

La riposte des ménages et des communautés à l'épidémie de VIH/SIDA dans les zones rurales de l'Afrique subsaharienne



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
OUTILS FONDAMENTAUX

Remerciements

*Ce rapport a été compilé par Gladys Mutangadura,
Duduzile Mukurazila et Helen Jackson*

ONUSIDA/99.39F (version française, avril 2000)

Version originale anglaise, UNAIDS/99.39E, juin 1999 :

A review of household and community responses to the HIV/AIDS epidemic in the rural areas of sub-Saharan Africa
Traduction - ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2000. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (Contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

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.

La riposte des ménages et des communautés à l'épidémie de VIH/SIDA dans les zones rurales de l'Afrique subsaharienne



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Genève, Suisse
2000

SOMMAIRE

Préface	5
Acronymes	7
Résumé d'orientation	9
1. Introduction	15
2. Objectifs, méthodes et définition des termes	18
2.1 Objectifs	18
2.2 Méthodologie, portée et limites de l'étude	18
2.3 Définition des termes	19
3. Les actions de riposte des ménages face au VIH/SIDA dans les zones rurales	19
3.1 Types de stratégies mises en œuvre par les ménages	19
3.2 Les stratégies de riposte les plus courantes	27
4. Les implications des politiques dans le renforcement des capacités de riposte des ménages	28
4.1 Améliorer la production agricole	28
4.2 Générer des revenus et diversifier les sources de revenus	29
4.3 Réduire la charge de travail des femmes	31
4.4 Améliorer le bien-être des enfants dans le besoin	31
4.5 Stratégies à long terme	31
4.6 Domaines dans lesquels approfondir les recherches	32
4.7 Qui est responsable des choix au niveau des programmes et des politiques?	32
5. Ripostes communautaires au VIH/SIDA	33
5.1 Les organisations communautaires locales informelles	35
5.2 Les organisations formelles à assise communautaire	40
5.3 Programmes concernant le traitement et les soins à domicile	49
5.4 Changements au niveau des règles et des valeurs culturelles	51
6. Les implications des politiques sur les actions de riposte communautaires	53
6.1 Renforcer et mobiliser les capacités communautaires	54
6.2 Renforcer les ripostes communautaires	55
6.3 Mesures d'atténuation	55
6.4 Activités génératrices de revenus	56
6.5 Travail en partenariat	57
6.6 Evaluer l'efficacité des ripostes communautaires	57
7. Conclusions	58
Références et sources de documentation	60
Annexe 1 Exemples de groupes d'entraide en Ouganda	68
Annexe 2 Organisations d'aide aux survivants à Kagera, République-Unie de Tanzanie	69
Annexe 3 Exemples d'organisations à assise communautaire dans les zones rurales du Zimbabwe	70
Annexe 4 Exemples d'organisations à assise communautaire dans les zones rurales du Kenya	71

Préface

*E*n 1997, les coparrainants de l'ONUSIDA ont proposé de planifier un projet concernant l'impact et les conséquences de l'épidémie de VIH/SIDA et de le mener à bien en 1998-99. Les secteurs à étudier incluaient l'agriculture, les enfants et les familles. Le présent rapport a été préparé par l'ONUSIDA avec la coopération du PNUD et de la FAO, à la suite d'une conférence régionale qui a eu lieu à Harare en juin 1998 et dont le thème était l'impact du VIH/SIDA sur les ménages ruraux de petite taille. Cette initiative, rédigée sous forme d'un document de référence, fait partie de l'appel coordonné des organismes coparrainants de l'ONUSIDA et se concentre sur les zones rurales. Elle consiste en une analyse de la documentation existant à ce jour en ce qui concerne les ripostes mises en œuvre par les ménages ruraux et les communautés pour atténuer l'épidémie de VIH/SIDA et se concentre sur l'Afrique subsaharienne. La connaissance de ces données est impérative pour améliorer la planification des futures ripostes dans les zones rurales. Il est crucial de savoir quelles solutions obtiennent de bons résultats et de pouvoir évaluer l'importance des coûts permettant de mettre en œuvre ces solutions.

Le présent rapport est basé sur le travail de Gladys Mutangadura, Duduzile Mukurazita et Helen Jackson qui ont compilé et analysé la documentation concernant les ripostes mises en place au niveau des ménages et des communautés, face à l'épidémie de VIH/SIDA.

Dans de nombreux pays et zones à forte prévalence, le VIH/SIDA représente non seulement une menace pour la santé des individus et une menace sur le plan social et économique pour les familles et les communautés, mais il porte également atteinte aux lentes avancées obtenues, en matière de développement, au cours des dernières décennies. L'effet global sur la société est souvent mesuré en termes de ralentissement de la croissance du PNB ou de recul au niveau du développement (points) dans l'indice de développement humain utilisé par le PNUD. De telles valeurs (points) sont souvent des chiffres abstraits pour les décideurs, mais toute diminution de ces données représente des pertes concrètes au niveau des ménages. L'effet du VIH/SIDA sur les ménages est dévastateur: des études effectuées dans les ménages en Afrique et en Asie (Côte d'Ivoire, République-Unie de Tanzanie, Thaïlande) montrent que les familles vivant avec le VIH/SIDA enregistrent de substantielles réductions de revenus, allant de 40 à 60 %. Cette perte est compensée par le recours aux emprunts, par l'utilisation des économies personnelles et par la réduction de la consommation. Ces aspects concernent le registre économique; au niveau des stratégies de riposte touchant les problèmes sociaux, on peut noter la dissolution totale ou partielle des familles: les enfants vont vivre avec d'autres membres de la famille, un conjoint ou un enfant migre pour gagner de l'argent et, parfois, lors de la mort de son mari, l'épouse doit aller vivre sous le toit d'un frère.

Afin d'améliorer les conditions de vie des familles rurales vivant avec le VIH/SIDA et de les aider à maintenir leur revenu de base, en nos qualités de décideurs au niveau national et international, accompagnés par les ONG travaillant dans ce domaine, nous devons élargir notre connaissance des stratégies de riposte déjà utilisées par les familles et les communautés. Ce processus implique de mettre en lumière les stratégies qui fonctionnent de manière durable ainsi que les coûts nécessaires pour assurer le succès de ces initiatives.

Il est à souhaiter que le présent rapport serve de source d'inspiration pour les communautés, les ONG et les donateurs dans les zones rurales, principalement en Afrique où l'épidémie n'est pas limitée aux villes ou à des sous-groupes de populations spécifiques, mais où la maladie a également un effet dévastateur sur les villages et les communautés. Ce rapport fournit des exemples de stratégies ayant obtenu des résultats positifs et d'autres qui ont échoué. Toutefois, il ne répond pas à la question du rapport coût-efficacité des actions de riposte, comme prévu à l'origine. Très peu d'initiatives de riposte menées par des communautés et des ménages ruraux pour lutter contre l'épidémie de VIH/SIDA ont été évaluées sur le plan de leur efficacité et pratiquement aucune ne l'a été au niveau de son coût pour la société. Cette découverte, importante en soi, sert à rappeler aux initiateurs de projets qu'il est rarement possible d'adopter des méthodes utilisées par d'autres lorsque la seule description dont on dispose est celle du processus lui-même. L'évaluation du processus est importante mais elle n'est pas suffisante pour décider de la mise en place d'un projet. Si nous voulons participer à la mise en place de politiques dans ce domaine, nous devons savoir quelles sont les mesures qui obtiennent des résultats et pourquoi.

Lors de la planification d'actions de riposte, des évaluations systématiques - y compris des analyses de rentabilité - devraient être effectuées pour s'assurer que les choix opérés prennent en compte l'efficacité, la capacité de financement, la durabilité et les questions liées à l'équité. La présente étude établit clairement que les critères d'impact et d'efficacité sont rarement définis. Pour assurer une planification adéquate, des mesures d'impact et de résultats (à court et à long termes), tout comme des évaluations au niveau des coûts des initiatives, sont nécessaires. De telles évaluations pourraient inclure des indicateurs tels que le nombre de familles concernées par le projet, la scolarisation, la sécurité alimentaire et la quantité d'argent disponible, selon les objectifs du programme. Il faut espérer que ce document alimentera des débats sur ce qui pourrait être fait dans les zones rurales pour atténuer l'impact du VIH/SIDA tant au niveau des ménages que des communautés. Nous espérons également qu'il encouragera les décideurs politiques et les communautés à contrôler et observer l'efficacité et les coûts impliqués dans de telles initiatives et à créer ainsi une mémoire collective dans ce domaine.

Acronymes

ABEKA	<i>Abemahamo ba Karagwe (organisation à assise communautaire en République-Unie de Tanzanie)</i>
ACDI	<i>Agence canadienne pour le Développement international</i>
AusAID	<i>Australian Agency for International Development (Agence australienne pour le développement international)</i>
DANIDA	<i>Danish International Development Agency (Agence danoise pour le développement international)</i>
DFID	<i>Department for International Development, UK (Agence britannique pour le développement international)</i>
ELCT	<i>Evangelical Lutheran Church of Tanzania, Huyawa (Eglise évangélique luthérienne de Tanzanie)</i>
FACT	<i>Family AIDS Caring Trust (Association d'aide aux familles touchées par le SIDA)</i>
FAO	<i>Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture</i>
FOCUS	<i>Families, Orphans and Children Under Stress Programme (Programme d'aide aux familles, aux orphelins et aux enfants en difficulté)</i>
GASCO	<i>Gomba AIDS Care Organization (Organisation de soins aux malades du SIDA, Ouganda)</i>
GTZ	<i>Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence de coopération technique allemande)</i>
HIVOS	<i>Humanistic Institute for Cooperation with Developing Countries (Netherlands), (Institut humaniste pour la coopération avec les pays en développement – Pays-Bas)</i>
KAKAU	<i>Kanisa Katoloki na UKIMWI, (Organisation à assise communautaire en République-Unie de Tanzanie)</i>
KARADEA	<i>Karagwe Development Association (République-Unie de Tanzanie)</i>
KISA	<i>Kisa Farm Women's Group (Groupe de femmes – Ouganda)</i>
KOCC	<i>Kemondo Orphan Care Center (Centre d'aide aux orphelins – République-Unie de Tanzanie)</i>
KOTF	<i>Kagera Orphans Trust Fund (République-Unie de Tanzanie)</i>
MACOP	<i>Missenyi AIDS Control Orphans Project (République-Unie de Tanzanie)</i>

MST	<i>Maladies sexuellement transmissibles</i>
NACWOLA	<i>National Community of Women Living with HIV/AIDS (Communauté nationale de femmes vivant avec le VIH/SIDA)</i>
NORAD	<i>Norwegian Agency for International Development (Agence norvégienne pour le développement international)</i>
OMS	<i>Organisation mondiale de la Santé</i>
ONG	<i>Organisation non gouvernementale</i>
ONUSIDA	<i>Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA</i>
PVS	<i>Personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA</i>
SAfAIDS	<i>Southern Africa AIDS Information Dissemination Service (Service de diffusion de l'information sur le SIDA pour l'Afrique australe)</i>
SAFO	<i>Society for AIDS Families and Orphans, Afrique du Sud (Groupement pour les familles et les orphelins touchés par le SIDA)</i>
SARDC	<i>Southern Africa Regional Documentation Centre (Centre de documentation régional pour l'Afrique australe)</i>
SIDA	<i>Swedish International Development Agency (Agence suédoise pour le développement international)</i>
SIDA	<i>Syndrome d'immunodéficience acquise</i>
STOGA	<i>St Theresa's Old Girls Association</i>
TASO	<i>The AIDS Support Organization, Ouganda (Organisation ougandaise d'aide aux malades du SIDA)</i>
PNUD	<i>Programme des Nations Unies pour le Développement</i>
UNICEF	<i>Fonds des Nations Unies pour l'Enfance</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement international)</i>
VIH	<i>Virus de l'immunodéficience humaine</i>
WAMATA	<i>Walio Katika Mapambano na Ukimwi, Rubya Branch (Ceux qui sont en guerre contre le SIDA en République-Unie de Tanzanie)</i>
ZAN	<i>Zimbabwe AIDS Network (Réseau SIDA au Zimbabwe)</i>

Résumé d'orientation

Introduction

*L*e but de cette étude est d'examiner la documentation existant sur les actions de riposte au VIH/SIDA au niveau des ménages et des communautés et de formuler des recommandations en matière de politiques. Le présent document sert de référence pour un outil beaucoup plus court et davantage orienté vers la sensibilisation dont le rôle sera de stimuler les débats parmi les groupes thématiques onusiens et les principaux détenteurs d'enjeux sur ce qui peut être fait en Afrique subsaharienne. Cette étude consiste en une analyse des publications existantes et en une réflexion à partir de celles-ci. La documentation étudiée a des limites: d'une part, étant donné que les documents se concentrent sur l'Afrique subsaharienne, les résultats ne sont pas nécessairement applicables à d'autres régions du globe; d'autre part, étant donné qu'il s'agit d'une analyse de documents, il a été difficile d'obtenir des témoignages «informels», ce qui rend inévitablement la couverture du sujet incomplète.

Résultats

*L*a documentation concernant les actions de riposte des ménages a révélé qu'un certain nombre d'actions sont mises en œuvre. Celles-ci peuvent être classées en trois catégories:

1. Stratégies destinées à améliorer la sécurité alimentaire.
2. Stratégies destinées à trouver des revenus ou à les augmenter afin de maintenir les habitudes de dépenses des ménages.
3. Stratégies destinées à atténuer la perte de main-d'œuvre.

Les stratégies de riposte ne nécessitant pas le recours à l'argent sont les plus fréquemment adoptées. Des exemples de ces stratégies incluent la réaffectation du travail à l'intérieur du foyer, la déscolarisation, la diversification de la production agricole du ménage et la diminution des surfaces cultivées. Alors que certaines stratégies de riposte ne sont pas irréversibles, d'autres, comme le retrait des enfants de l'école sont souvent irréversibles. Celles-ci pourraient être envisagées comme des stratégies à court terme ayant des conséquences à long terme sur la survie.

La rentabilité des stratégies de riposte locales des ménages n'a pas été observée dans les recherches. Ce point constitue indéniablement une lacune dans les connaissances et doit faire l'objet de recherches à l'avenir.

Les politiques qui peuvent être adoptées pour renforcer la capacité de riposte des ménages vis-à-vis de l'impact du VIH/SIDA comprennent:

- l'amélioration de l'accès des ménages à des ressources limitées telles que la main-d'œuvre, la terre, le capital, les animaux de trait et les compétences en matière de gestion;
- la promotion d'une utilisation optimale des ressources disponibles par le biais de technologies améliorées; l'assurance d'un soutien économique pour améliorer les revenus des ménages affectés par le biais d'activités génératrices de revenus;
- l'instauration d'une entraide (responsabilisation) pour les groupes affectés tels que les ménages ayant à leur tête un enfant, les veuves, les grands-parents, les jeunes, les orphelins, les professionnel(le)s du sexe, etc., dans le but de réduire la vulnérabilité et de renforcer la capacité de riposte.

Différentes initiatives communautaires existent pour atténuer l'impact du VIH/SIDA. Elles sont menées par des ONG, des groupes religieux, des guérisseurs traditionnels, des personnes vivant avec le VIH/SIDA, des femmes, des jeunes et d'autres. Elles comprennent:

- une organisation communautaire de la prise en charge des enfants;
- des systèmes coopératifs de garderie et des centres de nutrition pour aider les femmes à faire face à leur charge de travail;
- un appui aux orphelins sous forme d'aide en matière de nutrition et d'éducation;
- la réparation des maisons en cours de détérioration;
- des aides et des visites à domicile dans les maisons abritant des orphelins ou des malades du SIDA;
- la préparation et la distribution d'uniformes scolaires;
- un apprentissage et une formation dans des secteurs professionnels utilisateurs de main-d'œuvre pour les orphelins adolescents;
- des projets agricoles à différents niveaux pour accroître la production;
- le partage du travail; des projets générateurs de revenus afin d'obtenir de l'argent et de la nourriture;
- des clubs d'épargne et des systèmes de crédit pour les frais d'obsèques.

Les ripostes communautaires prennent la forme d'organisations locales, telles que les groupes de soutien social, les clubs d'épargne et les groupes d'entraide informels, ainsi que d'organisations à assise communautaire qui s'appuient, jusqu'à un certain point, sur un soutien extérieur en provenance d'ONG ou d'autres agences.

Les groupes traditionnels autochtones constituent une source majeure de soutien dans les communautés qui sont soumises à l'impact de l'épidémie de SIDA. La documentation en République-Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe indique que, dans de nombreuses communautés, il existe des groupes traditionnels autochtones tels que des clubs d'épargne, des sociétés funéraires, des systèmes organisant le partage du travail et des économies de récoltes. Ces structures jouent un rôle majeur dans la lutte des ménages face à l'épidémie de VIH/SIDA.

Dans les régions les plus touchées de Kagera en République-Unie de Tanzanie, une étude démographique au niveau des ménages a montré que de nouvelles associations d'urgence avaient spécifiquement été formées pour faire face aux besoins en argent et en main-d'œuvre générés par l'épidémie de SIDA. Les principales activités

de ces associations d'urgence incluent l'aide aux cérémonies funéraires, le fermage communautaire, l'aide aux malades, la reconstruction des habitations et la réhabilitation des fermes, le soutien aux survivants et des activités génératrices de revenus. Ces groupes informels apportent non seulement une aide matérielle mais également un appui psychologique. Toutefois, comme le nombre de décès liés au SIDA augmente, ces stratégies locales sont de plus en plus fortement sollicitées et il devient nécessaire de mettre en place des programmes et des politiques capables de fournir un soutien lorsque les stratégies existantes deviennent insuffisantes.

Les initiatives communautaires formelles incluent les organisations à assise communautaire et les organisations de lutte contre le SIDA qui s'appuient d'une manière ou d'une autre sur un soutien extérieur des ONG, des gouvernements ou d'autres institutions de développement. Leurs activités d'atténuation varient d'un pays à l'autre mais elle incluent l'agriculture et des activités génératrices de revenus autres que l'agriculture, telles que l'artisanat, l'apiculture, la menuiserie, la création et la réparation de vêtements, l'élevage de porcs, l'élevage de volailles, la culture des bananes et des légumes et le secteur de la construction.

La documentation montre également que certains changements interviennent au niveau des valeurs et des règles culturelles communautaires lorsque les communautés tentent de faire face au VIH/SIDA. Aujourd'hui, de nombreuses communautés n'ont pas les ressources matérielles et humaines pour assurer les rites traditionnellement établis et de rapides modifications ont dû être mises en place. Plusieurs études montrent que les périodes de deuil ont été considérablement réduites. Des études mentionnent également des changements dans certaines pratiques culturelles traditionnelles susceptibles d'accélérer la propagation de la transmission du VIH. Par exemple, dans une étude effectuée en Zambie, il a été noté que le rite funéraire comportant des pratiques sexuelles est de moins en moins utilisé, particulièrement si l'on suspecte le SIDA d'être la cause du décès.

Les programmes à assise communautaire qui dépendent d'aides extérieures ont mieux répondu aux besoins des personnes affectées par le SIDA, fournissant une gamme de mesures plus vaste et plus holistique aux membres affectés et infectés. Pourtant, ces programmes ont des limites telles que: des compétences insuffisantes en matière de gestion et d'organisation, un manque de fonds et de soutien technique pour maintenir le projet lorsque le donateur se retire; un mauvais ciblage du soutien; des problèmes de fondateurs et, lorsque le programme est financé par une église, une discrimination à l'encontre des non-membres. Des mesures permettant de résoudre ces problèmes peuvent permettre de renforcer la capacité des communautés à lutter contre le VIH/SIDA.

Recommandations

Les principales recommandations qui apparaissent à la lecture de la documentation existante incluent les besoins suivants:

- Renforcer la capacité des ménages ruraux à faire face au VIH/SIDA en améliorant leur accès aux ressources limitées: travail, terre, capital, animaux de trait et

compétences en matière de gestion. Cela peut être réalisé grâce à des services permettant la promotion de technologies assurant l'utilisation optimale des ressources disponibles, grâce à des systèmes de recherches développant des technologies susceptibles d'améliorer la productivité en tenant compte des contraintes liées au travail et au capital, grâce à une amélioration des revenus des ménages affectés par le biais d'activités génératrices de revenus et grâce à un meilleur ciblage du soutien aux ménages les plus vulnérables.

- Parvenir à ce que les programmes d'assistance sociale ciblent un groupe plus large de ménages, en fonction d'indicateurs concernant à la fois la pauvreté et le SIDA. Pour y parvenir au mieux, il est nécessaire de travailler par l'intermédiaire des communautés elles-mêmes, afin d'identifier les personnes connaissant les plus grandes difficultés.
- Les décideurs politiques et les agences de développement devront contribuer à l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA en travaillant par le biais des mécanismes communautaires traditionnels déjà en place - plutôt que de déplacer ceux-ci. Les programmes et les politiques devraient tendre à renforcer les actions de riposte locales telles que les clubs d'épargne, les systèmes économes en main-d'œuvre et les animaux de trait. De plus, il est nécessaire de contrôler étroitement la situation dans les communautés, de manière à ce que des politiques et des programmes puissent être élaborés pour réagir aux nouveaux défis qui surgissent au fur et à mesure que l'épidémie progresse.
- Promouvoir l'efficacité des organisations à assise communautaire et des ONG. Les stratégies de riposte communautaires peuvent être consolidées par le renforcement des compétences en matière de gestion des organisations à assise communautaire et par la formation au niveau de l'élaboration de projets, de la planification, du management, du suivi et de l'évaluation.
- Etablir un partenariat concret entre les communautés, les gouvernements, les agences donatrices, les ONG internationales, les ONG locales, le secteur privé et d'autres dans le but d'atténuer les impacts du VIH/SIDA.
- Intensifier les programmes d'atténuation. Les donateurs multinationaux doivent être plus flexibles et diriger leurs dons vers les initiatives locales, de préférence en divisant les montants en plusieurs fractions modiques plutôt qu'en attribuant la totalité à un seul projet. L'accent qui est mis actuellement sur les subventions et les projets à gros budgets porte atteinte aux initiatives locales qui pourraient être beaucoup plus efficaces et appropriées, ainsi que durables. Les donateurs sont toutefois réticents à gérer plusieurs petits projets. Un mécanisme est nécessaire pour résoudre ce problème avec peut-être un organisme intermédiaire dont le rôle serait de gérer les fonds attribués par petites fractions et de rendre compte de leur utilisation aux donateurs.
- Parvenir à ce que les stratégies gouvernementales à long terme s'attaquent aux problèmes sous-jacents qui rendent les petits ménages ruraux vulnérables à l'impact du VIH/SIDA. Les stratégies doivent viser à l'élimination de la pauvreté par

le biais de la réhabilitation et de l'expansion des services essentiels tels qu'une éducation de base, des soins de santé préventifs, de l'eau potable, une bonne hygiène, un meilleur accès à la terre, aux crédits et aux marchés ainsi qu'à une meilleure protection contre la sécheresse par l'introduction de l'irrigation. Il faudrait également créer davantage d'emplois rémunérés pour les pauvres et les personnes ne possédant pas de terre.

- Développer une approche plus globale en ce qui concerne l'évaluation des programmes d'atténuation et assurer une bonne qualité en matière de planification. Pour cela, il est nécessaire de disposer d'instruments de mesures de l'impact et des résultats (à court et à long termes), ainsi que du coût des initiatives.
- Eviter que les organisations à assise communautaire et les ONG n'effectuent un travail en double de celui qui existe déjà dans les communautés mais les faire parvenir à une intégration en renforçant ou en complétant les ripostes communautaires. Le soutien extérieur devrait s'élaborer à partir des structures communautaires existantes: églises, groupes de femmes, écoles et familles d'accueil.
- Les gouvernements doivent jouer un rôle plus actif de leaders et réviser leur engagement en matière de développement rural. Ils doivent s'engager dans cette voie en disposant d'une analyse claire de l'impact du SIDA sur le développement et de l'impact du développement sur l'épidémie de SIDA elle-même.

1. Introduction

Au cours des vingt dernières années, le VIH/SIDA est devenu un phénomène de plus en plus mondial. Dans les pays les plus fortement frappés par la pandémie, la morbidité et la mortalité se sont accrues et il faut s'attendre à ce que cette hausse se poursuive. Le fait que la morbidité et la mortalité augmentent signifie non seulement que le VIH/SIDA change la structure démographique des ménages mais également qu'il porte sérieusement atteinte au bien-être socio-économique des ménages et des communautés. Des recherches, effectuées pour la plupart dans les années 1990, ont montré que le VIH/SIDA a un effet négatif sur les petites exploitations agricoles et par conséquent sur la vie des ménages ruraux. Cette simple constatation nécessite qu'une attention soit portée au niveau des politiques. Les effets socio-économiques sont lourdement ressentis par les individus, dans les ménages et les communautés qui ne bénéficient que de peu de soutien - voire d'aucun - de la part de la communauté chargée des changements technologiques et des décideurs politiques. Selon le rapport du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) pour 1998, plus de 33 millions de personnes vivent avec le VIH/SIDA dans le monde. Quelque 60 % des personnes infectées vivent en Afrique subsaharienne où la pauvreté, l'inégalité entre les sexes et la vulnérabilité face aux catastrophes naturelles créent un environnement qui exacerbe l'impact du VIH/SIDA.

Le principal mode de transmission du VIH en Afrique subsaharienne est la relation hétérosexuelle, dont on estime qu'elle représente 93 % des cas chez les adultes, suivi par la transmission verticale et les transfusions de sang. Les recherches concernant les impacts socio-économiques du VIH/SIDA sur les ménages dans les pays en développement ont montré que les principaux impacts sont sociaux, psychologiques et économiques (voir le tableau 1 pour une récapitulation détaillée des impacts). Les ménages à subsistance rurale sont souvent frappés de manière plus violente que les familles urbaines. Ils souffrent de la disparition d'un travail productif, d'une baisse de revenu, d'une diminution de leurs réserves alimentaires et de leurs biens, d'une baisse de leurs économies car celles-ci sont consacrées aux soins de santé et aux frais d'obsèques. De plus, les opportunités d'éducation sont réduites puisque les enfants sont retirés de l'école pour s'occuper des personnes malades ou pour effectuer des petits travaux permettant de générer des revenus supplémentaires. La diminution du niveau de nutrition a également été constatée dans les ménages pauvres (Loewenson et al., 1997).

Au niveau communautaire, plus l'épidémie de VIH/SIDA s'accroît, plus les impacts socio-économiques affectent la communauté dans son ensemble. A long terme, des effets négatifs se font ressentir sur la fonction et la structure communautaires. Les pertes en ressources humaines affectent toutes les institutions (ONG, organisations à assise communautaire) ainsi que les structures communautaires et il est nécessaire de planifier ces pertes. Les problèmes communautaires inhérents à cette nouvelle situation comprennent: un besoin de soutien pour un nombre croissant d'orphelins, la réduction de la participation de la communauté

aux structures communautaires et de quartier, un accroissement du nombre des sans-abri et une augmentation du crime. En d'autres termes, la cohésion sociale est menacée et la situation qui en résulte fait augmenter le risque de transmission du VIH.

Les ménages et les communautés ont déjà mis en place certaines mesures pour faire face aux impacts du VIH/SIDA, tout comme cela avait été fait pour d'autres fléaux tels que la sécheresse. S'ils n'avaient pas agi de la sorte, ils auraient tout simplement cessé d'exister. Les ménages les plus affectés sont les familles pauvres où l'impact du SIDA accentue les problèmes, renforce la pauvreté et rallonge le temps nécessaire pour surmonter les épreuves. Le réseau de sécurité communautaire traditionnel a été affaibli par l'accroissement du déclin économique en Afrique subsaharienne et par l'accroissement du nombre des ménages dans le besoin (Tibaijuka, 1997).

Très peu de recherches ont été effectuées afin d'identifier et d'analyser le rapport coût-efficacité des mécanismes de riposte utilisés dans les communautés et les ménages. Le but de cette étude est d'observer les réponses apportées, dans la lutte contre le VIH/SIDA, au niveau des communautés et des ménages ruraux et d'analyser leur impact et leur pérennité. Elle suggère également des domaines sur lesquels les décideurs politiques pourraient se pencher et apporter des améliorations éventuelles. Le présent document constituerait ainsi une base à partir de laquelle développer des outils de sensibilisation. Cette analyse de la documentation existante se concentrera sur certains des points suivants:

- Quelles actions de riposte les ménages et les communautés utilisent-ils actuellement pour atténuer les impacts du VIH dans les zones rurales ?
- Quelle est la fréquence d'une action de riposte, dans différents ménages et différentes localités ?
- Quels sont les coûts associés à chaque type de riposte ?
- Quels sont les impacts (sociaux et économiques) associés à chaque type de riposte ?
- Quelle est la durabilité de chaque type de riposte ?
- Quelles sont les nouvelles implications politiques à prendre en compte pour la formulation des politiques futures ?

Les réponses à ces questions sont essentielles pour les décideurs politiques et pour les organisations de développement concernés par l'élaboration de stratégies à court et à long terme destinées à surmonter les impacts du VIH/SIDA. Il serait difficile de parvenir à des conclusions spécifiques sur l'impact des politiques et des projets alternatifs sans disposer d'informations sur les actions de riposte mises en œuvre par les ménages et les communautés les plus affectés par la morbidité et la mortalité.

Ce rapport est divisé en six sections. La section 2 décrit les méthodes et les objectifs de l'étude et définit les principaux termes utilisés. La section 3 énumère les ripostes actuellement utilisées par les ménages pour soulager l'impact du VIH/SIDA dans les zones rurales et analyse les stratégies de riposte actuellement

utilisées dans les ménages. La section 4 identifie les implications politiques du renforcement des stratégies de riposte des ménages. La section 5 décrit les actions de riposte communautaires existant actuellement pour diminuer l'impact du VIH/SIDA dans les zones rurales et en compare les effets. La section 6 présente des options permettant de renforcer ces stratégies et la section 7 présente des conclusions.

Tableau 1: Impacts potentiels du SIDA sur les ménages

Impacts potentiels du SIDA sur les familles	Impact du SIDA sur les enfants	Problèmes au niveau communautaire
<ul style="list-style-type: none"> - Perte de membres, deuil - Appauvrissement - Changement dans la composition de la famille et dans les rôles des adultes et des enfants - Perte de travail - Migration forcée - Dissolution - Stress - Incapacité de soigner et d'éduquer les enfants - Perte de revenus pour les soins médicaux et l'éducation - Découragement - Pathologies à long terme (accroissement d'un comportement dépressif chez les enfants) - Le nombre de ménages multigénérationnels dépourvus de personnes d'âge moyen va augmenter 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de la famille et de l'identité - Dépression - Diminution du bien-être - Accroissement de la malnutrition, de la sous-alimentation - Incapacité à vacciner ou à fournir des soins de santé - Dégradation de l'état de santé - Accroissement des exigences au niveau du travail - Perte des opportunités au niveau éducatif/scolaire - Perte de l'héritage - Migration forcée - Enfants sans-abri, vagabondage, crime - Augmentation du nombre d'enfants vivant dans la rue - Exposition à l'infection à VIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la main-d'œuvre - Accroissement de la pauvreté - Incapacité à maintenir les infrastructures - Perte de la main-d'œuvre qualifiée, y compris le personnel médical et les enseignants - Au niveau agricole, diminution de la production et de la main-d'œuvre - Accès réduit aux soins de santé - Accroissement de la morbidité et de la mortalité - Stress et dépression - Incapacité à réunir les ressources nécessaires aux besoins globaux de la communauté en matière d'assurances ou de financement

Source: Hunter et Williamson (1997).

2. Objectifs, méthodes et définition des termes

2.1 Objectifs

L'objectif général de cette étude est de parvenir à une meilleure compréhension des actions de riposte des communautés et des ménages principalement ruraux pour lutter contre le VIH/SIDA et d'étudier le rapport coût-efficacité de ces ripostes. De manière plus spécifique, ses objectifs incluent:

- Identifier les ripostes au niveau des ménages et des communautés;
- Evaluer les ripostes et leur durabilité face à l'impact.

2.2 Méthodologie, portée et limites de l'étude

Cette étude est fondée sur l'analyse de la documentation existante. Celle-ci a été consultée au SAfAIDS Resource Centre et dans d'autres centres de compilation des informations. Des visites ont été effectuées sur les lieux suivants: Université du Zimbabwe, Institute of Development Studies, Project Support Group, UNICEF, SADC - Département de la sécurité alimentaire, SARDC, bureaux locaux du PNUD et de la Banque mondiale. Ce rapport se limite géographiquement à l'Afrique subsaharienne. Les recherches de données électroniques ont été effectuées par le biais de AIDSline et Africa Health Anthology. Une liste complète des ouvrages consultés pour cette étude figure à la fin du présent document.

L'étude se concentre sur les publications en langue anglaise concernant l'Afrique subsaharienne. La diversité des situations agro-écologiques crée des différences dans les mécanismes de riposte adoptés. Aucune étude concernant les coûts des ripostes au niveau des ménages ou des communautés n'a pu être trouvée. L'essentiel de la documentation concernant les coûts concerne les actions au niveau des soins et de la prévention. Il est difficile d'obtenir des données fiables en ce qui concerne l'économie domestique (Banque mondiale, 1997). Même si la documentation utilisée n'est supposée se concentrer que sur les zones rurales et que la section concernant les ripostes au niveau des ménages ne prend en compte que les documents concernant les zones rurales, la section concernant les ripostes communautaires, en revanche, s'appuie sur des publications issues aussi bien de zones rurales que de zones urbaines. Ce choix a été effectué car il existe un lien entre les zones urbaines et rurales: les populations se déplacent en effet fréquemment entre la campagne et la ville et les ripostes communautaires ont tendance à être similaires. Il arrive même que certains types de ripostes communautaires prennent naissance dans les zones urbaines, comme celles soutenues par les ONG. L'une des limites majeures de l'analyse des publications existant sur un sujet est que les documents «informels» peuvent ne pas être disponibles dans les centres de ressources.

2.3 Définition des termes

Communauté: groupe spécifique de personnes vivant généralement dans une zone géographique commune, partageant une culture commune, organisées en une structure sociale et ayant une certaine conscience de leur identité en tant que groupe (Allman et al., 1997).

Ménage: groupe de personnes qui vivent sous un même toit et qui prennent leurs repas ensemble.

Coût-efficacité: le rapport coût-efficacité est un instrument de mesure. Il compare le coût d'un programme avec son efficacité. L'une des mesures de l'efficacité de l'atténuation de l'épidémie de VIH/SIDA pourrait être le niveau de sécurité alimentaire et de fréquentation scolaire. Des efforts ont été faits dans cette étude pour indiquer les coûts et l'efficacité observés pour les différentes stratégies des communautés et des ménages. Toutefois, ces informations se sont avérées difficiles à obtenir pour chacune des stratégies: aucune étude de coût-efficacité n'ayant été faite au niveau des initiatives, particulièrement pour celles entreprises dans un cadre traditionnel ou local. En outre, les informations concernant les coûts de ces initiatives n'ont pas été enregistrées de manière formelle.

3. Les actions de riposte des ménages face au VIH/SIDA dans les zones rurales

*L*es ménages ont adopté une vaste gamme de stratégies pour atténuer les effets du VIH/SIDA. Cette section présente les types de stratégies adoptées par les ménages, l'ordre dans lequel elles ont été adoptées ainsi que leur coût et leur efficacité.

3.1 Types de stratégies mises en œuvre par les ménages

Il existe différentes manières de classer les stratégies de riposte. Dans le tableau 2, nous les avons divisées en trois catégories de base:

- stratégies destinées à améliorer la sécurité alimentaire,
- stratégies destinées à générer et augmenter des revenus de façon à maintenir les habitudes de dépenses du foyer,
- stratégies destinées à alléger le coût de la main-d'œuvre.

Tableau 2: Stratégies de riposte des ménages

Stratégies destinées à améliorer la sécurité alimentaire	Stratégies destinées à générer et augmenter les revenus de manière à maintenir les habitudes de dépense du ménage	Stratégies destinées à atténuer la perte de main-d'œuvre
<ul style="list-style-type: none"> • Recourir à des aliments moins chers (par exemple du porridge plutôt que du pain) • Réduire la consommation d'une denrée • Envoyer les enfants vivre avec d'autres membres de la famille • Remplacer une denrée par des légumes locaux/sauvages • Mendier 	<ul style="list-style-type: none"> • Diversifier les revenus • Migrer à la recherche de nouveaux emplois • Emprunter • Vendre des biens • Recourir à des économies ou à des investissements 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaffecter le travail à l'intérieur du foyer et retirer les enfants de l'école • Faire des heures supplémentaires • Engager de la main-d'œuvre et utiliser des animaux de trait • Diminuer les zones cultivées • Demander de l'aide à de la famille • Diversifier les sources de revenus

La documentation existant sur l'impact de la maladie et du décès des adultes ainsi que sur les ripostes des ménages suggère que les individus et les ménages se trouvent confrontés à des processus d'expérimentation et d'adaptation lors de leurs tentatives de faire face à des changements démographiques immédiats et à long terme. L'impact du VIH/SIDA, en Zambie en particulier et en Afrique en général, est décrit comme un véritable raz-de-marée (Barnett et Blaikie, 1992); Drinkwater, 1993; Bond et Wallman, 1993). Sur une période de cinq ans, une phase de la maladie peut être suivie par d'autres qui, graduellement, diminuent les ressources et la disponibilité en main-d'œuvre d'un ou de plusieurs ménages interdépendants. L'étude Kagera (République-Unie de Tanzanie) a montré qu'un ménage affecté est soumis, au cours des six mois avant un décès et dans la période qui suit le deuil, à des mouvements d'entrées et de sorties des membres de la famille ou du ménage. Il apparaît que ces mouvements jouent un rôle important dans la stratégie de riposte du ménage (Over, 1995). A partir de ces études (Sauerborn et al., 1996; Donahue, 1998; Hunter et Williamson, 1997), il a été montré que les mécanismes de riposte sont adoptés de manière séquentielle ou par étape (voir tableau 3).

Après leur étude sur les stratégies de riposte (Sauerborn et al., 1996) concernant les coûts liés à la maladie dans les zones rurales du Burkina Faso, une stratégie de riposte séquentielle a été définie. Elle correspond parfaitement aux étapes identifiées par Donahue. La séquence est la suivante:

1. Utilisation des économies
2. Vente de biens (bétail, équipement, etc.)
3. Emprunts
4. Travail rémunéré
5. Assistance de la communauté
6. Inaction totale (au bord de la catastrophe)

Tableau 3: Les trois étapes de la gestion d'un deuil

Étapes	Stratégies de gestion d'un deuil
1. Mécanismes réversibles et recours à des biens de précaution	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher un emploi rémunéré ou migrer temporairement pour trouver un travail rémunéré • Se mettre à produire des denrées agricoles de subsistance ne nécessitant que peu d'entretien (qui sont généralement d'une moindre qualité nutritionnelle) • Vider des comptes d'épargne ou vendre des biens comme des bijoux ou du bétail (à l'exclusion des animaux de trait) • Avoir recours à la famille élargie ou à des membres de la communauté • Solliciter de l'argent de la famille ou de la belle-famille • Emprunter auprès de sources de crédit formelles ou informelles • Réduire la consommation • Diminuer les dépenses consacrées à l'éducation, aux soins de santé non urgents ou à d'autres investissements essentiels à l'être humain
2. Recours à des biens de production	<ul style="list-style-type: none"> • Vendre de la terre, des biens d'équipement, des outils • Emprunter à des taux exorbitants • Réduire encore plus la consommation, l'éducation ou les dépenses de santé • Réduire la quantité des terres cultivées et les types de récoltes produites
3. Destitution	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendre de la charité • Dissolution du ménage • Migration de détresse

Source: Donahue (1998).

A partir de ces études, il est important de noter les facteurs déterminant la capacité de riposte d'un ménage. Ceux-ci incluent: l'accès aux ressources, la taille du ménage et sa composition, l'accès aux ressources des familles élargies et la capacité de la communauté à fournir un soutien.

Les ménages qui disposent de revenus plus élevés ou de ressources de substitution feront mieux face à l'impact du VIH/SIDA. Les ménages bénéficiant d'un soutien sont davantage susceptibles de redresser la situation au cours des étapes 1 et 2. Les ménages pauvres et de petite taille, qui n'ont aucune latitude pour absorber les coûts supplémentaires générés par l'infection à VIH, sont les plus vulnérables à l'épidémie. Ils ne possèdent pas les biens matériels, particulièrement en ce qui concerne le bétail, permettant certains choix de stratégies - par exemple emprunter ou engager de la main-d'œuvre. Ces ménages ont été identifiés comme à haut risque (au bord de la catastrophe) et ils doivent bénéficier d'une aide particulière pour renforcer leur capacité de riposte.

3.1.1 Stratégies de riposte utilisées par les ménages pour améliorer la sécurité alimentaire

Réduction de la consommation de nourriture, substitution par des produits moins chers et recours aux plantes sauvages

Lorsqu'un soutien de famille meurt, les ménages sont confrontés à une diminution de la quantité de nourriture. Rugalema (1998) en République-Unie de Tanzanie, Sauerborn et al. (1996) au Burkina Faso et Barnett et al. (1995) en zone rurale de l'Ouganda ont découvert que certains ménages diminuent le nombre des repas lorsqu'ils sont confrontés à des restrictions alimentaires. Cette attitude semble constituer une stratégie communément utilisée par les ménages en Ethiopie, afin de faire face à une baisse de revenus, à la suite d'une crise inattendue, qu'il s'agisse d'un problème sectoriel ou humain (Webb et Reardon, 1992). Les recherches de SAfAIDS en Zambie sur ce sujet, en 1998, ont montré que les ménages achetaient des aliments moins chers ou encore qu'ils remplaçaient certains plats d'accompagnement (comme une entrée servie avec des hydrates de carbone de base tels que le maïs ou le manioc) par des légumes locaux ou sauvages.

La mendicité

Les recherches de SAfAIDS en Zambie (SAfAIDS, sous presse) ont identifié la mendicité comme une stratégie de survie dans les périodes de besoin. Sauerborn et al. (1996) ont indiqué que cette stratégie de survie est pratiquée lorsque les ménages en situation de risque sentent qu'ils basculent vers la catastrophe.

3.1.2 Les stratégies de riposte visant à l'accroissement des revenus

Diversification des revenus

Sauerborn et al. (1996) pour le Burkina Faso rural, SAfAIDS (sous presse) en Zambie rurale et Barnett et al. (1995) en Ouganda ont montré que les ménages ruraux qui ne peuvent faire face à leurs besoins alimentaires ou obtenir de l'argent par le biais de la production agricole s'engagent dans une série d'activités génératrices de revenus: vente de bois, brassage de la bière de millet, vente de bétail, construction de clôtures, réalisation de travaux artisanaux, couture et petit commerce pour compléter leurs revenus. Au Malawi, Munthali (1998) note que les ménages font face grâce au «ganyu» (petits travaux). En Zambie rurale, les données montrent que certains membres de ménages ruraux ont migré vers les zones urbaines à la recherche d'un emploi de manière à envoyer une partie de leurs gains dans leur région rurale. D'autres travaillent dans les champs des voisins, en fonction des besoins, de manière à gagner un peu d'argent (SAfAIDS, sous presse). Il existe des cas répertoriés d'enfants d'à peine 10 ans qui doivent travailler à l'extérieur afin de participer aux efforts visant à subvenir aux besoins d'un parent malade (PNUD, 1997). Les ménages qui n'ont pas la capacité de diversifier leurs sources de revenus sont particulièrement vulnérables à l'épidémie. La prévalence de la pauvreté amène des femmes à se prostituer afin de gagner de l'argent. Au Malawi, des fillettes de 12 ans ont dû se soumettre à des relations sexuelles afin de pallier des besoins d'argent à court terme (Little, 1996).

Vente de produits agricoles et utilisation des économies

Dans une étude menée au Zimbabwe par Kwaramba (1997), il est apparu que la vente de produits agricoles est une stratégie de riposte dominante pour réunir des revenus afin de faire face aux frais de santé supplémentaires. Barnett et al. (1995) en Ouganda rural, Drinkwater (1993) dans les zones rurales de Mpongwe en Zambie, Rugalema (1998) dans le district de Bukoba en République-Unie de Tanzanie et Sauerborn et al. (1996) au Burkina Faso, font état de découvertes similaires. Ils indiquent que cette stratégie, largement utilisée, figure parmi les premières stratégies employées. Tibaijuka (1997) à Kagera, République-Unie de Tanzanie, relate que des ménages vendent des bananes (leur nourriture de base) comme un acte désespéré qui leur permettra de trouver de l'argent pour payer les frais médicaux. Les mêmes études indiquent également que les ménages ont recours à leurs économies lorsqu'ils ont besoin d'argent pour faire face aux coûts des soins et aux frais d'obsèques.

Emprunts

Sauerborn et al. (1996) indiquent que le secteur financier informel est une source importante de revenus, utilisée pendant les périodes de besoin. Aryeetey et Hyuha (1990) indiquent que les ménages en République-Unie de Tanzanie, au Zimbabwe, au Ghana, au Kenya, au Malawi et en Ouganda ont recours à des emprunts provenant de secteurs informels pour d'autres catastrophes telles que la sécheresse. Sauerborn et al. (1996) pour le Burkina Faso rural, SAfAIDS (en cours de publication) en Zambie rurale et Rugalema (1998) dans le district de Bukoba en République-Unie de Tanzanie, Tibaijuka (1997) à Kagera, en République-Unie de Tanzanie, identifient le secteur financier informel comme incluant:

1. la famille, les amis et les voisins
2. les coopératives rurales
3. les clubs d'épargne
4. les commerçants ruraux
5. les prêteurs ruraux

Les prêts sont accordés sans lourdeur bureaucratique et avec très peu de procédures écrites. Les taux d'intérêts sont inexistantes ou très bas lorsqu'il s'agit des sources 1, 2 et 3 mais ils peuvent être substantiels pour les sources 4 et 5 (des taux supérieurs à 100 % ont été observés). Lorsque les taux d'intérêts sont élevés, certains ménages n'empruntent pas, comme le montrent les témoignages suivants issus d'une étude d'impact socio-économique conduite en Zambie (SAfAIDS, 1997).

«Quand on est coincé et qu'on n'a rien à manger, on emprunte de l'argent à Kabola [organisme de crédit pratiquant un taux d'intérêt de 100 %, dirigé par des particuliers]» (SAfAIDS, sous presse, en Zambie).

Vente de biens

Tibaijuka (1997) à Kagera, République-Unie de Tanzanie, et Rugalema (1998) dans le district de Bukoba en République-Unie de Tanzanie font état de ménages qui, n'ayant pas assez d'argent pour acheter de la nourriture ou pour payer des

soins de santé, des frais d'obsèques ou des dépenses d'éducation, ont vendu certains de leurs biens pour faire face à la crise. La quantité et le type de biens ainsi utilisés varient selon les ménages. Il semblerait qu'une large gamme de biens, terres exceptées, aient été vendus pour obtenir de l'argent destiné à payer un traitement. Dans une étude conduite par Rugalema en République-Unie de Tanzanie et par SAfAIDS en Zambie, parmi les biens les plus souvent vendus figuraient du bétail, des bicyclettes, des poulets, des meubles, des outils de menuiserie, des postes de radio et des brouettes. Certains ménages indiquent avoir gagé de futures récoltes afin de faire face à des besoins immédiats de liquidités (Rugalema, 1998; SAfAIDS, sous presse).

«Après la mort de la mère, on n'avait plus aucun moyen de subsistance. C'était elle qui s'occupait de nous. Mon frère vient de finir l'école et il ne peut pas continuer ses études parce qu'on n'a pas d'argent. Je ne peux pas trouver un travail moi-même - pas facile de trouver un travail aujourd'hui. On a décidé de vendre les blocs de pierre qui devaient servir à agrandir notre maison. Il y en avait 500 et on les a vendus pour K 150 000,-. On a utilisé l'argent pour monter une affaire. On a commencé à vendre du charbon de bois au bord de la route près de notre maison. Comme ça, au moins, on arrive à manger un repas par jour.»

«Comme je suis l'aîné, j'ai commencé à faire des petits travaux pour les gens et j'ai gagné un peu d'argent (il a pris le rôle de chef de famille). Mais les gens ne me paient pas à temps, la vie est difficile. Ma tante, qui s'est occupée de ma mère, paie aujourd'hui les frais de scolarité de notre jeune frère. Je passe plus de temps à chercher de l'argent pour arriver à joindre les deux bouts.» (SAfAIDS, sous presse).

Le rôle de la famille élargie

A travers l'histoire, la famille ou – pour utiliser un terme plus économique – le ménage, a constitué l'unité économique et sociale essentielle sur laquelle la plupart des sociétés humaines ont été fondées. La famille élargie est un véritable filet de sécurité et elle constitue encore, et de loin, la réponse communautaire la plus efficace à la crise du SIDA (Mukoyogo et Williams, 1991). Les publications montrent que, lorsqu'il y a pénurie de nourriture dans un ménage affecté, les enfants vont vivre avec des membres de la famille: Sauerborn et al. (1996) au Burkina Faso rural, SAfAIDS (1998) en Zambie rurale, Barnett et al. (1995) en Ouganda, Lwihula (1998) dans la région de Kagera en République-Unie de Tanzanie, Rugalema (1998), Drinkwater (1993) en Zambie, Kwaramba (1997) au Zimbabwe et SAfAIDS (sous presse) en Zambie. Les membres de la famille élargie deviennent responsables de la subsistance alimentaire des enfants. Toutefois, ces études n'ont pas évalué le type de parents concernés ou la longueur du séjour des enfants chez ces parents. La famille et les amis peuvent apporter un grand soutien moral et matériel pour les personnes malades lorsqu'ils pensent qu'une attitude réciproque pourrait exister à l'avenir. La préparation de la nourriture, le travail de la terre ou la surveillance du bétail seront effectués par un autre membre de la famille ou un voisin, en plus de leurs tâches habituelles. Au fil du temps, la capacité des familles et des réseaux sociaux à absorber ces demandes va décroître, étant donné que de plus en plus d'adultes meurent jeunes du VIH/SIDA.

3.1.3 Stratégies de riposte des ménages destinées à atténuer la perte au niveau du travail

Réattribution du travail à l'intérieur du foyer et retrait des enfants de l'école

Sauerborn et al. (1996) au Burkina Faso ont indiqué que la réaffectation des tâches entre les membres du foyer constituait l'une des stratégies les plus fréquemment utilisées pour faire face aux chutes de production prévues du fait de la morbidité et de la mortalité des adultes. Les enfants peuvent être retirés de l'école pour compenser les pertes en revenus et en main-d'œuvre lorsque les adultes productifs tombent malades, qu'ils s'occupent de malades en phase terminale ou qu'ils sont morts. En République-Unie de Tanzanie (Rugalema, 1998), l'utilisation intensive de main-d'œuvre infantile a été l'une des principales stratégies utilisées par les ménages dans la peine pendant la fourniture des soins.

Même si les enfants ne sont pas directement impliqués dans la fourniture de soins, ils le sont indirectement, lorsqu'ils assument les rôles de leurs pères et mères dans les activités agricoles et domestiques (telles que la collecte de l'eau et du bois et la participation aux récoltes). Ils préparent également des repas pour le reste du ménage, réunissent de la nourriture, s'occupent du bétail et font les courses.

Retirer les enfants de l'école est une stratégie commune et elle a été mentionnée par les professeurs d'école primaire comme étant l'un des principaux facteurs de la faible fréquentation scolaire des orphelins et des enfants dont un parent (ou les deux) étai(en)t malade(s) (Rugalema, 1998; SAfAIDS, sous presse). Les filles sont davantage susceptibles d'être retirées de l'école que les garçons. Le fait de différer l'inscription à l'école d'enfants d'âge scolaire à cause d'une maladie des parents est également une attitude courante. Nul ne sait si les enfants retirés de l'école pourront un jour y retourner et des recherches sur ce point sont nécessaires.

Dans certains des ménages les plus touchés, il arrive que les jeunes orphelins héritent de ressources considérables mais qu'ils soient incapables de les gérer. Dans une étude effectuée dans la région de Kagera en République-Unie de Tanzanie, Tibaijuka (1997) a montré que certains jeunes orphelins ont hérité de vastes fermes qui ont très vite été envahies par la brousse par manque d'entretien. Traditionnellement, de telles fermes auraient été entretenues par le clan, mais ces institutions disparaissent pour cause de manque de main-d'œuvre.

Engager de la main-d'œuvre et utiliser des animaux de trait

En Zambie, au Burkina Faso, en République-Unie de Tanzanie, au Malawi et au Zimbabwe, les ménages affectés ont indiqué avoir engagé du personnel et utilisé des animaux de trait pour faire face à leurs besoins de production (SAfAIDS, sous presse, Sauerborn et al., 1996, Rugalema, 1998, Kwaramba, 1997). La main-d'œuvre a été engagée pour assurer les activités les plus dépendantes du travail humain, à savoir la préparation de la terre, les moissons et le sarclage. Toutefois, engager de la main-d'œuvre n'est possible que lorsque des ressources existent pour payer les employés. Seuls les ménages ayant un revenu stable ou des sources de revenus sont en mesure d'engager du personnel. Certains ménages paient leurs

employés en nature, par exemple avec du maïs ou d'autres denrées. Les ménages pauvres s'appuient sur l'aide gratuite de membres compatissants et prêts à les aider, dans la famille et la communauté.

Changement de la production agricole et cultures de substitution

Des recherches effectuées en Afrique de l'Est indiquent que les ménages concernés par la production agricole, quelle qu'elle soit, peuvent cultiver un mélange de produits: certains étant destinés à la subsistance, d'autres étant des cultures de rapport (Barnett, 1994; FAO, 1995). La quantité de travail nécessaire est variable, étant donné que certains produits sont plus dépendants des calendriers que d'autres. Par exemple, le moindre retard dans la plantation du maïs, des haricots ou des arachides entraîne une forte diminution du rendement et a donc un impact important sur la sécurité alimentaire. En revanche, les bananes, le manioc et l'igname ne sont pas tributaires d'interventions à des dates aussi précises et peuvent se passer d'entretien pendant un certain temps sans que cela affecte la récolte.

De longues interruptions dans les interventions humaines peuvent également affecter des activités importantes telles que la préparation de la terre ou l'entretien des systèmes d'irrigation ce qui, ensuite, affectera la future récolte. Des études de la FAO en Afrique de l'Est (FAO, 1995) montrent que les familles affectées remplacent les cultures de rapport par des produits économes en personnel et nécessitant moins d'investissements coûteux tels que les fertilisants et les pesticides. Le résultat est que les cultures comme le café ont été abandonnées par les ménages affectés dans les régions de Gwanda et Nakyerira en Ouganda. Les ménages sont devenus dépendants de cultures comme le manioc et les bananes. Topouzis (1994), dans une autre étude effectuée en Ouganda, a découvert que les veuves ont cessé de faire pousser des tomates, l'une des principales cultures de rapport, à cause de la pénurie de fongicides. Il en va de même pour le riz et le millet – cultures qui requièrent beaucoup de main-d'œuvre – qui sont remplacés par le maïs et le manioc qui demandent moins de travail. Au Zimbabwe, Kwaramba (1997) note que les ménages affectés mettent fin aux cultures de rapport comme le coton et les arachides pour les remplacer par le maïs.

Réduction des zones cultivées

Une étude concernant les impacts socio-économiques (Black, 1997) au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire fait apparaître une réduction des zones cultivées, du fait de la pénurie de main-d'œuvre causée par la maladie et la mort dans les deux pays. Topouzis (1994) enregistre des résultats similaires dans les zones rurales de l'Ouganda. En fonction du calcul de coûts, les ménages choisissent entre les cultures de rapport et les produits agricoles de subsistance, pour économiser sur la main-d'œuvre. Dans certains pays, toutefois, des stratégies novatrices ont été adoptées telles que le partage des récoltes, illustré par l'exemple suivant.

« Jane est une veuve âgée de 45 ans. Elle vit avec ses deux enfants: un fils de 22 ans et une fille de 11 ans. Elle a eu huit enfants. Quatre sont morts du SIDA et les autres ont quitté la maison et se sont mariés. Jane est propriétaire d'une exploitation de café, mais une grande partie de celle-ci est retournée à l'état sauvage car

il n'y avait pas de main-d'œuvre pour l'exploiter. La principale contribution sous forme de travail est la sienne et celle de sa fille de 11 ans. Mais elle recourt occasionnellement à des employés à qui elle offre une partie de la récolte, ce qui permet de cultiver un peu plus de café. Le fait de posséder une terre a permis à cette femme d'organiser un système de partage des cultures avec des personnes qui n'ont pas de terre ou qui n'en n'ont pas assez. Cette méthode est efficace pour assurer la production agricole dans les cas où il existe des surplus de terre. Cependant, cette femme a changé son système d'exploitation et a en grande partie abandonné la production de café pour se tourner vers des cultures de subsistance. Elle a également fait arrêter l'école à sa fille afin qu'elle aide à la ferme et à la maison.»

(Barnett et Blaikie, 1992).

Rallongement de la journée de travail

Topouzis (1994) en Ouganda, et SAfAIDS (sous presse) en Zambie indiquent que de nombreux ménages affectés effectuent des heures supplémentaires afin de compenser la pénurie de main-d'œuvre et les pertes de revenus. Par exemple, un fils ayant une mère malade en Zambie a indiqué qu'il passait davantage de temps à essayer de gagner de l'argent en travaillant dans les champs et en faisant des petits travaux et que, de plus, il devait consacrer environ trois heures par jour aux soins à apporter à sa mère et rester debout une partie de la nuit pour lui venir en aide. «Le temps que je dois consacrer au travail a augmenté et il me reste très peu de temps pour dormir», dit-il (SAfAIDS, sous presse).

3.2 Les stratégies de riposte les plus courantes

Les stratégies de riposte ne nécessitant pas le recours à de l'argent sont les plus fréquemment adoptées (Sauerborn et al., 1996). Des exemples de ces stratégies incluent la réaffectation des travaux au sein du ménage, l'abandon de l'école pour les enfants, la diversification de la production agricole du ménage et la réduction des zones cultivées. Dans d'autres études (Rugalema, 1998; SAfAIDS, sous presse; Webb et Reardon, 1992; Barnett et Blaikie, 1992), les stratégies dominantes sont, par ordre d'importance: la diversification des revenus, la réduction de la consommation de nourriture, l'utilisation des économies et la vente des biens, particulièrement du bétail et d'objets tels que bicyclettes et radios.

Dans la documentation consultée, aucune variation majeure au niveau des actions de riposte n'est enregistrée en fonction du type de communauté. La documentation montre toutefois que les aides fondées sur la religion - à savoir, soutenir les ménages qui ont les mêmes affinités religieuses - ont tendance à être discriminatoires. Les conditions climatiques constituent une source majeure de variation au niveau des actions de riposte. Kezaala et Bataringaya (1998) indiquent qu'en Afrique australe, qui est soumise à des périodes de sécheresse, de nombreux ménages risquent d'avoir besoin d'aide extérieure pour des raisons d'insécurité alimentaire. En revanche, du fait de son potentiel agro-écologique, l'Afrique de l'Est a des communautés plus résistantes et davantage capables d'absorber la charge des orphelins.

4. Les implications des politiques dans le renforcement des actions de riposte au niveau des ménages

Plusieurs options politiques apparaissent dans la documentation étudiée et sont susceptibles d'être utilisées pour renforcer la capacité des ménages ruraux à faire face au VIH/SIDA. Les politiques et les programmes doivent chercher à soutenir les ménages afin d'éviter des actions de riposte négatives (comme le retrait des enfants de l'école) et de renforcer les réponses positives du ménage. Globalement, le but des politiques et des programmes devrait être, d'une part, d'améliorer le bien-être à court et à long termes du ménage en utilisant des moyens qui ne créent pas de dépendance et, d'autre part, de minimiser les risques pour les membres du ménage de contracter l'infection à VIH. Cette section présente une gamme de politiques et de programmes pouvant être adoptés. Il existe un véritable besoin pour des politiques et des programmes spécifiques au niveau national et local. Les idées présentées ci-après ne donnent qu'une vague indication quant à des stratégies qui pourraient être mises en place pour atténuer l'impact du SIDA.

4.1 Améliorer la production agricole

Etant donné que la plupart des ménages ruraux sont dépendants de la production agricole pour leur survie (comme source de revenu et de nourriture), le renforcement de la capacité de production agricole du ménage permet d'atténuer l'impact du SIDA. La capacité de production agricole du ménage peut être renforcée par l'amélioration de l'accès au travail, à la terre, au capital, aux animaux de trait et aux compétences en matière de gestion, par la promotion de l'utilisation de la main-d'œuvre existante ainsi que des technologies économes en capital et par le développement de technologies permettant l'utilisation optimale des ressources limitées disponibles.

4.1.1 Promotion des technologies existantes économes en main-d'œuvre et en capital

Il existe déjà des technologies permettant une utilisation optimale des ressources disponibles et qui peuvent être adoptées par les systèmes agricoles pauvres en ressources. Ces technologies peuvent être mises en place par des vulgarisateurs agricoles à l'intention des ménages affectés par le SIDA. Les mesures comprennent:

- recourir aux cultures intercalaires pour réduire le temps consacré au désherbage
- promouvoir l'utilisation de variétés à fort rendement et économes en main-d'œuvre
- peu ou pas de labours afin de réduire les besoins coûteux en charrues ou en bœufs
- promouvoir la gestion des pesticides naturels, ce qui diminue les achats de produits chimiques coûteux, par exemple des pesticides chimiques.

4.1.2 Développement des technologies pour les ménages privés de ressources dans le secteur des petits exploitants agricoles

Les instituts de recherche agricole doivent évaluer, pour les petits exploitants agricoles, les nouveaux besoins technologiques résultant de l'épidémie de SIDA. Dans la planification d'une technologie susceptible de diminuer l'impact du VIH/SIDA, il est important d'effectuer une analyse appropriée de la situation locale. Les techniques suivantes devraient aider les ménages à maintenir et améliorer la production:

- Sélection de la variété appropriée de culture (par exemple: maturation précoce, résistance aux maladies, facilité du produit à être battu ou pilé).
- Amélioration des cultures intercalaires existantes.
- Concentration sur les produits agricoles à haut rendement, résistants à la sécheresse.
- Introduction d'un équipement agricole pouvant être utilisé par des personnes faibles ou par des ânes (par exemple, des charrues et des plantoirs plus légers et une houe modifiée).
- Technologies locales améliorées pour le paillage, les cultures intercalaires et la sélection des semences.
- Amélioration des technologies concernant l'élevage, comme les bains parasitocides, au niveau individuel.

4.1.3 Renforcement des clubs de partage du travail et des animaux de trait

Les associations organisant le partage du travail et des animaux de trait ainsi que les clubs de prêts d'argent aident à atténuer les principales contraintes des ménages affectés par le SIDA, à savoir: la main-d'œuvre, le capital et les animaux de trait. Les politiques et les programmes soutenant de telles activités aideront les ménages affectés à lutter contre le SIDA.

4.1.4 Implications des pertes en ressources humaines

Si elles veulent refléter les changements intervenus dans l'environnement rural, toutes les institutions de développement formelles et informelles doivent réviser leurs programmes et leurs politiques de ressources humaines. Il est important que les institutions ripostent à l'épidémie de SIDA en planifiant son impact sur la main-d'œuvre. Les réponses centrales à l'épidémie de SIDA doivent inclure la prévention du VIH, le prolongement de la vie et la réduction de la morbidité liée au VIH. Cela suppose de créer une prise de conscience et d'introduire des politiques de prévention. Il est nécessaire de planifier les compétences ainsi que les pertes au niveau du travail et de la gestion. Il faut introduire la multi-compétence à tous les niveaux, de manière à limiter les difficultés rencontrées par la production agricole rurale.

4.2 Générer des revenus et diversifier les sources de revenus

Les programmes contribuant à améliorer et diversifier les sources de revenus des ménages affectés permettent d'atténuer l'impact du SIDA. De tels

programmes aident à maintenir les habitudes de dépenses du ménage et, par conséquent, à lui éviter des pertes plus importantes à l'avenir.

4.2.1 Améliorer la capacité des ménages à générer des revenus

La toute première riposte devrait être d'atténuer l'impact du SIDA sur les ménages en améliorant leur capacité à générer des revenus (Donahue, 1998). Le but poursuivi est de maintenir les habitudes de dépenses du ménage et d'encourager les économies. Cela peut être réalisé grâce à des projets de micro-crédit qui sont, par définition, des prêts peu importants, à court terme et à rotation rapide (comme la production artisanale). Une autre riposte pourrait être d'accroître les économies en nature des ménages en augmentant leurs opportunités de posséder du bétail et en protégeant les troupeaux existants grâce à de bons soins vétérinaires (Sauerborn et al., 1996). Par exemple, en Ouganda, Addo (1998) indique que, grâce à un projet, des micro-bourses de US\$ 100 ont été données à 30 familles ou à un groupe de PVS pour financer des activités génératrices de revenus demandant de faibles investissements telles que le tricot, le tissage, le jardinage et la vente de poisson.

L'autonomie économique peut améliorer la santé morale de PVS qui avaient perdu espoir. Les mesures d'émancipation économique des communautés doivent spécifiquement s'adresser aux femmes et aux jeunes qui effectuent l'essentiel du travail de soins. Il faut encourager l'autosubsistance de ces projets par le biais d'une formation des participants et le recyclage des fonds. Les fonds de l'aide sociale doivent s'intégrer à une politique sociale globale sur le plan national. Cette politique doit déterminer clairement des priorités et établir une coordination institutionnelle permettant d'assurer la production de projets mieux élaborés et durables. Les stratégies à court terme ne s'attaquent pas aux problèmes les plus cruciaux. Une combinaison entre les stratégies visant à soulager et celles permettant d'investir est donc nécessaire pour s'assurer que les projets puissent se poursuivre lorsque les fonds sont épuisés.

Certains ménages sont dépendants de petits travaux comme source principale de revenus pour la famille. Cette situation à son tour est dépendante de la création d'opportunités d'emplois dans la zone. Pour les plus pauvres et les familles ne possédant pas de terre, l'accès à un travail rémunéré est crucial.

4.2.2 Promotion de la diversification des revenus

Promouvoir la diversification des revenus peut renforcer la capacité de riposte des familles. Permettre l'accès à un travail rémunéré peut être une stratégie permettant de fournir aux ménages des sources supplémentaires de revenus (Sauerborn et al., 1996). Dans les régions agricoles à forts risques climatiques, les ménages disposant d'une plus grande diversité de revenus non agricoles sont moins vulnérable à l'insécurité alimentaire. Une autre stratégie consiste à encourager la diversification des cultures et à promouvoir une réduction des besoins extérieurs. Les revenus non agricoles, particulièrement ceux pouvant être acquis à la maison, et le petit commerce représentent d'autres possibilités (lorsque ces activités ont été mises en place après une analyse solide). Etant donné le faible taux de réussite des projets générateurs de revenus dans de nombreux pays, de telles activités doivent, avant d'être envisagées, faire l'objet d'une planification réaliste et minutieuse.

4.2.3 Modalités de financement des services de santé

L'introduction de systèmes de prépaiement dans lesquels des cotisations sont versées juste après la saison des récoltes et couvrent les frais médicaux pour toute l'année (Sauerborn et al., 1996) pourrait être recommandée.

4.3 Réduire la charge de travail des femmes

Il est nécessaire d'explorer des manières d'alléger la charge de travail des femmes, par le biais du développement de méthodes de préparation de la nourriture économes en travail et par l'amélioration de l'accès aux points d'approvisionnement en eau et en carburant. Le développement et la promotion de fourneaux efficaces peut permettre de réduire le temps que les femmes passent à ramasser du bois. Le temps ainsi gagné peut être utilisé pour entreprendre des activités productives telles que la récolte, le transport, le stockage, le traitement (particulièrement le battage et le pilage) et le commerce des produits. Dans certains domaines, l'utilisation d'ânes pour le transport aidera les femmes à entreprendre d'autres activités essentielles. Multiplier le nombre de points d'eau permet de réduire la distance à parcourir à pied pour s'approvisionner et peut devenir un avantage pour les femmes. Certains programmes visant à fournir des nourrices ou des gardiennes d'enfants peuvent également libérer les femmes et leur permettre d'entreprendre d'autres activités productives.

4.4 Améliorer le bien-être des enfants dans le besoin

L'efficacité de la plupart des programmes sociaux pourrait être améliorée en ciblant des populations ayant des besoins spécifiques. Ce n'est que par le biais d'une aide ciblée que les ménages désespérés peuvent être atteints. Cela implique une décentralisation et une réforme des techniques de dépistage. L'assistance sous la forme d'une éducation, de soins de santé et de nutrition peut faciliter le développement humain à long terme. L'un des aspects importants de l'aide sociale est le fait que les ménages pauvres qui ne sont pas confrontés au SIDA ont pourtant besoin du même type d'assistance, étant donné que leurs enfants sont eux aussi mal nourris et déscolarisés. L'équité peut exister si le gouvernement délivre une aide sociale aux personnes en ayant le plus besoin, sans tenir compte de la cause immédiate de leur pauvreté. Ainsi, comme cela est suggéré dans la documentation consultée (Over, 1998; Donahue, 1998), le ciblage de l'aide devrait être fondé sur les deux critères directs de la pauvreté, et non pas seulement sur la présence du SIDA dans le ménage.

4.5 Stratégies à long terme

Les stratégies gouvernementales à long terme doivent s'intéresser aux problèmes sous-jacents qui rendent les ménages ruraux vulnérables à l'impact du VIH/SIDA. Les stratégies devraient prendre en compte les points suivants:

- Problèmes de santé, par exemple en incorporant une amélioration de la qualité de l'eau et des services de santé.

- Contraintes agricoles telles que: difficultés à obtenir des terres, des crédits et des marchés; atténuation des problèmes liés à la sécheresse, par exemple par l'introduction d'un système d'irrigation.
- Pauvreté.

4.6 Domaines dans lesquels approfondir les recherches

*D*e nombreux aspects concernant les actions de riposte des familles restent méconnus au niveau de leur coût et de leur efficacité. Or, ces informations pourraient aider les programmes à atténuer l'impact du SIDA sur les ménages. L'une des manières d'obtenir des données fiables au niveau des ménages en ce qui concerne l'impact du SIDA est d'inclure des questions spécifiques à propos de l'impact de la morbidité et de la mortalité sur les revenus du ménage, sur les dépenses et sur d'autres indicateurs de bien-être dans les enquêtes actuelles menées au niveau des ménages (enquêtes sur la pauvreté, enquêtes sur la santé démographique ou recensements). Les recensements ou les questionnaires actuellement utilisés pour les enquêtes sur la pauvreté n'explorent pas les interdépendances entre la prévalence de la maladie et le statut socio-économique du ménage.

4.7 Qui est responsable des choix au niveau des programmes et des politiques ?

*L*a section précédente a mis en évidence un ensemble de recommandations concernant les programmes ou les politiques mais n'a pas indiqué à qui incombait la responsabilité de mettre en œuvre telle ou telle recommandation. Les institutions gouvernementales (les ministères de l'agriculture, du développement rural, de la santé, de la recherche, de la sécurité sociale, etc.) ne peuvent mener cette tâche seuls; ils doivent collaborer avec d'autres agences de développement (telles que les organisations à assise communautaire, les ONG et les organisations d'aide aux malades du SIDA) et avec les communautés afin que les efforts destinés à atténuer l'impact du VIH/SIDA soient couronnés de succès.

5. Ripostes communautaires au VIH/SIDA

La plupart des communautés ont développé une large gamme de stratégies complexes et novatrices pour survivre face aux impacts négatifs du VIH/SIDA. Les publications montrent que, dans de nombreux endroits, les communautés se sont spontanément unies pour soutenir et assister les familles et les enfants affectés par le VIH/SIDA. Le paradoxe est que, alors que les actions de riposte menées par les communautés peuvent être les interventions ayant le meilleur rapport coût-efficacité, elles sont, en même temps, les moins visibles (Hunter et Williamson, 1997). Même avant l'arrivée du VIH/SIDA, la sécurité alimentaire en Afrique subsaharienne était menacée (Kadonya, 1998). La sécheresse et les inondations figurent parmi les catastrophes auxquelles ces communautés rurales ont été confrontées. Les familles africaines ont fait preuve d'une grande capacité à affronter la maladie et les difficultés (Barnett et Blaikie, 1992; Sauerborn et al., 1996).

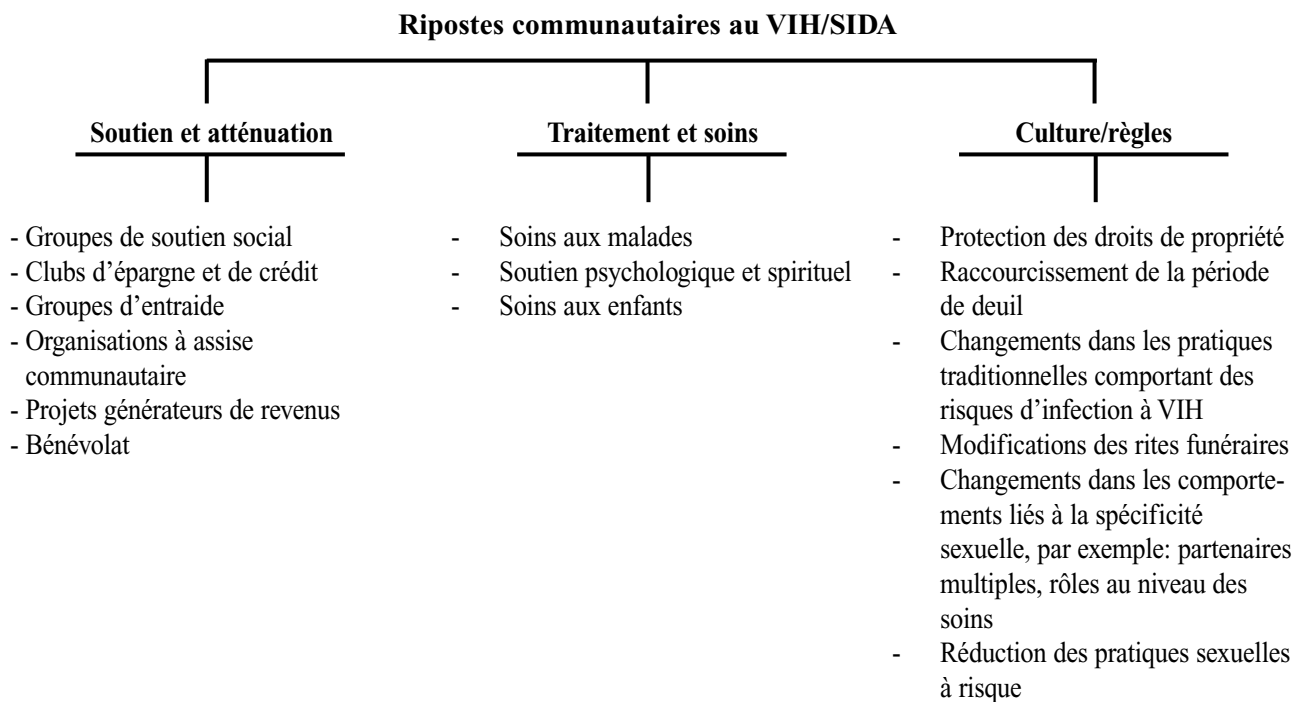
Certains mécanismes de riposte communautaires sont mis en place à l'intérieur même de la communauté - on pourrait qualifier ces actions de locales ou d'indigènes - et certaines sont introduites dans les communautés et soutenues financièrement par des agences extérieures telles que les ONG, les agences internationales de développement, le gouvernement ou les églises. Selon le degré de mobilisation des communautés et leur niveau de réceptivité aux initiatives, de tels projets peuvent être couronnés de succès et se poursuivre même après le retrait des donateurs. La figure 1 classe les ripostes communautaires en trois grandes catégories qui ne s'excluent pas mutuellement. Les actions menées dans chacune des catégories sont également compatibles entre elles. Par exemple, une organisation à assise communautaire peut être impliquée dans plusieurs activités de soutien et d'atténuation qui incluent l'aide aux orphelins, le partage du travail, des projets générateurs de revenus, le traitement et les soins.

La documentation consultée (par exemple, Hunter et Williamson, 1997; Barnett et Blaikie, 1992; Sauerborn et al., 1996; Donahue, 1998) indique que différentes initiatives communautaires sont venues soutenir et atténuer l'impact du VIH/SIDA. Les études montrent que les personnes affectées par le VIH/SIDA trouvent de l'aide principalement auprès de la famille, des voisins, des institutions communautaires et des organisations informelles locales. L'étude Kagera de la Banque mondiale en République-Unie de Tanzanie indique que, dans les familles où la personne assurant le soutien financier est morte du SIDA, 90 % de l'assistance - matérielle ou autre - provient de la famille et des groupes communautaires tels que les clubs d'épargne et les sociétés funéraires; 10 % seulement de l'assistance est fournie par les ONG et d'autres agences.

Les formes principales de soutien communautaire et d'activités d'atténuation de l'impact sont notamment les suivantes:

- Système de garde des enfants organisé par la communauté: garde à la journée sous une forme coopérative et centres de nutrition, de manière à libérer les femmes pour qu'elles puissent travailler à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison.
- Soutien des orphelins sous forme d'un appui éducatif et nutritionnel.
- Réparation des habitations en cours de détérioration.
- Soins à domicile et visites pour les orphelins et les malades du SIDA.
- Préparation et distribution d'uniformes scolaires.
- Apprentissage professionnel et formation pour les adolescents orphelins dans des disciplines utilisables sur le marché du travail.
- Projets agricoles à différents niveaux pour accroître la production.
- Partage du travail.
- Projets générateurs de revenus pour obtenir de l'argent et des denrées alimentaires.
- Facilités de crédit pour les frais d'obsèques.

Figure 1. Actions de riposte communautaires face au VIH/SIDA



Les actions de riposte communautaires s'organisent sous forme de différents groupements, tels que les groupes de soutien social, les associations informelles, les groupes d'entraide, les organisations à assise communautaire soutenues par des agences de développement extérieures et les organisations d'aide aux malades du SIDA. Les différences entre ces groupements n'apparaissent pas toujours clairement; toutefois, les trois premiers groupes ont tendance à proposer des actions locales ou indigènes, organisées par la communauté. Les membres participent à ces actions par choix, non par obligation, et ces groupes tentent de résoudre les problèmes sociaux par le biais de la participation locale, l'action sociale, la mobilisation de ressources et l'élaboration d'un sentiment communautaire (Altman, 1994). Les deux dernières catégories sont davantage constituées par des organisations locales formelles,

comptant d'une manière ou d'une autre sur des aides extérieures de la part d'ONG et d'autres agences; elles agissent comme des intermédiaires dans le processus de développement au cours duquel certaines décisions peuvent être prises à l'extérieur.

Sous l'appellation «organisations d'aide aux malades du SIDA», l'OMS classe les organisations autres que gouvernementales qui fournissent des services liés au VIH/SIDA (Altman, 1994). La section ci-après présentera tout d'abord le rôle des groupes locaux/indigènes ne dépendant pas de sources de financement extérieures, puis celui des groupes plus formels dépendant de sources de financement extérieures.

5.1 Les organisations communautaires locales informelles

Différentes formes traditionnelles et informelles de systèmes de sécurité sociale existent depuis longtemps, au niveau local, dans de nombreuses sociétés des pays en développement. Des exemples d'organisations de ce type incluent les groupes de soutien social tels que les sociétés funéraires, les systèmes d'épargne de récoltes ou de partage du travail, ou les clubs d'épargne. Le fonctionnement de telles organisations n'est pas réglementé par une législation. Elles agissent conformément aux règles établies par leurs membres.

5.1.1 Groupes de soutien social

Lwihula (1998) à Kagera, République-Unie de Tanzanie, indique qu'il existe, dans la plupart des communautés, des groupes de soutien social organisés par des hommes ou des femmes - ou les deux. Les membres de ces groupes se soutiennent mutuellement dans la vie courante; par exemple, en s'aidant les uns les autres à cultiver les champs, en contribuant au travail, à l'alimentation aux dépenses des autres membres en cas de besoins spéciaux (tels que maladie ou funérailles) ou pour des occasions spéciales (telles que les cérémonies de mariage). De tels groupes ne peuvent apporter qu'un soutien très limité et, en cas de décès, l'aide se limite à la période de deuil. Certains groupes de soutien social se constituent pour des activités spécifiques telles que les sociétés funéraires, les systèmes d'épargne de récoltes et de partage du travail.

Madembo (1997) au Zimbabwe et Rugalema (1998) en République-Unie de Tanzanie ont découvert que les sociétés funéraires sont des organisations de soutien social indigènes établies qui fournissent une assistance mutuelle à leurs membres dans les zones rurales en cas de décès ou de maladie. Elles représentent une certaine sécurité financière en cas de deuil et s'occupent également d'autres besoins sociaux de leurs membres. Ces sociétés funéraires prévoient également que leurs membres consacrent une partie de leur temps à l'assistance aux personnes frappées par un deuil en cultivant leurs champs.

Les systèmes d'épargne de récolte existent depuis fort longtemps dans les zones rurales de l'Afrique. Depuis de nombreuses années, ils sont utilisés pour faire face aux besoins des membres de la communauté. Au Zimbabwe, Madembo (1997) et Ncube (1998) rapportent que les formes traditionnelles de systèmes d'épargne appelées «zunderamambo» (littéralement, le champ du roi) ont été réactualisées et

adaptées aux besoins actuels. Dans ce système, les membres d'une communauté participent au travail sur les terres du chef ou du responsable du village et stockent le produit de leur travail pour les périodes de besoin. Au Zimbabwe, ces systèmes d'épargne constituent une source importante de soutien pour les ménages affectés.

Rugalema (1998) en République-Unie de Tanzanie, SAfAIDS (à paraître) en Zambie et Ncube (1998) au Zimbabwe notent que le partage gratuit du travail au sein de la communauté est une riposte couramment adoptée par les communautés pour contribuer au soutien des ménages affectés. Au Zimbabwe, ces systèmes de partage du travail (nhimbe) existent depuis longtemps et représentent une source essentielle de sécurité sociale pour les ménages en périodes de catastrophe.

5.1.2 Les associations d'épargne indigènes

Lwihula (1998) dans la région de Kagera, en République-Unie de Tanzanie, Ncube (1998) au Zimbabwe et SAfAIDS (sous presse) en Zambie mentionnent que de nombreuses communautés ont des clubs d'épargne locaux; ceux-ci jouent un rôle essentiel dans leur contribution aux ripostes des ménages face à l'épidémie de VIH/SIDA. L'épargne communautaire locale fonctionne généralement selon un système d'épargne et de prêt par rotation.

Madembo (1997) indique que ces systèmes d'épargne par rotation existent depuis longtemps dans beaucoup de pays africains. Le principe en est le suivant: un groupe de personnes constitue un fonds alimenté par les contributions financières de chacun des participants. Ce fonds est attribué dans sa totalité ou en partie à chacun des participants, à tour de rôle. Chaque membre apporte la même contribution. Lorsque chaque participant a reçu son allocation, le groupe peut se dissoudre ou recommencer un nouveau cycle. Parmi les populations rurales, les contributions se font soit sous forme d'argent, soit en nature (par exemple, de la nourriture, des produits agricoles, des ustensiles de cuisine, etc.). Madembo indique que les systèmes d'épargne par rotation sont populaires parce qu'ils engendrent peu de frais de transaction pour leurs membres, qu'ils créent une confiance mutuelle et qu'ils fournissent une notion de réciprocité et une assurance qui peuvent être utilisées en période d'urgence. Ils permettent aussi à leurs membres d'accéder à une somme relativement importante d'argent qu'il leur serait difficile de réunir sans ce système. Au Cameroun, ces systèmes d'épargne ont instauré un fonds social qui finance une assurance vie et une assurance maladie pour les membres (Kaseke, 1997). Une partie des contributions est versée sur ce fonds social qui attribue des subventions ou des prêts en cas de décès ou de maladie de l'un des membres ou de l'une des personnes à sa charge.

Tout comme les systèmes d'épargne par rotation, les clubs d'épargne constituent une importante source informelle de financement pour les ménages ruraux en cas d'urgence. Les fonds sont généralement utilisés pour acheter des biens agricoles tels que les semences ou les fertilisants, pour payer les frais de scolarité ou pour acheter des vêtements. Il arrive également qu'ils soient réservés pour des éventualités telles que les traitements médicaux, les naissances et les décès. Les fonds peuvent également être utilisés pour un apport de capital dans une petite entreprise et pour démarrer un projet générateur de revenus. L'utilisation de l'épargne comme mesure de sécurité face à des revenus faibles et incertains est le premier motif de participa-

tion à un club d'épargne. La plupart des petits agriculteurs ne reçoivent des revenus qu'une seule fois par an. Les clubs d'épargne leur permettent de disposer d'argent après la vente de la production agricole et ils jouent donc un rôle d'amortisseur dans les périodes difficiles.

Au Zimbabwe, les clubs d'épargne connaissent un grand succès dans les zones rurales. Selon Madembo (1997), les membres organisent des réunions préalables pour décider des montants qu'ils veulent épargner sur une période de douze mois. Puis ils déterminent leurs besoins en semences, fertilisants et insecticides - qu'ils commanderont en commun, afin de bénéficier de prix de gros. Le Zimbabwe a connu de graves sécheresses au cours des saisons 1991/1992 et 1994/1995. Madembo (1997) remarque que, grâce à leur prudence et à la mentalité d'entraide de leurs clubs, beaucoup de membres des clubs d'épargne ont été en mesure de maintenir leurs enfants à l'école et qu'ils ont pu entreprendre de nouveaux investissements plus rapidement après l'arrivée des pluies. Les clubs d'épargne jouent donc un rôle crucial, tant direct qu'indirect, de par leur capacité à faire face aux besoins de sécurité sociale des fermiers d'une communauté.

5.1.3 Associations indigènes d'aide d'urgence

L'étude démographique portant sur les ménages en République-Unie de Tanzanie et parrainée par la Banque mondiale a montré que, en plus des associations préexistantes traditionnelles d'épargne et d'assistance mutuelle, les habitants de nombreux villages, particulièrement dans les régions les plus touchées (districts de Bukoba rural et urbain, et de Muleba), ont créé de nouvelles organisations spécifiques destinées à faire face aux coûts de l'épidémie de SIDA (Lwihula, 1998). Les découvertes essentielles de Lwihula (voir tableau 4), basées sur des discussions de groupes ciblés, montrent que:

- Les associations traditionnelles d'aide mutuelle et d'épargne existaient déjà mais des organisations spécifiques ont vu le jour dans des villages fortement touchés par l'épidémie de SIDA, particulièrement parmi les Haya et les Nyambo.
- Même les ménages dont aucun membre n'a encore disparu participent à ces organisations et se prémunissent en prévision de décès futurs.
- Les associations sont principalement dirigées et organisées par des femmes.
- Ces associations ont une large gamme d'actions et d'objectifs spécifiques (exemple: affronter des crises, organiser des cérémonies funéraires, activités agricoles communautaires).
- Chez les Haya et les Nyambo, les associations d'aide ont instauré des règles dans les pratiques (exemple: réunions mensuelles et contributions servant d'assurance pour les décès imminents).

Tableau 4: Les associations indigènes dans la région de Kagera, en République-Unie de Tanzanie

Activités	Contribution mensuelle	Taille de l'association	Bénéficiaires
Deuil et funérailles	Argent, nourriture, carburant, travail	10-40	Familles en deuil
Soutien aux malades	Argent, nourriture, visites	10-40	Familles hébergeant des malades
Reconstruction des habitations et réhabilitation des fermes	Travail, argent, matériaux de construction	10-40	Familles en crise
Travaux agricoles communautaires	Travail, semis	10-40	Familles participantes
Soutien aux survivants	Argent, visites	10-20	Orphelins, veuves
Activités génératrices de revenus	Argent	10-40	Groupes de femmes

Source: Lwihula, 1998.

Barnett et Blaikie (1992) notent que des groupes de femmes fournissant des conseils informels ont vu le jour et que des réunions impromptues ont lieu. Ces femmes s'entraident dans les plantations, s'occupent des malades et soulagent le soignant (voir l'exemple présenté dans l'encadré 1). Sans être sollicitées, des femmes du voisinage viennent à tout moment assurer le désherbage et l'entretien des bananeraies d'une femme malade. Elle ont persuadé les Resistance Councils locaux de solliciter une aide extérieure pour les orphelins et certaines prennent même la responsabilité d'héberger des enfants sous leur propre toit. Les séances de conseils informels permettent aux femmes de partager leurs expériences et leurs préoccupations et de «ne pas devenir folles» (Barnett et Blaikie, 1992). Il conviendrait de trouver des espaces publics pour les femmes car il semble que les espaces publics disponibles soient pour la plupart accaparés par les hommes.

Encadré 1: Les sections de mères au Zimbabwe

Beaucoup d'associations religieuses au Zimbabwe ont des sections de femmes que nous appellerons les « sections de mères ». Leur principe de base est de fournir un soutien spirituel, économique et social aux personnes confrontées à des difficultés économiques. Les membres versent un certain montant chaque mois. Les attributions de ces sommes vont de l'assistance finan-

cière pour des funérailles et des mariages jusqu'aux visites aux malades, aux séances de prières et aux conseils. Ces groupes de femmes sont très actifs dans la prise en charge d'enfants dont les parents sont en train de mourir de maladies liées au VIH/SIDA.

(Tiré de Gumbo, 1998).

5.1.4 Les groupes d'entraide de personnes vivant avec le VIH/SIDA

Dans un certain nombre de pays africains, les organisations de lutte contre le SIDA composées de personnes infectées et affectées jouent un rôle croissant dans les actions de riposte contre l'épidémie - bien que le nombre des PVS impliqués soit encore faible au regard de l'ampleur de l'infection. En réalité, on estime que 90 % de la population ne connaît pas son statut sérologique et que, parmi les personnes qui le connaissent, une majorité essaie de garder le secret et ne rejoint pas des groupes de PVS. En Côte d'Ivoire, pays ayant la prévalence la plus forte de SIDA en Afrique de l'Ouest, deux groupes d'entraide composés de personnes vivant avec le SIDA ont été créés en 1994. Dans d'autres parties de l'Afrique, certaines des motivations amenant à devenir membre d'un groupe d'entraide de personnes vivant avec le SIDA sont: la recherche de soutien matériel, social et psychologique et le désir d'éviter la stigmatisation. Les groupes d'entraide ont une fonction sociale importante qui comprend:

- La fourniture de services à d'autres PVS.
- Le fait d'agir comme intermédiaire entre les PVS et leurs proches.
- La prévention du VIH et la mobilisation des personnes non infectées et non affectées.
- La division du travail avec des professionnels des soins de santé.
- La constitution de groupes de pression et de sensibilisation (interactions avec les autorités locales, les organisations internationales et les donateurs).

En Côte d'Ivoire et ailleurs, les groupes d'entraide de PVS apportent une réponse collective à une crise individuelle, fournissant un soutien psychologique à des personnes qui sont - ou se sentent - souvent socialement rejetées. Les groupes d'entraide doivent en général affronter des problèmes culturels et organisationnels ainsi que des difficultés économiques, étant donné qu'ils ne disposent parfois que de peu de fonds. Une autre source de tension vient du fait que la plupart des membres sont pauvres et qu'ils envisagent les groupes d'entraide comme une source de revenus. En fait, la motivation pour rejoindre ces groupes est bien plus souvent économique que fondée sur l'idée d'une riposte collective aux violations des droits de l'homme.

Il est évident que, dans la majorité des pays, très peu de personnes issues de milieux aisés ou des classes moyennes et ayant un statut socio-professionnel élevé sont des membres actifs de groupes de lutte contre le VIH/SIDA. L'Afrique du Sud constitue une exception puisque NAPWA (Association nationale de personnes vivant avec le VIH/SIDA) a été créée par des homosexuels blancs, issus de milieux aisés - même si cela est en train de changer. En 1998, une organisation destinée aux femmes vivant avec le VIH/SIDA a été créée par Mercy Makhamele. Cette organisation - dont le nom est WANN (Réseau national des femmes en vie) - a pour objectif de répondre aux besoins culturels, socio-économiques et psychologiques des femmes démunies et souvent appauvries, ainsi qu'à ceux des personnes à leur charge.

A un niveau plus vaste, la branche africaine de GNP+ (réseau mondial de personnes vivant avec le VIH/SIDA) est basée à Nairobi. Appelée RAP+ (Réseau africain de personnes vivant avec le VIH/SIDA), cet organisme tente de renforcer le rôle des réseaux nationaux au niveau de la sensibilisation en ce qui concerne les droits des séropositifs.

Au Zimbabwe, le Centre a été établi en 1994 par des PVS afin d'encourager les services de santé et de conseil et de venir en aide à un réseau tout juste naissant: ZNNP+ (Réseau des personnes vivant avec le VIH/SIDA au Zimbabwe). Aujourd'hui, ZNNP+ compte des centaines de membres dans des groupes de soutien à travers tout le pays et, comme en Afrique du Sud, un réseau indépendant, destiné aux femmes, est en cours de création afin de prendre en compte leurs besoins spécifiques.

Les groupes informels ne disposent généralement pas de données très précises concernant les coûts ou l'efficacité mais ils ont tendance à avoir des coûts de transactions inférieurs parce qu'ils sont plus informels, basés sur une compréhension mutuelle et qu'ils coûtent moins cher au niveau de l'organisation et de l'administration. Ces groupes peuvent représenter une source essentielle de soutien dans les communautés marquées par l'épidémie de SIDA. Ils fournissent en effet des apports importants au niveau de la production agricole, tant pour la main-d'œuvre que pour les besoins en capitaux et en nourriture. Outre ces aides matérielles, les groupes informels apportent un soutien psychosocial majeur.

Etant donné que le nombre de décès liés au SIDA augmente, les stratégies locales actuellement en place subissent des pressions de plus en plus fortes et il est temps d'élaborer des politiques et des programmes capables de fournir un soutien lorsque les stratégies existantes deviennent insuffisantes. La documentation consultée ne fournit guère d'informations empiriques concernant la proportion de PVS membres de groupes d'entraide. Elle ne permet pas non plus de savoir jusqu'à quel point ils peuvent faire face avant de s'effondrer. Certains auteurs (Webb, 1995; Sabatier, 1997) indiquent que des communautés ne parviennent plus à faire face, notamment en ce qui concerne la prise en charge des orphelins du SIDA. Cela est particulièrement vrai dans les communautés où le nombre d'orphelins s'est brutalement accru pour atteindre des niveaux tendant à dépasser la capacité d'absorption de la communauté. La sécheresse et le déclin économique sont des facteurs d'affaiblissement de la capacité de riposte de la communauté. Néanmoins, nul ne sait déterminer le seuil exact à partir duquel une communauté commence à se sentir débordée, pas plus que l'on ne parvient à déterminer le type d'action de riposte qui disparaît le premier. Ces sujets mériteraient de plus amples investigations.

5.2 Les organisations formelles à assise communautaire

Beaucoup de programmes à assise communautaire et assistant les personnes affectées par le VIH/SIDA sont développés et gérés par des organisations à assise communautaire. Généralement, ces organisations visent à être démocratiques; elles représentent les intérêts de leurs membres et leur rendent des comptes. Elles ont pris forme grâce à des expériences communes. Dans certains endroits où la coopération entre différents ménages n'est pas la norme, des ONG ont facilité le développement de groupes d'entraide – qui sont des sortes d'organisations à assise communautaire. Les groupes sont généralement locaux mais peuvent s'élargir et devenir de véritables réseaux d'organisations locales. En 1993, le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) a estimé qu'il existerait au

moins 100 000 organisations à assise communautaire à travers le monde (Hunter et Williamson, 1997).

Les agences travaillant avec des organisations à assise communautaire dans certains pays comprennent: ActionAid, InterAid, PLAN, SIDA, HIVOS, GTZ, ACDI, OXFAM, Union européenne, Catholic Relief Services, NORAD, UNICEF, USAID, Croix-Rouge et World Vision. Les activités des organisations à assise communautaire et des organisations d'aide aux malades du SIDA varient d'un pays à l'autre, allant des soins à domicile au soutien psychologique en passant par l'assistance matérielle. Dans les zones rurales du sud de l'Ouganda, World Vision a encouragé la formation de petits groupes d'entraide travaillant au niveau de l'agriculture et des activités non agricoles génératrices de revenus telles que l'artisanat, l'apiculture, la menuiserie, la couture et la construction.

A Kagera, République-Unie de Tanzanie, WAMATA (une organisation locale d'assistance aux survivants, composée de bénévoles et à but non lucratif) est ouverte à tous les séropositifs et malades du SIDA et à ceux qui viennent en aide à un ami ou un parent malade. Les membres versent de petites sommes d'argent ou donnent un peu de nourriture pour les familles affectées par le SIDA les plus nécessiteuses. Ils réparent les maisons et apportent des produits médicaux du dispensaire local aux personnes alitées. Pourtant, de tels programmes ont des ressources locales limitées pour des services essentiels et ils ont besoin d'un appui extérieur sous forme de participation aux frais de scolarité, d'aliments, d'uniformes, de vêtements, de draps et de couvertures ainsi que de fonds de roulement, afin de permettre aux familles affectées par le SIDA de mettre en place des systèmes comme la production de légumes, l'élevage de volailles et de bétail, la menuiserie et la couture.

En Afrique du Sud, SAFO (société d'aide aux familles et aux orphelins) a été formée à Soweto en 1992 dans le but de fournir des soins et un soutien aux familles affectées (Gilks et al., 1998). Beaucoup d'organisations à assise communautaire fonctionnent grâce à de nombreux volontaires et à quelques employés rémunérés. L'Annexe 1 présente une sélection de groupes communautaires d'entraide soutenus par ActionAid Ouganda. Les Annexes 2, 3 et 4 présentent certaines activités principales des organisations à assise communautaire, dans la région de Kagera, en République-Unie de Tanzanie, et dans les zones rurales du Zimbabwe et du Kenya.

Certaines organisations à assise communautaires se sont agrandies et sont devenues des ONG, comme TASO (organisation d'aide aux malades du SIDA) en Ouganda. TASO a vu le jour en 1987 à Kampala sous la forme d'une petite organisation à assise communautaire. Aujourd'hui, elle s'étend sur six sites couvrant la partie sud-est de l'Ouganda et s'adresse à la fois aux zones rurales et urbaines. Son personnel est composé de 150 employés et de 2 000 volontaires. TASO fournit une gamme de services qui comprennent le conseil, des garderies pour les enfants, le traitement et les soins, les soins à domicile, un soutien social comme le paiement des frais de scolarité pour les enfants dans le besoin et des activités génératrices de revenus telles que la couture, l'élevage de porcs, la culture des bananes et des légumes. Dans l'évaluation de TASO en 1994, le traitement et les soins (y compris

le conseil et les soins infirmiers) sont mentionnés par 86 % des 619 utilisateurs interrogés comme étant les services les plus utiles de TASO; 10 % mentionnent le soutien social et 4 % différents autres services (TASO, 1995). Ses principaux par-rainants incluent ActionAid, DANIDA, USAID, DFID et AusAID.

Même s'il peut sembler plus facile d'obtenir des chiffres concernant les coûts et le rapport coût-efficacité des organisations à assise communautaire et soutenues par des agences de développement extérieures - puisqu'elles sont plus formelles - la collecte d'information sur ce sujet s'est avérée être une tâche difficile. L'évaluation de TASO en 1994 ne fournit aucune information sur les coûts ou le rapport coût-efficacité des activités de TASO. L'évaluation des programmes à assise communautaire effectuée en 1998 par ActionAid's Strategies for Action en Ouganda et au Malawi ne chiffre pas non plus les coûts ou le rapport coût-efficacité des activités de soutien à assise communautaire.

5.2.1 Le soutien des enfants et des orphelins

Les deux formes essentielles de soutien pour les orphelins soumis à des circonstances particulièrement difficiles sont, d'une part, une aide institutionnelle, comme le placement en orphelinat et, d'autre part, la prise en charge ou l'adoption par des membres de la famille et de la communauté. La section ci-après analyse tout d'abord les programmes destinés à renforcer la prise en charge et les soins par la famille élargie et par la communauté puis se penche sur les programmes d'aide institutionnelle.

Traditionnellement, on considère que la famille élargie et la communauté dans son ensemble soutiennent le foyer socialement, économiquement, psychologiquement et émotionnellement. Il s'agit d'une pratique courante un peu partout en Afrique orientale et australe. Pourtant, comme un nombre croissant de ménages sont affectés par l'épidémie de SIDA, les données montrent que certaines communautés ne parviennent plus à absorber tous les orphelins du SIDA. Les causes en sont le manque de ressources, l'urbanisation et la migration (Webb et Reardon, 1992). Ces défaillances sont visibles, par exemple, dans le fait qu'il existe des ménages dont le chef de famille est un enfant et qui ne bénéficient d'aucune aide ou, comme le montre l'étude Kagera de la Banque mondiale, par la disparition de certains ménages. Toutefois, beaucoup d'organisations d'aide aux orphelins à assise communautaire ont été créées au fur et à mesure que le nombre d'orphelins a augmenté.

La mise en place d'une aide à la prise en charge des orphelins dans la communauté est illustrée par les études de cas provenant du Zimbabwe, du Malawi et de la République-Unie de Tanzanie et relatées dans l'encadré 2. Lorsque les orphelins ne bénéficient pas d'un réseau de sécurité constitué par une famille élargie, les institutions d'hébergement ou les orphelinats représentent un dernier recours pour faire face à leurs besoins. Les orphelinats sont parfois gérés par des églises, particulièrement pour les enfants de moins de trois ans, ou par des ONG, le gouvernement ou des individus privés. Etant donné que le nombre d'enfants orphelins du SIDA augmente, le besoin d'orphelinats risque de s'accroître.

La documentation révèle que les orphelinats sont peu susceptibles d'être soutenus au plan financier à cause du poids énorme et à long terme qu'ils font peser sur le département d'aide sociale ou sur les organisations responsables de leur fonctionnement. Selon Ainsworth et Over (1997), le coût d'un enfant placé dans un orphelinat est environ huit fois supérieur à celui d'un enfant placé en famille d'accueil. Les multiples exigences liées à la garde d'enfants imposent des ratios plus faibles enfant/personne chargée des soins dans les institutions (Powell et al., 1994). Cette étude nationale menée au Zimbabwe sur les lieux d'accueil institutionnels des enfants a montré que les jeunes enfants placés dans des orphelinats courent un risque supérieur d'infections récurrentes. Le rapport établi par Powell indique qu'une étude portant sur deux orphelinats hébergeant 100 enfants au total a montré que 42 d'entre eux avaient été hospitalisés une fois et 26 deux fois ou plus. Il est également clair que de tels orphelinats vont rarement dans le sens du meilleur intérêt de l'enfant, que ce soit sur le plan économique ou social.

Encadré 2: Etudes de cas concernant le soutien aux orphelins

Au Zimbabwe, le programme à assise communautaire FOCUS (Programme d'aide aux familles, aux orphelins et aux enfants en difficulté) a été établi en 1993, dans une zone rurale, par une église locale, avec le soutien technique de FACT (association d'aide aux familles touchées par le SIDA) à Mutare. Les activités principales du projet incluent le recrutement de volontaires au sein de la communauté pour identifier les orphelins, les enregistrer et leur rendre visite, dans un rayon de deux kilomètres autour de leur domicile. Une formation de base est fournie aux volontaires et ils se rendent deux fois par mois dans les ménages abritant des orphelins. Les orphelins qui connaissent les plus grandes difficultés, comme ceux qui se trouvent dans des foyers où le chef de famille est un enfant, reçoivent des visites chaque semaine. Les orphelins sont soutenus matériellement avec des produits agricoles (semences de maïs et fertilisants, par exemple), une prise en charge des frais d'école primaire, de la nourriture et des couvertures.

Parmi les autres activités assurées par FOCUS figurent: l'aide aux labours dans les champs appartenant à des orphelins, la réparation des maisons, les soins de santé, la garde d'enfants ainsi que la mise en

place d'activités génératrices de revenus. Ce dernier point comprend la fourniture de biens matériels pour des projets à assise communautaire, tels que des volailles et des potagers. Les sommes issues des projets générateurs de revenus sont affectées à l'aide aux familles démunies. Le soutien psychosocial est fourni par le biais d'activités culturelles et sportives qui ont lieu fréquemment. Le programme FOCUS n'opère pas de distinction entre les orphelins du SIDA et les autres orphelins. Il essaie d'apporter une aide à ceux qui en ont le plus besoin. Il lui arrive de soutenir des enfants non orphelins dans des cas très exceptionnels de détresse

En 1998, le programme FOCUS comportait 137 volontaires dispersés sur cinq sites ruraux et une zone résidentielle urbaine à forte densité, à Mutare. Le programme couvre un total de 50 000 ménages et vient en aide à 1 200 orphelins. Le coût total du programme FOCUS est de US\$ 1150 par mois, 44 % de cette somme sont destinés aux frais administratifs de FACT et 56 % aux dépenses directes du programme (78 % pour l'assistance matérielle aux orphelins, 13 % sous forme de remboursement de frais aux volontaires et d'uniformes, 9 % pour la formation et les frais de réunions)

(Foster et Makufa, 1998). Les volontaires ne perçoivent que des rétributions minimales: uniformes, cadeaux de Noël de US\$ 10 et formation. Le programme FOCUS est utilisé dans d'autres provinces du pays et d'autres programmes sont mis en place en Zambie, au Kenya et au Malawi, à la suite de visites sur des sites de FOCUS dans le cadre du programme régional de formation de FACT.

Au Malawi, le programme COPE de Save the Children Federation USA représente également un bon exemple de projet élaboré pour renforcer la capacité communautaire. Le but de l'intervention de COPE est de mobiliser l'action communautaire afin d'atténuer l'impact du VIH/SIDA sur les familles et les enfants. La première phase comprenait la mise en place d'une stratégie de programmation ; cette étape consistait notamment en la formation de groupements de soins communautaires réunissant le gouvernement, les responsables religieux, le monde des affaires, les aînés de la communauté et d'autres personnes clés, afin de répondre aux besoins des familles en matière de santé et de problèmes économiques et psychologiques. La seconde phase du programme incluait le renforcement de la capacité de ces regroupements à identifier et mobiliser les ressources internes, à accéder aux ressources externes et à coordonner les organisations à assise communautaire qui assureraient le fonctionnement de l'initiative.

Les comités de lutte contre le SIDA au niveau communautaire ont été en mesure d'identifier, de contrôler et d'aider les orphelins et d'autres enfants vulnérables en permettant à certains d'entre eux de retourner à l'école et en fournissant une assistance matérielle sous forme d'uniformes scolaires, de vêtements, de maïs, de riz, de savon et de matériels éducatifs. Ces mêmes organisations communautaires ont été en mesure de réunir des fonds grâce à des jar-

dins communautaires, en effectuant des travaux rémunérés dans les lopins appartenant à des fermiers et en entreprenant des marches humanitaires. Les personnes chargées de la garde des orphelins bénéficiaient d'aide sous forme de produits agricoles et de conseils techniques par le biais des comités de lutte contre le SIDA au niveau du village. D'autres réalisations des comités de lutte contre le SIDA au niveau des villages incluent la formation de clubs de jeunes impliqués dans la promotion de la prévention du VIH et dans les travaux de soins, des systèmes de garde d'enfants à assise communautaire et des activités de divertissement structurées pour les enfants. Les caractéristiques les plus remarquables de ce programme sont, d'une part, la création de partenariats entre les secteurs public et privé et, d'autre part, le fait que COPE a agi comme un simple médiateur facilitant la mise en place du projet. A la fin du cycle prévu pour le projet, les travailleurs agricoles de COPE ont été retirés des villages et des communautés qui étaient alors considérées comme autosuffisantes (Krift et Phiri, 1998).

Au Malawi, certaines organisations à assise communautaire commencent à offrir une éducation informelle aux orphelins. Par exemple, Chifundo Orphan Home, dans le district de Manase, a été créé par des femmes qui souhaitent aider des orphelins à continuer à recevoir une éducation. Cette institution demande au chef du village de lui indiquer quels sont les orphelins qui ne vont pas à l'école.

Dans la région de Kagera, en République-Unie de Tanzanie, 12 organisations à assise communautaire et des ONG internationales apportent une aide à environ 47 % des orphelins. Il semblerait que l'aide extérieure crée une certaine dépendance: il arrive que les gens ou les communautés attendent que des ONG extérieures viennent leur porter

secours. Le projet d'aide aux orphelins UKIMWI fournit une assistance limitée aux communautés pour les aider à résoudre leurs propres problèmes face aux orphelins. Les ressources des familles et des communautés sont mobilisées en tout premier lieu pour accroître la production de nourriture. Cela comprend la culture des terres et l'élevage de deux vaches, ainsi que des cultures de rapport comme les bananes ou le café.

D'autres activités consistent à organiser le soutien communautaire pour effectuer la réparation des habitations d'orphelins, à payer les frais scolaires d'un certain nombre d'orphelins, fournir une assistance médicale aux orphelins et mettre en place des activités génératrices de revenus pour des groupes de femmes ou pour des orphelines (couture, retouches, vannerie, etc.) (Ng'weshemi et al., 1997).

Mukoyogo et Williams (1991) ont noté que, en République-Unie de Tanzanie, lorsque les enfants quittent leur village, ils se privent de leur droit à hériter de la terre de leurs parents et perdent leur sentiment d'appartenance. Ils doivent aussi faire face à des problèmes de socialisation et à la perte des racines culturelles - et l'expérience montre que les retombées à long terme de telles situations sont extrêmement néfastes puisqu'elles engendrent des adultes mal adaptés qui perpétueront l'épidémie. Les enfants placés en orphelinat ne sont pas complètement intégrés dans la communauté parce que les institutions sont structurées comme des communautés isolées où l'intégration ne se produit que dans le cadre scolaire (Powell et al., 1994). S'adresser directement à la communauté pour apporter de l'aide est plus efficace, bien qu'il soit difficile pour les gouvernements de déterminer quelles sont les familles d'orphelins les plus nécessiteuses. Comme nous l'avons dit auparavant, les organisations à assise communautaire ont un rôle crucial.

5.2.2 Projets générateurs de revenus

Les ONG locales et celles qui bénéficient de fonds internationaux s'emploient à améliorer le revenu des membres de la communauté en soutenant des projets générateurs de revenus susceptibles d'atténuer les effets du VIH/SIDA. Les ONG peuvent agir par le biais d'organisations à assise communautaire et offrir une aide à des projets générateurs de revenus - qu'ils visent des individus ou des groupes. En Ouganda, les organisations à assise communautaire soutenues par ActionAid ont tendance à inclure des membres ayant des caractéristiques variées (par exemple, des veuves, des personnes vivant avec le SIDA et des femmes). D'autre part, des projets générateurs de revenus individuels sont assumés par des individus au sein des organisations à assise communautaire. Asingwire et al. (1998) ont évalué cinq organisations à assise communautaire directement soutenues par ActionAid Ouganda. Il s'agissait de NACWOLA, GASCO, TASO Kumi, STOGA et KISA. Les activités génératrices de revenus entreprises par ces organisations à assise communautaire sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5: Activités mises en place par les organisations à assise communautaire dans le cadre de projets générateurs de revenus en Ouganda

Projet générateur de revenus visant des groupes	Projet générateur de revenus pour des individus
NACWOLA Elevage de lapins - Couture	TASO Kumi Elevage de chèvres
TASO Kumi Agriculture, vente de produits agricoles, restaurant, élevage de chèvres	STOGA Fonds de roulement
GASCO Elevage de porcs	KISA Fonds de roulement

Les évaluations effectuées par Asingwire et al. montrent que l'élevage de lapins ne semble pas constituer une entreprise très profitable pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. NACWOLA est une ONG nationale constituée en 1991 par des femmes vivant avec le SIDA. Au moment de l'évaluation par Asingwire et al., le projet fonctionnait depuis environ 10 mois et aucune des personnes y adhérant n'avait encore retiré le moindre profit sous forme de revenu - alors qu'elles avaient consacré du temps, de l'argent et du travail à l'élevage des lapins. Cette restriction exceptée, certains avantages avaient été enregistrés, notamment au niveau du fort soutien psychosocial apporté par le groupe aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

L'élevage de chèvres, projet mené par TASO Kumi, s'est avéré sans intérêt pour les PVS, à cause de la nature même du projet. Il faut deux ans avant qu'une personne vivant avec le VIH/SIDA puisse tirer profit de la vente des chèvres et, comme les bénéficiaires recevaient de très jeunes chèvres, cela plaçait un poids très lourd sur leurs épaules. Un grand nombre de PVS étaient malades ou même morts avant d'avoir réalisé le moindre bénéfice.

Le fonds de roulement de KISA a été un échec parce que les montants des prêts étaient trop faibles et répartis entre de nombreux membres. En revanche, le fonds de STOGA a été un véritable succès et il a servi de modèle pour d'autres organisations à assise communautaire. Les membres de STOGA ont décidé de ne pas attribuer des prêts trop réduits en adoptant une formule qui consiste à ne sélectionner qu'un très petit nombre de bénéficiaires au départ. Ces quelques membres, des femmes uniquement, ont été capables de rembourser les crédits à temps pour que d'autres membres puissent en profiter à leur tour. De plus, le groupe a une activité de proximité, à savoir une troupe théâtrale qui permet des rentrées d'argent qui sont ensuite partagées. Si un membre cesse complètement de payer, il obtient des sommes moins importantes lors du partage de ces sommes car une partie est retenue en compensation des remboursements qu'il n'a pas assurés.

Au cours de leurs travaux, Asingwire et al. indiquent que les projets de groupes ont souvent des problèmes lorsque personne n'est spécifiquement responsable des projets. Les projets de groupes devraient néanmoins être encouragés chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, à cause de la satisfaction que les membres tirent

de ces projets et de l'importance qu'ont pour eux les rencontres permettant de partager leurs expériences. Asingwire et al. recommandent que les projets générateurs de revenus individuels soient encouragés parmi les personnes qui ne vivent pas avec le VIH/SIDA. Lorsqu'ils créent leurs «propres» projets, les individus sont davantage enclins à s'engager totalement que dans le cadre de l'adhésion à un groupe. Les expériences concernant les projets générateurs de revenus au Malawi sont similaires, comme le montre l'encadré 3.

En Ouganda, dans le cadre du projet «Zero Grazing Heifer Project» les familles ont reçu une vache prête à donner naissance à un veau, de façon à pouvoir profiter de la production de lait. La famille est pleinement propriétaire de la vache une fois que celle-ci a donné naissance à un veau femelle qui est emmené pour continuer le cycle. Alors que le projet était une réussite dans le cas de prêts en argent, lorsqu'un bien indivisible comme une vache est en jeu, la vulnérabilité de la famille peut se trouver accrue face à une situation de détresse où la vente de l'animal se transforme en une véritable catastrophe (Kezaala et Bataringaya, 1998).

Encadré 3: L'expérience d'ActionAid avec les projets générateurs de revenus au Malawi

En 1996, ActionAid Malawi a mis en place un projet pilote s'adressant aux orphelins, aux malades chroniques et aux personnes vivant avec le SIDA. Avec l'aide d'un financement de l'UNICEF, ActionAid a permis le développement du potentiel d'action d'organisations à assise communautaire afin de faciliter la formation d'une épargne de roulement fonctionnelle et de systèmes de crédit. Les allocations et les petits prêts peuvent être utilisés pour les projets tels que:

- Production et fabrication à petite échelle pour des activités de couture, boulangerie, tissage, travail du cuir, préparations alimentaires.
- Activités agricoles telles que production de volailles, d'œufs et de poulets, activités de maraîchage, etc.
- Services: cordonnerie, réparation de bicyclettes, gestion de salons de thé.
- Petit commerce: achat-vente de diverses denrées comme les haricots et le maïs.
- Pêche.

Les membres d'un groupe fonctionnel peuvent obtenir des prêts en tant que groupe ou à titre individuel mais ils s'engagent à rembourser leurs prêts rapidement, de manière à maintenir le fonds de roulement. Le mon-

tant initial prêté était de 400 MK (Malawian Kwacha) mais, plus tard, les membres ont pu recevoir des montants allant jusqu'à 1500 MK par personne. Le groupe de soutien détermine le montant maximum pouvant être emprunté sur la base de la capacité des bénéficiaires à rembourser l'argent. L'argent est prêté sans que des garanties soient nécessaires. Les taux d'intérêts vont de 10 à 20 % par an. Les périodes de remboursement varient d'un groupe à l'autre. Dans l'ensemble, les remboursements ont été bien assurés. Une femme Zomba dont l'activité est le broyage de pierres a remboursé son prêt en un mois et a obtenu un prêt plus important qui lui a permis d'augmenter la taille de son entreprise. Un certain nombre d'organisations à assise communautaire comme NASO à Nkhotakota ont obtenu le remboursement de 85 % des sommes prêtées à des individus et sont en mesure d'accorder une seconde série de prêts.

Les objectifs suivants s'inscrivaient dans le projet: atteindre 3000 orphelins dans 756 ménages, aider 62 personnes vivant avec le VIH/SIDA et ayant reçu des fonds pour mener à bien des projets générateurs de revenus, assurer la formation et la gestion

des volontaires animant les groupes de soutien. Les principaux problèmes rencontrés portaient sur des mécontentements concernant le montant des prêts - considérés comme trop faibles pour le type d'activités que les bénéficiaires voulaient mettre en place - et sur le fait que certains bénéficiaires n'avaient pas assez de compétences pour mener à bien un projet générateur de revenus, mais ils ont maintenant acquis certaines compétences et connaissances.

Les principales leçons à tirer de l'expérience sont:

- Les projets individuels sont mieux gérés que les projets de groupe car ils sont mieux surveillés lorsqu'une seule personne est responsable de la gestion du projet.

- Les activités génératrices de revenus qui sont administrées localement par la communauté et qui utilisent leurs propres règles sont plus bénéfiques et moins coûteuses. Il est important que les communautés possèdent leurs propres systèmes de crédit car cela en garantit la viabilité.

- Un programme de crédit et d'épargne qui s'appuie sur la participation communautaire et sur un esprit de bénévolat a de plus fortes chances d'être viable qu'un projet dont le fonctionnement, au quotidien, dépend d'un fonctionnaire.

- Un programme dont la cible est l'entité familiale sera plus à même de répondre aux besoins des bénéficiaires.

Adapté de: Khonyongwa (ActionAid Malawi), 1998.

Dans les régions rurales de Zambie, des stratégies de riposte sont liées aux activités agricoles et au brassage de la bière. Les marchés étant limités, les opérations de ventes et d'achats de biens sont moins importantes. Les projets agricoles communautaires à petite échelle sont gérés de manière à ce que les bénéficiaires aillent aux personnes qui en ont le plus besoin - telles qu'identifiées par le comité de gestion du projet (Webb, 1995).

Une étude effectuée sur le terrain, à Mpongwe, en Zambie, par la FAO, montre que le prêt de bétail est une intervention importante qui renforce les actions de riposte des ménages et de la communauté, particulièrement pour les femmes. Le microcrédit est délibérément présenté de manière à attirer les femmes car elles affichent de meilleurs taux de remboursement dans le monde entier (Hunter et Williamson, 1998). L'expérience a également montré que les femmes utilisent davantage leurs revenus pour contribuer aux besoins immédiats des enfants.

Dans la documentation consultée, les coûts et l'efficacité des projets générateurs de revenus ne sont pas mentionnés. L'évaluation des projets générateurs de revenus effectuée par Asingwire et Muhangi en Ouganda en 1998 ne prend pas en compte les coûts et l'efficacité des projets générateurs de revenus. Selon Sabatier (1997), les ONG s'occupant du SIDA ont de faibles économies d'échelle et les coûts administratifs ainsi que les frais généraux absorbent la plus grande partie de leurs budgets. Dans certains cas, il arrive même que moins de 20 % du budget parviennent réellement aux bénéficiaires visés. Cela a été confirmé pour les aides fortement personnalisées, comme les soins à domicile (étudiés dans la section suivante), le conseil et le soutien en période de crise. Le fait que les programmes soient plus centrés sur la communauté rend les projets moins coûteux et plus efficaces. Un manque de données similaire est noté au niveau de publications concernant les ONG impliquées dans le travail d'atténuation de l'impact. Certains projets particulièrement orientés vers les groupes semblent être considérés comme offrant des avantages plutôt psycholo-

giques que matériels. Il est montré que la mise en place de projets générateurs de revenus améliore l'estime de soi, les membres étant trop occupés pour s'apitoyer sur eux-mêmes (Julian et al., 1996).

Certaines études soulignent le besoin d'évaluer soigneusement le bien-fondé de tout projet générateur de revenus avant de l'introduire dans la communauté, afin de voir s'il est en adéquation avec les compétences et les ressources de la communauté. L'évaluation d'un projet agricole concernant de la vanille dans le district de Mukono, en Ouganda, a révélé que le projet n'était pas viable car il n'existait pas de marché (Kezaala et Bataringaya, 1998). Le manque de compétences et de connaissances adéquates est identifié dans plusieurs études comme la principale raison d'un échec. «De bonnes intentions, une petite injection de capital et quelques rapides leçons ne peuvent pas fabriquer des tailleurs, des éleveurs de volailles et des boulangers» (Jackson et al., 1993). Les interventions qui bénéficient d'une bonne évaluation, qui sont peu coûteuses et qui sont élaborées sur les ressources, les compétences et les besoins de la communauté ont de meilleures chances de réussite. Toutefois, Jackson et al. mettent en garde contre les difficultés inhérentes à la mise en place de projets dont les seuls critères sont la rentabilité et le fait de générer des revenus. Si la rentabilité n'est pas le but, cela doit être clairement établi dès le départ, afin d'éviter que les participants n'élaborent de vains espoirs et de fausses idées.

5.3 Programmes concernant le traitement et les soins à domicile

Les programmes de soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou ayant d'autres besoins de santé se développent rapidement en Afrique subsaharienne pour lutter contre le VIH/SIDA. Cela se produit parce que les hôpitaux et les autres institutions de santé officielles sont incapables de faire face à la demande croissante au moment où leurs budgets réels sont en diminution à cause de mesures d'ajustement économique structurel. Dans les pires cas, les soins à domicile sont synonymes de négligence mais, lorsqu'ils sont correctement assurés, ils peuvent aider les patients à traverser leur maladie et à mourir avec un peu de dignité et de réconfort, dans un environnement familial, entourés de leurs proches. Osborne et al. décrivent différents modèles de soins à domicile (depuis un prolongement du système hospitalier jusqu'à des systèmes gérés par des ONG et des organisations à assise communautaires gérées par des PVS) et comparent leurs avantages respectifs. Ces auteurs (et d'autres également comme Woelk et al., 1997) notent que les principales difficultés dans le cas des soins à domicile concernent les coûts et le maintien des efforts à long terme, la qualité des services et la couverture des besoins. Foster et al. (1993) estiment que, dans le meilleur des cas, moins de 10 % des besoins sont couverts - et que c'est souvent moins que cela. Les premiers programmes de soins à domicile en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe ont été mis au point par des hôpitaux mais on s'est aperçu que 75 % du temps du personnel hospitalier était consacré aux déplacements jusqu'au domicile des patients dans les zones rurales, ce qui était très coûteux pour les hôpitaux.

L'étude parrainée par l'OMS en 1993 (OMS, 1994) en Zambie montre que le coût moyen d'une visite à domicile par une équipe de trois personnes est de US\$ 26 et

conclut que les soins à domicile sont un service coûteux en argent et en heures de travail mais qu'il peut devenir efficace si les communautés y prennent une plus grande part. Dans une autre étude, Gilks et al. (1998) concluent également que les unités de soins à domicile gérées par des hôpitaux ne sont pas d'un bon rapport coût-efficacité car elles sont coûteuses et qu'elles ne peuvent pas prendre en compte toutes les personnes en ayant besoin. Au début des années 1990, les programmes de soins à domicile, assurés par des hôpitaux, commencent à fonctionner en collaboration plus étroite avec les volontaires basés dans la communauté et issus d'églises et d'autres groupes sociaux. Les programmes à assise communautaire qui incluent des volontaires locaux pour des visites à domicile sont plus rentables et les équipes basées dans la communauté sont en mesure de consacrer plus de temps aux patients que les personnels venant des hôpitaux.

L'étude concernant les soins à domicile en Zambie, menée par Woelk et al. (1997), bien que fondée sur un échantillon de petite taille et pas nécessairement représentatif, montre que le coût des soins à domicile gérés par la communauté est nettement plus élevé dans les zones rurales que dans les zones urbaines, principalement à cause des coûts de transport accrus (US\$ 42 par visite dans les zones rurales contre US\$ 16 par visite dans les zones urbaines). Les salaires et le transport représentent la plus grande partie des coûts (allant de 78 % à 90 %). Les auteurs concluent qu'il est essentiel d'accroître l'implication des communautés et de développer le sentiment d'appartenance communautaire pour les programmes, de manière à minimiser les coûts.

De nombreux programmes communautaires de soins à domicile prennent la forme de soins infirmiers et médicaux et d'assistance matérielle, tout comme celle d'un soutien social, spirituel et émotionnel. Pourtant, il est abusif de supposer que des ressources sont disponibles pour faire face aux besoins en matériels et médicaments. Ce n'est pas toujours le cas dans les zones rurales pauvres et cela peut devenir un obstacle majeur au fonctionnement des programmes communautaires de soins à domicile. Un autre obstacle majeur réside dans le fait que l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin de soins à domicile peut atteindre un niveau dépassant la capacité des services de soins à domicile de la communauté.

Gilks et al. (1998) indiquent que le coût du programme de soins à domicile Chikankata en Zambie rurale est d'environ US\$ 1000 par client pris en charge. Les coûts les plus élevés sont les frais de transport. L'hôpital de Chikankata est un hôpital soutenu par l'Armée du Salut, desservant une population rurale d'environ 100 000 personnes. Par comparaison, les coûts des programmes de soins à domicile du Diocèse catholique de Copperbelt en Zambie sont modestes, rapportés au nombre de bénéficiaires. Une analyse des coûts des programmes (excluant l'aide aux orphelins) dans la commune d'Ipusukilo sur une période de 24 mois en 1996-1998 fait apparaître que les dépenses moyennes mensuelles sont de US\$ 2216 pour 400 malades - ou 3600 personnes si l'on prend en compte les membres du ménage. Le critère le plus important pris isolément était l'aide sociale aux familles (vêtements, nourriture, couvertures, draps), poste qui représentait 39 % de l'argent dépensé. Venaient ensuite les médicaments et les équipements pour 21 % (Blinkhoff et al., 1999). L'évaluation des programmes de soins à domicile en Zambie est décrite dans

l'encadré 4; la conclusion de l'étude mentionnée est que les soins à domicile fondés sur la communauté peuvent réduire substantiellement le coût du programme. Ils entraînent une réduction importante des frais de transport et de personnel et permettent à une plus grande proportion des fonds d'être d'un bénéfice direct pour les malades et leurs familles.

5.4 Changements au niveau des règles et des valeurs culturelles

Dans le contexte africain, étant donné que de plus en plus de personnes meurent du SIDA, les communautés doivent renoncer aux pratiques traditionnelles de deuil. Aujourd'hui, de nombreuses communautés n'ont pas les ressources matérielles et humaines pour continuer à respecter les pratiques rituelles. De rapides adaptations doivent être effectuées. Les rites funéraires africains supposent généralement d'amener le corps à la maison pendant au moins une nuit, de le laver, de l'exposer publiquement, d'organiser une mise en terre, de prévoir un grand repas pour les personnes s'associant aux funérailles, d'observer une période de deuil d'une semaine au cours de laquelle les amis et les parents dorment dans et autour de la maison du défunt (McNeil, 1999). Plusieurs études indiquent que les périodes de deuil sont passées de sept à deux ou trois jours pour un adulte et de trois à deux jours pour un enfant (Lwihula, 1998; SAfAIDS, sous presse; Kilonzo et Hogan, 1996). En Ouganda, la coutume qui consiste à ne pas travailler dans son jardin pendant quatre jours lors du décès d'un voisin, en signe de respect, a été abandonnée. «On ne peut pas se permettre de faire cela maintenant, sinon on n'a plus rien à manger» - Dr D Kabatesi, responsable du projet Theta d'éducation en matière de SIDA (McNeil, 1999).

Certaines études font également état de changements dans certaines pratiques culturelles traditionnelles contribuant à la transmission du VIH. Par exemple, dans une étude entreprise en Zambie par SAfAIDS (sous presse), le rituel qui consistait en des relations sexuelles avec une femme après son veuvage est maintenant peu pratiqué - surtout si l'on craint que la cause du décès du mari soit le SIDA. Désormais, le rituel consiste plutôt à attacher une chaînette de perles autour de la taille de la veuve et à la maculer de farine de céréales. La veuve ne doit pas se remarier ou avoir des relations sexuelles, sous peine de mourir ou de devenir folle, jusqu'à ce que la chaînette tombe d'elle-même.

Certaines communautés font des efforts pour protéger l'héritage des veuves et des enfants et éviter que les biens ne soient accaparés par la famille du défunt mari. Ils travaillent dans ce domaine en collaboration avec les responsables communautaires.

Encadré 4: Coût et efficacité des soins à domicile en Zambie

En Zambie, le SIDA est déjà la première cause de décès des adultes hospitalisés. Les projections pour 1998 concernant l'infection à VIH atteignent les 1,8 million de personnes, soit près de 28 % de la population totale. La grande majorité des personnes infectées seront, à un moment ou à un autre de leur maladie, demandeuses de soins et le besoin en lits d'hôpitaux va s'accroître de près de 20 % par an au cours des dix prochaines années. On pense que, d'ici 2010, les PVS occuperont 90 % des 25 000 lits d'hôpitaux.

Quarante-sept programmes de soins à domicile ont été mis en place depuis 1987 pour fournir des services aux PVS au sein de leurs communautés. En outre, le gouvernement zambien a réagi en intégrant les soins à domicile dans sa stratégie de santé. Il a demandé aux commissions de santé des districts de soutenir les soins à domicile et a encouragé les programmes de soins à domicile à améliorer leur efficacité par le biais d'une plus grande intégration avec d'autres systèmes de soins de santé communautaires.

Une étude a été conduite pour examiner certains programmes de soins à domicile mis en place par des hôpitaux et des communautés. De larges comparaisons ont été effectuées entre ces deux types essentiels d'infrastructures afin d'explorer leur efficacité relative et leur niveau de réussite en ce qui concerne leur intégration aux systèmes de soins de santé existants. Le coût par maison visitée varie de manière significative, allant de US\$ 10 à US\$ 40 pour les programmes lancés par les hôpitaux (à cause de la différence dans les structures, les services et la productivité de ces programmes) à US\$ 2 pour un programme à assise communautaire. Les principaux coûts incluent le transport, les fournitures, les salaires et la formation. Les coûts hospitaliers vont de US\$ 3 et US\$ 8 par jour. Cependant, ni les coûts assumés par les familles rendant visite aux malades ni les pertes d'opportunités n'ont pu être calculés.

La conclusion essentielle de cette étude est que, bien qu'un financement extérieur soit nécessaire, le principe des soins à domicile en Zambie doit continuer à être soutenu, voire s'accroître. Les programmes de soins à domicile en Zambie sont exemplaires et représentent une source d'inspiration pour le reste du monde. Ils ont indéniablement apporté des services et un confort inestimables à des milliers de PVS, à leurs familles et aux communautés. Toutefois, il est urgent d'améliorer leur efficacité et de diminuer les coûts associés aux services de soins actuels, tels qu'ils sont assurés dans certains pays.

Un recours plus fréquent aux soins à domicile pourrait alléger certaines pressions sur les centres de soins tertiaires. Les coûts peuvent être diminués en évitant les programmes verticaux fondés sur des activités qui nécessitent des véhicules, qui touchent peu de monde et qui supposent un grand nombre d'heures de travail pour des personnels qualifiés. La demande de soins hospitaliers pourrait être dirigée vers les soins communautaires si les installations de soins primaires existantes, situées plus près des ménages, étaient mieux utilisées et soutenues, y compris en ce qui concerne la disponibilité de soins complets. Les communautés seraient en mesure d'organiser et d'offrir une large gamme de soutien tant clinique que spirituel et émotionnel. Toutefois, pour parvenir à cela, la capacité des communautés et des familles à prendre soin des PVS devra être accrue et rendue plus durable. Souvent, comme le montrent les études de cas, ces capacités sont disponibles mais elles sont sous-employées et manquent de liens les unes avec les autres - comme les groupes fondés sur des églises, les agents de santé locaux, les guérisseurs traditionnels et les soins prodigués par des membres de la famille.

Source: Ng'weshemi et al., 1997.

6. les implications des politiques sur les actions de riposte communautaires

Les communautés rurales, confrontées à des pertes croissantes à cause du VIH/SIDA, cherchent de l'aide auprès des familles et des communautés existantes. Elles partagent avec d'autres communautés leurs expériences sur les manières de faire face aux pertes causées par le VIH/SIDA. Les organisations de services et le soutien des ONG aident à réunir les ressources nécessaires, particulièrement pour le traitement et les programmes de soins à domicile. La documentation montre la manière dont les populations se mobilisent en utilisant les systèmes de soins traditionnels et modernes afin de fournir un appui aux malades et aux nécessiteux dans leurs communautés. Les personnes vivant avec le VIH jouent un rôle de plus en plus important dans la communauté.

L'immense force des actions de riposte de la communauté traditionnelle locale est qu'elles sont moins coûteuses, qu'elles sont basées sur les besoins locaux et sur les ressources disponibles ainsi que sur la compréhension mutuelle des membres de la communauté. La principale limite de ces initiatives locales est qu'elles ne génèrent pas assez de ressources pour acheter des médicaments et assurer d'autres besoins en matière de traitement et de soins. Dans ce domaine, leur soutien est donc limité. De plus, elles risquent d'alourdir fortement la charge qui pèse sur les épaules des femmes - qui travaillent déjà pendant un grand nombre d'heures.

La documentation montre que, plus le nombre de décès liés au SIDA augmente, plus la pression exercée sur les stratégies communautaires existantes s'accroît. Cette observation souligne l'importance d'une surveillance étroite de la capacité de riposte des communautés afin que des politiques et des programmes puissent être mis en place pour fournir un soutien stratégique permettant de maximiser l'efficacité des initiatives locales et de les aider à se poursuivre. Le soutien extérieur des planificateurs de santé, des décideurs politiques, des donateurs et des ONG devrait soutenir les initiatives ancrées dans la communauté - et non pas les remplacer. La nécessité de mettre en place des approches durables, capables d'atteindre le nombre grandissant des personnes ayant besoin d'aide et assurant une qualité minimum des services, rend essentiels le développement et la mobilisation communautaires effectifs. Il convient d'en faire de véritables piliers sur lesquels élaborer des stratégies de soins. Les efforts de prévention du VIH devraient faire partie intégrante de ces stratégies de soins si l'accent est mis sur l'ouverture et sur la reconnaissance communautaire ainsi que sur l'idée d'une prise en charge du problème au niveau local. Cela nécessite également la création d'un cadre juridique et humain dans lequel les personnes vivant avec le VIH/SIDA pourraient sans crainte annoncer leur séropositivité.

Les programmes à assise communautaire qui dépendent d'un soutien extérieur ont été très efficaces face aux besoins des personnes affectées par le SIDA. Les ripostes mises en œuvre par de tels programmes sont beaucoup plus variées et plus holistiques que d'autres et incluent le soutien aux orphelins, l'amélioration des compétences psychosociales comme la formation des jeunes, les soins à domicile (soins infirmiers et médicaments), des projets générateurs de revenus et des conseils. Pourtant, de tels programmes ont également des limites liées à des difficultés organisationnelles, à un manque de fonds et de soutien technique adéquat pour soutenir le projet lorsque le donateur se retire, à des carences au niveau du ciblage de l'aide, à des problèmes de fondateurs et, parfois, lorsque le programme est basé sur une église, à une discrimination envers les non-membres.

A travers la documentation consultée apparaissent certaines options politiques pouvant être utilisées pour renforcer la capacité des communautés à riposter au VIH/SIDA. La section ci-après présente un choix de politiques pouvant être adoptées.

6.1 Renforcer et mobiliser les capacités communautaires

Comme cela a été indiqué dans une précédente section, les familles dépendent de la famille élargie, des voisins et des groupes communautaires informels pour l'essentiel de leur soutien. Il est important que les programmes et les politiques tendent à renforcer et à mobiliser les capacités existant au sein des communautés. La pandémie place des contraintes énormes sur les mécanismes de riposte traditionnels de la famille élargie. Elle porte chaque jour davantage atteinte à la capacité de la famille élargie à prendre soin des personnes souffrant du VIH/SIDA - ou endeuillées par celui-ci. Selon une étude effectuée en 1997 par McKerrow au Zimbabwe sur la volonté des communautés à absorber les orphelins, il apparaît que les familles sont plus enclines à s'occuper des orphelins si un soutien leur est apporté, sous quelque forme que ce soit, par exemple la gratuité de l'éducation et des soins de santé ou des aides alimentaires (Michael, 1998). Il est donc important que les programmes et les politiques visent à renforcer les actions de riposte traditionnelles des familles élargies et de leurs communautés.

Les ONG et les organisations à assise communautaire peuvent fortement augmenter la portée de leurs ressources en facilitant et en renforçant les ripostes autonomes des communautés dans leur lutte contre le SIDA - plutôt qu'en essayant de fournir directement des services. Ce but peut être atteint en encourageant des activités appartenant aux communautés telles que la garde des enfants, l'éducation informelle et le partage du travail, en fournissant des idées de programmes et le financement de semences pour les groupes communautaires, en soutenant les sociétés informelles de manière à ce qu'elles puissent s'élargir et attirer de nouveaux membres et en renforçant la capacité communautaire à mettre en place des ripostes par le biais de la fourniture de formation et d'assistance technique aux volontaires de la communauté. Les églises et les groupes de femmes sont disposés à apporter une aide mais ils manquent de ressources et de compétences pour parvenir à faire fonctionner les programmes de visites aux orphelins (Foster et Makufa, 1998). Toutefois, avant toute intervention, un agent de changement externe (que ce soit le

gouvernement ou une ONG) doit procéder à une évaluation détaillée de la situation pour déterminer les besoins communautaires et recenser les réponses existantes. L'agent de changement devrait construire à partir des ripostes existantes et chercher à renforcer, et non pas à remplacer ou à éliminer, les initiatives déjà en cours.

6.2 Renforcer les ripostes communautaires

Les ripostes communautaires de lutte contre le SIDA peuvent être renforcées de différentes manières. Celles-ci incluent:

- la démocratisation et la localisation de l'allocation de ressources,
- le renforcement des compétences en matière de gestion des organisations à assise communautaire,
- des formations en matière d'élaboration de projets, de planification, de gestion, de contrôle et d'évaluation,
- l'établissement d'un forum où les ONG et les organisations à assise communautaire pourront échanger leurs points de vue et leurs expériences,
- l'élaboration de liens entre les donateurs, les ONG, les organisations à assise communautaire et le gouvernement.

A nouveau, une mobilisation communautaire solide et des stratégies de développement incluant une évaluation rurale participative sont essentiels.

6.3 Mesures d'atténuation

Dans une étude concernant 75 ONG dans six pays de l'Afrique subsaharienne (Cameroun, Côte d'Ivoire, Kenya, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe), le United States National Research Council montre que, tandis que 65 % en moyenne des ONG sélectionnées mentionnent la prévention du SIDA comme l'un de leurs buts ou objectifs, seulement 32 % considèrent l'atténuation de l'impact du SIDA comme leur but. Parmi les ONG qui le font, les résultats des actions d'atténuation, fournis pour tous les pays, sont: conseil 50 %, prise de conscience communautaire 11 %, assistance économique et projets d'entraide 34 % et formation 5 %. Ces résultats suggèrent que l'atténuation ne reçoit pas le soutien et l'attention qu'elle mérite, particulièrement dans certains pays les plus touchés où un nombre croissant de ménages ont besoin de mesures d'atténuation.

La documentation révèle qu'il est nécessaire de mettre en place un mélange d'activités destinées à l'atténuation d'une part et au secours d'autre part. Même dans une communauté ayant une très faible prévalence de VIH/SIDA, le besoin existe de mettre en place des mécanismes répondant à des déterminants localement identifiés et susceptibles d'accroître la vulnérabilité au VIH/SIDA. Il convient d'œuvrer dans le sens d'un renforcement des ripostes communautaires destinées à réduire cette vulnérabilité. Il est d'une importance capitale de planifier le moment opportun pour apporter un soutien destiné à renforcer les ripostes au niveau de la communauté et des ménages. Les ménages affectés qui ne parviennent pas à faire face à cause de la jeunesse du chef de famille, par manque de terres cultivables ou à cause de la pénurie de biens essentiels ont besoin d'une aide de secours pour éviter de s'engager dans un processus de dénuement permanent. Une fois que des signes d'amélioration apparaissent, l'aide des-

tinée au secours peut graduellement être remplacée par une aide d'atténuation pour les besoins à plus long terme. Il est capital d'aider les familles à ne pas mettre en danger leur survie à long terme en satisfaisant des besoins à court terme. Les exemples les plus évidents de ce type de comportement sont la déscolarisation des enfants et la vente de biens rémunérateurs.

Les communautés sont les mieux placées pour identifier les familles dans le besoin, les enfants et les orphelins vulnérables. Il faut, par conséquent, impliquer les communautés dans les systèmes de développement. Elles sont en mesure de recenser et d'évaluer les besoins des familles et des enfants, de déterminer l'ampleur des problèmes, de provoquer la prise de conscience et d'encourager des prises de décisions documentées (Donahue, 1998). Les communautés sont également les mieux placées pour surveiller les enfants et maintenir des contacts avec eux, pour superviser leurs activités et éviter les abus en matière de travail des enfants. Le soutien est plus efficace lorsqu'il est dirigé vers les orphelins et les familles les plus pauvres afin d'éviter un dénuement définitif. Etant donné le nombre élevé et croissant d'orphelins dans les régions où l'épidémie est fortement répandue - et compte tenu de la pauvreté existant dans beaucoup de ces pays -, il est important que les pays mettent en place une politique envers les orphelins visant à leur intégration dans le développement national. Une politique destinée aux orphelins aidera les organisations concernées à identifier et cibler les ressources à affecter aux enfants, à surveiller leurs progrès et à protéger leurs droits.

6.4 Activités génératrices de revenus

On peut se demander comment les projets générateurs de revenus peuvent être réalisables et durables dans des environnements soumis à des restrictions économiques importantes où les marchés sont rares. Pourtant, des activités génératrices de revenus spécifiques peuvent être très efficaces lorsque les participants disposent déjà des compétences nécessaires et de l'accès aux ressources et aux marchés. Les efforts accomplis par des personnes extérieures pour introduire des projets générateurs de revenus non familiaux engendrent des coûts importants et obtiennent des résultats peu satisfaisants.

Lors de la mise au point d'interventions destinées à améliorer les capacités permettant de générer des revenus, il est important de reconnaître que la composition et la vulnérabilité des ménages – tout comme leurs capacités – se modifient au fil du temps. Leur potentiel à participer à des interventions économiques ou autres – et à tirer profit de celles-ci - dépend dans une large mesure de la manière dont les enfants et les adultes utilisent leur temps ainsi et que de leur capacité à libérer du temps pour des activités complémentaires. Les activités qui contribuent à réduire les charges de travail pesant sur les membres du ménage de manière à les libérer pour qu'ils effectuent d'autres activités productives sont les plus intéressantes. Toutefois, les femmes risquent d'être doublement affectées en s'engageant dans certaines activités génératrices de revenus car on attend d'elles qu'elles fournissent également les soins communautaires. Il est donc important d'évaluer soigneusement l'impact des politiques et des programmes particuliers afin de s'assurer qu'ils ne surchargent pas les femmes. Les projets qui complètent ou renforcent les mécanismes de riposte existants peuvent devenir durables. Les interventions peu coûteuses et centrées sur la communauté ont de plus grandes chances de réussite.

Le développement de l'emploi doit représenter un objectif important. Pour les personnes les plus pauvres et celles qui ne possèdent pas de terres, l'accès à un emploi rémunéré est vital, tant dans le contexte urbain que rural.

6.5 Travail en partenariat

Les décideurs politiques et les planificateurs de programmes devraient reconnaître que le VIH/SIDA n'est pas seulement un problème de santé mais une crise de développement, ayant un impact non seulement sur la santé des membres de la communauté mais sur presque tous les aspects du développement communautaire. Les politiques et les programmes soucieux de profiter aux familles affectées par le VIH/SIDA devraient être multisectoriels, impliquant le gouvernement, les groupes religieux, les ONG, le secteur privé et la communauté, dans des tentatives communes d'amélioration de la coopération destinée à soutenir et à renforcer des ripostes à assise communautaire. Si le gouvernement est impliqué, des signes de soutien tant au niveau des politiques nationales que de l'implication locale doivent être visibles. Le gouvernement devrait jouer le rôle principal dans la mise en place d'un environnement favorisant la promotion d'un développement durable dans les zones rurales. Toutes les organisations gouvernementales officielles (ministères de l'agriculture, de l'éducation, de la santé et autres) peuvent jouer un rôle plus important si elles réforment leurs politiques et leurs programmes pour répondre aux besoins des ménages affectés par le VIH/SIDA. Ces différents départements gouvernementaux peuvent parvenir à ce but en révisant les politiques et les programmes existants et en les remplaçant par d'autres, plus adaptés à l'épidémie, et en s'engageant sur le plan politique et économique dans la lutte contre le SIDA. Ils doivent apporter leur contribution et faire preuve d'une volonté de promouvoir, entre autres, des services adaptés pour les ménages affectés. Cela est possible par le biais d'une évaluation de la capacité des ressources humaines et par le développement du potentiel d'action des institutions de développement rural et agricole, parallèlement à une révision permanente des politiques en place, de manière à ce que les nouveaux défis, créés par le VIH/SIDA, puissent être pris en compte.

Les donateurs peuvent aider les ONG et les organisations à assise communautaire à s'engager dans la planification à plus long terme et dans le développement du potentiel d'action. Les donateurs multinationaux doivent être plus flexibles en ce qui concerne le financement du soutien des initiatives locales. Ainsi, ils pourraient donner la préférence à l'attribution de diverses petites bourses à plusieurs projets différents, plutôt que d'une seule bourse à un grand projet. L'importance actuellement accordée aux projets à grande échelle porte préjudice aux initiatives locales qui peuvent être beaucoup plus efficaces, appropriées et durables. Toutefois, les donateurs sont réticents à gérer de nombreux petits projets. Un mécanisme est donc nécessaire pour résoudre ce problème. Il pourrait s'agir d'un organe intermédiaire gérant les fonds de faible importance et rendant compte des résultats aux donateurs. Il est fortement recommandé d'explorer des moyens de parvenir à cette solution.

6.6 Evaluer l'efficacité des ripostes communautaires

Des analyses en profondeur des coûts et des profits devraient être entreprises de manière à ce que les coûts réels des ripostes au niveau des communautés et des ménages soient estimés. Cela pourrait aider à sélectionner et à renforcer des ripostes

ayant un bon rapport coût-efficacité et apportant les bénéfices les plus importants aux communautés. Étant donné la crise économique actuelle à laquelle les pays en développement sont confrontés, les ressources destinées à l'atténuation du VIH/SIDA sont en diminution et les fonds de nombreux donateurs sont en baisse. Il est essentiel que les actions d'atténuation entreprises par les communautés soient étroitement contrôlées et évaluées, de manière à ce que les faibles ressources disponibles permettent d'aboutir à l'impact le plus fort.

7. Conclusions

Au cours de ces 15 dernières années, l'épidémie de VIH/SIDA a causé de graves perturbations dans les ménages et les communautés. L'accroissement de la morbidité et de la mortalité a de graves répercussions sur le bien-être des individus, des ménages et des communautés. L'épidémie a fortement affecté l'accès aux services de santé et d'éducation, a entravé la satisfaction des besoins essentiels tels que la nourriture et le logement et a porté atteinte au droit à la vie privée et à la dignité humaine. Pourtant, des gens, dans le monde entier, se sont mobilisés pour affronter ces défis (Williams et al., 1995).

Un certain nombre d'actions de riposte ont été mises en place par les ménages pour atténuer l'impact de la pandémie. En termes généraux, il a été noté que certaines des actions de riposte adoptées par les ménages ont pour conséquence de rendre ces mêmes ménages instables et vulnérables. La vente de biens, la déscolarisation, la réduction de la quantité de nourriture et le recours aux économies et aux investissements, toutes ces actions ont des effets négatifs sur le futur bien-être de la famille. D'un autre côté, certaines actions de riposte des ménages ont des impacts positifs sur le bien-être à long terme du ménage, comme la diversification des revenus, le partage des récoltes, l'adoption de technologies économes en main-d'œuvre telles que les cultures intercalaires et la diversification des productions. Il est par conséquent important que les programmes et les politiques soient établis de telle manière que les ripostes positives des ménages soient renforcées tandis que, dans le même temps, les ménages sont dissuadés d'adopter des actions de riposte susceptibles de compromettre leur bien-être futur. Par exemple, les politiques de recherches agricoles peuvent être orientées vers le développement de technologies adaptées aux conditions de faibles ressources et vers la planification de projets de développement rural capables de venir en aide aux orphelins, de créer des emplois et de promouvoir la sécurité alimentaire des ménages.

Les ripostes communautaires observées dans la documentation étudiée montrent la manière dont les communautés ont développé des ripostes à la fois traditionnelles et modernes afin de tenter de faire face aux besoins urgents des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ces ripostes incluent: le partage du travail, le soutien des orphelins, des séropositifs et des malades du SIDA, la préparation et la distribution d'uniformes scolaires, un apprentissage professionnel et une formation pour les adoles-

cents orphelins afin de leur donner des compétences utilisables sur le marché du travail, la mise en place de projets générateurs de revenus permettant d'obtenir de la nourriture et de l'argent et de systèmes de crédits pour les cérémonies funéraires. Les mécanismes traditionnels de riposte communautaire se limitent à des activités qui ne nécessitent pas de gros montants d'argent - comme l'achat de médicaments et d'autres produits de soins essentiels. Les publications montrent que si toute la communauté est appauvrie par le SIDA, les actions de riposte communautaires peuvent souffrir de saturation. En revanche, si des mesures peuvent être prises pour prévenir la propagation de l'infection ou pour intervenir avant que les ressources communautaires ne parviennent à leur point de rupture, elles peuvent s'avérer beaucoup plus efficaces à long terme.

Les organisations à assise communautaire bénéficiant du soutien financier d'agences extérieures ont été d'un grand secours pour de nombreux ménages affectés, bien qu'elles aient certaines limites qui méritent d'être précisées. Si les stratégies communautaires sont adaptées aux besoins locaux et qu'elles prennent en compte les ressources disponibles localement, elles peuvent s'appliquer à d'autres pays en développement. Les organisations à assise communautaire et les ONG doivent veiller à ne pas proposer un travail qui vienne en double de celui qui existe déjà dans les communautés. En revanche, elles doivent viser à une intégration, en complétant ou en renforçant les ripostes communautaires. Le soutien extérieur doit être construit à partir de structures communautaires telles que les églises, les groupes de femmes, les écoles et les familles d'accueil.

Pour que les programmes soient efficaces, il est également important de cibler les foyers qui connaissent les plus grandes difficultés. Toutefois, ne cibler que les ménages affectés par le SIDA est contraire à l'éthique puisque cela exclut des ménages qui connaissent des difficultés tout aussi sérieuses, mais pour d'autres raisons. Il est par conséquent important que les programmes s'adressent à un groupe plus large de ménages dont les indicateurs sont fondés à la fois sur la pauvreté et sur le SIDA. Le meilleur moyen d'y parvenir est de travailler par le biais des communautés, afin qu'elles identifient elles-mêmes les ménages qui connaissent les plus grandes difficultés.

Au niveau du développement national, de la stabilité et des compétences de base permettant de surmonter les obstacles au développement, aucun progrès à long terme n'est possible sans des investissements au niveau du développement humain. Le gouvernement ne peut pas, à lui seul, assurer le bien-être de base de la totalité de la population d'un pays. Cela suppose un partenariat réel entre les communautés, les gouvernements, les agences donatrices, les ONG internationales, les ONG locales, le secteur privé et d'autres partenaires, de manière à s'attaquer au problème du VIH/SIDA avec succès. Cependant, les gouvernements doivent être disposés à jouer un rôle plus actif de leaders et à réviser leur implication dans le développement rural. Ils doivent s'atteler à cette question en procédant à une analyse claire de l'impact du SIDA sur le développement et de l'impact du développement sur l'épidémie de SIDA elle-même.

Références et sources de documentation

- ▼
Addo SK (1998) «Trickle-up micro-grants and positive living with HIV/AIDS», 12^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA: Réduire l'écart, Genève (28 juin–3 juillet).
- ▼
Allman D, Myers T, Cockerill R (1997) *Concepts, definitions and models for community-based HIV prevention research in Canada, and a planning guide for the development of community-based HIV prevention research*, Faculté de Médecine, Université de Toronto, Toronto.
- ▼
Altman D (1994) *Power and Community Organizational and Cultural Responses to AIDS*, Taylor and Francis, Londres.
- ▼
Aryeetey E, Hyuha M (1990) *The informal financial sector and markets in Africa: an empirical study*, BIRD, Conférence économique pour l'Afrique, Washington, DC.
- ▼
Asingwire N, Muhangi D (1998) *Strategies for Action (SFA) Phase III: Supported CBOs/NGOs*, Evaluation Report, Makerere University, ActionAid Ouganda.
- ▼
Baguma P (1996) «The cost-benefit analysis of AIDS traditional healing in Uganda», 11^{ème} Conférence internationale sur le SIDA: Unis dans l'espoir, Vancouver (7-12 juillet).
- ▼
Banque mondiale, Université de Dar es-Salaam (1993) Rapport sur un atelier intitulé: «The Economic Impact of Fatal Adult Illness in sub-Saharan Africa», qui a eu lieu à Bukoba, région de Kagera, République-Unie de Tanzanie, 16-20 septembre 1992.
- ▼
Banque mondiale (1997) *Faire face au SIDA: les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*, A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, New York.
- ▼
Barnett T, Blaikie P (1990) *Community coping mechanisms in the face of exceptional demographic change*. Final Report to the Overseas Development Administration, Londres, ODA (juillet).
- ▼
Barnett T, Blaikie P (1992) *AIDS in Africa: Its Present And Future Impact*, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Royaume-Uni.
- ▼
Barnett T (1994) *The effects of HIV/AIDS on farming systems and rural livelihoods in Uganda, Tanzania and Zambia*, FAO, Rome.
- ▼
Barnett T, Blas E, Whiteside A (1996) *AIDS Briefs: «Integrating HIV/AIDS into sectoral planning»*, OMS, Genève.
- ▼
Barnett T, Tumushabe J, Bantebya G, Sebuliba RS, Ngasongwa J, Kapinga D, Ndelike M, Drinkwater M, Mitti G, Haslwimmer M (1995) The social and economic impact of HIV/AIDS on farming systems and livelihoods in rural Africa: Some experience and lessons from Uganda, Tanzania and Zambia. *Journal of International Development* 7:1.

- ▼
Black M (1997) *Impact du VIH/SIDA sur les systèmes d'exploitation agricoles en Afrique de l'Ouest*, FAO, Rome.
- ▼
Blinkhoff P, Bukanga E, Symalevwe B, Williams G (1999) *Under The Mupundu Tree; Volunteers in home care for people with HIV/AIDS and TB in Zambia's Copperbelt*, Strategies for Hope 14, ActionAid, Londres.
- ▼
Boerma T, Ngalula J, Isingo R, Urassa M, Senkoro KP, Gabone R, Mkumbo EN (1997) Levels and causes of adult mortality in rural Tanzania with special reference to HIV/AIDS. *Health Transition Review*, 7 (Supplement 2): 63–74.
- ▼
Bond VA, Wallman S (1993) *Community capacity to prevent, manage and survive HIV/AIDS*, Report on the 1991 Survey of Households in Chiawa, Working Paper No. 5, Karolinska Institutet, University of Hull; Sociology and Social Anthropology, and University of Zambia; Institute of African Studies.
- ▼
Christen RP, Rhyne E (1995) *Maximising the outreach of microenterprise finance: an analysis of successful microfinance programs*, USAID Programme and Assessment Report No.10 Washington, DC: USAID Center for Development Information and Evaluation (juillet).
- ▼
Conseil œcuménique des Eglises (1997) *Facing AIDS: The Challenge, The Churches' Response*, WCC publications, Genève.
- ▼
Corbett J (1988) Famine and household coping strategies. *World Development*, 16(9):1099–1112.
- ▼
Cornu C (1998) «Self-help groups of people with AIDS in Côte d'Ivoire: People with AIDS as social reformers in Western Africa?» 12^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA: Réduire l'écart, Genève (28 juin–3 juillet).
- ▼
Develay A, Sauerborn R, Diesfeld JH (1996) Utilisation of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Science and Medicine*, 43(11):1611–1619.
- ▼
Donahue J (1998) *Community-based economic support for households affected by HIV/AIDS*, Health Technical Services Project Report of TvT Associates, The Pragma Corporation, USAID HIV/AIDS Division.
- ▼
Drinkwater M (1993) *The effects of HIV/AIDS on agricultural production systems in Zambia; an analysis and field reports of case studies carried out in Mpongwe, Ndola Rural District, and Teta Seranje District*, FAO, Rome.
- ▼
Dube N, Kathuria R, Sabatier R, Chirenda P, Wilson D (1998) «A peer education project evaluation scheme: Inputs, outputs, unit costs, coverage, behavioural impact and biomedical impact», 12^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA: Réduire l'écart, Genève (28 juin - 3 juillet).
- ▼
Dunn E, Kalaitzandonakes N, Valdivia C (1996) *Risk and the impacts of microenterprise services: assessing the impact of microenterprise services (AIMS) project*, USAID, Washington, DC.
- ▼
FAO (1993) *The effects of HIV/AIDS on agricultural production systems in Zambia: An analysis and field reports of case studies carried out in Mpongwe, Ndola Rural District and Serenje District*, Adaptive Research Planning Team Report, Ministry of Agriculture, FAO, Rome.

- ▼
FAO (1995) *The Effects of HIV/AIDS on Farming Systems in Eastern Africa*, FAO, Rome.
- ▼
Farm Orphan Support Trust (FOST) (1998) *Farm orphans: Who is coping? A study of commercial farm workers and their responses to orphanhood and foster care in Mashonaland Central Province of Zimbabwe*, FOST, Harare.
- ▼
Foster G, Makufa C (1998) «The Families, Orphans and Children Under Stress (FOCUS) Programme», document présenté lors de la mobilisation communautaire ONUSIDA durant la réunion concernant l'Afrique orientale et australe qui s'est tenue à Pretoria, Afrique du Sud (9–11 novembre).
- ▼
Foster S (1993) *The cost and burden of AIDS on the Zambian health care system: policies to mitigate the impact of health services*, Rapport commandé par le gouvernement de Zambie et USAID.
- ▼
Gilks C, Floyd K, Haran D, Kemp J, Squire B, Wilkinson D (1998) *Sexual Health and Health Care: Care and Support for People With HIV/AIDS in Resource-Poor Settings*, UK Department for International Development, Health and Population Occasional Paper.
- ▼
Gouvernement de Zambie (1994) *Rapport de l'atelier sur les effets du VIH/SIDA sur les systèmes de production agricole*, National AIDS/STD/TB, Leprosy Programme, Ministry of Health, FAO, Rome.
- ▼
Gouvernement de Zambie (1996) *Zambia's Children in 1995; Résultats essentiels d'une étude destinés à surveiller les avancées dans le domaine des objectifs des enfants*, Lusaka.
- ▼
Gumbo P (1998) *The gender dimension in social security: a historical perspective*, Friedrich Ebert Stiftung, Harare.
- ▼
Hampton J (1990) *Living positively with AIDS, The AIDS Support Organization (TASO), Uganda*, Strategies for Hope 2, ActionAid; AMREF (African Medical Research Foundation), World in Need, Marianum Press, Kisula, Ouganda.
- ▼
Haslwimmer M (1994) *What has AIDS to do with agriculture?* FAO, Rome.
- ▼
Hansen K, Woelk G, Jackson H et al. (1998) The cost of home-based care for HIV/AIDS patients in Zimbabwe. *AIDS Care*, **10**(6):751–759.
- ▼
Hemrich G, Schneider B (1997) *HIV/AIDS as a cross-sectoral issue for technical co-operation; focus on agriculture and rural development*, GTZ HIV/AIDS Prevention and Control in Developing Countries, Series No. 1.
- ▼
Hunter S, Williamson J (1994) *Children on the brink: strategies to support children isolated by HIV/AIDS*, Health Technical Services Project of TvT Associates, The Pragma Corporation, USAID HIV/AIDS Division, Arlington, Virginie.
- ▼
Hunter S, Williamson J (1997) *Developing strategies and policies in support of HIV/AIDS infected and affected children*, Health Technical Services Project of TvT Associates, The Pragma Corporation, USAID HIV/AIDS Division, Arlington, Virginie.

- ▼
Hunter S, Williamson J (1997) *HIV/AIDS orphans and NGOs in Zambia: strategy development for programming*, The TvT Associates for USAID and Zambia Mission for Family and Community Care of Children Affected by HIV/AIDS, Washington, DC (juin).
- ▼
Hunter S, Williamson J (1998a) *Children on the brink: strategies to support children isolated by HIV/AIDS*, Arlington, VA: Health Technical Services (HTS) Project for USAID (janvier).
- ▼
Hunter S, Williamson J (1998) *Responding to the needs of children orphaned by HIV/AIDS*, rapport produit par Health Technical Services Project de TvT Associates et Pragma Corporation for the HIV/AIDS Division of USAID, Discussion paper 7.
- ▼
IFPRI (1996) *Rural Financial Markets and Household Food Security: Impact of Access to Credit on the Socio-Economic Situations of Rural Households in Malawi*, International Food Policy Research Institute (septembre).
- ▼
Jackson H, Civic D (1994) Family coping and AIDS in Zimbabwe. *Journal of Social Development in Africa*, School of Social Work, Harare.
- ▼
Jackson H, Udwin M, Chandra-Mouli V (1994) AIDS support and income-generation. *Global AIDS Network* 10(4):10–11.
- ▼
Julian V, Atayan S, Pinoy P (1996) «Capability building for people living with HIV/AIDS», 11^{ème} Conférence internationale sur le SIDA: Unis dans l'espoir, Vancouver (7–12 juillet).
- ▼
Kadonya C (1998) «The Impact of HIV/AIDS on Smallholder Agriculture in Tanzania: Rethinking of other intervention Strategies», Regional Conference for Eastern and Southern Africa on Responding to HIV/AIDS: Technology development needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8-10 juin).
- ▼
Kaseke E (1997) *Social Security in Systems in Rural Zimbabwe*, Friedrich Ebert Stiftung, Harare.
- ▼
Kelly M (1998) The Children in Distress Conference. *AIDS Analysis Africa* (Southern Africa Edition), 9(3).
- ▼
Kenya AIDS NGO Consortium (1998) *AIDS in Kenya; A Directory of HIV/AIDS Service Organizations working in Kenya*, USAID, FHI.
- ▼
Kezaala R, Bataringaya J (1998) «The practicalities of orphan support in East and Southern Africa: planning, and implementation of multi-sectoral social services for children and child carers», document présenté lors de la conférence Raising the Orphan Generation, Pietermaritzburg (9–12 juin).
- ▼
Khonyongwa L (1998) «Children and families affected by HIV/AIDS: A community-based income-generation project with a focus on needy children», (ActionAid Malawi) document présenté lors de la conférence Raising the Orphan Generation, Pietermaritzburg (9–12 juin).
- ▼
Kilonzo GP, Hogan NM (1996) «African communities forgo traditional mourning practices in the face of multiple untimely losses through AIDS: Implications for mental health in Tanzania», présentation avec affiches lors de la 11^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA: Unis dans l'espoir, Vancouver (7-12 juillet).

- ▼
Krift T, Phiri S (1998) «Developing a strategy to strengthen community capacity to assist HIV/AIDS-affected children and families: The COPE Programme of Save the Children Federation in Malawi», document présenté à Children in Distress (CINDI) Preparing for Life after AIDS, lors de la conférence Raising the Orphan Generation, Pietermaritzburg, Afrique du Sud (9–12 juin).
- ▼
Kwaramba P (1997) *The Socio-Economic Impact of HIV/AIDS on Communal Agricultural Systems in Zimbabwe*, Zimbabwe Farmers Union, Friedrich Ebert Stiftung Economic Advisory Project, Working Paper 19, Harare.
- ▼
Ledward A (1997) *Age, Gender and Sexual Coercion: Their role in creating pathways of vulnerability to HIV infection*, thèse de doctorat soutenue à l'University College de Londres.
- ▼
Leshabari M (1995) «Household and Community Responses in Kyela district, Tanzania», Rapport issu d'une consultation sur l'impact socio-économique du VIH/SIDA sur les ménages, ONUSIDA, Organisation mondiale de la Santé (24-25 septembre).
- ▼
Little ML (1996) *Adolescents and AIDS in Malawi: Issues of Hopelessness and Fatalism in Effective AIDS Education*, Independent Contribution to Bachelor's Degree, Dartmouth College.
- ▼
Loewenson R, Kerkhoven R (1996) *The Socio-Economic Impact of AIDS: Issues and Options in Zimbabwe*, SAfAIDS et TARSC, Harare.
- ▼
Loewenson R, Whiteside A (1997) *Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa: A Review of Current Research*, rapport d'une consultation effectuée pour SAfAIDS.
- ▼
Lwihula G (1998) «Coping with AIDS Pandemic: The experience of peasant communities of Kagera Region, Tanzania», document présenté lors de la conférence East and Southern Africa Regional Conference intitulée: Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8–10 juin).
- ▼
Madembo RC (1997) «The Role of Savings and Credit Schemes in Meeting the Social Security Needs of Communal Farmers», in *Social Security Systems in Rural Zimbabwe*, Kaseke E (Ed.), Friedrich Ebert Stiftung, Harare.
- ▼
McNeil (1999) *Africa's Culture of Mourning Altered by AIDS epidemic*, The Zambia Electronic Mailing list on Health Issues: health-l@zamnet.zm.
- ▼
Moses S, Plummer FA, Ngugi EN, Nagelkerkes NJD, Anzala AO, Ndinya-Achola JO (1991) Controlling HIV in Africa: Effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group. *AIDS*, 5:407–411.
- ▼
Mukoyogo C, Williams G (1991) *AIDS Orphans: A Community Perspective from Tanzania*, Strategies for Hope, 5: ActionAid, AMREF, World in Need.
- ▼
Munthali SM (1998) «Socio-economic Impact of HIV/AIDS in Malawi: Focus Group Discussions on Community Impacts and Coping Strategies», rapport soumis à NACP Malawi, OATUU Health Safety and Environment Programme.

- ▼
Mwanza A (1997) The Poverty Phenomenon in Zambia. *Southern Africa Political and Economic Monthly*, **11**(1):28–30.
- ▼
Ncube G (1998) «The Impact of HIV/AIDS on Smallholder Agriculture Production in the Districts of Gweru/Shurugwi in Zimbabwe and the Current Recommended Sustainable Coping Strategies and Areas of Research», document présenté lors de la conférence East and Southern Africa Regional Conference intitulée: Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8–10 juin).
- ▼
Ng’weshemi J, Boerma T, Bennett J, Schapink D (1997) *HIV prevention and AIDS care in Africa: A district level approach*, Royal Tropical Institute, KIT Press, Amsterdam.
- ▼
OMS, Ministère de la Santé zambien (1994) *Cost and Impact of Home-based Care for People Living with HIV/AIDS in Zambia, Lusaka*.
- ▼
ONUSIDA (1998) *UN Co-ordinated Response to the National HIV/AIDS Programme in Zambia 1998–2000*, ONUSIDA, Lusaka.
- ▼
Over M (1995) *Kagera Health and Development Project*, rapport issu d’une consultation concernant l’impact socio-économique du VIH/SIDA sur les ménages, ONUSIDA, Organisation mondiale de la Santé.
- ▼
Over M (1998) Coping with the impact of AIDS. *AIDS Analysis Africa* (Southern Africa Edition), **9**(3).
- ▼
Over M, Bertozzi S, Chin J, N’galy B, Nyamuryekung’e K (1988) The direct and indirect cost of HIV infections in developing countries: The cases of Zaire and Tanzania, in the *Global Impact of AIDS* edited by Fleming AF, FitzSimons DW, Mann J, Carballo M, Bailey MR; New York: Alan R Liss, 123–135.
- ▼
Poulter K (1996) *A Psychological and Physical Needs Profile of Families Living with HIV/AIDS in Lusaka*, Lusaka.
- ▼
Powell GM, Morreira S, Rudd C, Ngonyama RP (1994) *Child welfare policy and practice in Zimbabwe*, Résumé d’un rapport fondé sur une étude du Department of Paediatrics and Child Health, Université du Zimbabwe en collaboration avec le Department of Social Welfare, Ministry of Public Service, Labour and Social Welfare, Harare.
- ▼
Reardon T, Vosti SA (1994) Links between rural poverty and the environment in developing countries: asset categories and investment poverty. *World Development* **23**(9):1495–1506.
- ▼
Romano EM, Aplasca MR, Monzon OT (1996) «Coping Mechanisms of Families/Households of HIV-infected AIDS Patients in the Philippines», 11^{ème} Conférence internationale sur le SIDA: Unis dans l’espoir, Vancouver (7–12 juillet).
- ▼
Rugalema G (1998) *It is not only the loss of labour: HIV/AIDS, loss of household assets and household livelihood in Bukoba district, Tanzania*, document présenté lors de la conférence East and Southern Africa Regional Conference intitulée: Responding to HIV/AIDS: Development Needs of African Smallholder Agriculture, Harare (8–10 juin).

- ▼
Sabatier R (1997) NGO Responses to HIV/AIDS: A need to shift gears. *AIDS Bulletin*, **6** (1&2).
- ▼
SAfAIDS, Commercial Farmers Union (1996) *Orphans on Farms: Who cares? An Exploratory Study into Foster Care for Orphaned Children on Commercial Farms in Zimbabwe*, Harare.
- ▼
SAfAIDS (sous presse) *Socio-economic Impact of Adult Mortality and Morbidity on Households in Kafue District, Zambia*, Harare.
- ▼
SAfAIDS, ZAN (1995) *Zimbabwe AIDS Directory – 1995; NGOs, ASOs, Support Groups, Funders, Resources*, Harare.
- ▼
Sauerborn R, Adams A, Hien M (1996) Household Strategies to Cope with the Economic Costs of Illness. *Social Science and Medicine*, **43**(11):291–301.
- ▼
Save the Children UK (1996) *Living on the Edge: A Study of the Rural Food Economy in the Mchinji and Salima Districts of Malawi*, Londres, Save The Children UK (mars).
- ▼
Save the Children UK (1998) *Drought in Zimbabwe: Effects and Responses at Household Level*, rapport issu d'une étude PRA sur la sécheresse de 1992 au Zimbabwe, Harare.
- ▼
Shreedhar J, Colaco A (1996) *Broadening The Front; NGO responses to HIV and AIDS in India*, Strategies for Hope 11, ActionAid, Londres, The British Council, New Delhi, PNUD, New Delhi.
- ▼
TASO, OMS (1995) *The inside story, Participatory Evaluation of HIV/AIDS, Counselling, Medical and Social Services 1993–94*, TASO Ouganda, OMS Genève.
- ▼
Tibajuka AK (1997) AIDS and Economic Welfare in Peasant Agriculture, Case Studies from Kagabiro Village, Kagera Region, Tanzania. *World Development*, **25**(6):963–975.
- ▼
Topouzis D (1994) *Uganda: The Socio-economic Impact of HIV-AIDS on Rural Families with Particular Emphasis on Rural Youth*, document préparé pour la FAO, Rome.
- ▼
Topouzis D (1998) *The Implications of HIV/AIDS For Rural Development Policy and Programming: Focus on sub-Saharan Africa*, document préparé pour le Programme VIH et développement, PNUD, Sustainable Development Department, Division du Développement rural, FAO.
- ▼
UK NGO AIDS Consortium (1996) *Effective HIV/AIDS Activities: NGO Work in Developing Countries*, Report of A Collaborative Study, Londres.
- ▼
United States Bureau of Census (1998) *HIV/AIDS Surveillance Data Base*, juin 1998.
- ▼
United States National Research Council Panel on Data and Research Priorities in Sub-Saharan Africa, (1996) *Preventing and Mitigating AIDS in Sub-Saharan Africa: Research and Data Priorities for the Social and Behavioural Sciences*, publié par Cohen B et Trussell J, National Academy Press, Washington, DC.

- ▼
Wallman S (1996) *Kampala Women Getting By: Wellbeing in the Time of AIDS*, Eastern African Studies, James Currey Ltd, Londres.
- ▼
Webb D (1995) Orphans in Zambia: Nature and extent of demographic change. *AIDS Analysis Africa*, 6(2):5–6.
- ▼
Webb P, Reardon T (1992) Drought Impact and Household Response in East and West Africa. *Quarterly Journal of International Agriculture*, 31(3):230–246.
- ▼
Williams G, Blibolo AD, Kerouedan D (1995) *Filling the Gaps; Care and Support for people with HIV/AIDS in Côte d'Ivoire*. Strategies for Hope 10, ActionAid, Hamlyn House, Londres; Comité national de Lutte contre le SIDA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- ▼
Woelk G, Jackson H, Kerkhoven R, Hansen K, Manjonjori NN, Maramba P, Mutambirwa J, Ndimande E & Vera E (1997) *The Cost and Quality of Community Home Based Care in Zimbabwe*, University of Zimbabwe, SAfAIDS and Ministry of Health and Child Welfare, Harare.

Sources de documentation

- *AIDSLink*
- Résumés de la conférence de Vancouver 1996
- Résumés de la conférence de Genève 1998
- Résumés de Southern African Network of AIDS Service Organizations (SANASO) 1997
- African Health Anthology
- Recherches sur le réseau et les banques de données de l'Internet

Centres de documentation

- SAfAIDS
- Banque mondiale
- PNUD
- SADC Food Security Unit
- SARDC
- Université du Zimbabwe, Département d'Economie
- UNICEF
- ActionAid
- Save the Children UK
- Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe
- Université de Natal, Durban: Health Economics and HIV/AIDS Research Division

Annexe 1: Exemples de groupes d'entraide en Ouganda

Nom	Lieu	Activité	Type de groupe	Année de début du soutien
Kisiizi	Rukungiri Sud-Ouest	Soins à domicile, conseil et sensibilisation	Hôpital et communautaire	1994
Kuluva	Arua Nord	Soins à domicile, sensibilisation, dépistage	Hôpital et communautaire	1995
BWC	Rukungiri Sud-Ouest	Sensibilisation, conseil	Groupe de femmes	1995
STOGA	Nebbi Nord	Théâtre, activités génératrices de revenus	Groupe de femmes	1995
AEGY	Kamuli Est	Jeunes, sensibilisation, activités génératrices de revenus	Groupe de jeunes	1994
YAAC	Nord, Apac	Jeunes, théâtre, sensibilisation	Groupe de jeunes	1995
SED	Centre	Conseil et éducation à la vie de famille	Eglise catholique	1994
Kisa	Nord, Nebbi	Sensibilisation pour les jeunes à l'école	Groupe de professeurs	1995
TASO Kumi	Est	Activités génératrices de revenus, soins à domicile, conseil	ONG	1994
EUDO	Centre	Sensibilisation pour les jeunes à l'école	ONG	1993
GASCO	Centre	Conseil et sensibilisation	Localisation communautaire	1995
THECA	Centre	Sensibilisation et formation des guérisseurs traditionnels	ONG	1997
NACOWLA	Centre	Groupe de femmes, groupe de PVS ayant des subventions nationales et proposant des activités génératrices de revenus	Groupe national de femmes PVS	1997

Source: Asingwire et Muhangi (1998).

**Annexe 2: Organisations d'aide aux survivants à Kagera,
République-Unie de Tanzanie**

Organisation	Date de démarrage	Groupe(s) cible(s)	Interventions des programmes
ABEKA	1987	Orphelins	Nourriture, éducation, santé, soins à domicile
Huyawa (ELCT)	1991	Orphelins, familles	Nourriture, éducation
KAKAU	1990	Orphelins, veuves personnes âgées	Prévention, éducation, santé, nourriture, soins à domicile
KARADEA	1987	Orphelins, malades du SIDA, personnes âgées	Générer des revenus
KOCC	1991	Orphelins	Nourriture, éducation
KOTF	1988	Orphelins, gardiens	Nourriture, éducation, santé, soins à domicile
MACOP	1991	Orphelins	Nourriture, santé, soins à domicile

Source: Banque mondiale, Université de Dar es-Salaam (1993).

Annexe 3: Exemples d'organisations à assise communautaire dans les zones rurales du Zimbabwe

Organisation	Date de démarrage	Source de financement	Population cible	Activités
Club de couture de Chabwira	1993	Donations	Familles affectées	Générer des revenus par le biais du commerce de vêtements, soutien émotionnel, formation en matière de conseil, couture
Chorovakamwe Groupe de soutien des PVS	1993	FACT et FASO	Familles affectées, personnes vivant avec le VIH/SIDA	Couture, production de légumes, services de soins à domicile
Kumutsirana Groupe de soutien	1994		Personnes vivant avec le VIH/SIDA et familles affectées	Couture, tricot, élevage de volailles, soutien émotionnel, partage d'informations
Groupe de soutien de l'Hôpital de Mission Regina Coeli	1994	Mission Regina Coeli	Personnes vivant avec le VIH/SIDA et familles affectées	Obtention de revenus, couture et tricot, soutien émotionnel et partage d'informations
Groupe de soutien de l'Hôpital de Mission St Peter	1994	Hôpital de Mission St Peter	Personnes vivant avec le VIH/SIDA et familles affectées	Couture et tricot, soutien émotionnel et partage d'informations
Tshelanyemba Prévention et soins en matière de SIDA		SAT	Familles affectées	Fabrication de savon, fabrication de confitures, soutien émotionnel, partage d'informations et assistance matérielle
Usizo Kuzulu Groupe de soutien	1994		Personnes vivant avec le VIH/SIDA et familles affectées	Soutien émotionnel et financier, partage d'informations et services de soins à domicile

Source: SAfAIDS, ZAN (1995), Harare.

**Annexe 4: Exemples d'organisations à assise communautaire
dans les zones rurales du Kenya**

Organisation	Population cible	Activités
AKADO Interventions en matière de VIH/SIDA	Personnes vivant avec le VIH/SIDA, femmes, personnes âgées, communautés rurales	Sensibilisation aux questions relatives au VIH/SIDA, distribution de vêtements, éducation générale en matière de VIH/SIDA conseil et dépistage, soins à domicile, services d'information, services de soutien
Anti-drugs movement, for better living (lutte contre la drogue)	Personnes vivant avec le VIH/SIDA, enfants, communautés rurales	Education générale en matière de VIH/SIDA, distribution de matériel d'éducation et d'information, formation sur des questions spécifiques
Busia Young Men Christian Association (YMCA)	Personnes vivant avec le VIH/SIDA, enfants, orphelins, jeunes, personnes handicapées, formateurs, communautés rurales, travailleurs du développement communautaire	Sensibilisation aux questions liées au VIH/SIDA, distribution de préservatifs, garderies pour enfants, éducation au VIH/SIDA, distribution de matériel d'éducation et d'information, formation de formateurs, éducation au VIH/SIDA par le théâtre
Diocèse catholique de Homa Bay	Personnes vivant avec le VIH/SIDA, jeunes, femmes, hommes, veufs/veuves, communautés rurales, travailleurs du développement communautaire, travailleurs de la santé	Education au VIH/SIDA; distribution de matériel d'éducation et d'information, formation de professionnels pour d'autres secteurs que la santé
CDC/KEMRI	Communautés rurales	Education au VIH/SIDA, conseil et dépistage, éducation au VIH/SIDA par le théâtre
Community Initiatives Support Services	Communautés rurales	Développement d'un potentiel d'action, services d'aide en cas de deuil, éducation au VIH/SIDA
Msamaria Community Health Youth Group	Orphelins, jeunes, femmes, malades hospitalisés, communautés rurales, travailleurs du développement communautaire	Education au VIH/SIDA, conseil, garde d'enfants, soins à domicile pour PVS, formation de professionnels de la santé et dans d'autres domaines

Source: Kenya AIDS NGOs Consortium (1998).

Notes:

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de sept organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de ses sept 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 et dans tous les domaines - médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires - gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes - en vue de l'échange des connaissances, des compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Switzerland

Tél. : (+4122) 791 46 51 – Fax : (+4122) 791 41 65

Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>