qu'ils véhiculent que pour leur efficacité pratique. En témoignent les nouvelles ressources accordées après la période initiale de cinq ans pour que ces programmes perdurent dans le temps.

Vue d'ensemble de la situation du VIH en Afrique australe

« ... pour que les hommes aient la vie et qu'ils l'aient en abondance. »¹

**Le sida est infiniment petit,
il ne paralysera pas l'amour,
il n'anéantira pas l'espoir,
il ne corrodera pas la foi,
il n'empêchera pas la paix,
il ne détruira pas l'amitié,
il n'étouffera pas le courage,
il ne pénétrera pas l'âme,
il ne brisera pas la vie éternelle,
il ne bridera pas l'esprit,
notre pire ennemi n'est pas la maladie
mais le désespoir²**

Dans le rapport actualisé publié en juin 2006 à l'occasion de la Rencontre de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida³, l'ONUSIDA a fait les observations suivantes sur l'évolution de l'épidémie en Afrique australe.

- Selon les estimations, 930 000 [790 000 – 1,1 million] adultes et enfants sont morts de maladies associées au sida en Afrique australe en 2005, ce qui représente un tiers des décès dus au sida dans le monde.
- L'épidémie du VIH en **Afrique du Sud** – l'une des plus graves du monde – ne montre aucun signe de régression. D'après les données du système étendu de surveillance des services de soins prénatals, ainsi que d'après les enquêtes nationales avec dépistage du VIH et les données sur la mortalité émises par les services de l'état civil, on estime qu'en 2005, 5,5 millions [4,9 millions – 6,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH, avec un pourcentage d'adultes âgés de 15 à 49 ans atteignant 18,8% [16,8% – 20,7%].
- On n'observe aucun signe de recul de la prévalence du VIH ailleurs en Afrique australe, et les niveaux d'infection restent exceptionnellement élevés au **Botswana**, au **Lesotho**, en **Namibie** et au **Swaziland**.
 - Au **Swaziland**, la prévalence du VIH parmi la population adulte est estimée à 33,4% [21,2% – 45,3%]. Parmi les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénatals, elle est passée de 4% en 1992 à 43% en 2004 (Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Swaziland, 2005).
 - Au **Botswana**, l'épidémie est également aiguë, avec une prévalence nationale parmi la population adulte estimée à 24,1% [23% – 32%] en 2005.
 - L'épidémie semble être relativement stable au **Lesotho**, mais à de très hauts niveaux, avec une prévalence nationale du VIH parmi la population adulte estimée à 23,2% [21,9% – 24,7%].

¹ Evangile selon St Jean 10:10.

² D'après African Women, HIV/AIDS and Faith Communities, Isabel Apawo Phiri et al. (éd.) Pietermaritzburg: Cluster Publications, 2005.

³ 2006 Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, ONUSIDA, juin 2006.

- Dans certaines régions de la **Namibie**, pays à faible densité de population, l'épidémie est aussi virulente que dans certains des pays voisins, avec une prévalence du VIH parmi les adultes estimée à 19,6% [8,6% – 31,7%].

Le docteur Des Martin, de la HIV Clinicians Society et de l'Université de Pretoria, a fait une description concise et éloquente de l'épidémie dans le pays.

« L'Afrique du Sud est le foyer d'une épidémie de VIH de dimension catastrophique. Le pays se distingue tristement par le fait qu'on y trouve le nombre le plus élevé de séropositifs au monde. L'origine de l'épidémie est complexe et trouve ses racines dans la pauvreté, le manque d'autonomie des femmes, la violence à l'égard des femmes et les séquelles de l'apartheid, à savoir travailleurs migrants, foyers pour hommes et fragmentation des structures familiales habituelles qui auraient pu servir de protection contre l'épidémie. L'apathie des gouvernements tant antérieurs qu'actuels a contribué à alimenter l'épidémie et a fait naître une société qui discrimine et stigmatise les personnes souffrant de la maladie. L'impact de cette épidémie sur différents segments de la société pourrait bien être dramatique. Est-il trop tard pour agir ?⁴ »

Les deux organisations dont il est question dans cette étude

Catholic Medical Mission Board

On dit du Catholic Medical Mission Board (CMMB) qu'il est « le numéro un mondial des soins de santé sur la scène internationale ». Il appuie financièrement le renforcement des capacités des organisations communautaires, des hôpitaux et dispensaires à assise confessionnelle, et des églises, en vue de remédier aux problèmes sanitaires revêtant un caractère d'urgence. Le Catholic Medical Mission Board agit en tant que partenaire technique en reproduisant les projets de traitement, de soins et de prévention qui ont fait leurs preuves et en renforçant les capacités locale et nationale de suivi. Le CMMB aide également ses partenaires à dispenser une éducation sanitaire aux échelons national, provincial et local. Enfin, il collabore avec des organisations nationales et locales pour réduire la stigmatisation et améliorer les soins et le soutien prodigués aux personnes vivant avec le VIH.

En 2003, le Catholic Medical Mission Board a fêté son 75^e anniversaire ; au moment de sa création, sa préoccupation et son objectif majeurs étaient de « renforcer la santé des enfants et des femmes vulnérables ». Ses programmes sont élaborés à partir des priorités et des lignes directrices nationales, et les activités sont menées à la lumière des protocoles de l'Organisation mondiale de la Santé. Le Conseil travaille en collaboration avec quelque 350 organisations confessionnelles dans 100 pays à travers le monde⁵.

Bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe (SACBC)

Le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe (SACBC) coordonne la riposte des églises catholiques au sida en Afrique du Sud, au Botswana et au Swaziland (les trois pays que couvre la SACBC). En outre, ses activités s'étendent au Lesotho et à la Namibie, par l'intermédiaire d'accords complémentaires conclus avec les conférences épiscopales de ces pays⁶. Pendant de nombreuses années, l'Église catholique d'Afrique australe a participé aux ripostes locales au VIH, par exemple, aux programmes d'éducation, de soins à domicile et de soins palliatifs.

⁴ Des Martin, « Perspectives on HIV Medical Care in South Africa, » In : Health Care in Rural South Africa: An Innovative Approach, Adri Vermeer et Hugo Tempelman (éd.), Amsterdam, VU University Press, 2006, p. 26.

⁵ « CMMB as a Catalyst for a Faith-based Response to HIV/AIDS », exposé de Jack Galbraith, Président et directeur exécutif, et du Dr Rabia Mathai, Directeur général des programmes, au Catholic AIDS Funding Network Group Meeting on ARV Programming, avril 2003.

⁶ Voir Annexe A pour une description plus détaillée des secteurs couverts par le bureau sida de la SACBC.

Cette riposte étendue et diversifiée n'était toutefois pas coordonnée et n'avait pas de direction centrale. En 1999, les institutions religieuses basées dans le pays les plus actives – Catholic Institute of Education (CIE), Catholic Health Care Agency (CATHCA) et Development and Welfare Agency (DWA – connu à présent sous le nom de Siyabhabha Trust) – qui voyaient toutes dans le sida le problème le plus important auquel la société faisait face en Afrique australe, se sont réunies à plusieurs reprises. A l'issue de ces réunions, le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe a été mis sur pied en janvier 2000, et doté d'un responsable et d'un budget d'exploitation de moins de US\$ 10 000.

Lors de la création du bureau sida, les évêques catholiques d'Afrique australe se sont fixé pour objectif d'apporter leur concours à l'Église et de :

- Coordonner la riposte au sida dans la région ;
- Recueillir des fonds pour les projets des diocèses et les projets locaux⁷ ;
- Faciliter la formation et les échanges dans ce domaine ;
- Intensifier les programmes existants ;
- Etablir de nouveaux programmes dans les zones où les ressources sont limitées ;
- Assurer un soutien pour le suivi et l'évaluation ;
- Faciliter le partage des connaissances pour ce qui est des meilleures pratiques en matière de prévention et de soins ;
- Satisfaire les besoins des personnes vivant avec le sida et de leur famille ;
- Répondre aux besoins croissants des orphelins et des enfants vulnérables ;
- Faire campagne, notamment en ce qui concerne l'accès au traitement, les questions ayant trait aux enfants, et la réforme budgétaire⁸.

En 1999, alors que la société Bristol-Myers Squibb envisageait une éventuelle riposte philanthropique à la pandémie du VIH, le Secrétaire général des Nations Unies, M. Kofi Annan, a demandé à cette société de jouer un rôle de chef de file dans l'assistance aux personnes vivant avec le VIH en Afrique. C'est ainsi que la Fondation et la société Bristol-Myers Squibb, ont mis en commun leurs efforts et des ressources considérables avec des partenaires en Afrique et des organisations mondiales luttant contre la pandémie, pour mettre en place l'initiative Sécuriser le futur. Au départ, la Fondation et la société Bristol-Myers Squibb se sont engagées à verser 100 millions de dollars sur 5 ans pour fournir soins et soutien aux femmes et aux enfants vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne et ont tenu leur promesse de dons à Sécuriser le futur. Au fil des années, le programme a pris de l'ampleur et a permis de financer quelque 200 programmes distincts grâce à des engagements totalisant 150 millions de dollars.

En 2000, le Catholic Medical Mission Board et le bureau sida ont conclu un accord de cofinancement avec Sécuriser le futur pour lancer l'initiative *Choose to Care* et renforcer par là même la capacité des projets communautaires visant à lutter contre le VIH en Afrique australe. Conformément à cet accord, les projets remplissant les critères à la fois de Bristol-Myers Squibb et du Catholic Medical Mission Board sont soumis au comité consultatif technique de Bristol-Myers Squibb pour approbation. Une fois sélectionnés, les projets sont cofinancés par Bristol-Myers Squibb et le Catholic Medical Mission Board. En outre, ce dernier a promis des fonds supplémentaires (50% du financement total a été octroyé dans le cadre de *Choose to Care*) afin d'appuyer les projets ayant été examinés et approuvés par le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe.

⁷ Voir Annexe D pour la liste des critères de financement utilisés par le bureau sida de la SACBC.

⁸ Tel que répertorié dans le rapport Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003, p. 14.

Au cours des années qui ont suivi, les activités et le champ d'action du bureau sida se sont accrus exponentiellement. En août 2006, le bureau employait 14 personnes et coordonnait les services de proximité pour des milliers de personnes vivant avec le VIH au moyen d'un vaste réseau d'employés et de volontaires travaillant pour des projets locaux. Ces services sont accessibles à tous ceux qui en ont besoin, quelle que soit leur appartenance nationale, ethnique ou religieuse. Désormais reconnu comme principal protagoniste de la riposte au sida en Afrique australe, le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe est également parvenu à nouer des partenariats solides avec les organisations confessionnelles et communautaires, le secteur privé, les entités gouvernementales et les institutions universitaires.

« Depuis 2000, le bureau sida de la SACBC coordonne la riposte au sida de l'Église catholique en Afrique du Sud, au Swaziland et au Botswana, en faisant fond sur les programmes en place qu'il renforce, et en contribuant à en lancer de nouveaux. L'éventail des soins dans la plupart des programmes et des projets de la SACBC comprend la prévention, la prise en charge et le soutien aux personnes infectées par le sida ».

M. Johan Viljoen, responsable de programme de l'initiative *Choose to Care*, lors d'une présentation à la deuxième Conférence sur le sida en Afrique du Sud, Durban, 7-10 juin 2005

Choose to Care

En 1999, la société Bristol-Myers Squibb a lancé Sécuriser le futur—programme pour lequel 100 millions de dollars ont été engagés sur une période de cinq ans pour lutter contre le sida dans les cinq pays d'Afrique australe (Afrique du Sud, Namibie, Swaziland, Botswana et Lesotho) desservis par le bureau sida. En février 2000, le Catholic Medical Mission Board a établi un partenariat avec le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe et ces deux entités ont conclu un accord de cofinancement avec la société Bristol-Myers Squibb en vertu duquel elle met à disposition du bureau sida des ressources financières et une assistance technique. Cette nouvelle initiative, visant à promouvoir le développement et la durabilité à long terme de l'éducation à la prévention, des soins et de l'accompagnement relatifs au VIH en Afrique australe, est appelée *Choose to Care* et se présente comme suit⁹ :

« L'initiative *Choose to Care* – cinq millions de dollars engagés sur cinq ans pour lutter contre le VIH/sida en Afrique du Sud, en Namibie, au Swaziland, au Botswana et au Lesotho—est notre réponse face aux besoins énormes de l'Afrique australe en la matière. Depuis février 2000, *Choose to Care* a contribué au renforcement des capacités de plus de 140 organisations communautaires assurant soins aux mourants, prise en charge et placement des orphelins et éducation relative au VIH/sida. À ce jour [d'après le Rapport 2003], *Choose to Care* a fourni un soutien médical, psychologique et didactique à plus de 144 000 patients et orphelins ».

Choose to Care apporte aujourd'hui son concours à 98% des diocèses catholiques d'Afrique du Sud pour la mise en oeuvre de programmes éducatifs et de soins à domicile pour le VIH. Grâce à cette initiative, 45 écoles dans huit provinces sur les neuf que compte l'Afrique du Sud ont intégré l'éducation au VIH dans leurs programmes d'études. Les activités du Catholic Medical Mission Board dans toute l'Afrique australe sont conduites en collaboration avec la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe.

⁹ http://www.cmmb.org/What/choose_to_care.htm ; voir aussi l'annexe B pour la liste complète des projets de *Choose to Care* et l'annexe C pour l'ensemble des statistiques relatives à l'Afrique du Sud pour la période 2002-2004.

Depuis l'accord de cofinancement de *Choose to care*, officiellement conclu en 2005, le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, en collaboration avec ses différents partenaires dans les diocèses, les paroisses et les organisations, est parvenu à trouver d'autres sources de financement et d'assistance technique qui lui permettent de maintenir et d'élargir ses programmes. Des fonds ont été obtenus auprès des paroisses, des diocèses, des fondations, et des familles et individus généreux d'Afrique australe et d'ailleurs, auprès d'organisations caritatives catholiques internationales, auprès du Gouvernement sud-africain à l'échelon provincial et local, et auprès de programmes gouvernementaux d'assistance, notamment le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR).

Valeurs fondamentales de l'initiative *Choose to Care* et leur expression dans l'action quotidienne

En établissant le partenariat *Choose to Care*, le Catholic Medical Mission Board et la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe oeuvrent selon les principes de l'Église catholique. Les valeurs sur lesquelles s'appuie leur collaboration sont semblables à celles qui motivent les organisations confessionnelles et les incitent à agir sans relâche, avec efficacité et efficacité pour lutter contre la pandémie du VIH aux échelons mondial, régional, national et local. Dans l'une des sections qui suivent, certains facteurs communs à l'action des organisations confessionnelles pour lutter contre le VIH sont décrits, ainsi que certaines difficultés auxquelles ces organisations font face dans l'intensification de cette action. La présente section met l'accent sur les motivations et les valeurs propres à l'initiative *Choose to Care* préconisées par le Catholic Medical Mission Board et la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe.

Le Catholic Medical Mission Board conçoit « un monde dans lequel chaque vie humaine a son importance et où des soins de santé de qualité sont accessibles à tous » ; il expose sa mission comme suit :

« Fondé en 1928 et ancré dans les guérisons pratiquées par Jésus, le Catholic Medical Mission Board oeuvre en partenariat pour fournir programmes et services de santé de qualité, sans discrimination aucune, aux populations dans le besoin partout au monde ».

Le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe expose sans ambiguïté son ancrage dans l'Église catholique. Les programmes ayant un lien avec le bureau, ainsi que les personnes qui les soutiennent, s'attachent à satisfaire aux mêmes exigences d'excellence professionnelle, de transparence financière, et d'obligation de rendre compte aux autorités gouvernementales, aux donateurs et aux personnes bénéficiaires, que les autres organisations travaillant dans le même domaine. Toutefois, le bureau sida et les organisations partenaires considèrent qu'il y a quelque chose d'unique dans leur « identité catholique ». Faisant état d'une évaluation indépendante, menée en 2002, de projets relatifs au VIH de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, le père Stuart Bate affirme que 14 personnes sur les 66 qui ont répondu au questionnaire « insistent sur le fait que l'Église n'est pas une organisation non gouvernementale au service du peuple mais que l'Église est le peuple, c'est-à-dire, les chrétiens qui participent au projet et qui sont prêts à satisfaire les besoins de ceux qui souffrent ».¹⁰

Dans un autre rapport d'évaluation, le docteur Maretha de Waal déclare :

« La foi joue un rôle important dans la vie de nombreux membres du personnel des programmes. La croyance personnelle motive et sustente les individus et les équipes, sans prendre le pas sur le programme de traitement : « *Il est dit : Donnez-lui à manger. Donnez-lui des vêtements. Prodiguez-lui des soins. Guérissez-le. Et lorsque l'on demande, mais pourquoi ? on répond parce que c'est la parole de Jésus. Là est toute la différence.* » [tiré d'un entretien avec un membre du personnel du programme].¹¹

L'évêque Kevin Dowling de Rustenburg en Afrique du Sud, ancien président du comité du bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, parle des efforts consentis avec éloquence.

¹⁰ Stuart Bate, « Catholic Pastoral care as a response to the HIV/AIDS pandemic in Southern Africa », St. Augustine College (Catholic University of South Africa), p. 16.

¹¹ Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes, janvier 2005, p. 25.

« L'Église voit la pandémie du VIH/sida comme un appel de Dieu à l'action, une action intimement liée à sa mission dans le monde qui doit s'inspirer et être révélatrice des attitudes/valeurs fondamentales de l'Évangile, telles que la compassion, la solidarité et l'aide aux personnes vulnérables, dans un souci de justice et de volonté de vaincre les structures injustes de la société ».¹²

Il décrit ensuite les activités pratiques devant découler de cette conception.

« Nous sommes aux côtés des humbles et faisons cause commune avec ceux que l'on n'écouterait jamais étant donné qu'ils n'ont pas la possibilité d'accéder à quoi que ce soit ni à aucune structure ; ceux qui sont perdus dans des communautés rurales reculées ou dans des taudis qui sont rarement voire jamais visités par qui que ce soit ; les humbles qui finissent par n'avoir d'autre identité que celle que leur confèrent les statistiques, soit qu'elles indiquent un taux croissant d'infection ou le nombre toujours plus grand de corps à la morgue qui attendent, parfois des mois, d'être ensevelis dans la fosse commune parce que la famille est introuvable. Nous souhaitons être aux côtés des communautés les plus pauvres et les plus exclues, être présents et participer à leur quotidien ».¹³

« Les gens qui ne sont pas issus de la même culture doivent faire très attention à ne pas simplement imposer des solutions qui leur paraissent raisonnables. Les projets diversifiés qui ont été mis sur pied par l'Église catholique pour lutter contre le sida témoignent d'une certaine adhésion aux conceptions locales. Les approches institutionnelles occidentales peuvent être très efficaces pour parer à des besoins médicaux, matériels et psychologiques urgents. En revanche, les projets communautaires, qui peuvent répondre directement aux préoccupations culturelles des personnes sur le terrain, sont fondamentaux pour remédier à une situation où le VIH/sida fait rage comme c'est le cas en Afrique australe ».

Stuart Bate, « Catholic Pastoral care as a response to the HIV/AIDS pandemic in Southern Africa », St. Augustine College (Catholic University of South Africa), p. 21.

Sœur Alison Munro, O.P., directrice du bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, a décrit de façon détaillée les principales parties prenantes du bureau ainsi que les partenaires et activités y afférents :

« L'adhésion de l'Église catholique à la riposte au sida s'observe à tous les niveaux. Les évêques, qui mettent « la main à la pâte », incitent les laïcs à prendre au sérieux l'appel à servir Dieu parmi leurs frères et sœurs. Lorsque le clergé, en sa qualité de gardien, ouvre les portes à différentes initiatives de ses paroissiens, le résultat est plus que probant. Même lorsque le clergé fait obstacle à différentes entreprises, de nombreux laïcs trouvent des moyens innovants d'établir leurs propres ripostes en tant qu'église locale. L'engagement et la participation de religieuses et d'infirmières à la retraite motivent souvent d'autres femmes à agir, leur simple générosité constituant l'épine dorsale de la riposte de l'Église à la pandémie. Ce qui transparaît clairement dans de nombreuses régions est que les gens prennent au sérieux l'appel de l'Évangile à aimer leurs voisins dans le besoin ».¹⁴

¹² Mgr Kevin Dowling, dans l'avant-propos du document Joint Southern African Catholic Bishops' Conference and Catholic Relief Services HIV/AIDS Assessment, Afrique du Sud, septembre 2000, p.iv.

¹³ *Ibid.*, p.v.

¹⁴ Sœur Alison Munro, OP, bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, Pretoria, Afrique du Sud, document non publié, 2003, p. 1.

« Être traité avec dignité, avec respect et être accepté peut aller droit au cœur d'une personne... et peut la transformer profondément, lui donner le sens de sa valeur, et du respect de soi. Cet effet ne s'arrête pas là, il se propage. Les autres valeurs n'ont alors plus qu'à suivre ».

Soeur Emanuel Nyeka, Holy Cross Home, réponse au questionnaire mis au point par le père Robert J. Vitillo, mai 2006.



Personnel et visiteurs à Botshabelo

Programmes élaborés dans le cadre de l'initiative *Choose to Care*

Dans un rapport d'activité de *Choose to Care*, Mgr Dowling a indiqué que les personnes qui travaillent pour le bureau sida ont retenu et mis en œuvre les activités prioritaires suivantes :

- Besoins immédiats et urgents : soins communautaires aux malades et aux mourants, et prise en charge des orphelins, à savoir services de conseil, soins à domicile et autres initiatives de soutien, y compris les soins palliatifs si besoin est, qui impliquent la participation de personnes et de communautés capables de réagir de manière créative et durable à la situation et aux besoins réels, par le biais de programmes de soins de base.
- Campagnes de sensibilisation et de prévention holistiques et fondées sur des valeurs, en particulier auprès des jeunes gens et des jeunes adultes, l'accent étant mis principalement sur le ministère et les activités par les pairs au sein des communautés. Les principaux objectifs sont les suivants :
 - susciter des attitudes et un engagement qui développent le sens de la responsabilité envers soi-même et les autres quant aux choix en matière de comportement, en particulier de comportement sexuel ;
 - [combattre]...l'irresponsabilité [et avertir les personnes] du danger et du coût social des relations avec des partenaires sexuels multiples ;
 - faire prendre conscience aux gens des facteurs tels que les rapports de force inégaux dans les relations entre hommes et femmes et les dissuader d'adopter des comportements pouvant renforcer l'inégalité entre les sexes et déshumaniser aussi bien les hommes que les femmes, au lieu de reconnaître, de promouvoir et de renforcer leur dignité ;
 - élaborer des programmes d'éducation/sensibilisation et de conscientisation pouvant aborder les thèmes du « silence » et de la « stigmatisation » et traiter toutes les questions/dimensions culturelles avec sensibilité ;
 - promouvoir la formation de communautés compatissantes et aux idées larges pour répondre aux besoins de soins des orphelins et des exclus du fait qu'ils sont infectés par le VIH ; réduire et, à long terme, éradiquer la pauvreté qui est étroitement liée à la propagation du VIH.
 - s'attacher, à moyen et long terme, à la croissance/transformation économique et à la création d'emplois ;
 - réduire et, à long terme, éradiquer la pauvreté qui est étroitement liée à la propagation du VIH.

« Certains projets, qui ont commencé par s'occuper des malades, réalisent aujourd'hui qu'il leur faut aussi prendre soin des orphelins, d'autres se sont rendu compte qu'ils doivent inclure l'éducation en matière de prévention afin de changer véritablement le cours des choses. »

Entretien avec un représentant de Catholic Health Care Association (CATHCA), tiré de Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003, Département de sociologie, Université de Pretoria, p. 17.

Mgr Dowling a conclu cette liste des priorités en faisant l'observation suivante : « Il s'agit de promouvoir les valeurs, la dimension profonde et spirituelle de la vie et de l'interaction humaines, et de la motivation nécessaire au maintien de l'engagement à agir. »¹⁵

¹⁵ Mgr Kevin Dowling, dans l'avant-propos du document Joint Southern African Catholic Bishops' Conference and Catholic Relief Services HIV/AIDS Assessment, Afrique du Sud, septembre 2000, p.v.

L'initiative *Choose to Care* en action: prévention, soins, traitement et services destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables

Les principaux éléments de l'éducation et des services en matière de VIH élaborés dans le cadre de l'initiative *Choose to Care*¹⁶, sont entre autres les suivants :

- Prévention
- Soins
- Traitement
- Services destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables
- Plaidoyer
- Renforcement des capacités
- Participation interconfessionnelle
- Réflexion théologique.

Prévention

Compte tenu du fait que 50 % des nouvelles infections dans le monde s'observent chez les 15-24 ans, la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe a compris, dès le début de l'initiative *Choose to Care*, que pour faire reculer la pandémie, il fallait que les programmes de prévention et de préparation à la vie active destinés aux jeunes soient l'activité phare de cette initiative.

Par ailleurs, la Conférence a pris note des facteurs sociopolitiques et économiques qui ont rendu les jeunes d'Afrique australe particulièrement vulnérables au VIH :

- Le recours aux travailleurs migrants et les déplacements forcés sous l'ère de l'*apartheid* ont déchiré le tissu familial dans les communautés noires.
- Les années de militantisme et de révolte estudiantins contre le régime de l'*apartheid* ont conduit à l'effondrement de l'autorité parentale.
- L'extrême pauvreté a contraint de nombreuses jeunes femmes à s'adonner à une activité génératrice de revenus dans le commerce du sexe.¹⁷
- La vulnérabilité des adolescents a d'autant augmenté que le nombre des foyers dirigés par un enfant ne fait que grossir – une conséquence directe du grand nombre de parents qui meurent de maladies associées au sida.¹⁸
- Les jeunes s'entendent partout dire que les relations sexuelles sont permises pour autant qu'elles ne comportent pas de « risque ».

¹⁶ Tiré et adapté de « CMMB and SACBC: A Partnership for Progress, February 2000 to November 2003, » Soeur Alison Munro, OP, SACBC; M. Johan Viljoen, SACBC; et Terrence Brennan, Global Peers USA.

¹⁷ Le bureau sida de la SACBC a communiqué des rapports élaborés par les religieuses travaillant dans des communautés situées aux abords des principales routes commerciales, comme Middelburg et Nelspruit, selon lesquels des jeunes filles sont souvent envoyées par leur famille dans les relais routiers pour avoir des relations sexuelles avec les camionneurs, parfois en échange d'aussi peu de choses qu'un paquet de poisson congelé, *Ibid.*

¹⁸ Là aussi, le bureau sida de la SACBC signale que dans le nord du Kwazulu-Natal, des jeunes filles de 13 ans vendent de l'alcool fabriqué à la maison afin d'avoir les moyens de nourrir leurs jeunes frères et sœurs. De là, il n'y a qu'un petit pas à franchir pour tomber dans le commerce du sexe, *Ibid.*

En tant qu'institution sociale respectée pour son influence morale et son autorité, l'Eglise catholique a estimé devoir « descendre dans l'arène ». Un certain nombre de programmes ont été mis en œuvre pour les jeunes à ce moment-là et perdurent encore aujourd'hui. L'Education à la vie a été adoptée par l'ensemble de la réunion plénière de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe en tant que programme principal de prévention pour les jeunes. Mis au point initialement en Ouganda où il a joué un rôle majeur dans la réduction du taux de nouvelles infections, le programme met l'accent sur l'abstinence et la fidélité mutuelle des époux tout au long de la vie. Les différents diocèses de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe ont été divisés en groupes de trois. Dans chaque groupe, on dispense une formation intensive des formateurs et des cours de recyclage pour le suivi. L'élan est maintenu grâce à la mise en place partout de clubs Youth Alive.



Au St. Mary's Hospital, à Mariannhill, plus de 3000 bébés et leurs mamans ont bénéficié du programme Born To Live, lequel a affiché un taux de réussite de 94% en matière de prévention de la transmission mère- enfant.¹⁹

Le programme ABCD a été conçu par l'association Catholic Tertiary Students et Chiro, avec le soutien du bureau pour les jeunes de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe. Il a pour injonction « pratiquez l'abstinence, soyez fidèles, changez de style de vie ou vous risquez de contracter le sida ». Love Waits et Love Matters sont deux autres programmes mis en œuvre dans la région. En Namibie, Catholic AIDS Action utilise le programme Stepping Stones.

Le Catholic Institute of Education (CIE) a accès aux quelque 400 écoles catholiques que compte l'Afrique du Sud. Il organise des programmes de préparation à la vie active dans toutes ces écoles, ainsi que la formation des enseignants. Il a récemment publié un ouvrage intitulé *Courage to Care*, qui a d'ores et déjà été adopté comme manuel scolaire par la University of the North dans la province du Limpopo.

La prévention comprend également le recours au traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission du virus des mères séropositives à leur enfant, en particulier pendant l'accouchement. Le Catholic Medical Mission Board a soutenu la mise en place d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) au Kwazulu-Natal, ainsi que dans la province du Nord-Ouest. Dans la plupart des cas, les programmes de prévention de la transmission mère-enfant ont été mis en place par l'Eglise catholique avant ceux du gouvernement.

Soins

On pourrait avancer que la riposte à l'épidémie du VIH la plus significative de l'Eglise catholique réside dans les soins qu'elle prodigue aux malades et aux mourants. En Afrique australe, ce réseau de soin a pris de l'ampleur et comprend désormais plus de 40 programmes de

¹⁹ Panneau d'information « Specific HIV/AIDS Treatment and Care Programme » élaboré par St. Mary's Hospital, Mariannhill.

soins à domicile dans toute l'Afrique du Sud. Certains de ces programmes (tels que le Caring Network au Cap) existaient déjà depuis de nombreuses années ayant été mis en place à l'intention des cancéreux et des grabataires. A la survenue de l'épidémie du VIH, ces services ont été adaptés aux nouveaux besoins et sont désormais consacrés presque exclusivement aux soins aux personnes vivant avec le VIH. Caring Network comprend à lui seul plus de 100 soignants, chacun desquels prend en charge cinq patients dans les quartiers les plus pauvres de la ville.

D'autres réseaux, tels que le Zanethemba à Newcastle, existent depuis peu mais fournissent déjà des services de bonne qualité et inspirent une telle confiance que des partenariats ont été conclus avec les hôpitaux publics locaux en matière de formation permanente, d'approvisionnement en médicaments, et d'orientation-recours. Dans les zones à forte densité de population comme Winterveld, aux environs de Pretoria, les dispensaires catholiques locaux (Sisters of Mercy, St Peter's, Good Shepherd et St John the Baptist) se sont associés et ont divisé le secteur par zone géographique afin d'atteindre tous les malades. Dans les zones désertiques peu peuplées comme le Karoo, Good Shepherd Hospice, l'unique prestataire de soins de santé de toute la région, s'occupe des malades qui habitent neuf villages reculés dans un rayon de près de 300 km. Chacun de ces modèles a été adapté aux conditions locales.

Certains projets de soins à domicile, comme Thembaletu près de Malelane, sont entièrement communautaires. D'autres, comme St Francis Care Centre, à Boksburg, dépendent de dispensaires ou de centres de soins palliatifs. D'autres encore, comme Malusi Omuhle, à Hlabisa, où les dames de la Confrérie du Sacré-Cœur ont, à leur demande, été formées par l'infirmière en chef de l'hôpital local. étaient au départ très axés sur l'Église, mais prodiguent à présent des soins à leurs voisins malades quelle que soit leur appartenance confessionnelle ou l'absence de celle-ci.

L'Église catholique en Afrique du Sud s'attache à parrainer des programmes de formation. Elle le fait également pour les programmes de soins à domicile, et la formation dispensée est reconnue par l'État et les établissements d'enseignement supérieur. Par exemple, Sinosizo, basé à Durban, sert aux autorités sanitaires de « formateur principal » dans la province du Kwazulu-Natal. Par ailleurs, les candidats qui s'inscrivent dans une école de soins infirmiers après avoir suivi avec succès les cours donnés par les sœurs de la congrégation de Sainte-Croix, se voient attribuer des unités de valeur.

Il va sans dire qu'il est primordial de veiller à ce que les personnes séropositives au VIH soient bien nourries. Cet aspect devient fondamental lorsque les patients se trouvent dans une situation de dénuement extrême. La plupart des programmes de soins à domicile soutenus par la Conférence apportent une solution avisée à ce problème. A King Williams Town, Empilisweni a mis en place un projet coopératif d'élevage de cochons et de poulets pour les personnes vivant avec le VIH. Au St Francis Hospice, à Port Elizabeth, les personnes contraintes jadis de faire les poubelles municipales pour se nourrir bénéficient désormais d'un soutien pour cultiver des légumes et les ordures leur servent d'engrais.

Traitement

Par l'intermédiaire de ses nombreux programmes de soins à domicile et de soins palliatifs, ainsi que de ses dispensaires, l'Église catholique d'Afrique australe fournit des traitements contre les infections opportunistes associées au VIH. Ces traitements sont souvent dispensés en partenariat avec les structures sanitaires de l'État. Par exemple, les centres de soins palliatifs catholiques, qui prennent en charge les personnes vivant avec le VIH souffrant de tuberculose, obtiennent pour elles les antituberculeux auprès de l'établissement sanitaire public le plus proche.

Services destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables

« Je peux citer le cas de cinq enfants dont les parents sont morts à 18 mois d'intervalle, le père d'abord, puis la mère ; tous deux du sida. Les enfants – quatre filles et un garçon – ne savaient pas de quoi étaient morts leurs parents. L'aînée avait 16 ans lorsqu'elle a dû s'occuper des plus jeunes. Elle était chef de famille et devait subvenir à leurs besoins avec l'aide du Conseil local et de personnes généreuses. Aujourd'hui, cette jeune fille est enceinte et elle est séropositive. Ses deux jeunes sœurs sont aussi enceintes et séropositives grâce aux « bons samaritains » qui les ont nourris et ont pourvu à leurs besoins élémentaires. »

Mgr Frank Nubuasah, SVD, évêque de Francistown, Botswana, dans le discours « The Church's Response to AIDS in Southern Africa », prononcé à La Haye en mai 2004.

La forte participation aux programmes de soins à domicile de la Conférence a donné inévitablement lieu à une détermination aussi forte d'aider les orphelins. Les enfants se retrouvant le plus souvent seuls à la mort de leurs parents, les programmes de soins à domicile se sont vus dans la nécessité de s'occuper de ces orphelins. Par ailleurs, il existe plus de 20 programmes financés par l'Église catholique dans la région qui leur sont entièrement consacrés. Comme un grand nombre d'orphelins vivant avec le VIH sont rejetés par leurs proches et par les communautés, des programmes comme *Nazareth House* comblent le vide en prodiguant d'excellents soins.

À cet égard, on peut citer un certain nombre de modèles articulés en fonction des besoins locaux qui ont fait leurs preuves.

- Garderies qui dispensent de la nourriture, des soins médicaux et une éducation aux orphelins qui vivent avec leurs grands-parents ou d'autres personnes âgées de la famille. Exemples : Tirisanyo, à Gaborone (Botswana) et Tumelong à Winterveld.
- Bien que dans l'idéal les enfants devraient rester dans leurs communautés, cela n'est pas toujours possible. Dans certains cas, ils sont repoussés par les voisins et même par leurs proches et ne peuvent tout simplement compter sur personne au sein de la communauté locale pour prendre soin d'eux. Dans ces cas-là, les soins en établissement sont un pis-aller nécessaire. Les programmes catholiques comme *Nazareth House* au Cap et à Johannesburg sont renommés dans le monde entier pour la qualité de leurs soins.
- Dans bien des endroits, les programmes appuyés par la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe se sont organisés pour offrir aux orphelins au moins un repas nourrissant par jour après l'école. C'est le cas de Sizanani, près de Bronkhorstspuit, qui nourrit plusieurs centaines d'enfants.
- Lorsque les enfants préfèrent rester avec des frères ou sœurs aînés, les programmes soutenus par l'Église viennent en aide à ces ménages dirigés par des enfants. Thembaletu (Malelane) dispose d'un réseau de plus de 100 moniteurs et dispensateurs de soins qui rendent visite aux enfants quotidiennement et s'occupent de leurs besoins sanitaires, alimentaires et vestimentaires.
- Dans les zones rurales, où les structures familiales traditionnelles sont encore solides, les orphelins sont placés dans l'exploitation familiale qui est alors aidée financièrement (principalement par le biais du développement agricole) pour être à même de faire face au nombre accru d'enfants. Orphanaid au Swaziland a été le premier centre à mettre en place ce type de prise en charge des orphelins.

- Dans les zones urbaines, on cherche souvent à recréer le milieu familial. Six ou sept orphelins sont placés dans un foyer avec une « mère » ou un « père » qui s'occupe d'eux. St Philomena's à Durban et Nazareth House au Cap sont deux des institutions qui appliquent ce modèle avec succès.
- Certains programmes ont pour objectif final de faire adopter ces enfants ou, au moins, de les placer de manière plus ou moins permanente dans une famille d'accueil. The Love of Christ Ministries à Johannesburg a réussi à organiser le placement de 200 orphelins abandonnés. Autre programme méritant une attention particulière, Bethany House, à Umtata, qui, contrairement à ce que l'on attendait, a réussi à placer des orphelins vivant avec le VIH dans des familles adoptives, y compris dans certaines vivant elles-mêmes dans la pauvreté et dans des zones rurales isolées.
- Les orphelins bénéficient également de bourses et d'autres moyens grâce auxquels ils peuvent continuer d'aller à l'école. Une religieuse à Gingindlovu, Kwazulu Natal, aide actuellement de nombreux enfants à poursuivre leur scolarisation.

« Il existe une certaine apathie chez ces enfants. Ils n'ont aucun sens de l'avenir, en particulier les adolescents ; les enfants se sentent perdus et éprouvent de la colère ; certains recourent à l'alcool et à la drogue parce qu'ils sont frustrés... Lorsque vous leur demandez ce qu'ils veulent faire, ils répondent sans détour que leurs proches ne veulent pas d'eux et qu'ils ne savent pas quoi faire. Les effets psychologiques sont énormes même chez les enfants qui semblent mener une vie normale. »

Entretien avec des participants au projet, communiqué par Tessa Marcus, « To Live a Decent Life: Bridging the Gaps, » In : Health Care in Rural South Africa: An Innovative Approach, Adri Vermeer et Hugo Tempelman (éd.), Amsterdam, VU University Press, 2006, p. 238.

Les objectifs suivants ont été définis par les participants aux programmes de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables²⁰ :

- Redonner vie à ces enfants afin qu'ils puissent vivre comme tous les autres enfants.
 - Faire en sorte que la vie des orphelins et des enfants vulnérables soit épanouissante et pleinement satisfaisante.
- Porter secours aux bébés abandonnés, en leur donnant une bonne qualité de vie et en leur trouvant des parents adoptifs.
 - Soulager la faim et soigner ceux qui souffrent.
 - S'occuper du bien-être spirituel, émotionnel et psychosocial de l'enfant.
 - Redonner aux enfants la dignité, l'humanité et la confiance et les aider à poursuivre leur éducation.
 - Détourner l'attention des enfants de la mort vers la vie.



Enfants à Hlabisa

²⁰ Tessa Marcus, « To Live a Decent Life: Bridging the Gaps, » In : Health Care in Rural South Africa: An Innovative Approach, Adri Vermeer et Hugo Tempelman (éd.), Amsterdam, VU University Press, 2006, p. 240.

Le personnel et les volontaires de ces programmes reconnaissent qu'il est nécessaire de forger un partenariat actif avec les enfants dont la vie est profondément affectée par le VIH. Ils refusent de voir en eux les objets passifs des mécanismes bureaucratiques, ou des statistiques dont la compilation permettra de recevoir des fonds supplémentaires. Par conséquent, lors d'une réunion participative d'action/réflexion organisée par la Catholic Agency for Overseas Development du Royaume-Uni, les représentants des services destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables que la Conférence finance ont arrêté les principes directeurs ci-après pour recueillir des informations et chercher à connaître les problèmes et les besoins des enfants :

- La participation des enfants est essentielle. A cette fin, il est nécessaire d'instaurer un environnement sûr, la confiance au fil du temps et des rapports entretenus avec soin et doigté pour que les enfants participent sur le même pied que les adultes.
- Être conscient de ses propres préjugés et du pouvoir que l'on a ainsi que de leurs conséquences. Poser des questions ouvertes et être ouvert aux réponses données.
- Demander ce qui existe déjà et ce qui fonctionne. Faire une cartographie de l'ensemble des ressources humaines et naturelles dont on dispose. Cela permettra de voir les secteurs dans lesquels une riposte peut être complémentaire et de réduire les doublons.
- Prendre garde au poids des mots : plutôt que de s'attacher aux « besoins » des communautés, parler plutôt des « problèmes » ou des « préoccupations ».
- Utiliser les réseaux et les activités en cours pour traiter les problèmes auxquels on fait face.
- En analysant une situation, veiller à réfléchir à ses FFPM (forces, faiblesses, possibilités et menaces).
- Vérifier soigneusement les informations, y compris avec les enfants pour lesquels on recherche une solution.
- Consulter les sources gouvernementales et répertorier l'accessibilité et la disponibilité des services.²¹

²¹ Sinethemba – We Have Hope, A Reflection by CAFOD Partners in South Africa on Responding to Children Affected by HIV and AIDS, Londres: CAFOD, 2006, p. 21.

L'initiative *Choose to Care* en action: plaidoyer, renforcement des capacités, réflexion théologique et participation interconfessionnelle

Plaidoyer

Pour le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, le plaidoyer pour et avec les personnes affectées par le VIH est une priorité. En reconnaissance de son rôle de chef de file dans ce domaine, le bureau a été invité à déléguer le responsable du plaidoyer pour qu'il représente *ex officio* le secteur confessionnel auprès du comité exécutif de la campagne Treatment Action. Cette campagne a incité le gouvernement à instaurer des programmes de prévention de la transmission mère-enfant dans tous les dispensaires publics de soins prénatals. Treatment Action fait également campagne pour que toutes les personnes qui en ont besoin aient accès aux antirétroviraux par l'intermédiaire des infrastructures de santé de l'Etat.

En collaboration avec le Catholic Parliamentary Liaison Office et le département Justice and Peace de la Conférence, le bureau sida fait campagne en faveur d'une réforme juridique pour diverses questions, et notamment les droits des enfants. Il s'agit entre autres d'obtenir des indemnités de subsistance et la gratuité scolaire pour les orphelins ainsi que des indemnités d'incapacité pour les malades.

Le bureau sida fait partie de différents réseaux de sensibilisation dans la région. En dépit de l'élaboration de politiques et de lois nationales en matière de subventions de l'État et d'accès au traitement, des problèmes d'accès perdurent toujours à l'échelon local, échelon auquel ces politiques sont censées être mises en œuvre. Pour remédier à cela, le bureau sida mène ses activités au sein des communautés et met en œuvre un programme de formation au plaidoyer dans les diocèses. Ce programme forme les personnes à l'échelon communautaire, qui peuvent alors faire pression pour obtenir un meilleur accès au traitement, un meilleur accès aux subventions de l'État et à d'autres services. Plusieurs diocèses ont également des programmes pour aider les personnes remplissant les conditions requises à obtenir les documents nécessaires et, au bout du compte, les indemnités auxquelles elles ont droit.

Les chefs de l'Église catholique d'Afrique australe se sont toujours exprimés sur ces questions. Lors de la dernière assemblée plénière en août 2006, les évêques ont fait entendre haut et fort leur préoccupation face à la situation des enfants orphelins du sida dans la région, et ont décrit les besoins de ces enfants vulnérables : « Ce n'est pas uniquement une question d'argent... Ces orphelins n'ont pas seulement besoin de nourriture, ils ont aussi besoin de soutien psychologique et de services de pastorale, en somme, d'un processus de régénération totale. » Ils ont déclaré qu'il était important de dispenser au personnel soignant une formation en psychologie et en sciences sociales. Ils ont regretté le caractère tardif de l'action des responsables politiques, « au niveau politique, on parle beaucoup mais on agit peu²² ».

²² Les évêques catholiques d'Afrique australe ont appelé à « s'attacher davantage au traitement psychologique et spirituel des orphelins du sida », Agenzia Fides, 5 septembre 2006.

« Les gens tombent rapidement malades parce qu'ils sont pauvres ; ils ne mangent pas comme il faut... Nous intervenons auprès du ministère de l'Agriculture pour la création de jardins potagers »

Entretien avec Gabriel Jama de l'organisation Maskihulisane au Kwazulu-Natal, 2003

« Il est inutile de faire le travail d'un dispensaire « traditionnel » – comme distribuer des médicaments – si les gens n'ont pas de nourriture pour accompagner leurs médicaments. C'est pourquoi nous avons mis en place d'autres services. »

Entretien avec sœur Naomi du dispensaire Good Shepherd, Winterveldt, 2003. Ces deux citations sont tirées de *Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003*, Département de sociologie, Université de Pretoria, p. 17.

Les évêques se sont également élevés contre la stigmatisation et la discrimination qui, parfois, s'expriment à l'intérieur même des communautés confessionnelles. En janvier 2005, lors de la session plénière, ils ont déclaré :

« La stigmatisation du VIH et du sida est un lourd fardeau pour les familles et le personnel soignant, parfois plus lourd que ne l'est le malade... Servir l'humanité souffrante implique de faire face aux conceptions erronées sur le VIH/sida et aux attitudes destructrices comme la condamnation et la stigmatisation sociale, les insultes et l'ostracisme... Nous devons nous efforcer d'être véritablement des communautés compatissantes. Les personnes infectées par le VIH doivent trouver réconfort, soutien, informations et soins auprès de nos communautés ecclésiastiques²³. »

Renforcement des capacités

Le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe a conscience de la nécessité de renforcer les capacités de ses collaborateurs afin qu'ils acquièrent des compétences et de l'expérience dans le domaine de l'élaboration de propositions et de rapports ainsi que dans la gestion financière. Il a, par conséquent, financé les initiatives suivantes :

- Price Waterhouse Coopers (société internationale d'expertise comptable) a été recruté pour organiser une série d'ateliers de *développement organisationnel et de gestion financière* pour tous ses projets. Ces ateliers ont eu un tel succès qu'ils sont désormais organisés de manière permanente.
- Le bureau sida organise aussi régulièrement des retraites *Caring for the Carer*.
- En collaboration avec la National Religious Association for Social Development, le bureau sida a financé une série d'ateliers de formation sur le thème « *mobiliser les chefs religieux pour faire face au sida* » ainsi qu'une série d'ateliers sur le *renforcement des normes de soins à domicile*.
- *Une formation permanente de jeunes formateurs* est organisée avec la participation de plusieurs diocèses.
- En collaboration avec Siyabhabha Trust, l'agence de développement de la Conférence, le bureau sida s'emploie à *renforcer les capacités dans les paroisses pour que les orphelins soient pris en charge au sein de leur communauté*.
- Avant de mettre en œuvre des programmes de traitements antirétroviraux, le bureau sida facilite et coordonne la formation des médecins et des infirmières qui y travailleront.

²³ Communiqué de presse de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, 30 janvier 2005.

Réflexion théologique

En février 2003, le bureau sida, *St Augustine College of South Africa* et la *Catholic Theological Society of South Africa* ont accueilli une conférence théologique intitulée *Responsabilités à l'heure du sida*, qui avait pour objectif d'examiner les fondements théologiques de la réponse confessionnelle au VIH.

« Sans la SACBC, je doute que nous ayons pu mettre sur pied une riposte au VIH/sida au sein de notre diocèse. Les tout premiers fonds ont été obtenus par son intermédiaire et nous pouvons ainsi constamment étendre et faire évoluer notre activité. Nous avons de bons rapports avec la SACBC qui nous donne la possibilité de faire par son intermédiaire des demandes de financement pour les divers programmes auxquels nous participons. Elle nous tient au courant des tendances et des ripostes actuelles au VIH/sida et nous lui demandons des orientations et des conseils dans bien des cas. »

Soeur Sally Duigan, FDNAC, Kurisanani, Diocèse de Tzaneen, Riposte de la paroisse au VIH/sida – réponse au questionnaire établi par le père Robert J. Vitillo, mai 2006

LA PRIÈRE DES SOIGNANTS DU SIDA

NOUS CROYONS

être la forme concrète du rêve de Dieu pour l'église et le monde, Dieu nous donne forme, comme le potier donne forme à la glaise, la forme humaine et celle d'une communauté chrétienne tel est le rêve cher à Dieu.

Nous savons que Dieu nous a appelés et nous a choisis comme le potier choisit soigneusement ses morceaux de glaise pour réaliser ce qu'Il a à l'esprit.

Nous sommes certains que lorsque Dieu voit l'Église et le monde sortir du droit chemin et s'éloigner du rêve divin,

Il n'abandonne pas la glaise pour prendre un autre morceau, Il retravaille la même glaise, la façonne et la moule encore de Ses mains fermes mais douces, sur la roue de la vie.

Nous sommes certains que Dieu nous façonne et nous façonne encore sous la forme de notre riposte à la pandémie du sida pour devenir comme Jésus, Jésus le bienveillant, et poursuivre sa mission dans le monde.

NOUS RECONNAISSONS

que parfois, nous sommes découragés par le poids de la souffrance humaine.

Nous reconnaissons que, parfois, vient la lassitude et nous oublions que Dieu est avec nous,

lorsque nous nous sentons accablés par l'énorme souffrance des hommes,

par leur terrible misère, et leur désespoir.

Nous reconnaissons que, parfois, nous oublions

que Dieu nous donne ce dont nous avons besoin pour agir.

Nous reconnaissons que notre foi dans l'humanité est ébranlée lorsque les personnes vivant avec le sida se sentent abandonnées, et qu'elles sont jugées, et traitées comme des parias.

NOUS NOUS ENGAGEONS À :

veiller sur les roseaux écrasés, sur la flamme vacillante,
pour que le roseau écrasé ne soit pas brisé
et pour que la flamme vacillante ne s'éteigne pas.
Nous nous engageons à dispenser soins, assistance et enseignements
afin de venir à bout de la pandémie du sida en Afrique australe.
Nous ferons notre possible pour les orphelins, et pour tous ceux dont
la vie est ravagée ou brisée par le sida.
Nous nous engageons à façonner avec douceur la glaise fragile et
vulnérable que sont les vies précieuses que l'on met entre nos mains.
Nous les traiterons avec la même patience aimante
que nous ressentons nous-mêmes entre les mains du divin potier.
Nous écouterons comme des disciples
la voix de Dieu nous conduisant tout au long du voyage,
le voyage que nous faisons tous ensemble.
Et nous nous donnerons la main tout au long du chemin, du chemin
qui mène au salut²⁴.

Participation interconfessionnelle

Le bureau sida est représenté auprès des réseaux internationaux tels que la *Conférence mondiale des religions pour la paix*, et des réseaux nationaux comme *National Religious Association for Social Development*, qui font office d'antenne de travail du National Religious Leaders Forum.

La collaboration s'étend aussi aux institutions universitaires. Le bureau sida et Siyabhabha Trust ont œuvré avec le centre universitaire de Pretoria pour mener une étude sur le sida afin de renforcer les capacités des organisations non gouvernementales et des organisations communautaires dans les provinces du Limpopo, du Mpumalanga et du Gauteng.

Le directeur du bureau sida fait office de représentant des communautés confessionnelles auprès du *South African National AIDS Council*. Le bureau sida a aussi participé à une série de consultations organisées par l'ONUSIDA pour planifier les scénarios futurs concernant le sida en Afrique²⁵.

²⁴ Bureau sida de la SACBC, Conférence La Verna, octobre 2001.

²⁵ Le sida en Afrique : trois scénarios pour l'horizon 2025, ONUSIDA, Genève, 2005.

Evaluation de l'initiative *Choose to Care*

Les premiers projets de *Choose to Care*, ayant rencontré un succès immédiat, n'ont pas tardé à être reproduits en Afrique du Sud, au Swaziland, au Botswana, au Lesotho, et en Namibie. En 2003, le Catholic Medical Mission Board et la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe ont engagé le Département de sociologie de l'Université de Pretoria pour conduire une évaluation indépendante de l'ensemble de l'initiative ainsi que des 61 projets y participant²⁶. Les évaluateurs sont arrivés aux conclusions suivantes :

« Bien que l'Eglise elle-même ait reconnu n'avoir pas réagi au début assez rapidement pour faire face à l'ampleur du problème du VIH/sida, au cours des dernières années, alors que les effets du virus devenaient de plus en plus évidents pour les congrégations et les communautés religieuses, l'Eglise catholique s'est démarquée en jouant un rôle central dans grand nombre d'initiatives visant à lutter contre la pandémie»²⁷.

Les évaluateurs ont également déclarés :

- Depuis la mise en place du bureau sida de la SACBC, chacun des 40 diocèses des pays concernés d'Afrique australe a pris l'initiative d'au moins une riposte catholique au VIH.
- L'un des atouts majeurs de l'Eglise en tant qu'institution luttant contre l'épidémie du VIH en Afrique australe est qu'elle bénéficie d'un réseau bien établi et étendu de congrégations dans toute l'Afrique australe, y compris dans certaines des communautés les plus isolées et les plus sous-développées de la région.

« L'Église est l'une des ressources ... principales de la lutte contre le sida en Afrique du Sud. Les interventions de l'Eglise semblent souvent plus fructueuses que celles du gouvernement. L'Eglise dispose de l'infrastructure, de la passion et de l'engagement nécessaires pour se consacrer à la lutte contre le VIH/sida ».

Entretien avec le représentant de Catholic Health Care Association en Afrique du Sud (CATHCA), In : Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003, Département de sociologie, Université de Pretoria, p. 14.

- Il n'est guère facile de mobiliser tous les diocèses et toutes les paroisses, depuis les responsables ecclésiastiques jusqu'aux membres des congrégations, pour faire face aux effets du VIH.

« L'engagement des structures religieuses est essentiel pour élargir le champ d'action et atteindre ainsi davantage de personnes, car les organisations confessionnelles sont implantées dans les communautés, elles sont acceptées par la communauté locale, elles sont prêtes à s'impliquer et leur approche correspond bien à la culture de la communauté.»

Département du développement social de l'Afrique du Sud, 2002; cité dans Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003, Département de sociologie, Université de Pretoria, p. 15.

- S'il est largement admis que l'Eglise peut jouer un rôle fondamental pour lutter contre l'impact du VIH, certaines difficultés majeures perdurent au sein de l'Eglise même, notamment la stigmatisation, la dénégation et la discrimination.

²⁶ Voir Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003.

²⁷ Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003, Département de sociologie, Université de Pretoria, p.14.

« Les chefs religieux sont la plupart du temps des hommes comme moi ; à moins d'agir directement sur le terrain et d'être face à la réalité du sida, dans les conditions épouvantables où les gens sont contraints de vivre, en particulier les femmes et les fillettes défavorisées, les chefs et les prêtres et curés peuvent parfois ne pas avoir conscience de l'ampleur des difficultés qui doivent être surmontées. »

Mgr Kevin Dowling, cité dans Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003, Département de sociologie, Université de Pretoria, p. 15.

Les organisations confessionnelles sont de véritables partenaires dans la riposte au VIH

Les conclusions de l'évaluation susmentionnée semblent correspondre à celles d'un rapport d'étude plus général, également conduit par le Catholic Medical Mission Board, de concert avec le *Global Health Council*, et intitulé *Faith in Action: Examining the Role of Faith-based Organizations in Addressing HIV/AIDS*²⁸.

Ses conclusions sont les suivantes :

- Les organisations confessionnelles sont depuis longtemps en tête pour ce qui est de dispenser des services sociaux, éducatifs et sanitaires dans de nombreux pays.
- L'OMS estime qu'une organisation sur cinq qui participe à l'élaboration de programmes relatifs au VIH, est une organisation confessionnelle.
- Jusqu'à 40 % des soins de santé dans les pays pauvres sont dispensés par des organisations religieuses privées.
- La communauté internationale cherche d'urgence à dresser la liste de tous les partenaires concernés.
- Les connaissances reposant sur des informations factuelles concernant le rôle des organisations confessionnelles dans la lutte contre le VIH sont encore insuffisantes.

Le rapport fait état d'autres constatations importantes :

Assurer des soins cliniques et à domicile aux personnes vivant avec le VIH :

- Fourniture de soins cliniques et à domicile pour les personnes vivant avec le VIH :
 - les organisations confessionnelles jouent un rôle important ;
 - bonne qualité des soins et des services ;
 - les soins à domicile constituent le point fort en la matière.
- Offrir un soutien spirituel et social aux personnes affectées/infectées :
 - conseil ;
 - préparation à la mort ;
 - orientation face à la stigmatisation.
- Elargir l'accès au traitement antirétroviral :
 - lorsque la structure de santé de l'organisation confessionnelle est solide ;
 - actions réalisées en collaboration avec les gouvernements et les donateurs ;
 - les réseaux des organisations confessionnelles disposent d'une capacité plus importante ;
 - accent mis sur le rôle de soutien et sur la nécessité de mener une action durable.

²⁸ Faith in Action: Examining the Role of Faith-based Organizations in Addressing HIV/AIDS, Rapport du Catholic Medical Mission Board et du Global Health Council, publié par le Global Health Council, 2005.

Pour conclure, le rapport Faith in Action pose des questions essentielles et des défis à relever : De quelle manière les organisations confessionnelles peuvent-elles ...? »

- Tirer parti de leurs atouts importants pour renforcer et intensifier la riposte dans le pays?
- Suivre, évaluer, étayer et diffuser systématiquement les meilleures pratiques ?
- Contribuer collectivement et individuellement à la valorisation des connaissances fondées sur des données probantes par des études scientifiques ?



Nourrisson au centre de soins de Nazareth House

- Augmenter leur financement à tous les niveaux pour qu'il soit à la mesure de leur action ?
- Accroître et renforcer la collaboration avec des organisations laïques pour mettre sur pied une riposte élargie au VIH ?
- Aider les chefs religieux et d'autres membres du clergé à accroître leurs connaissances en matière de prévention, de soins, de soutien et de traitement relatifs au VIH ?

« Les organisations confessionnelles jouent un rôle fondamental dans la lutte contre le VIH/sida. La participation d'organisations confessionnelles se fait sous des formes multiples et s'attache aux questions organisationnelles, spirituelles, émotionnelles, psychologiques et morales. La direction spirituelle joue un rôle important pour ce qui est de motiver les personnes à prendre part à l'action collective de lutte contre le VIH/sida. La foi sous-tend et inspire la riposte de l'Eglise en tant qu'institution à l'épidémie du VIH/sida. Les valeurs d'assistance et de compassion obligent les individus et les organisations à prendre part à la prévention de la propagation du VIH, à venir en aide aux malades ou à ceux dont la vie est affectée par la maladie ou la mort, la leur ou celle de leurs proches. »

Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes, janvier 2005, p. 10.

Initiative *Choose to Care* : préparation stratégique en vue de l'accès universel

Le Catholic Medical Mission Board et le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe partent du principe que le bilan de l'initiative *Choose to Care* confirme de nombreuses conclusions du rapport *Faith in Action* et fournit le cadre permettant de répondre aux questions et de relever les défis mentionnés dans ce report. Au sein de ces organisations, on estime en outre que l'initiative *Choose to Care* a donné une impulsion et a permis à la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe de « jouer le rôle d'acteur principal dans la lutte contre la pandémie. »

« L'extension rapide de nombreux projets financés par la SACBC sous forme d'activités diverses reflète à la fois la complexité des difficultés auxquelles les organisations luttant contre le VIH/sida font face et la nature en constante évolution de l'épidémie, tandis que le nombre de décès augmente et, par conséquent, le nombre d'orphelins. »

Conclusion figurant dans Evaluation of CMMB/SACBC HIV/AIDS Projects 2003, Département de sociologie, Université de Pretoria, p. 17.

Cette initiative a également préparé stratégiquement le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe à établir les bases solides de son action, lancée en 2006, qui vise à instaurer l'accès universel à l'éducation à la prévention, aux soins et au soutien en matière de VIH ainsi qu'au traitement antirétroviral. Cette action est mise en avant, avec beaucoup de dynamisme et de détermination, par les organismes des Nations Unies, ainsi que par les spécialistes de la santé publique et du développement et par la famille humaine dans son ensemble, qui connaît trop bien l'impact tragique qu'a eu la pandémie du VIH au cours de ces 25 dernières années. À cet égard, le Secrétaire général des Nations Unies a joint une note au rapport de l'ONUSIDA, préparé pour la Rencontre de haut niveau sur le sida tenue en 2006 pour examiner les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs établis par les chefs d'État et de gouvernement lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2001. M. Kofi Annan a également rappelé aux Etats membres des Nations Unies la résolution 60/224 de l'Assemblée générale :

« Dans cette résolution, l'Assemblée a prié le Programme commun et ses coparrains d'aider à faciliter les activités de ce type, en s'efforçant de s'approcher le plus possible de l'objectif d'un accès universel au traitement à l'horizon 2010, pour tous ceux qui en ont besoin, y compris en y consacrant davantage de moyens, et de contribuer à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination, à élargir l'accès à des médicaments abordables, à réduire la vulnérabilité des personnes touchées par le VIH/sida ou par d'autres problèmes de santé²⁹. »

L'initiative relative à l'accès universel tend à compléter l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » lancée en 2003 par l'Organisation mondiale de la Santé et l'ONUSIDA, avec pour objectif de mettre, d'ici 2005, trois millions de personnes vivant avec le VIH (et nécessitant un traitement) dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, sous antirétroviraux. On pourrait estimer que l'initiative n'a que partiellement atteint son objectif étant donné qu'en décembre 2005, le nombre de personnes bénéficiant du traitement ne dépassait pas 1,3 millions³⁰, en revanche, le bureau sida

²⁹ Vers l'accès universel : évaluation, par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, des activités visant à développer la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement en matière de VIH, Document des Nations Unies, A/60/737, 24 mars 2006.

³⁰ OMS/ONUSIDA, Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde: le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », mars 2006.

de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe confirme en connaissance de cause les progrès réalisés dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » :

« Aussi bien dans les villages isolés que dans les grandes villes surpeuplées, on met en place des structures permettant à des centaines de milliers de personnes d'accéder à un niveau de soins médicaux qui, naguère, était impensable³¹ ».

En prônant l'accès universel, on vise à étendre la couverture prévue pour 3 millions de personnes d'ici 2005 en matière de prévention, soins, soutien et traitement, à tous ceux qui en ont besoin. Les éléments constitutifs de l'action en vue de l'accès universel ont été clairement définis dans le rapport d'évaluation de l'ONUSIDA³² préparé pour la Rencontre de haut niveau. Ces éléments définissent le processus dans lequel les gouvernements et la société civile doivent s'engager.

Par accès universel, on entend que tout le monde doit avoir accès à l'information et aux services. L'accès universel vers lequel on tend devrait être :

- équitable
- accessible
- abordable
- complet
- durable.

La Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, en coopération avec le Catholic Medical Mission Board et les programmes partenaires d'Afrique australe, s'est préparée à atteindre les objectifs de l'accès universel en faisant office de « pionnier » en matière d'accès aux antirétroviraux dans la région et de renforcement des capacités de ses partenaires pour que ces médicaments soient administrés avec toute la compétence nécessaire. La Conférence n'avait pas besoin qu'on lui démontre qu'il était urgent d'entreprendre des programmes de thérapie antirétrovirale, étant donné qu'elle avait maintes fois fait la douloureuse expérience d'accompagner les personnes vivant avec le VIH dans le cadre de ses programmes de soins, de soutien et d'éducation. La remarque de sœur Regina, missionnaire de la congrégation du Précieux Sang à Mariannahill, en Afrique du Sud, résume avec passion le dilemme des soignants avant l'accès des malades aux antirétroviraux : « Les infirmières disent aujourd'hui 'nous soignons les malades pour qu'ils aillent au cimetière' »³³.

Propos du Cardinal Wilfred Napier, Archevêque de Durban (Afrique du Sud) sur le potentiel de l'Eglise catholique à promouvoir l'accès universel : « Nous sommes tout à fait conscients que l'Eglise doit servir l'ensemble de la communauté... L'Eglise pourrait jouer un rôle plus important si elle disposait de davantage de ressources. De nombreuses paroisses n'ont pas les moyens d'employer des gens pour aider à la riposte....Nous avons besoin de davantage ressources. »

Entretien du 4 juillet 2006 avec le père Robert J. Vitillo

³¹ OMS/ONUSIDA, Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde: le point sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », juin 2005, p. 5.

³² Vers l'accès universel, op.cit.

³³ Tiré d'une vidéo sur l'hôpital St. Mary, Mariannahill, Afrique du Sud.

À la fin de 2003, le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe et Cordaid (Catholic international aid and development agency sise aux Pays-Bas) ont conclu un accord de financement pour mettre en place cinq centres de traitement antirétroviral, sous l'égide de la Conférence. Ce financement comprend des crédits pour ce qui suit :

- Frais de laboratoire pour la numération des lymphocytes T-CD4 et les tests de charge virale en tant que tests de base et le renouvellement de ces tests tous les six mois (y compris les frais de port pour l'envoi des échantillons sanguins au laboratoire central de Johannesburg).
- Frais de formation et salaires d'une infirmière, d'un médecin à temps partiel et d'un coordonnateur à temps partiel pour chaque centre.
- Provisions pour le transport, la formation et le matériel de bureau.
- Petite dotation pour les médicaments contre les infections opportunistes (tuberculose, pneumonie, candidose, zona, méningite, etc.)³⁴.

En 2004, Le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) a accepté de financer le traitement antirétroviral en Afrique du Sud et dans plusieurs autres pays. L'une des subventions majeures du PEPFAR pour le traitement est actuellement acheminée par l'intermédiaire du AIDS Relief Consortium coordonné par Catholic Relief Services (CRS – agence d'aide et de développement de la Conférence épiscopale des Etats-Unis) et dont le Catholic Medical Mission Board, à l'origine de l'initiative *Choose to Care*, est membre participant³⁵. En collaboration avec AIDS Relief Consortium, le bureau sida coordonne la mise en place de programmes de thérapie antirétrovirale pour quelque vingt centres en Afrique du Sud.

En août 2006, le bureau sida de la SACBC a indiqué qu'il collaborait avec 18 centres de thérapie ARV en Afrique du Sud, qui s'occupent de 7000 patients.

Source: Rapport du bureau sida à l'Assemblée plénière de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, août 2006

Dans une étude qualitative réalisée à la demande de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, le docteur Maretha de Waal, de l'Université de Pretoria, a fait état des fondements sur lesquels les services de thérapie antirétrovirale de la Conférence et de ses partenaires reposent.

« Le bureau sida de la SACBC favorise activement l'élaboration d'initiatives communautaires locales pour faire face à la pandémie du VIH/sida, à savoir octroi d'une aide alimentaire, formation technique/à des activités lucratives, sensibilisation au VIH/sida, soins palliatifs à domicile, centres de soins palliatifs et soutien aux orphelins... Les plans visant à la mise en œuvre de la thérapie ARV financés par le bureau sida de la SACBC ont débuté en 2002, alors que le Gouvernement sud-africain n'avait encore pris aucune mesure en ce sens³⁶. »

On ne peut toutefois pas en conclure que la Conférence travaille de manière concurrentielle ou même en parallèle avec la stratégie de lutte contre le sida du gouvernement. Le docteur de Waal a indiqué que les programmes de la Conférence sont mis en œuvre en grande partie de concert avec ceux du gouvernement et en complément à ceux-ci:

³⁴ Ricus Dullaert, « The ARV Therapy Distribution Project », In : Health Care in Rural South Africa: An Innovative Approach, Adri Vermeer et Hugo Tempelman (éd.), Amsterdam, VU University Press, 2006, p. 190.

³⁵ Les autres membres sont : Institute of Human Virology (IHV), Futures Group, et Interchurch Medical Assistance (IMA).

³⁶ Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes, janvier 2005, p. 6.

« Les centres ARV de la SACBC visent à compléter les programmes gouvernementaux là où le traitement antirétroviral financé par le gouvernement n'est pas disponible, notamment dans les communautés disposant de peu de ressources. Tous les centres gérés par la SACBC sont en rapport avec les établissements publics de recours et se conforment aux protocoles et schémas thérapeutiques du gouvernement. Les cours de formation du personnel sont agréés par l'Etat. De plus, il est convenu d'utiliser les fiches gouvernementales de suivi du patient, afin que les malades puissent poursuivre leur traitement où qu'ils se trouvent. En outre, les programmes ARV de la SACBC acceptent les patients qui sont sur les listes d'attente des hôpitaux publics, et accueillent aussi bien les ressortissants d'Afrique du Sud que les non ressortissants. Le nombre des patients est communiqué aux autorités selon la formule officielle³⁷. »

On considère que ces programmes ont un rayon d'action complet et qu'ils comprennent tous les éléments relatifs à l'éducation et aux services VIH nécessaires à la réalisation de l'accès universel :

« Le programme consiste en un éventail complet de services de prévention, de soins et de traitement abordant tous les aspects du sida. Le traitement ARV touche aussi la prévention, car les patients reçoivent des conseils sur la façon de ne pas être réinfectés et de ne pas infecter les autres. Le traitement fait aussi partie des soins généraux au patient, que celui-ci ait lieu à l'hôpital, dans un centre de soins palliatifs ou dans un dispensaire. Les soins à domicile constituent l'épine dorsale des programmes de traitement³⁸. »

La préparation du programme de thérapie antirétrovirale, y compris le recrutement et la formation du personnel, a débuté en février 2004 dans les différents centres sélectionnés par la Conférence. Chaque centre emploie un médecin, une infirmière et un coordonnateur de projet. Une fois les infirmières et les médecins formés et agréés par la *Foundation for Professional Development*, les soignants à domicile, le personnel médical et les patients eux-mêmes ont été initiés à l'administration des médicaments. Afin d'éviter une perte de temps inutile et d'accélérer la mise à disposition des services et des médicaments, chaque centre recourt aux mêmes procédures :

- Les soignants à domicile répertorient les patients qui, à leur avis, remplissent un certain nombre de critères³⁹ ; ils prennent les dispositions nécessaires pour la prise de sang au centre de thérapie antirétrovirale.
- Le médecin et l'infirmière font un prélèvement de sang de ces patients au centre ; le sang est envoyé par courrier à un laboratoire de Johannesburg pour une numération des lymphocytes T-CD4, une analyse de la charge virale et une numération formule sanguine (si besoin est, une épreuve de fonction hépatique est également effectuée).
- Les centres sont informés des résultats par courrier électronique.
- Les patients adultes dont la numération des lymphocytes T-CD4 est inférieure à 200 sont mis sous traitement antirétroviral.
- Une ordonnance électronique pour les médicaments est envoyée par les médecins du centre à une société pharmaceutique de Johannesburg ; ces médicaments sont pré-emballés individuellement pour chaque patient et envoyés au centre, qui les remet au patient.
- Avant d'entamer la thérapie antirétrovirale, chaque patient est invité à suivre une formation relative au respect des prescriptions médicales et un traitement contre les infections opportunistes⁴⁰.

³⁷ *Ibid.*, p.7.

³⁸ *Ibid.*, p.7.

³⁹ On trouvera à l'annexe E la liste des critères d'admission au programme ARV de la SACBC.

⁴⁰ Johan Viljoen, « The SACBC's roll-out: a narrative report, 2 septembre 2004, rapport non publié.

Dans l'ouvrage *Health Care in Rural South Africa: An Innovative Approach*, Ricus Dullaert dit des soignants à domicile qu'ils sont le 'pilier' des programmes de traitement antirétroviral et décrit leur mandat comme suit :

« Les membres d'une équipe de soignants à domicile engagés par le bureau sida de la SACBC reçoivent en général une formation de 59 jours approuvée par le gouvernement. Chaque soignant à domicile se charge d'environ 20 patients séropositifs chez qui il doit se rendre une ou deux fois par semaine. Les soignants à domicile sont supervisés par une infirmière et travaillent 20 heures par semaine à titre bénévole. Ils reçoivent une allocation en échange de leur travail. Ces soignants à domicile dressent une liste des patients ayant besoin de thérapie antirétrovirale, contribuent à les instruire en matière d'ARV (formation relative aux médicaments), les incitent à révéler leur statut à un ou plusieurs membres de leur famille, et vérifient le respect des prescriptions thérapeutiques une fois que les patients sont sous traitement⁴¹. »

On trouvera ci-après quelques exemples de programmes de thérapie antirétrovirale lancés et financés par le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, ainsi que la façon dont ils illustrent différentes activités menées dans le cadre de l'accès universel préconisé.

Nazareth House, Johannesburg, fait campagne pour le traitement équitable des enfants vivant avec le VIH et le sida et pour satisfaire l'ensemble des besoins des résidents du voisinage qui vivent avec le VIH⁴²

Partenaire de la SACBC, *Nazareth House*, au Cap, a été le premier orphelinat catholique du pays à dispenser des antirétroviraux pédiatriques aux orphelins séropositifs dont il a la charge. Une deuxième institution tenue par le même ordre de religieuses, a rapidement suivi la même voie. Elle est située dans le quartier défavorisé de Yeoville, à Johannesburg, qui est réputé pour son taux de criminalité, la consommation de drogues et le commerce du sexe, ainsi que pour sa forte population de passage (qui comprend notamment un pourcentage élevé de réfugiés et de migrants économiques originaires de plusieurs pays africains). Au cours de leurs 116 années de service dans ce quartier, les sœurs de *Nazareth House* ont dû modifier leurs activités en fonction des besoins sociaux changeants et grandissants des habitants. *Nazareth House* abrite des personnes souffrant de handicap mental, des personnes âgées de santé fragile, et des personnes en phase terminale vivant dans la misère. C'est aussi le foyer de nourrissons et d'enfants séropositifs abandonnés ou orphelins. Les sœurs et le personnel laïc s'occupent de 35 enfants orphelins du sida, de 20 adultes atteints du sida, de 78 personnes âgées et de 18 handicapées mentales. La plupart des résidents de *Nazareth House* ne sont plus autonomes et ne peuvent être pris en charge par leur famille ou leur communauté. C'est à *Nazareth House* que la Conférence a mis sur pied son premier programme de thérapie antirétrovirale. Pour commencer, on a fait aux orphelins séropositifs résidant dans le centre des tests de numération de lymphocytes T- CD4. Sur un total de 35 enfants, 14 affichaient une numération de lymphocytes T- CD4 inférieure à 200. À l'époque, on parlait peu de traitement pour les enfants, mais les religieuses ne pouvaient plus supporter de voir mourir des enfants qui, pour la plupart, avaient déjà fait l'objet d'abandon, de rejet, de maltraitance et de privation de nourriture ; elles ont insisté pour qu'on leur donne cette chance. Le traitement a aussitôt été administré aux enfants qui en avaient besoin. Environ deux mois plus tard, il a été dispensé aux adultes et aux patients externes.

⁴¹ Ricus Dullaert, « The ARV Therapy Distribution Project », In : *Health Care in Rural South Africa: An Innovative Approach*, Adri Vermeer et Hugo Tempelman (éd.), Amsterdam, VU University Press, 2006, p. 188.

⁴² La plupart de ces informations ont été tirées et adaptées de l'ouvrage du Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, *Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes*, janvier 2005, p.16 à 18.

Le service des malades externes est ouvert trois jours par semaine. L'équipe pluridisciplinaire comprend deux médecins à temps partiel. Un groupe de soutien se réunit toutes les semaines afin que les patients aient l'occasion de parler de leurs problèmes et de leurs préoccupations. L'une des religieuses travaille pour un programme de services aux personnes marginalisées ; elle s'occupe des besoins spirituels, émotionnels et sociaux des personnes vivant avec le VIH. Elle dispense, le cas échéant, des soins spécialisés à domicile. Dans le cadre de ce programme, les grands-parents et les familles monoparentales qui ont des orphelins à charge reçoivent de la nourriture, des vêtements et une aide financière. *Nazareth House* oeuvre en partenariat avec le gouvernement, le monde des affaires et la communauté : les volontaires des soins à domicile sont supervisés, formés et appuyés par les agents de santé du secteur public ; trois écoles aident les enfants à faire leurs devoirs ; des entreprises locales font des dons de nourriture, notamment des aliments pour nourrissons et des compléments alimentaires. La HIV Clinicians Society assure un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24.

Nazareth House collabore étroitement avec l'hôpital général de Johannesburg et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) qui ont conclu un accord en vertu duquel *Nazareth House* s'occupe de la thérapie antirétrovirale des patients (citoyens sud-africains) sur la liste d'attente de l'hôpital, jusqu'à ce qu'ils obtiennent une place et intègrent le programme gouvernemental. Par ailleurs, *Nazareth House* accepte les citoyens étrangers⁴³ qui se sont adressés à l'hôpital mais qui ne remplissent pas les critères pour bénéficier du traitement financé par l'État. Le HCR finance le traitement de ces patients et fait appel aux services de conseillers parlant français ou portugais pour mieux communiquer avec eux. En outre, pour renforcer les relations et forger des partenariats, les agents de santé assistent une fois par mois à des cours à l'hôpital Baragwanath ; ces cours portent sur des questions relatives au VIH dans les foyers d'enfants et sur le travail de deuil.

St. Mary's Hospital, Mariannhill, s'évertue à fournir des services accessibles et durables⁴⁴

St. Mary's Hospital est situé à Mariannhill, dans la banlieue ouest de Durban. C'est l'un des deux seuls hôpitaux de mission qui existent encore en Afrique du Sud. Il dessert le district de santé de la périphérie occidentale de l'agglomération de Durban qui compte environ 750 000 habitants qui, pour la plupart, sont très pauvres, n'ont pas d'emploi, et vivent dans des abris de fortune. *St. Mary's* est le seul hôpital important entre les villes de Durban et Pietermaritzburg, toutes deux difficilement accessibles du fait que les transports publics sont pratiquement inexistantes et que les résidents locaux n'ont pas de moyens de transport privés. Cette localité est l'une de celles qui affichent les plus forts taux de prévalence du VIH dans le pays. Les responsables de l'hôpital estiment que la prévalence chez les adultes y est de 33 % et que 75 % de tous les patients se rendant à l'hôpital vivent avec le VIH⁴⁵. L'hôpital a toujours été au premier rang pour ce qui est de fournir des soins aux personnes vivant avec le VIH⁴⁵. Depuis un certain nombre d'années, son dispensaire *iThemba* (en association avec l'Université de Harvard) administre des traitements antirétroviraux.

En dépit du succès phénoménal de ces programmes, l'hôpital peine à maintenir ses services. Le financement reçu en 2004 étant épuisé, les patients de *iThemba* ont été intégrés au programme actuel de thérapie antirétrovirale de la Conférence. L'hôpital fait de gros efforts pour intégrer les programmes de *iThemba* et du dispensaire *St. Anne* dans ses services ordinaires. *St. Mary's* a toujours quelque 3000 patients sous antirétroviraux. Afin d'assurer la durabilité

⁴³ Dans l'exposé non publié, « South Africa – 10 years on: The Political-Socio-Economic Context and the Role of the SACBC Agencies, » le personnel de la SACBC indique qu'il y a entre un et deux millions de réfugiés du Zimbabwe en Afrique du Sud (des jeunes pour la plupart – soit 15% de la population totale du Zimbabwe) et, d'après des estimations du ministère de l'Intérieur d'Afrique du Sud, il y aurait 6 millions de travailleurs économiques migrants « illégaux ».

⁴⁴ La plupart de ces informations ont été tirées et adaptées de l'ouvrage du Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes, janvier 2005, p. 21 et 22.

⁴⁵ Estimations communiquées par les responsables de l'hôpital lors d'un entretien avec le père Robert Vitillo, 4 juillet 2006.

des programmes futurs de thérapie antirétrovirale, l'hôpital a été désigné comme centre de distribution gouvernemental et reçoit désormais les médicaments antirétroviraux des autorités provinciales.

Tous les jours, l'équipe pluridisciplinaire se réunit pendant une heure avant d'entamer ses tâches au dispensaire pour discuter des patients et de différents sujets relatifs au VIH. Une journée par semaine est consacrée à l'une des activités suivantes : renforcement de l'équipe, formation du personnel, examen des dossiers des patients, échange d'informations sur les cas cliniques, accueil d'un conférencier invité, et mise en commun des connaissances en matière de soutien aux patients, de méthodes et d'outils.

Des conseillers thérapeutiques assurent un lien important entre les patients, le dispensaire et la communauté. Ils effectuent des visites à domicile, conseillent et réconfortent les malades et savent détecter les effets secondaires et les obstacles à l'observance du traitement avant que le patient ne se décourage. Un groupe de soutien aux patients se réunit toutes les semaines. Des ateliers de connaissances de base sur la santé et les traitements sont organisés pour les personnes séropositives, et il y a d'autres causeries éducatives pendant certaines réunions du groupe de soutien. En outre, un éventail d'activités communautaires sont coordonnées et soutenues par ces conseillers.

Programme de services de proximité Tapologo, Rustenburg, qui a pour signes distinctifs d'être accessible et à la portée de toutes les bourses⁴⁶

En raison des prix toujours élevés du platine, Rustenburg, qui détient les réserves les plus importantes du monde, est l'une des villes d'Afrique du Sud dont la population croît le plus rapidement. Les mineurs, dont la majorité sont des travailleurs migrants provenant de différents pays d'Afrique, vivent dans des foyers pour hommes près des puits de mine.

Dans leur sillage, des femmes ont érigé des abris de fortune non loin des grilles des foyers d'hébergement pour offrir différents services et contacts rémunérés aux mineurs. Au fil du temps, les travailleurs licenciés pour cause de suppression d'emploi se sont construit des baraques, dans l'espoir de retrouver un emploi. Ces bicoques ont poussé aux alentours des foyers et abritent une population démunie, désespérée et déracinée. Ces implantations se trouvent toutes sur la terre tribale de Bafokeng. Les chefs tribaux s'opposant à l'arrivée massive

de nouveaux arrivants sur leurs terres, les autorités locales ne sont pas disposées à leur fournir des services ou à leur octroyer la tenure. L'incidence de l'infection à VIH est élevée à Rustenburg ; la progression de cette épidémie 'locale' est imputable entre autres à l'extrême pauvreté des résidents, à l'absence de structures familiales et, de ce fait, à l'incapacité de préserver et d'observer les valeurs traditionnelles, ainsi qu'au manque de ressources personnelles et communautaires.



Bongani, premier enfant inscrit au programme de thérapie antirétrovirale à Freedom Park, Rustenburg. Aujourd'hui, il est retourné à l'école et fait office de moniteur pour le traitement de ses parents qui participent aussi à ce programme.

Par l'intermédiaire du dispensaire *Freedom Park*, le programme *Tapologo* du diocèse de Rustenburg dessert la communauté de mineurs du nord-ouest au nord-est de la ville. Installé dans des conteneurs d'expédition aménagés, le dispensaire assure des soins primaires, des soins à domicile, l'éducation des adultes et des services de garde d'enfants. La demande de ces

⁴⁶ La plupart de ces informations ont été tirées et adaptées de l'ouvrage du Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, *Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes*, janvier 2005, p. 23 et 24.

services est telle qu'il a fallu les étendre à tout le quartier alentour. *Tapologo* a donc mis en place un réseau de soignants à domicile dans le cadre d'un programme financé par les mines de platine et qui fournit des services à toutes ces communautés. *Tapologo* construit actuellement un centre administratif et un centre de soins palliatifs sur le terrain de la Mission *St. Joseph* à Rustenburg.

Parmi les services fournis par le programme *Tapologo* citons les services de conseil et de soutien émotionnel, l'éducation et la sensibilisation au VIH, l'apprentissage du côté positif de la vie, les groupes de soutien et l'aide en matière d'observance de la thérapie antirétrovirale. Le personnel du programme comprend un responsable, huit infirmières et 96 soignants communautaires qui prodiguent des soins à environ 2700 patients. En 2003, les soignants ont effectué 28 000 visites à domicile et inscrit 836 nouveaux patients.

Sinosizo, service communautaire accessible, qui s'est également distingué pour le renforcement des capacités locales⁴⁷

Sinosizo a été établi en 1995 par l'archidiocèse catholique de Durban. Il assure des soins à domicile, un programme pour les orphelins et les enfants vulnérables, une formation ainsi que des services relatifs à la thérapie antirétrovirale. La qualité de la formation qu'il dispense en fait l'un des organismes de formation les plus importants d'Afrique du Sud auquel il est fait fréquemment appel pour la formation sur tous les aspects des soins et des services en matière de VIH. Il est doté d'un vaste réseau de soignants, qui accompagnent les malades en phase terminale où qu'ils se trouvent à Durban.

En février 2004, lorsque l'organisation a décidé de participer au programme de thérapie antirétrovirale de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, elle a ciblé ses activités sur la communauté rurale de Groutville, dans le nord du Kwazulu-Natal (à l'extérieur de Stanger). *Sinosizo* est un centre unique de soins antirétroviraux en ce qu'il ne dépend ni d'un dispensaire, ni d'un centre de soins palliatifs, ni d'un hôpital. Les patients souffrant d'infections opportunistes, ainsi que les femmes enceintes et les enfants séropositifs, sont renvoyés vers l'hôpital de Stanger. Le centre de Groutville est situé à proximité d'un centre indépendant de conseil et test volontaires ; il œuvre en étroite collaboration avec le ministère du Développement social, qui lui envoie toutes les semaines un fonctionnaire pour l'aider à remplir les formulaires de demande de subvention. Le programme de thérapie antirétrovirale est solidement relié à ses autres programmes ; par exemple, les dossiers des enfants qui sont renvoyés vers le service pédiatrique de l'hôpital de Stanger sont conservés et font l'objet d'un suivi.

Premiers résultats et enseignements tirés du programme de thérapie antirétrovirale de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe

Les programmes mentionnés ci-dessus montrent que les efforts de la Conférence sont près de remplir les conditions de l'accès universel. Des personnes séropositives ont dit combien leur qualité de vie avait été améliorée et que, grâce à ces services elles avaient recouvré la dignité humaine qui est don de Dieu. Voici quelques-uns de ces témoignages⁴⁸ :

- « Les agents de santé sont pleins de bonté. Tout l'amour que j'ai reçu me vient d'eux. Ils sont très bons lorsqu'il s'agit de travailler avec les malades. Ils m'ont soutenue tout au long, jusqu'à l'accouchement. »

⁴⁷ La plupart de ces informations ont été tirées et adaptées de l'ouvrage du Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, *Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes*, janvier 2005, p. 18 et 19.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 34 et 37.

- « J'ai dit la vérité à ma Mère ... Elle m'a entourée d'affection comme elle l'a fait lorsque je souffrais de la tuberculose. Elle n'a pas changé de comportement. Elle me donne de l'argent tous les mois... Ils sont contents de voir que je vais mieux et que je suis en meilleure forme. Ils m'aiment tant. »
- « Dès que j'ai eu les résultats, j'ai informé mon employeur. Il a été bouleversé et a eu beaucoup de chagrin, mais il s'est résigné. Ensuite, je l'ai dit à mon frère et au reste de ma famille et à mes proches. Ils se sont tous résignés et la vie continue. Ils sont contents de voir que je suis sous traitement et que je sortirai bientôt de l'hôpital. Mes collègues ne savent pas ce que j'ai. »

Après avoir fait un examen approfondi des centres de thérapie antirétrovirale bénéficiant du soutien de la Conférence, le docteur Maretha de Waal a mentionné les éléments positifs ci-après qui pourraient servir de principes directeurs pour la mise en place de services futurs dans ce domaine :

1. Intégrer les mesures de traitement du sida dans l'ensemble des soins de base, y compris le conseil et le test volontaires, la prophylaxie des infections opportunistes, la prévention et le soutien psychosocial relatifs au VIH.
2. Décentraliser les services de traitement à tous les niveaux, jusqu'aux soins primaires, pour assurer une large couverture géographique ainsi que la participation communautaire aux soins et à l'aiguillage des patients.
3. Instituer un schéma simple assorti de directives cliniques normalisées pour déterminer l'ordre d'absorption des médicaments et gérer les effets secondaires ; ceci faciliterait l'observance du traitement par le patient et le suivi par les professionnels de la santé.
4. Prévoir un approvisionnement fiable en médicaments antirétroviraux et des services de laboratoires à un prix raisonnable.
5. Mettre en place des équipes pluridisciplinaires, notamment pour les soins à domicile, l'accent étant mis sur le soutien psychosocial.
6. Adopter une approche globale en matière d'observance du traitement, et prévoir des conseillers, des groupes de soutien et des séances d'information approfondies sur le traitement.
7. Prévoir des services spéciaux, par exemple, l'aiguillage des enfants vers des programmes pédiatriques, le traitement efficace des infections opportunistes et des cas d'urgence.
8. S'employer à résoudre les problèmes particuliers de l'observance à long terme du traitement antirétroviral⁴⁹.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 43 et 44.

Conclusion: le point de la situation et regard sur l'avenir

Il peut sembler déplacé de parler de l'initiative *Choose to Care* comme d'« une bonne nouvelle », étant donné qu'elle a été mise au point pour riposter à la crise de santé la plus destructrice des temps modernes que l'Afrique australe ait connue. Néanmoins, si cette initiative n'avait pas été lancée, on peut douloureusement imaginer les milliers d'autres vies qui auraient été perdues, ou sérieusement affectées par des infections opportunistes récurrentes, la malnutrition, la misère noire, l'exclusion, la stigmatisation, ainsi que l'impact psychosocial additionnel de la charge collective du VIH dans cette région. Le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe a joué un rôle majeur en évitant ces souffrances à certains et en atténuant les effets de la maladie chez de nombreuses autres personnes vivant dans les cinq pays où l'initiative est en cours. Chargée de faire une évaluation indépendante, Tessa Marcus, de la National Research Foundation, à Pretoria, a résumé ce rôle comme suit :

- procurer ou aider à obtenir un financement pour permettre aux projets d'atteindre leurs objectifs ;
- instruire et former en vue de développer la capacité et les compétences des projets et des intervenants dans leur domaine d'activité ;
- établir des contacts pour susciter la mise en commun des données d'expérience et des ressources ;
- fournir et communiquer des informations pour que les projets et les programmes soient au courant des faits nouveaux dans leurs domaines particuliers et dans l'environnement politique;
- créer une tribune visant à une réflexion novatrice et à une planification stratégique⁵⁰.

Ni le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, ni le Catholic Medical Mission Board, ni aucune autre organisation responsable ne peut prétendre, en l'état actuel des choses, avoir une solution exhaustive et durable au VIH en Afrique australe, ni dans aucune autre région du monde. Dans son discours d'ouverture au XVI^e Congrès international sur le sida, le docteur Peter Piot a déclaré que nous vivions une période où « tous les espoirs sont permis et où de bonnes possibilités s'offrent à nous » dans l'histoire de la pandémie, étant donné que nous observons enfin des résultats, si l'on en juge par les vies sauvées grâce à l'efficacité de la prévention et l'accès au traitement. Ces mots nous renvoient à la réflexion du début de cette étude : « notre pire ennemi n'est pas la maladie mais le désespoir ».⁵¹ Le docteur Piot a néanmoins affirmé qu'il était trop tôt pour parler du « succès » des ripostes à la pandémie. Il a appelé à reconnaître que la durabilité à long terme [de la riposte mondiale au VIH] ne signifiait pas 5 ou 10 ans, mais plutôt 25 ans voire plus⁵². » Il a demandé instamment de maintenir le caractère « exceptionnel » du VIH comme tel dans les programmes politiques. Il a défini les actions majeures suivantes :

- Nous devons veiller à ce que les fonds nécessaires à la lutte contre le sida soient disponibles.
- Nous devons faire profiter des fonds mobilisés ceux qui en ont besoin.

⁵⁰ Tessa Marcus, « To Live a Decent Life: Bridging the Gaps, » In : *Health Care in Rural South Africa: An Innovative Approach*, Adri Vermeer et Hugo Tempelman (éd.), Amsterdam, VU University Press, 2006, p. 258.

⁵¹ D'après African Women, HIV/AIDS, and Faith Communities, Isabel Apawo Phiri et al. (éd.), Pietermaritzburg: Cluster Publications, 2005, p. 269.

⁵² Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, Discours : « Sida : les 25 années à venir » Toronto, XVI^e Congrès international sur le sida, 13 août 2006, document fourni par le service de presse de la conférence.

- Nous devons accélérer la recherche scientifique.
- Nous devons remédier de manière novatrice et plus agressive aux facteurs sociaux sous-jacents de l'épidémie.
- Nous devons unir nos efforts et travailler comme de véritables partenaires ayant de véritables objectifs communs.

Grâce aux débuts modestes de l'initiative *Choose to Care* et au soutien stratégique, financier et technique apporté par la société et la Fondation Bristol-Myers Squibb, le Catholic Medical Mission Board, les organismes donateurs catholiques internationaux, les universités au niveau local et les organismes professionnels, la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe a établi une riposte efficiente et efficace à l'épidémie du VIH, alors que celle-ci ravage les populations les plus pauvres et les plus vulnérables de ces cinq pays d'Afrique australe. Pour continuer de venir en aide aux personnes infectées et affectées par le VIH, la Conférence, en collaboration avec ses partenaires, s'efforcera de maintenir sa forte détermination, sa vision clairvoyante et son objectif, son attachement à la transparence et à la responsabilisation, et sa tradition d'excellence professionnelle pour que l'accès universel à l'éducation, aux soins, au soutien et au traitement en matière de VIH soit une réalité en Afrique australe⁵³ ; et, plus important encore, jusqu'à ce que l'épidémie du VIH prenne fin dans la région et partout dans le monde. Il est à espérer que les expériences positives et les enseignements tirés, de même que les difficultés surmontées, serviront de modèles et de sources d'inspiration pour les innombrables autres organisations confessionnelles et communautaires qui ont la même conception, la même mission, les mêmes valeurs et les mêmes méthodes.

⁵³ On trouvera à l'annexe F la liste la plus récente des projets soutenus par la SACBC ; beaucoup d'entre eux ont vu le jour grâce à l'initiative *Choose To Care*.

Annexe A

La Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe sert l'Afrique du Sud, le Swaziland et le Botswana, et a des liens avec les conférences épiscopales de Namibie et de Lesotho.

L'Afrique du Sud s'étend sur 1 219 912 km² à l'extrémité méridionale du continent africain. Ses ressources naturelles sont entre autres l'or, le chrome, l'uranium, les diamants et le platine. La terre arable représente 12,1 % de la superficie et les cultures permanentes moins de 1% (0,79%) de la terre exploitée. Le nombre d'habitants est estimé à 47 432 000 (2006). Espérance de vie à la naissance : 49 ans pour les femmes ; 47 ans pour les hommes. Pourcentage de la population vivant avec moins de deux dollars par jour : 34,1%.

Nombre de personnes vivant avec le VIH : 5 500 000 [4 900 000–6 100 000].

Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans) 18,8% [16,8–20,7%].

Enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH : 240 000 [93 000–500 000].

Orphelins du sida (0–17 ans) : 1 200 000 [970 000–1 400 000].

Le Swaziland, état d'Afrique australe situé entre l'Afrique du Sud et le Mozambique, a une superficie de 17 363 km². La terre arable représente 9,8% de la superficie et les cultures permanentes 0,7%. Le nombre d'habitants est estimé à 1 032 000 (2006). Espérance de vie à la naissance : 39 ans pour les femmes ; 36 ans pour les hommes. Pourcentage de la population vivant avec moins de deux dollars par jour : données non disponibles.

Nombre de personnes vivant avec le VIH : 220 000 [150 000–290 000].

Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans) 33,4% [21,2–45,3%].

Enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH : 15 000 [5500–32 000].

Orphelins du sida (0–17 ans) : 63 000 [45 000–77 000].

Le Botswana est situé à l'ouest de l'Afrique du Sud et bénéficie d'une économie florissante grâce à l'importance des mines de diamants. La superficie est de 600 370 km² ; la terre arable représente 0,7% de la superficie et les cultures permanentes 0,01%. Le nombre d'habitants est estimé à 1 765 000 (2006). Espérance de vie à la naissance : 40 ans pour les femmes ; 40 ans pour les hommes. Pourcentage de la population vivant avec moins de deux dollars par jour : 50,1%.

Nombre de personnes vivant avec le VIH : 270 000 [260 000–350 000].

Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans) 24,1% [23–32%].

Enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH : 14 000 [6100–32 000].

Orphelins du sida (0–17 ans) : 120 000 [110 000–150 000].

La Namibie se trouve entre l'Afrique du Sud et l'Angola et a une superficie de 825 418 km². Moins de 1% (0,99%) de la terre est arable et il n'y a pas de cultures permanentes. Le nombre d'habitants est estimé à 2 031 000 (2006). Espérance de vie à la naissance : 55 ans pour les femmes ; 52 ans pour les hommes. Pourcentage de la population vivant avec moins de deux dollars par jour : 55,8%.

Nombre de personnes vivant avec le VIH : 230 000 [110 000–360 000].

Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans) 19,6% [8,6–31,7%].

Enfants (0–14 ans) vivant avec le VIH : 17 000 [5800–40 000].

Orphelins du sida (0–17 ans) : 85 000 [42 000–120 000].

Le Lesotho est un pays enclavé, entouré de toutes parts par l’Afrique du Sud. Sa superficie est de 30 355 km² : 10% de la terre est arable mais il n’y a pas de cultures permanentes. Le nombre d’habitants est estimé à 1 795 000 (2006). Espérance de vie à la naissance : 44 ans pour les femmes ; 39 ans pour les hommes. Pourcentage de la population vivant avec moins de deux dollars par jour : 56,1%.

Nombre de personnes vivant avec le VIH : 270 000 [250 000–290 000].

Taux de prévalence du VIH chez les adultes (15–49 ans) 23,2% [21,9–24,7%].

Enfants de 0–14 ans vivant avec le VIH: 18 000 [6900–34 000].

Orphelins du sida (0–17 ans) : 97 000 [88 000–110 000]⁵⁴.

⁵⁴ Les données concernant la superficie et l’utilisation du sol sont tirées de CIA World Factbook <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/sf.html>; les chiffres relatifs au VIH proviennent du Rapport sur l’épidémie mondiale du sida, ONUSIDA, Genève, 2006.

Annexe B

Résumé des projets réalisés au cours des cinq années qu'a duré l'initiative *Choose to Care*⁵⁵.

1. KwaZulu-Natal

Centocow, « The Hands of Love », Diocèse de Umzimkulu

Implanté dans le Kwazulu-Natal rural et géré par la Mission catholique, le projet se trouve non loin d'un hôpital dans une région caractérisée par un taux de chômage très élevé, l'absence d'industries locales, la présence de nombreux travailleurs migrants, une forte densité de population, et un nombre important de familles décimées par le VIH. Les ménages sont placés sous la responsabilité d'une femme, d'un enfant ou d'une personne âgée ; la prévalence du VIH est estimée à 36 %. Le projet collabore avec l'hôpital local à la formation de soignants à domicile et d'agents de santé communautaires, recrutés principalement parmi les femmes de la paroisse. Géré par une congrégation religieuse, ce projet pâtit du faible niveau d'alphabétisation des soignants à domicile. La tuberculose étant monnaie courante, les soignants sont formés au traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). Le programme principal porte sur les services de soins et de soutien aux malades et, parallèlement, de soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables. Les activités de prévention consistent en une formation aux précautions universelles. Actuellement, le projet a formé près de 80 soignants à domicile, chacun prenant en charge cinq à six familles.

The Blessed Gerard Centre, Diocèse d'Eshowe

Ce centre, situé le long de la côte du Kwazulu-Natal, dessert la zone rurale la plus touchée par la pandémie du VIH, d'où un nombre élevé d'orphelins et d'enfants vulnérables. Dirigé par l'ordre des Chevaliers de Malte, ce grand centre comprend un hôpital de 40 lits pour moribonds, un réseau étendu de soignants à domicile, et un foyer pour les orphelins et les enfants abandonnés. Doté d'infirmières, le centre contribue son savoir-faire aux efforts consentis par la communauté.

Holy Cross Hospice, Diocèse de Eshowe

Situé sur le terrain d'un ancien monastère franciscain, Holy Cross est un centre de soins palliatifs de huit lits qui assure également des services sociaux communautaires aux orphelins et aux enfants vulnérables. Son activité répond à un besoin vital dans une région particulièrement touchée par le VIH, car il forme les soignants à domicile qui prennent en charge des centaines de membres de la communauté locale. Par ailleurs, la prévention est une composante phare du programme. Les soignants instruisent les patients et plus particulièrement les femmes et les enfants ; ils les informent sur la sexualité, la transmission de la maladie (y compris l'infection à VIH), la prévention, la prévention des infections, et abordent le problème de la maltraitance. Les services consistent en des soins palliatifs généraux, des garderies et des centres de jour pour les enfants et les personnes vulnérables, et la formation, la supervision ainsi que le soutien aux bénévoles qui prodiguent des soins à domicile. S'agissant des orphelins et des enfants vulnérables, le programme pourvoit à leur subsistance et à leur éducation. Il cible les ménages dont le responsable est un enfant, et dispense, en coopération avec les communautés et les familles, des soins à 130 orphelins vivant avec le VIH. Dans la mesure du possible, le programme favorise le placement dans une famille. Holy Cross se trouve à Gingindlovu-Emoyeni, dans le Kwazulu-Natal, localité affichant des taux élevés de VIH et de violence physique. La priorité est accordée aux besoins des enfants abandonnés, endeuillés

⁵⁵ Il convient de noter que l'initiative *Choose to Care* a pris fin, le financement ayant été prévu pour cinq ans seulement ; toutefois, plusieurs de ces projets continuent de servir les populations cibles grâce au soutien d'autres partenaires de financement.

et stigmatisés parce qu'orphelins du sida. La garderie accueille 854 orphelins qui y trouvent hébergement temporaire et soutien. 70 soignants à domicile ont été formés à ce jour, et 879 foyers bénéficient de leurs services.

Duduza Care Centre, Diocèse de Dundee

Ce centre d'excellence est connu de longue date pour la qualité de la formation et de la supervision des personnes chargées des soins à domicile, des soins palliatifs et des soins intégrés. Les autorités ont demandé que le centre étende son rayon d'action aux écoles publiques pour former les formateurs. Bien qu'invité à faire office de projet pilote pour le traitement antirétroviral, le centre a préféré se consacrer aux soins palliatifs aux personnes en fin de vie ainsi qu'au suivi des besoins des personnes les plus vulnérables au VIH.

Pomeroy Clinic, Diocèse de Dundee

Ce dispensaire, situé au Zululand, dessert une population rurale très traditionnelle. La formation étant un objectif prioritaire, le dispensaire a demandé des moyens pour former les soignants à domicile. Les membres du personnel du dispensaire sont des religieuses. À l'heure actuelle, les activités portent sur le recrutement, la formation et le soutien permanent des soignants à domicile.

Rosary Clinic, Newcastle, Diocèse de Dundee

Ce dispensaire dessert une localité très pauvre où de nombreux travailleurs migrants vivent dans de vastes bidonvilles. Il dispense une formation aux soignants à domicile et distribue des colis alimentaires aux familles dans le besoin, en particulier aux orphelins et aux enfants vulnérables tout en offrant un accès élargi aux soins de santé. Le dispensaire utilise les antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

Eglise catholique d'Osizweni, nord du Kwazulu-Natal, Diocèse de Dundee

Tout le personnel de ce programme de formation pour les soignants à domicile situé près de Newcastle est bénévole. Price Waterhouse Coopers a organisé des ateliers pour renforcer la capacité d'acquérir le soutien nécessaire. Il s'agit d'un excellent exemple de mobilisation des membres d'une paroisse pour faire face à l'épidémie, néanmoins, on a constaté que les capacités et le potentiel ne sont encore pas pleinement exploités.

Sinomlando, The Oral History Project, Archidiocèse de Durban

Ce projet, lancé en 1999 et dirigé par un professeur et travailleur social de l'Université de Natal, a été motivé par la volonté d'encourager les parents en fin de vie et les enfants à créer des « boîtes de souvenirs » – récits, documents et objets préparés par les mourants pour ceux qu'ils laissent derrière eux. Le projet en soi est très bénéfique car il facilite le travail de deuil.

St. Philomena's, Archidiocèse de Durban

Le projet consiste en un foyer à Durban pour les orphelins et les enfants vulnérables qui ont été victimes de violence sexuelle et sont séropositifs. Avec une bonne capacité organisationnelle, des liens avec les hôpitaux et les écoles, et cinq employés, ce projet est un modèle de meilleures pratiques en matière de services aux orphelins et aux enfants vulnérables.

Organisation communautaire Siyaphila, Archidiocèse de Durban

Ce projet est géré uniquement par des personnes vivant avec le VIH – 200 volontaires subvenant aux besoins d'autres personnes vivant avec le VIH, d'orphelins et d'enfants vulnérables vivant dans des taudis. Il fournit des moyens de subsistance et cherche à renforcer la capacité des individus à se prendre en charge et à subvenir à leurs besoins en matière de soins de santé et autres. Au moment de la rédaction du présent rapport, le projet n'avait pas de liens formels avec des établissements de soins particuliers.

Malusi Omuhle, Diocèse de Ingwavuna

Malusi Omuhle est situé à Hlabisa, district marginalisé dont les taux de prévalence du VIH sont les plus élevés d'Afrique du Sud. Malgré le fait qu'un certain nombre d'organisations non gouvernementales aient centré leurs activités sur le district, la plupart des résidents disposent de peu de services. Le projet assure des soins à domicile aux malades, la formation et la supervision des soignants étant assurées par une infirmière locale. Les soins à domicile sont dispensés par la confrérie du Sacré-Coeur composée d'environ 40 bénévoles. La capacité d'élargissement et d'administration de la thérapie antirétrovirale est limitée étant donné le faible niveau d'alphabétisation des bénévoles. Néanmoins, le projet offre de bons services de soins à domicile dans une communauté zoulou d'une extrême indigence.

Unkulunkulu Unathi, « God Is With Us », Diocèse d'Ingwavuma

Ce programme de soins à domicile au Kwazulu-Natal consiste en des soins infirmiers au niveau de la paroisse. Ici, les soignants à domicile ont été formés avec le concours du ministère de la Santé.

Ndumo School Orphans Project, Diocèse d'Ingwavuma

Situé le long de la frontière entre le Zululand et le Mozambique, ce projet dessert une localité sous-développée dans laquelle se trouve une importante population itinérante. Il a été mis sur pied par neuf directeurs d'écoles catholiques qui avaient constaté qu'un nombre important et croissant de leurs élèves vivaient avec le VIH. Ses activités principales sont l'achat de nourriture auprès de fournisseurs locaux, et les visites à domicile aux orphelins et aux enfants vulnérables pour veiller à ce qu'ils soient bien nourris et qu'ils ne manquent de rien d'essentiel. La capacité est quelque peu limitée du fait du manque de moyens de transport, d'eau, d'électricité et d'autres ressources, cependant chacune des neuf écoles se charge d'environ 70 enfants (630 au total). Ce projet est un excellent exemple de la façon dont une organisation confessionnelle et les éducateurs peuvent œuvrer ensemble pour satisfaire les besoins des enfants dont ils ont la charge.

Diocèse de Kokstad

Les activités comprennent la formation des soignants à domicile et la mise en œuvre d'un programme de soins à domicile dans l'une des zones les plus pauvres d'Afrique du Sud.

2. Cap-Est

Good Shepherd Hospice, Diocèse de De Aar

Ce projet qui a ses quartiers dans les locaux d'un hôpital dessert une population rurale de métis parlant afrikaans. La localité étant peu peuplée, les jeunes la quittent à la recherche d'un emploi, mais retournent en général pour y mourir quand ils sont malades. Le programme couvre neuf petits villages dont il renforce les capacités en formant les agents communautaires et les soignants à domicile. Son personnel comprend des infirmières qui administrent le traitement DOTS, le taux de prévalence de la tuberculose étant extrêmement élevé. Ce programme est un exemple de meilleures pratiques en matière de formation, de travail collaboratif avec les autorités provinciales de la santé, et de soins intégrés. Il se peut que les rapports statistiques locaux sous-estiment le taux véritable de prévalence du VIH, les tests de séropositivité ayant souvent été effectués dans une autre région.

Imfobe, Diocèse de Queenstown

Ce projet de soins à domicile, géré par le bureau du développement du diocèse, collabore étroitement avec le Caring Network du Cap, et exemplifie parfaitement les liens et partenariats qui renforcent la capacité stratégique mutuelle des projets subventionnés.

St. Francis, Cap-Est, Diocèse de Port Elizabeth

Ce projet dessert une localité extrêmement pauvre qui affiche les revenus les plus bas par habitant d'Afrique du Sud. Avec un effectif complet de médecins, d'infirmières et d'auxiliaires de la santé, il a fait office de centre de soins palliatifs pendant les années 80 et est ensuite passé aux soins pour les personnes vivant avec le sida. La qualité des soins prodigués est excellente, et les services de proximité couvrent les campements de squatteurs érigés sur le dépotoir de la ville. La direction administrative est exemplaire, et l'élaboration des propositions, la planification et les compte-rendu correspondent toujours à la qualité des services fournis.

Care Ministry, Diocèse de Port Elizabeth

Il s'agit d'un programme de sensibilisation au VIH pour les paroisses qui commencent à former les soignants à domicile. L'objectif de cette formation est de mettre en œuvre des projets au niveau de la paroisse pour assister les personnes vivant avec le VIH, les orphelins et les enfants vulnérables.

Woodlands Care Centre, Empilisweni, Diocèse de Port Elizabeth

Projet de grande envergure qui se centre sur l'éducation ainsi que sur le développement et les moyens de subsistance.

Sabelani Home, Diocèse d'Umtata

De petits dispensaires établis dans les taudis aux alentours d'Umtata prodiguent des soins aux personnes vivant avec le VIH. Le programme a mis en évidence l'absence de soins appropriés pour les personnes vivant avec le VIH et les moribonds, et a démontré que les familles n'avaient pas les moyens de soigner convenablement à domicile les malades et les personnes en fin de vie.

Umtata Child and Family Welfare, Bethany Home, Diocèse d'Umtata

Ce foyer pour les orphelins abandonnés, trouvés dans les rues du Transkei, Cap-Est, est situé dans une localité qui attire squatteurs et «peuplements marginaux», et compte environ 100 000 habitants. Le taux de chômage est très élevé ; de nombreux résidents sont des migrants à la recherche d'un emploi. Le projet est bien organisé et géré par une religieuse américaine de la congrégation du Précieux Sang. Il vient en aide aux orphelins dont un quart environ vivent avec le VIH, et cherche en premier lieu à faciliter le placement en famille d'accueil ; toutefois, l'appauvrissement de la communauté locale rend la chose difficile.

3. Cap-Ouest

Helderberg, Archidiocèse du Cap

Ce programme est basé dans un centre de soins palliatifs à l'extérieur du Cap et prévoyait de former et d'assister des soignants à domicile dans deux bidonvilles. Le financement était destiné à l'élargissement des services, ce qui à ce jour ne s'est pas fait.

The ABBA Trust, Archidiocèse du Cap

Situé au Cap-Ouest et couvrant la zone urbaine du Cap, avec une antenne au Cap-Est (East London), le projet se consacre aux personnes vivant avec le VIH et s'occupe activement de prévenir la transmission mère-enfant. Les activités sont menées efficacement en zone urbaine et bénéficient de la collaboration étroite de médecins non conventionnés et des programmes municipaux du Cap-Ouest. En revanche, au Cap-Est, le projet assure des services dans des huttes et des villages tribaux au fin fond des zones rurales, là où l'administration des thérapies est compliquée par l'absence d'infrastructures, en particulier de routes, et du fait qu'il n'est guère facile de faire se rencontrer périodiquement les patients et les prestataires de services.

St. Luke's Hospice, Archidiocèse du Cap

Ce centre de soins palliatifs établi de longue date pour dispenser des soins de fin de vie aux Blancs d'Afrique du Sud souffrant de cancer, fournit désormais des soins à la population noire vivant avec le VIH. Il assure un excellent programme de formation aux soins à domicile qu'il coordonne avec le *Caring Network*, afin d'éviter les doubles emplois. Ce partenariat interconfessionnel a la capacité d'héberger 35 patients dans l'unité des soins palliatifs et vient en aide aux personnes vivant avec le VIH dans les quartiers les plus pauvres de la ville.

Lizo Nobanda, Archidiocèse du Cap

En collaboration avec *Nazareth House* et *St Luke's Hospice*, le projet a mis en place, non loin du Cap, des crèches pour les nourrissons séropositifs. Les activités sont centrées sur les nourrissons et les jeunes enfants vivant avec le VIH.

Goedgedacht Trust, Archidiocèse du Cap

Ce projet dessert une communauté paysanne en butte à de forts taux d'alcoolisme ainsi qu'à des niveaux d'infection à VIH qui vont en augmentant. La communauté elle-même a reconnu que la formation des soignants à domicile était une priorité ; quelque 50 volontaires ont donc été formés et sont actuellement en activité. La capacité est limitée du fait que la consommation excessive d'alcool et la dépendance à l'alcool sont très répandus ; le taux de tuberculose est aussi extrêmement élevé.

Joy For Life, Archidiocèse du Cap

Il s'agit d'un projet de soins très actif depuis environ 10 ans, qui dispense une formation aux soignants à domicile, et fait office de centre d'accueil pour les personnes vivant avec le VIH et de centre de thérapies complémentaires. Il dessert une population très marginalisée des quartiers misérables du centre de la ville, notamment les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Les volontaires du projet instruisent et informent la population sur le VIH et organisent des ateliers de prévention pour les entreprises publiques et privées.

The Caring Network, Archidiocèse du Cap

Programme phare de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, le *Caring Network* dessert des bidonvilles où, à la grande misère viennent s'ajouter l'analphabétisme et des taux élevés d'infection à VIH et de tuberculose. La qualité des soins fournis est remarquable, et il y a de fortes chances que le programme soit retenu pour la mise en application du traitement antirétroviral.

Programme de lutte contre le sida, Diocèse de Oudtshoorn

Programme consacré principalement aux communautés métisses de Oudtshoorn, il a pour activités de soigner et d'assister les personnes vivant avec le VIH, d'inculquer les savoirs nécessaires pour être autonome, et de s'occuper des orphelins et des enfants vulnérables ; il dispense l'une des meilleures formations pour les soignants à domicile, et coopère avec le gouvernement dans le cadre d'un cours de formation de 59 semaines. Le programme renforce les capacités en forgeant des liens solides avec les dispensaires, les hôpitaux, les organisations gouvernementales et non gouvernementales de la région. Bien que le taux officiel de prévalence du VIH soit relativement faible dans la région de Oudtshoorn (environ 7%), le programme est en faveur du traitement DOTS contre la tuberculose. Un employé à plein temps et un réseau étendu de volontaires accomplissent le travail.

St. Boniface Knysna, Diocèse de Oudtshoorn

Ce projet paroissial se situe à la frontière entre le Cap-Ouest et le Cap-Est, zone émergente de stations touristiques luxueuses et de campements de squatteurs. Il a été mis sur pied en réponse au nombre grandissant d'orphelins et d'enfants vulnérables et à la nécessité de fournir

des moyens de subsistance et des soins à domicile. Quelque 200 personnes bénéficient des services des membres de la paroisse qui remédient aux problèmes de santé et d'insécurité alimentaire.

4. Cap-Nord

Diocèse de Keimoes-Upington

Situé au Cap-Nord, ce programme étend ses activités jusque dans le désert du Kalahari, le long de l'Orange, et dessert les populations locales d'ascendance Boschiman et les vendangeurs saisonniers d'ascendance Tswana. Si la prévalence du VIH est ici relativement faible comparée au reste de l'Afrique du Sud, les travailleurs saisonniers présentent des taux d'infection élevés. Le pourcentage de familles intactes est cependant plus grand qu'ailleurs, ce qui en fait un lieu idéal pour éduquer les jeunes à la prévention. En outre, le projet forme des soignants à domicile en coopération avec l'hôpital local et remédie ainsi à la tuberculose qui sévit dans la région.

Zenzeleni Wellness Center, Diocèse de Kimberley

Ce centre, dirigé par la femme d'un prêtre anglican, dessert la région de Kimberley. Son fils et 10 volontaires y travaillent. Consacré aux besoins des orphelins et des enfants vulnérables, le centre assure le transport par minibus, un service de garderie, des médicaments et un soutien aux ménages ayant à leur tête un orphelin et aux enfants vivant avec le VIH (environ 40 enfants).

Tshepong, Diocèse de Kimberley

Ce projet, situé dans l'ancienne cité noire de Kimberley, est dirigé par l'évêque local qui a acheté une maison où l'on dispense des soins supplémentifs aux personnes vivant avec le VIH, et où sont formés les soignants à domicile. Le projet est doté uniquement de bénévoles dont une infirmière. Les soins prodigués sont de grande qualité, et les services de proximité des soignants à domicile continuent de s'étendre.

5. Gauteng

Good Shepherd Clinic, Winterveld, Archidiocèse de Pretoria

Ce dispensaire renommé forme et seconde les soignants à domicile et les agents de santé communautaires. Il a servi de centre pilote pour la prévention de la transmission mère-enfant au moyen d'antirétroviraux. Ici, les soignants à domicile dispensent des soins intégrés aux personnes séropositives à un stade avancé de la maladie, et recherchent pour s'en occuper les orphelins et les enfants vulnérables. Bien que relativement faible, la capacité du dispensaire, comme l'indiquent ses activités de formation et de mise en œuvre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), en fait un partenaire solide pour la distribution éventuelle des antirétroviraux.

Sizanani, St. Joseph's Care Centre, Archidiocèse de Pretoria

Ce centre appuie des soins palliatifs sur place, un réseau étendu de soins à domicile pour les villages alentour, et deux projets pour les orphelins et les enfants vulnérables. Couvrant principalement les taudis en zone rurale, ce programme se consacre aux personnes vivant avec le VIH ainsi qu'aux orphelins et aux enfants vulnérables. Il dispose d'une capacité remarquable en matière d'élaboration de propositions et de rapport sur les activités.

Loreto Convent, Archidiocèse de Pretoria

Ce projet octroie un financement aux orphelins et aux enfants vulnérables qui cherchent à démarrer un programme entre pairs. De petites subventions ont permis à des élèves et à des enseignants de suivre des cours sur la prévention. La perte de l'enseignant d'une part

et la fin de la scolarité des élèves d'autre part ont fait capoter le programme, aucune mesure de suivi ou d'appoint n'ayant été prévue.

Holy Cross, Archidiocèse de Pretoria

Il s'agit d'un foyer dans la zone urbaine de Pretoria qui fournit des soins en établissement à 10 personnes vivant avec le VIH et qui soutient un programme de formation et un réseau de soins à domicile. Ce réseau de soignants à domicile et de prestataires communautaires s'occupe d'un quartier de squatteurs appelé « Plastic View », du nom de la matière dont la plupart des habitations sont fabriquées. Le programme est réputé pour la bonne qualité des soins qu'il assure, et ses échanges avec l'Université de Pretoria. Les collaborateurs de terrain obtiennent des unités de valeur de l'École des soins infirmiers de l'Université de Pretoria, et les étudiants de l'École, ainsi que les stagiaires des programmes gouvernementaux, effectuent des rotations cliniques au foyer et dans la communauté. Le programme fait partie des « meilleures pratiques » pour la formation, et dispense sans doute la meilleure formation pour ces services. Il est doté de médecins et d'infirmières qui supervisent et coordonnent les activités de 30 soignants à domicile. Il dispose d'excellentes capacités pour dispenser de manière adaptée la thérapie antirétrovirale.

Nazareth House, Archidiocèse de Pretoria

Ce nouveau programme comprend deux éléments : un centre de soins palliatifs qui assure hébergement et soins aux personnes vivant avec le VIH d'une part, et d'autre part, l'extension des services à un quartier de squatteurs à l'extérieur de Pretoria pour y former des soignants à domicile. Le personnel est composé de religieuses et de volontaires ; le projet étant récent, les résultats n'ont pas encore été évalués.

St. John the Baptist, Archdiocese of Pretoria

Couvrant la population dispersée de la région du nord de Winterveld, ce programme collabore étroitement avec un dispensaire, finance les soins à domicile, et assiste les groupes de soutien. Ayant déjà fait office de centre de thérapie antirétrovirale pour la prévention de la transmission mère-enfant, ce centre pourra être utilisé efficacement pour la distribution éventuelle des antirétroviraux.

Archidiocèse de Pretoria

Ce programme a été particulièrement établi pour appuyer un coordonnateur diocésain des programmes relatifs au VIH, pour renforcer la capacité de l'archidiocèse à examiner les candidatures, se rendre sur les lieux des projets, et donner des conseils aux candidats qui souhaitent obtenir des fonds pour des programmes de lutte contre le VIH. Sa tâche principale consiste à mobiliser les paroisses pour qu'elles s'attaquent au problème du VIH dans leurs communautés.

Tumelong Hospice and Orphan Care, Winterveld, Archidiocèse de Pretoria,

Winterveld, au nord-ouest de Pretoria, est une localité à forte densité de population (environ 260 000 habitants) et à forte prévalence du VIH et de la tuberculose. Zone de réinstallation d'une communauté itinérante dont de nombreux membres viennent de sortir de prison, l'électricité et l'eau y sont rares, ce qui n'est pas le cas de la criminalité, du commerce du sexe, et des vols de voiture avec violence. Le centre de jour pour les orphelins et les enfants vulnérables est considéré par l'Organisation mondiale de la Santé comme un exemple de meilleures pratiques. Il fournit des moyens de transport, des médicaments, et coordonne un réseau de soignants à domicile. Le « Saturday Club » aide les jeunes (à partir de sept ans), dans le travail de deuil, leur inculque des compétences utiles dans la vie, leur donne des cours d'éducation sexuelle, et d'autres cours adaptés à leur âge. Le centre de soins palliatifs assure des soins intégrés à un maximum de 35 personnes que l'on ne peut garder ni à domicile ni à l'hôpital, au moyen

de deux équipes de soignants à domicile et de trois « havres » pour orphelins. Les services aux orphelins et aux enfants vulnérables sont les suivants : soins supplétifs, accompagnement des orphelins, aiguillage, placement en famille d'accueil, éducation et moyens de subsistance. Le programme renforce les capacités moyennant la formation des formateurs, le recrutement de volontaires, le soutien aux familles, aux tuteurs et aux proches, et notamment assistance juridique et administrative aux familles souhaitant adopter un orphelin. Il appuie également le développement de compétences qui permettent de gagner sa vie et d'être autonome. A son apogée, le projet s'était spécialisé dans les soins palliatifs et s'occupait de plus de 600 orphelins dans la communauté. En moyenne, pas moins de 19 soignants suivent régulièrement une formation relative au VIH, au travail de deuil, et dans des domaines apparentés. Comme de nombreux autres projets, celui-ci a bénéficié de la compétence des personnes qui l'ont dirigé, à savoir un médecin, sa femme, une infirmière et un travailleur social qui ont tous quitté depuis.

Sisters of Mercy, Winterveld, Archidiocèse de Pretoria

Une école et un dispensaire ainsi que des soignants à domicile desservent la région de Winterveld. Grâce au soutien de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, il a été possible de dispenser aux jeunes une éducation à la prévention, d'organiser des programmes de sensibilisation au VIH, et de contribuer au développement/soutien des réseaux de pairs. Le programme s'est distingué en mettant sur pied des pièces de théâtre sur le thème du VIH et aussi par le grand nombre d'élèves qu'il touche.

Sacred Heart, Diocèse de Johannesburg

Situé dans le centre de Johannesburg, le projet vient en aide aux personnes déracinées et qui n'ont ni famille ni soutien social. Ouvrant en collaboration avec des hôpitaux locaux, ce centre de soins palliatifs de 15 lits dispense des soins intégrés et palliatifs aux malades en phase terminale.

Nazareth House, Diocèse de Johannesburg

Nazareth House est situé dans un quartier très peuplé, à proximité de la zone d'installation de Yeoville, où les taux de prévalence du VIH sont très élevés. Le projet comprend deux volets principaux, le premier étant les soins palliatifs pour 20 personnes en phase terminale, et le second, la prise en charge des nourrissons et enfants abandonnés et les soins aux adultes. Le projet gère un foyer pour les orphelins et les enfants vulnérables, et fournit des services de proximité aux adultes qu'il élargit actuellement. En outre, avec le soutien d'un travailleur social, il va à la rencontre des familles dans les bidonvilles où, en dépit de la pauvreté et de la maladie, il encourage et éduque les familles locales à soutenir et à accueillir les enfants. Le projet assure des soins en établissement et des soins supplétifs à 35 nourrissons et enfants, et entretient d'étroites relations avec d'autres projets et programmes, notamment les bénévoles, les médecins de passage, et les élèves des écoles locales. Il collabore avec des organisations non gouvernementales locales auxquelles il sert d'intermédiaire, forme et épaulé des personnels, et est en consultation avec le dispensaire de Yeoville, l'hôpital général de Johannesburg, l'hôpital de Hillbrow, et les autorités sanitaires du Gauteng.

Othandweni, Diocèse de Johannesburg

Ce projet dessert les bas-fonds de Johannesburg et Hillbrow, et se consacre aux enfants des rues, aux sans-abri, aux handicapés mentaux, et aux personnes ayant des problèmes de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances. La population affiche un fort taux de prévalence du VIH et de maladies associées. Le centre de soins palliatifs abrite environ 20 patients, le plus souvent en phase terminale, et un dispensaire mobile permet aux infirmières de dispenser des soins « dans la rue ». Les lits du centre de soins palliatifs ne sont jamais vides, les malades succédant à ceux qui viennent de mourir. Le programme destiné aux orphelins et aux enfants vulnérables leur assure des moyens de subsistance et un soutien en matière de santé.

St. Anthony's, Boksburg, Diocèse de Johannesburg

Ce programme d'éducation des adultes qui n'existe plus a formé et éduqué 50 personnes vivant avec le VIH et leur a trouvé un emploi spécialisé.

CARE, Diocèse de Johannesburg

Au départ, initiative confessionnelle destinée à « humaniser » les soins aux personnes vivant avec le VIH, le projet assure des services « tout compris » c.-à-d. conseil, soutien et coordination des activités didactiques. Il entretient d'étroites relations avec l'hôpital provincial et le département des maladies infectieuses de l'Ecole de médecine de l'Université de Witwatersrand (qui assure une rotation clinique au dispensaire). Le projet vient en aide à des milliers de personnes chaque année et constitue à l'évidence un modèle de meilleures pratiques pour ce qui est des soins, du soutien et du renforcement des capacités. En outre, il est un exemple d'initiative interconfessionnelle, les membres du conseil d'administration appartenant à des religions différentes (chrétienne, musulmane et juive). Depuis sa création, le projet s'est considérablement développé et, pour assurer sa durabilité, s'est trouvé de nombreux parrains et s'est fait connaître des médias.

The Love of Christ, Diocèse de Johannesburg

Ce projet est destiné aux enfants abandonnés, dont un quart environ vivent avec le VIH. Il vise à placer les enfants dans des familles d'accueil et à faciliter les adoptions, mais la communauté étant dans le besoin, 32 enfants sont toujours en établissement. Actuellement, la capacité de fournir des services est élevée mais reste insuffisante pour couvrir les besoins. Ce projet dépend dans une large mesure des volontaires étrangers qui, s'ils font un travail précieux peuvent, du fait que leur présence n'est que de relativement courte durée, perturber la confiance et les liens affectifs qui doivent se tisser entre enfants et adultes ; toutefois, le projet pourvoit réellement à un besoin pressant de prise en charge des enfants abandonnés. Le projet œuvre de concert avec des médecins, et certains enfants sont actuellement sous thérapie antirétrovirale.

HIVSA, Baragwanath Hospital, Soweto, Diocèse de Johannesburg

HIVSA est une organisation non gouvernementale créée pour assurer des services sociaux aux habitants de Soweto, banlieue à forte densité de population de Johannesburg, site des premières études qui ont démontré l'efficacité de la névirapine pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le projet est étroitement lié à l'Ecole de médecine de l'Université de Witwatersrand ainsi qu'à l'hôpital public. Il s'occupe des personnes qui, à la sortie de l'hôpital, ont besoin de nourriture (sécurité alimentaire) et de soins à domicile, l'accent étant mis en premier lieu sur les femmes et ensuite, dans une mesure non moindre, sur les orphelins et les enfants vulnérables. Ce projet est un exemple de « meilleures pratiques » étant donné les liens étroits qu'il entretient avec des organismes communautaires et avec les milliers de personnes dont il s'occupe.

Oasis Rover Crew HIV/AIDS Information, Training, and Counselling Centre

Ce projet est consacré principalement à la prévention, notamment au conseil et test volontaires (CTV) pour les personnes dans les bidonvilles et les campements de squatteurs, ainsi qu'à la sensibilisation du public sur tous les aspects du VIH.

Johannesburg Society of the Blind, Diocèse de Johannesburg

Cette association élabore des matériels pédagogiques sur le VIH pour les malvoyants, en gros caractères, en braille et sur cassettes audio. Elle prévoit de créer des services de conseil par les pairs et de mettre au point des interventions adaptées aux aveugles, aux malvoyants, et au reste de la population.

Witwatersrand Hospice, Soweto, Diocèse de Johannesburg

Ce projet est consacré aux soins palliatifs et dispose d'antennes de formation qui couvrent Soweto.

Diocèse de Johannesburg

Les fonds obtenus pour cette initiative financent les services du responsable diocésain de la coordination des mesures de lutte contre le VIH.

Sithand'izingane, « For the Love of Children », Diocèse de Johannesburg

Il s'agit d'une ferme à l'extérieur des campements de squatteurs qui sert de « refuge » en assurant des soins supplémentifs aux orphelins et aux enfants vulnérables.

Orange Farm Parish, Ikhanyezi, Diocèse de Johannesburg

Ce projet dessert un quartier de squatteurs à l'extérieur de Johannesburg qui affiche une forte densité de population, une forte prévalence du VIH, et un taux de criminalité élevé. Il s'occupe des personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées, et bat le rappel des paroissiens pour qu'ils se soucient du bien-être des membres de la communauté. Le projet assure des services aux personnes gravement malades, et dispose de deux centres d'alimentation pour les orphelins et les enfants vulnérables. Il excelle dans la formation des soignants, notamment en ce qui concerne les soins à domicile, et les soins et l'encadrement des orphelins.

6. Etat libre

Gethsemane Health Care, Ficksburg, Diocèse de Bethlehem

Ce centre de soins à domicile et de soins palliatifs se situe à la frontière du Lesotho. Le centre de soins palliatifs dispose de huit lits et se consacre aux malades en phase terminale et à ceux qui attendent d'être pris en charge par le dispensaire local. Le centre de soins palliatifs dispense une formation aux soignants qui, à leur tour, comblent les lacunes en matière de services en assurant la coordination avec le dispensaire local. Le Catholic Relief Services a pris la relève de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe pour ce qui est du financement. Les soins de fin de vie sont dispensés par le centre de soins de santé et par les soignants à domicile. Le projet s'approvisionne en fournitures médicales auprès de l'hôpital et des dispensaires locaux, assure une supervision médicale hebdomadaire grâce à des médecins communautaires secondés par un ergothérapeute et un travailleur social externes. Les points forts de ce programme sont le recrutement de volontaires, la formation et les mesures d'accompagnement, ainsi que les ateliers de renforcement des capacités et la formation organisés à l'intention des soignants à domicile.

Good Samaritan Hospice, Bethulie, Diocèse de Aliwal North

Le projet dessert les petits villages ruraux où se sont installés des ouvriers agricoles noirs que la mécanisation croissante a forcé à quitter les exploitations pour lesquelles ils travaillaient. La forte prévalence du VIH et le fort taux de chômage sont les principaux problèmes que ce projet, en relation avec le dispensaire local, ait à surmonter. Doté de deux infirmières, il dispense des soins palliatifs et des soins à domicile. En outre, il assure une formation aux soignants à domicile et coordonne un réseau d'environ 65 soignants. Créé en 2002, ce projet s'est distingué par la mobilisation des populations par-delà leur appartenance raciale pour satisfaire les besoins de services sociaux de la communauté. La population desservie comprend des blancs, des noirs, des métis et des ressortissants étrangers. Avec l'appui de la communauté religieuse catholique locale, il s'agit là d'une véritable initiative interconfessionnelle étant donné le petit nombre de catholiques dans la région.

Naledi Hospice, Bloemfontein, Diocèse de Bloemfontein

Ce projet dispense une formation en soins à domicile et en soins palliatifs pour les soignants à domicile dans tout l'Etat libre. La formation est dirigée par la femme qui a élaboré le programme des cours de soins à domicile adopté par le gouvernement.

7. Province du Nord-Ouest

Rustenburg Justice and Peace

Les membres du personnel de ce projet assurent des services de proximité dans les campements de squatteurs qui entourent les quartiers de mineurs. Ils s'occupent des orphelins et des enfants vulnérables et les aident à obtenir une subvention de l'Etat. Il s'agit d'une tâche difficile étant donné l'extrême pauvreté, le très faible taux d'alphabétisation et, bien souvent, l'absence des documents que réclament les autorités. Malgré ces difficultés, les efforts déployés par le projet ont donné des fruits : 270 orphelins bénéficient désormais d'une aide sociale. Deux autres diocèses ont demandé à être instruits par ce projet afin de pouvoir lancer à leur tour des activités similaires.

Freedom Park, Diocèse de Rustenburg

Le projet appuie un dispensaire et les activités de soins à domicile destinés aux campements de squatteurs aux alentours des foyers de mineurs. Le problème principal est celui de la forte prévalence du VIH chez les travailleurs immigrés et itinérants et chez ceux qui les servent. Le dispensaire emploie des médecins et des infirmières, et dispose d'un effectif de soignants à domicile comprenant environ 100 bénévoles. Les soins et les services d'appui sont surtout destinés aux mères célibataires.

8. Mpumalanga

Sisters of Mercy, Bethal, Diocèse de Dundee

La localité desservie par ce projet est peuplée de mineurs et de migrants. Les taudis et les implantations sauvages y sont nombreux. Il y a peu de familles intactes, et le pourcentage d'orphelins, d'enfants vulnérables et de foyers dirigés par un enfant est élevé. Outre le fort taux de prévalence du VIH, la tuberculose est également très répandue. Ce programme est spécialisé dans les services de transition pour ceux qui vont être admis dans les hôpitaux et dispensaires locaux, ou qui en sortent, et coordonne les activités des différents prestataires de soins. Doté d'un personnel professionnel et bénévole, le projet assure aussi aux orphelins et aux enfants vulnérables de la communauté une éducation et des moyens de subsistance.

Lehlabile Development Commission, Diocèse de Witbank

Cette commission diocésaine cible environ 20 paroisses pour les motiver à établir une riposte à la pandémie du VIH. Situé dans une zone où la prévalence du VIH est élevée, le diocèse englobe de vastes zones rurales d'une grande diversité culturelle, et une importante population de réfugiés du Mozambique. L'idée du projet est de provoquer des ripostes ecclésiastiques cohérentes et efficaces.

Thembaletu, Shongwe Mission, Diocèse de Witbank

Ce projet exerce ses activités le long de la frontière du Mozambique, du Swaziland et de l'Afrique du Sud, dans une région peuplée de miséreux et de réfugiés de guerre. La plupart des immigrés n'étant pas en règle, il y a peu d'aide publique en matière de soins et peu d'espoir d'obtenir une aide sociale. Ce projet bien géré fournit des soins à plus de 200 orphelins abandonnés qui ne peuvent aller à l'école. La malnutrition est monnaie courante au sein de cette population. Le projet a démarré en fournissant des services aux réfugiés et se concentre

désormais sur l'impact du VIH sur la population locale. Environ 50 soignants à domicile prodiguent des soins aux orphelins et aux enfants vulnérables de la communauté.

HBC Damesfontein, Diocèse de Dundee

Situé à la frontière du Swaziland, ce projet fournit des soins à domicile et couvre une zone rurale dont les habitants parlent le swazi. Les ateliers de mobilisation organisés par la Conférence ont permis de créer ce projet, qui a débuté en 2005, pour former les soignants à domicile. Il applique le format du programme de formation du gouvernement (59 jours) ; la formation sera dispensée par une infirmière ou un enseignant local.

9. Limpopo

Diocèse de Tzaneen

Ce diocèse couvre la province la plus au nord de l'Afrique du Sud, dont les taux de pauvreté sont extrêmement élevés. La région fait face à un afflux massif de réfugiés et de personnes vivant dans des implantations sauvages, et connaît un fort taux de chômage qui n'est dépassé que par celui du Cap-Est. En 1999, la région a été dévastée par des inondations. On estime au bas mot le taux de prévalence du VIH à environ 11,2% ; les problèmes concomitants de pauvreté, de travailleurs migrants et de chômage favorisent la propagation du VIH. Les activités menées renforcent le programme Education for Life et les soignants à domicile qui se rendent dans les villages à la recherche des orphelins, des enfants vulnérables et des ménages dirigés par un enfant pour les secourir.

10. Lesotho

Women and Orphan Care, Lesotho, Conférence épiscopale catholique du Lesotho (LCBC)

Il s'agit principalement d'un projet de production de revenus pour les indigents vivant avec le sida. La population de l'agglomération qui se monte à environ un million a souffert d'une famine et de crises alimentaires terribles. L'agglomération est située à proximité de la capitale, point de départ hors du pays des hommes à la recherche d'un emploi dans l'industrie minière. La participation et le rôle directeur de la Conférence caractérisent ce projet qui s'efforce d'assurer la sécurité alimentaire des orphelins et des enfants vulnérables. La direction du projet passe actuellement à une infirmière récemment recrutée par la Conférence. La prévalence du VIH dans la région est semblable à la moyenne nationale qui est très élevée.

Christian Health Association, Lesotho

Cette association comprend un réseau de quatre hôpitaux dont trois sont catholiques et finance des programmes producteurs de revenus pour les personnes vivant avec le VIH, facilite les soins et le soutien, et s'occupe des besoins vitaux des orphelins et des enfants vulnérables. L'association nationale a aidé les villages à constituer des comités chargés d'établir un ordre de priorité et d'élaborer des ripostes durables.

Mission Aviation, Lesotho

Ce projet dessert des régions reculées et, au moyen d'un petit avion, fournit des services à 11 dispensaires dans des localités peuplées de Basotho. Environ 68 % de la population cible vivent en dessous du seuil de pauvreté ; la prévalence du VIH dans le pays est estimée à 30–40%. Le projet a pour objectifs de fournir des soins à domicile, de former et d'épauler les infirmières qui travaillent dans les dispensaires locaux, et de former et de seconder les soignants à domicile qui travaillent dans les communautés reculées.

Beautiful Gate, Lesotho

Beautiful Gate fait partie de l'organisation non gouvernementale Youth With A Mission, qui œuvre en Afrique australe depuis 1976. Une organisation sœur de Beautiful Gate, fondée au Cap en 1994, assure à cette dernière renforcement, formation et appui depuis son ouverture en juin 2001. On estime que le nombre d'orphelins dans la zone desservie était de 67 876 en 2001. Un quart à un tiers des nourrissons dont s'occupe le projet vivent avec le VIH. En coopération avec un hôpital local, le projet prend en charge les nourrissons abandonnés et s'efforce de leur trouver des familles adoptives. Il collabore avec le ministère des Affaires sociales pour établir un programme de placement en famille d'accueil, et œuvre également avec les services de l'enfance et les organisations de protection juridique. Il mène campagne pour la révision des lois en vigueur concernant l'adoption et le placement dans une famille d'accueil. En outre, le projet cherche à éduquer la communauté face au VIH, et plus particulièrement les personnes souhaitant participer au soin des nourrissons et des enfants séropositifs. La formation aborde entre autres des questions spirituelles et fait état de la tradition biblique en matière de soins.

11. Swaziland

Diocèse de Manzini, Swaziland

Le projet comporte deux activités : soigner et venir en aide aux orphelins ; et aider les enfants vulnérables dans les exploitations familiales. Orphanaid vient en aide aux orphelins abandonnés et renforce l'agriculture de subsistance. Par le passé, ce projet excellait dans l'élaboration de propositions et de rapports, ainsi que dans la durabilité, cette dernière ayant été renforcée par les différents organismes d'appui, notamment par plusieurs organisations Caritas et par le gouvernement du Swaziland. Le projet finance également 12 petites maisons situées à proximité d'un dispensaire, qui assurent des soins supplémentifs et palliatifs, et un centre de formation aux soins familiaux en coopération avec Hope House, un autre projet de l'initiative *Choose to Care*.

12. Botswana

Tirisanyo, Gaborone Diocèse, Botswana

Le Botswana a lancé une initiative nationale donnant accès au traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin. Situé dans un pays affichant un des taux de prévalence du VIH les plus hauts du monde, le projet est axé sur les besoins des orphelins et des enfants vulnérables. Il comprend un centre pour orphelins et dispense des soins à domicile là où le besoin se fait le plus sentir. Les effectifs se composent d'un membre du personnel à plein temps et de quatre volontaires qui s'occupent en moyenne de quelque 60 orphelins. A la garderie du projet, les orphelins et les enfants vulnérables trouvent l'amour et les soins qui doivent leur permettre de surmonter quelque peu le traumatisme du deuil. Le projet accorde la priorité à l'accès à l'éducation de qualité, et de ce fait, arme les jeunes gens pour la vie. Les abords de la garderie ont été nivelés pour que les enfants puissent jouer en toute sécurité, et 47 enfants sont accueillis quotidiennement. Outre donner aux orphelins une éducation et des moyens de subsistance de base, le centre assure la formation de ses volontaires. Des changements récents dans les effectifs pourraient remettre en question les capacités d'élaboration de propositions et de rapports, mais compte tenu de ses qualités globales, ce projet a été retenu par le gouvernement du Botswana comme exemple de meilleures pratiques.

Holy Cross Gaborone, Botswana

Basé dans un centre de soins palliatifs de l'Eglise anglicane, le projet forme des soignants à domicile, assure quelques services de garde pour les orphelins et les enfants vulnérables, et une formation très sommaire aux personnes vivant avec le VIH en vue de les rendre autonomes (par exemple, projets de broderie perlée).

13. Namibie

Catholic AIDS Action Namibie

Ce projet est axé sur le renforcement des capacités et la coordination des activités des trois diocèses de Namibie. Il dispose d'un bureau central employant 70 personnes à plein temps dans 13 bureaux locaux. Il reçoit un financement de nombreuses sources, notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le projet dirige des cours « Stepping Stones » – programme de prévention réputé.

Lifeline/Childline Namibie

Cette ligne téléphonique SOS suicide sert de nos jours à communiquer des informations sur le sida, l'accent étant mis sur le deuil et le conseil. Le projet cible principalement les orphelins et les enfants vulnérables, et le financement a servi à former les conseillers en matière de deuil.

Phillipi, Namibie

Ce projet est axé sur les besoins psychosociaux des orphelins et des enfants vulnérables, ainsi que sur la formation et le développement de responsables de groupe. Il organise des cours « savoir écouter et répondre » et des camps d'apprentissage par l'expérience. À la mi-2003, 65 formatrices et 51 formateurs avaient suivi le cours, et 76 filles et 67 garçons avaient participé aux camps susmentionnés.

14. Echelon national

SACBC Youth Desk, Projet national

Ce projet a été financé pour mettre sur pied une campagne de sensibilisation et de prévention 'ABCD'.

Catholic Health Care Association (CATHCA), Projet national

Trois séances de sensibilisation au VIH ont été organisées pour quelque 20 prêtres des diocèses de Klerksdorp, Johannesburg, et Kroonstad. Un manuel de formation a été élaboré, et le diocèse de Klerksdorp a, par la suite, mis au point un programme de formation pour les soignants à domicile.

Catholic Institute of Education, Projet national

Ce projet opère à l'échelle nationale en République d'Afrique du Sud, et assure le renforcement des capacités (approche, politiques, orientation) des écoles, des enseignants et des administrateurs qui font face à une prévalence du VIH estimée à 12–18% parmi les enseignants, ainsi qu'à un nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables, et d'élèves vivant avec le VIH (25–40% des adolescents selon les estimations). Un guide à l'intention des éducateurs et des administrateurs indique comment parler du VIH, notamment de la transmission du virus et de l'impact de la maladie. Il donne aussi des orientations sur la façon d'élaborer des politiques et des procédures locales pour dispenser soutien et soins aux personnes vivant avec le VIH. L'ouvrage s'étend longuement sur les questions concernant les relations entre les sexes et sur les questions de maltraitance. S'agissant de prévention, l'accent est mis sur des programmes éducatifs, la formation des formateurs, la mise en œuvre de *Life Skills* et d'autres programmes abordant les questions de relations hommes-femmes. Ces programmes permettent aux éducateurs, aux écoles et aux paroisses d'évaluer et de satisfaire les besoins des personnes vivant avec le VIH, en particulier les collègues et les écoliers des quelque 400 écoles catholiques. La formation a bénéficié à 34 enseignants dans la province du Gauteng, 101 dans celle du Kwazulu-Natal, 30 au Limpopo, 20 au Cap-Nord, 51 au Cap-Est, et 86 dans le Nord-Ouest (soit au total 322 enseignants). Des ateliers sur les services de pastorale et l'élaboration des politiques se sont tenus dans chacune de ces régions.

Development and Welfare Agency, Children of Saint Kizito, Projet national

L'objectif du projet est d'aider les diocèses relevant de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe à élaborer et mettre en œuvre des plans visant à dispenser des soins aux orphelins et aux enfants vulnérables au niveau de la paroisse.

Annexe C

Catholic Medical Mission Board – Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe Partenaires du programme *Choose to Care*

Activités et statistiques 2002–2004⁵⁶

Synthèse (chiffres pour l'Afrique du Sud)

Orphelins et enfants vulnérables couverts par les services 8982

Patients (adultes et enfants) couverts par les soins à domicile 40403

Volontaires communautaires ayant reçu une formation en matière de soins et de soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, et de soins à domicile 5390

| S/No | Nom du projet | Activités | Volontaires formés | Orphelins pris en charge | Patients bénéficiant de soins à domicile | Patients hospitalisés |
|------|---|---|--------------------|--------------------------|--|-----------------------|
| 1 | Centocow, Umzimkulu | Soins à domicile, prise en charge des orphelins, | 100 | 336 | 476 | |
| 2 | Umtata Child + Family Welfare | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 3 | | | |
| 3 | Good Shepherd Hospice, De Aar | Soins palliatifs, soins à domicile | 40 | | 400 | 6 |
| 4 | Masikhulisane Lifeskills, Ixopo | Prevention | 15 | | | |
| 5 | Gethsemane Health Care, Bethlehem | Soins à domicile, soins palliatifs | 15 | | | 11 |
| 6 | Sabelani Home, Umtata | Soins à domicile | 19 | 120 | 225 | |
| 7 | Tumelong Hospice + Orphans, Winterveldt | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins palliatifs | 15 | 100 | | 32 |
| 8 | Loreto Convent Pretoria | Education par les pairs | | | | |
| 9 | Diocese of Manzini | Soins à domicile, soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 88 | 1000 | 400 | 16 |
| 10 | Holy Cross, Eshowe | soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins palliatifs | 25 | 180 | 1198 | 366 |
| 11 | SUCCESS, Pretoria | Prevention | 12 | | | |
| 12 | Keimoes Diocese | Soins à domicile, Prévention | 10 | 15 | 140 | |
| 13 | Duduza Care Centre, Dundee | Soins palliatifs, soins à domicile, soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | | 200 | 100 | 8 |
| 14 | Sisters of Mercy Bethal | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins à domicile | 40 | 30 | 200 | |
| 15 | Diocèse de JHB Youth Dept | Prévention auprès de 1500 jeunes | | | | |
| 16 | Empilsweni | Prévention, soins à domicile | | | | |
| 17 | Diocèse de Tzaneen | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins à domicile | 240 | 50 | 1000 | |

⁵⁶ Il convient de noter que l'initiative « *Choose to Care* » a été financée pour une période de cinq ans et ne fonctionne plus en tant que telle ; toutefois, de nombreux projets continuent de couvrir les populations cibles grâce au soutien d'autres partenaires de financement

| S/No | Nom du projet | Activités | Volontaires formés | Orphelins pris en charge | Patients bénéficiant de soins à domicile | Patients hospitalisés |
|------|---------------------------------|---|--------------------|--------------------------|--|-----------------------|
| 18 | CIE | Prévention | | | | |
| 19 | DWA Orphan Program | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | | | | |
| 20 | St John The Baptist, Winterveld | Dispensaire, soins à domicile, prévention de la transmission mère-enfant | 22 | | | |
| 21 | Diocese de JHB | Coordination | | | | |
| 22 | Unkulunkulu Unathi | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 127 | 300 | 1000 | |
| 23 | Sithand'izingane | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 26 | 100 | | |
| 24 | Zenzeleni Wellness Centre | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 14 | 60 | | |
| 25 | Orange Farm Parish | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 85 | 200 | 400 | |
| 26 | Tirisanyo, Gaborone | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 12 | 330 | 184 | |
| 27 | Sacred Heart-Raskob | Soins palliatifs | | | | 15 |
| 28 | CATHCA-Raskob | Formation du clergé | | | | |
| 29 | Diocese de Kimberley | Soins à domicile | 20 | | 161 | |
| 30 | Diocese de Pretoria | Coordination | | | | |
| 31 | Mercy, Winterveld | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 800 | | 186 | 100 |
| 32 | TLC | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 28 | 60 | | |
| 33 | Diocese de Oudtshoorn | | | | | |
| 34 | Lehlabile Dev. Com. | Coordination | | | | |
| 35 | St Anthony's Boksburg | Soins à domicile | 60 | | 200 | |
| 36 | St Luke's CA | Soins palliatifs, soins à domicile | 32 | | 150 | 32 |
| 37 | Rustenburg J+P | Plaidoyer | 2 | | | |
| 38 | Oral history | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | | | | |
| 39 | St Francis PE | Soins palliatifs, soins à domicile | 114 | | 500 | 25 |
| 40 | St Boniface Knysna | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 15 | 36 | 20 | |
| 41 | Helderberg Hospice | Soins à domicile, soins palliatifs | 8 | | 90 | 7 |
| 42 | Good Shepherd Clin | Dispensaire, soins à domicile | 10 | 100 | 200 | |
| 43 | Lizo Nobanda | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 9 | 102 | | |
| 44 | Osizweni Catholic Church | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 20 | 180 | 466 | |
| 45 | Blessed Gerard Cntr | Soins palliatifs, soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 573 | 35 | 400 | 21 |

Riposte confessionnelle au VIH en Afrique australe : l'initiative Choose to Care

| S/No | Nom du projet | Activités | Volontaires formés | Orphelins pris en charge | Patients bénéficiant de soins à domicile | Patients hospitalisés |
|------|-------------------------------------|--|--------------------|--------------------------|--|-----------------------|
| 46 | Thembaletu | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins à domicile | 100 | 3000 | 1500 | |
| 47 | Ndumo Orphans | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | | 600 | | |
| 48 | HIVSA | Soins à domicile | | | 4200 | |
| 49 | Good Samaritan | Hospice, HBC | 12 | 200 | | 6 |
| 50 | Malusi Omuhle | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 21 | | 479 | |
| 51 | Siyaphila CBO | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 30 | | | |
| 52 | Goedgedacht | Prévention | 44 | | | |
| 53 | Joy for Life | Soins à domicile, soins palliatifs | | | | 6 |
| 54 | Freedom Park | Soins à domicile, soins palliatifs | 150 | | 1700 | |
| 55 | Sizanani | Soins à domicile, soins palliatifs | 33 | 277 | 360 | 57 |
| 56 | ABBA Trust | Plaidoyer | | | | |
| 57 | Holy Cross PTA | Soins palliatifs | 16 | | | 20 |
| 58 | Othandweni (JHB) | Soins à domicile | 37 | | 6155 | |
| 59 | Caring Network | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 70 | 100 | 394 | |
| 60 | Catholic Aids Action Namibia | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | 1726 | | 8000 | |
| 61 | Rosary Clinic | PTME, soins à domicile | 12 | | 200 | |
| 62 | Nazareth House (PTA) | Prévention | | | | 10 |
| 63 | Imfobe | Soins à domicile | 20 | | 260 | |
| 64 | Pomeroy Clinic | Soins à domicile | 26 | 180 | 2034 | |
| 65 | HBC Damesfontein | Soins à domicile | 15 | | 400 | |
| 66 | Lesotho Catholic Bishops Conference | Soins à domicile, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | | | | |
| 67 | St Francis Boksburg | Soins palliatifs, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins à domicile | 112 | 35 | | 48 |
| 68 | Diocese Kroonstad | Soins palliatifs, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins à domicile, HBC | 47 | 781 | 6000 | 25 |
| 69 | Bophelong | Soins palliatifs, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins à domicile | 20 | 240 | 125 | |
| 70 | Nazareth House (JHB) | Soins palliatifs, Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables | | 35 | | 15 |
| 71 | Kokstad Diocese | Soins et soutien aux orphelins et aux enfants vulnérables, soins à domicile | 300 | | 500 | |
| | TOTAL | | 5390 | 8982 | 40403 | 826 |

Annexe D

DEMANDE DE FINANCEMENT AU BUREAU SIDA DE LA SACBC⁵⁷

Partie 1 – Explication des critères de recevabilité des projets. Prière de lire attentivement cette partie.

Partie 2 – Demande et questionnaire

PARTIE 2: CRITÈRES POUR OBTENIR UN FINANCEMENT DU BUREAU SIDA DE LA SACBC

1.1 Le projet doit :

- a) Être situé dans une zone de peuplement informel ou une communauté démunie.
- b) Consister en des soins à domicile ou des soins destinés aux enfants infectés par le sida, ou en des activités de prévention, dans le cadre d'une approche intégrée.
- c) Améliorer directement la vie des groupes les plus marginalisés de la société, infectés par le sida.
- d) Favoriser le renforcement des capacités moyennant collaboration et partenariat avec d'autres réseaux.

1.2 Pour les demandes émanant de l'Afrique du Sud, le bureau sida de la SACBC retiendra de préférence les projets démontrant que :

- a) Les soignants sont/seront formés conformément à la formation agréée par le ministère de la Santé/du Développement social.
- b) Une demande de financement a été soumise au ministère de la Santé/Développement social ou à d'autres sources compétentes.
- c) Une demande d'allocations a été soumise aux départements ministériels concernés.
- d) Une demande d'aide sociale a été faite le cas échéant.
- e) Une demande de colis de vivres a été présentée par l'intermédiaire du ministère du Développement social.
- f) D'autres sources de financement ont été sollicitées.

2. L'ORGANISATION CANDIDATE DOIT PRÉSENTER UN PROGRAMME RATTACHÉ À L'ÉGLISE. ELLE DOIT :

- a) Être une organisation à but non lucratif. Les organisations d'Afrique du Sud devront de préférence être enregistrées aux termes du Non-profit Organizations Act, loi N° 71 de 1997 ou être enregistrées en tant qu'organismes dédiés au bien public.
- b) Être rattachée à une paroisse/un diocèse/une congrégation religieuse catholique, et être dirigée par un comité de gestion dont au moins deux tiers des membres (66%) résident dans la communauté cible.
- c) Contribuer à hauteur d'au moins 20 % des ressources nécessaires au projet.
- d) Avoir travaillé en Afrique australe avant décembre 2001

⁵⁷ Tel qu'amendé le 4 mars 2005. N.B. : le financement de la SABC n'est plus disponible ; ce texte est fourni à titre d'information sur l'initiative *Choose to Care*.

3. LA DEMANDE DE FINANCEMENT DOIT :

- a) Comprendre la signature de l'évêque catholique local. Le Comité et le coordonnateur pour le sida du diocèse devront examiner soigneusement et recommander la proposition à l'évêque pour obtenir sa signature.
- b) Faire apparaître une approche collaborative avec d'autres institutions/organisations qui interviennent dans le domaine du VIH/sida.
- c) Démontrer la capacité d'assurer des services communautaires de proximité ou d'établir un lien avec les programmes communautaires.
- d) Démontrer les relations entretenues avec les structures gouvernementales locales ou provinciales, c'est-à-dire, avec les services sanitaires et sociaux de la municipalité.
- e) Présenter clairement le problème et la communauté concernée.
- f) Présenter un programme d'intervention bien conçu, mettant clairement en évidence les objectifs et les résultats escomptés à moyen et long terme.
- g) Etre conforme aux meilleures pratiques en matière de VIH/sida.
- h) Démontrer la capacité de fournir formation, services, évaluation de programmes et d'élaborer des programmes pouvant être reproduits.
- i) Démontrer la qualité, l'expérience et la compétence du personnel.
- j) Joindre des statistiques vérifiables provenant de sources officielles sur les taux d'infection à VIH et de prévalence du sida au niveau local.
- k) Indiquer les autres moyens de financement et le montant des fonds demandés et obtenus.

4. UTILISATION DES FONDS :

- a) Les fonds accordés doivent être utilisés uniquement pour financer les coûts directs des projets. Les salaires/traitements ne doivent pas compter pour plus de 15 % du budget total.
- b) La SACBC ne finance pas l'achat de véhicules ou la construction de bâtiments.
- c) Le responsable de projet de la SACBC aura accès à tous les aspects du programme financé par la SACBC.
- d) Les fonds consentis par la SACBC doivent être placés dans un compte distinct, ainsi que les originaux des justificatifs des revenus et dépenses.
- e) Tous les fonds non utilisés doivent être remboursés. La SACBC se réserve le droit d'annuler la subvention si les fonds ne sont pas dépensés conformément au budget approuvé.

5. VÉRIFICATION ET ÉVALUATION

- a) La SACBC se réserve le droit de demander une vérification des comptes.
- b) La SACBC contractera une société indépendante pour conduire une évaluation de l'impact du programme.

6. CATÉGORIES DE FINANCEMENT

- a) Budget d'un montant acceptable ne dépassant pas R200 000
- b) Budget d'un montant acceptable ne dépassant pas R100 000

7. EXCLUSION

- a) Toute organisation ou tout individu recourant à la menace ou à l'intimidation pour essayer d'obtenir un financement ne sera plus autorisé à demander un financement de la SACBC, et ce, à titre permanent.

8. DÉROGATION

- a) La SACBC se réserve le droit de déroger aux critères si elle le juge utile.

9. CYCLE DE FINANCEMENT

- a) D'ordinaire, le financement de la SACBC est accordé pour un an.
- b) D'ordinaire, la SACBC ne finance pas les projets de plus de trois ans.

PARTIE 2: FORMULAIRE DE DEMANDE

Remplir le formulaire à la machine (Voir Section A pour de plus amples informations).

Le questionnaire de la Section B doit être dûment rempli.

SECTION A: COMMENT REMPLIR LE FORMULAIRE

Prière de rédiger la proposition en utilisant les rubriques ci-après (à l'aide des questions ci-dessous)

1. Vue d'ensemble du problème (Quel(s) est/sont le(s) problème(s) traité(s) par le projet ? Pourquoi sont-ils importants ?)
2. Objectif(s) concret(s) du projet et résultat(s) escompté(s) (Qu'est-ce que le projet est censé accomplir ? Qu'avez-vous accompli à ce jour ? De quelle manière allez-vous mesurer les résultats ? Pourquoi ces objectifs sont-ils importants ? De quelle manière améliorent-ils la qualité de vie des femmes et des enfants ?) (Buts et profil / Structure organisationnelle / Objectifs / Activités / Plan d'activité / Budget relatif aux activités / Suivi et évaluation)
3. Méthodologie (De quelle manière allez-vous atteindre les objectifs du projet ? Par quelle méthode ? Comment les progrès seront-ils mesurés ?)
4. Plan de mise en œuvre (Qui conduira le projet ? Quelles sont l'expérience et les qualifications de ces personnes ? Combien de temps va durer le projet ? Quelles en sont les étapes importantes ? Quelles sont les autres sources de financement que vous avez sollicitées ? Qui sont vos partenaires ? Quels sont vos plans relatifs aux services communautaires de proximité ? De quelle façon allez-vous dispenser la formation et procéder à l'évaluation du programme ? De quelle manière envisagez-vous de diffuser les enseignements tirés ?)

Projet de budget

- Quel est le montant du financement dont vous avez besoin ? De quelle manière ces fonds vont-ils être dépensés ?
- Au moins 20% des fonds nécessaires doivent provenir de sources locales ou autres.

Appendice E

CRITÈRES DE RECEVABILITÉ POUR LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE LA SACBC, (correspondant aux critères de sélection des patients du ministère de la Santé [Afrique du Sud, 2004]

- Les patients adultes doivent avoir une numération de lymphocytes T-CD4 inférieure à 200 pour 100ml de sang (seuil où le VIH devient sida).
- Les patients doivent résider dans un secteur où travaillent des soignants à domicile et doivent accepter d'être supervisés par l'un de ces soignants.
- Ils doivent avoir informé les personnes avec lesquelles ils vivent qu'ils sont séropositifs.
- Ils doivent ne pas avoir pris d'inhibiteurs du sida auparavant et doivent être préparés à prendre le traitement pour le restant de leurs jours.
- Ils doivent maintenir un style de vie approprié au traitement contenant des inhibiteurs du sida (par exemple, pas de consommation abusive d'alcool, alimentation aussi saine que possible...).
- Ils doivent avoir suivi un cours d'information sur les médicaments et avoir des connaissances de base sur le VIH et les inhibiteurs du sida⁵⁸.

⁵⁸ Dr Maretha de Waal, Université de Pretoria, *Turning of the Tide: A Qualitative Study of SACBC Funded Antiretroviral Treatment Programmes*, janvier 2005, p. 8. N.B.: l'ONUSIDA n'emploie pas le terme « inhibiteur » ; ce texte est cité à titre d'information.

Appendice F

Liste des projets soutenus financièrement par le bureau sida de la Conférence épiscopale catholique d'Afrique australe, au 6 septembre 2006

| Diocèse / Pays | Nom du projet |
|------------------|--|
| 1. Aliwal North | St Francis Parish-House of Hope Centre |
| 2. Aliwal North | AIDS Awareness |
| 3. Aliwal North | Diocese of HIV/AIDS Programme |
| 4. Aliwal North | Good Samaritan HBC Association-Diocese of Aliwal North |
| 5. Aliwal North | Good Samaritan HBC Association |
| 6. Aliwal North | Masabalane Youth Centre |
| 7. Aliwal North | Lesedi Hospice, Mmusong |
| 8. Aliwal North | Youth Apostolate |
| 9. Bethlehem | Hlokomela Wa Heno-St Kizito's OVC Programme |
| 10. Bethlehem | Sekwele Centre for Social Reflection |
| 11. Bethlehem | Gethsemane Health Care Centre |
| 12. Bethlehem | Hlokomela Wa Heno-St Kizito's Programme |
| 13. Bloemfontein | Siyathokoza |
| 14. Bloemfontein | HIV/AIDS Co-ordinating Office(Lesedi Centre of Hope) |
| 15. Botswana | Little Friends Centre for OVC |
| 16. Botswana | Association of Women Religious of Botswana |
| 17. Botswana | Vicariate AIDS Ad hoc Committee |
| 18. Botswana | Catholic Vicariate of Francistown |
| 19. Botswana | Positive Living Helper Cells |
| 20. Botswana | St Francis of Assisi Catholic Mission |
| 21. Botswana | Corpus Christi Catholic Mission |
| 22. Botswana | Lesang Bana Care Centre-Divine Mercy Catholic Miss |
| 23. Botswana | Reneetswe Happy Home -Mmankgodi Catholic Miss |
| 24. Botswana | Northern Kgalagadi Catholic Mission |
| 25. Botswana | Tshipidi Pre-School and Day Care Centre |
| 26. Oudtshoorn | Breede River Hospice |
| 27. Cape Town | SACBC National Youth Desk |
| 28. Cape Town | Prosperity Youth Centre |
| 29. Cape Town | Nazareth House/Lizo Nobanda |
| 30. De Aar | Nightingale Hospice |
| 31. Dundee | Slindokuhle HBC |
| 32. Dundee | Vusisizwe Roman Catholic HBC |
| 33. Dundee | Osizweni HBC |

| Diocèse / Pays | Nom du projet |
|------------------|--|
| 34. Dundee | Yakhumndeni Catholic Project |
| 35. Dundee | Damesfontein Home Based Care |
| 36. Dundee | Duduza Care Centre |
| 37. Dundee | Sakhimpilo Home Based Care Project |
| 38. Dundee | Zanethemba Home Based Care Association |
| 39. Dundee | Philisa Home Based Care/HIVAIDS Services |
| 40. Dundee | Noyi Bazi Clinic(Pomeroy) |
| 41. Dundee | Mhlumayo HBC Care Givers |
| 42. Dundee | Siyabasiza HBC Project |
| 43. Dundee | The Light of Life |
| 44. Dundee | Light of Hope HBC |
| 45. Dundee | Sakhisizwe HBC |
| 46. Dundee | Misokuhle and Siyabusiza HBC |
| 47. Durban | St. Clement's HBC Project |
| 48. Durban | Vuleka Trust |
| 49. Durban | Mother of Peace |
| 50. Durban | Right to live Campaign |
| 51. Durban | Esigodini Counseling Project |
| 52. Durban | Siyaphila CBO |
| 53. Durban | Lusisandla Community Outreach Project |
| 54. Durban | Siphithemba Caregiver (Holy Family) |
| 55. Durban | Refugee Pastoral Care |
| 56. Durban | Sinosizo OVC Project |
| 57. Durban | St Philomenas Community Care Programme |
| 58. Eshowe | Nardini Welfare Programme |
| 59. Eshowe | Thandukuphila CBO |
| 60. Eshowe | Sizanani Outreach Programme |
| 61. Gaborone | Divine Mercy Catholic Mission HBC |
| 62. Gaborone | Mafulong Day Care Centre for OVC |
| 63. Gaborone | Holy Cross AIDS Project |
| 64. Gaborone | Tirisanyo Catholic Commission |
| 65. Johannesburg | Sizonqoba |
| 66. Johannesburg | St Joseph Ithuteng Campaign |
| 67. Johannesburg | Touch of Care |
| 68. Johannesburg | HIVSA-Aha Tshepo Feeding Scheme |
| 69. Johannesburg | Bosco House |
| 70. Johannesburg | Reginald Orsmond Counselling Services |
| 71. Johannesburg | St Joseph Ithuteng Campaign |

| Diocèse / Pays | Nom du projet |
|------------------|--|
| 72. Johannesburg | Family and Community Services |
| 73. Johannesburg | Impilo Health Care Programme |
| 74. Johannesburg | Community AIDS Response |
| 75. Johannesburg | Dominican Counselling Project |
| 76. Johannesburg | Nqobile Women Development Project |
| 77. Johannesburg | Sacred Heart House |
| 78. Johannesburg | Nazareth House |
| 79. Johannesburg | Sithandizingane Care Project |
| 80. Johannesburg | Diocese of Johannesburg HIV/AIDS Dept. |
| 81. Johannesburg | Tshwaranang |
| 82. Johannesburg | Maforonation HBC |
| 83. Johannesburg | Inkanyezi HIV/AIDS Organization |
| 84. Johannesburg | Campanha de Consciencializaco sobre HIV/Sida |
| 85. Johannesburg | Love of Christ Ministries |
| 86. Johannesburg | Tshegetsang Support Group |
| 87. Ingwavuma | Malusi Omuhle Aids Project |
| 88. Ingwavuma | Unkulunkulu Unathi AIDS Project |
| 89. Keimoes | Diocese of Keimoes Upington |
| 90. Kimberly | Tsibogang Christian Action Group |
| 91. Klerksdorp | Bophelong Home Based Care |
| 92. Klerksdorp | Rorisang Men & Youth Development Services |
| 93. Klerksdorp | Justice and Peace Commission |
| 94. Durban | Sinosizo HBC |
| 95. Kroonstad | Diocesan AIDS Management Committee |
| 96. Kroonstad | AIDS Management Committee |
| 97. Kroonstad | Diocese of Kroonstad OVC Programme |
| 98. Lesotho | St Camillus HBC Centre |
| 99. Lesotho | Mamohau Mission |
| 100. Lesotho | St Leonard Health Centre |
| 101. Mariannhill | Mpharane Community Based Organization |
| 102. Mariannhill | Himmelburg HIV/AIDS Youth Project |
| 103. Mariannhill | Assisi Children's Shelter |
| 104. Mariannhill | Masikhulume Project |
| 105. Mariannhill | Mariannhill Diocesan HIV/AIDS Committee |
| 106. Manzini | Diocese HIV/AIDS Programme |
| 107. Oudtshoorn | BOKO |
| 108. Oudtshoorn | Knysna AIDS Council |
| 109. Pietersburg | Bophelong Day-Care Project |

| Diocèse / Pays | Nom du projet |
|---------------------|---|
| 110. Pietersburg | Bela Bela HIV/AIDS Prevention Group |
| 111. Port Elizabeth | Blue Crane Hospice |
| 112. Port Elizabeth | Assumption Sisters |
| 113. Port Elizabeth | Care Ministry |
| 114. Port Elizabeth | Good Samaritan Hospice |
| 115. Port Elizabeth | St Francis Hospice |
| 116. Port Elizabeth | Missionary Sisters of the Assumption |
| 117. Port Elizabeth | St Kizito's St Anne's Project OVC |
| 118. Pretoria | CWA Home Based Care, Siyathokoza |
| 119. Pretoria | Goitse Modimo & Support Group & Skills Development |
| 120. Pretoria | Mercy Aids Project/Kopano Lerato |
| 121. Pretoria | Chariots of Hope-St Peter Claver |
| 122. Pretoria | Good Shepherd Mission |
| 123. Pretoria | St Joseph's Care and Support Trust |
| 124. Pretoria | Sunrise HBC |
| 125. Pretoria | Nazareth House |
| 126. Pretoria | Holy Cross Home |
| 127. Pretoria | Tshwaranang Hospice-Archdiocese of Pretoria |
| 128. Pretoria | St John the Baptist Catholic Clinic |
| 129. Queenstown | Imfobe HIV/AIDS Initiative |
| 130. Queenstown | Ntaba Maria Care Project |
| 131. Rustenburg | Rustenburg Catholic Justice and Peace Commission |
| 132. Rustenburg | Tapologo |
| 133. Mandeni | Brotherhood of Blessed Ge'rard |
| 134. Mthatha | Diocese of Mthatha |
| 135. Mthatha | Glen Avent Convent |
| 136. Tzaneen | St. Brendans School |
| 137. Tzaneen | Dwars River Parish-AIDS-Badielegi Community Project |
| 138. Tzaneen | St Joseph's Community Centre |
| 139. Tzaneen | Nzhelele HBC Project |
| 140. Umzimkhulu | Izandla Zothando Centocow AIDS Project |
| 141. Witbank | Asiphilenikahle HBC Organization |
| 142. Witbank | Uthando House |
| 143. Witbank | Diocese HIV/AIDS Co-ordinating Committee |
| 144. Witbank | Masisukumeni Women's Crisis Centre |
| 145. Witbank | St Kizito Glen Cowie Support Group |
| 146. Witbank | Diocese AIDS Office |

Notes

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.



COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



- est une série de matériels d'information de l'ONUSIDA qui encouragent l'apprentissage, partagent l'expérience et responsabilisent les gens et les partenaires (personnes vivant avec le VIH, communautés affectées, société civile, gouvernements, secteur privé et organisations internationales) engagés dans une riposte élargie à l'épidémie de sida et son impact ;
- donne la parole à celles et ceux dont le travail est de combattre l'épidémie et d'en alléger les effets ;
- fournit des informations sur ce qui a marché dans des contextes spécifiques, pouvant être utiles à d'autres personnes confrontées à des défis similaires ;
- comble un vide dans d'importants domaines politiques et programmatiques en fournissant des directives techniques et stratégiques, ainsi que les connaissances les plus récentes sur la prévention, les soins et l'atténuation de l'impact dans de multiples contextes ;
- vise à stimuler de nouvelles initiatives aux fins de l'élargissement de la riposte à l'épidémie de sida au niveau des pays ; et
- représente un effort interinstitutions de l'ONUSIDA en partenariat avec d'autres organisations et parties prenantes.

Si vous désirez en savoir plus sur la Collection Meilleures Pratiques et les autres publications de l'ONUSIDA, rendez-vous sur le site www.unaids.org. Les lecteurs sont encouragés à envoyer leurs commentaires et suggestions au Secrétariat de l'ONUSIDA, à l'attention de l'Administrateur chargé des Meilleures Pratiques, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Riposte confessionnelle au VIH en Afrique australe : l'initiative *Choose to Care*

Cette étude expose l'action de l'initiative *Choose to Care* de l'Église catholique en Afrique australe. Elle montre qu'une intensification efficace des programmes visant à riposter au VIH, et les mesures prises vers la réalisation de l'accès universel, ne passe pas nécessairement par une extension d'un service central unique. Par l'initiative *Choose to Care*, l'Église a intensifié ses services en renouvelant les programmes à petite échelle, élaborés à partir des besoins exprimés par les communautés locales. Cette étude montre que ce type d'approche est efficace lorsqu'il est appliqué à l'aide de lignes directrices communes et d'un appui central donné.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

Tél. : (+41) 22 791 36 66
Fax : (+41) 22 791 48 35
courrier électronique : bestpractice@unaids.org

www.unaids.org