S'aider soi-même : Ripostes communautaires au SIDA au Swaziland

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA







ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA
HCR UNICEF PAM PNUD UNFPA
ONUDC OIT UNESCO OMS BANQUE MONDIALE

Photos de couverture et autres illustrations : ONUSIDA / Ruth Evans

ONUSIDA/06.22F (version française, décembre 2006)

Version originale anglaise, UNAIDS/06.22E, juin 2006 :
Helping Ourselves: Community Responses to AIDS in Swaziland
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2006.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

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

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

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS:

S'aider soi-même : ripostes communautaires au SIDA au Swaziland.

(ONUSIDA collection meilleures pratiques)
« ONUSIDA/06.22F ».

1.Infection à VIH – prévention et contrôle. 2.SIDA – prévention et contrôle. 3.Infection à VIH – thérapeutique. 4.SIDA – thérapeutique. 5.Participation consommateurs. 6.Protection enfance. 7.Swaziland. I.ONUSIDA. II.Titre. III.Série.

ISBN 92 9 173517 5 (Classification NLM : WC 503.7)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : http://www.unaids.org

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA

S'aider soi-même :
Ripostes communautaires au SIDA au Swaziland

ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

Remerciements

Le présent rapport a été commandité par l'ONUSIDA et n'aurait pas pu voir le jour sans la généreuse contribution de nombreuses personnes. L'ONUSIDA, ainsi que l'auteur, souhaitent remercier en particulier Jabu Dlamini du bureau du Premier Ministre adjoint, dont l'énergie stimulante et les compétences organisationnelles ont fait de la visite de l'auteur au Swaziland une expérience particulièrement riche et productive. L'ONUSIDA exprime également sa reconnaissance aux nombreux ministres, fonctionnaires, professionnels de santé, enseignants, chefs d'organisations confessionnelles, personnalités du monde des affaires, organisations non gouvernementales, volontaires et autres personnes ayant généreusement offert leur temps, leur avis et leurs compétences. Le personnel de l'équipe de pays de l'ONUSIDA profite de cette occasion pour remercier les collègues, les sympathisants et les amis trop nombreux pour pouvoir être cités ici.

Et surtout, nous souhaitons remercier vivement les populations de Mambatfweni et de Mambane qui ont accueilli chaleureusement l'auteur et qui ont ouvertement et largement exprimé leurs difficultés face à l'épidémie du SIDA, communiqué les initiatives impressionnantes qu'elles ont mises en place pour tenter d'atténuer l'impact de l'épidémie, ainsi que leurs espoirs et leurs craintes pour l'avenir de ces initiatives.

Rédigé par Ruth Evans ; photos de l'auteur également.

Table des matières

Remerciements 2

Avant-propos 5

Abréviations et acronymes 6

Résumé 7

Introduction 10
- Royaume du Swaziland – Faits et chiffres 10
- Profil de l'épidémie au Swaziland 10
- Pourquoi la prévalence du VIH est-elle si forte au Swaziland ? 11
- La riposte nationale à l'épidémie 12
- Formuler des politiques pour prendre en charge les enfants rendus orphelins par le SIDA 13
- La riposte communautaire 14

Expérience dans deux communautés 15
- Mambatfweni, région de Manzini 15
- Communauté de Mambane, région de Lubombo 16

Centres de soins de proximité 17
- Les centres de soins de proximité font aussi office de centres de développement de la petite enfance 19
- Etablir un pont entre centres de soins de proximité et système éducatif 19
- Nourrir les enfants vulnérables 20
- Rendre visibles les personnes vulnérables 20
- Unir les membres de la communauté 21
- Visite au centre de soins de proximité de Ngumane 21
- Les centres de soins de proximité dans les villes 22
- Les centres de soins de proximité sont intégrés au second Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le SIDA 22
- Difficultés 22
- Résumé des réalisations 23

Champs de l'Indlunkhulu 24
- Expérience de Mambatfweni 25
- Expérience de Mambane 26
- Difficultés 26
- Résumé des réalisations 26

Centres sociaux KaGogo 27
- Centre social KaGogo de Mambatfweni 28
- Centre social KaGogo de Mambane 28
- Difficultés 30
- Résumé des réalisations 30

Initiatives communautaires en faveur des personnes vivant avec le VIH 31
- Soutien, conseil et soins à domicile assurés par les pairs 31
- Modérateurs de santé en milieu rural 31

Coût de l'opération 33
Promouvoir l'observance de la thérapie antirétrovirale 33
Réseau national de personnes vivant avec le VIH et le SIDA au Swaziland (SWANNEPHA) 33
Difficultés 35
Résumé des réalisations 35

Programmes de soutien psychosocial 36
Raviver les coutumes traditionnelles swazies 36
Lutsango IwakaNgwane 36
Faire participer les hommes 37
Umcwasho : Encourager l'abstinence 38
Nouer des partenariats 38
Participation du monde des affaires 39
Difficultés 39
Résumé des réalisations 40

Services communautaires de proximité 41
Plans de décentralisation 41
Services de proximité fournis par l'intermédiaire des centres sociaux KaGogo 41
Santé publique de proximité 42
Services juridiques 42
Prévention de la transmission mère-enfant 43
Services de protection de l'enfant 43
« Une épaule sur laquelle pleurer » 44
Agents communautaires de protection de l'enfant 44
Police communautaire 44
Riposte juridique à la maltraitance à l'égard des enfants 45
Difficultés 45
Résumé des réalisations 46

Conclusion 47

Enseignements tirés 48

Annexe 1 : Adresses utiles pour obtenir de plus amples informations sur les initiatives communautaires au Swaziland. 49

Avant-propos

En mars 2005, une mission conjointe du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et de l'ONUSIDA, dirigée par le Dr Peter Piot (Directeur exécutif de l'ONUSIDA), s'est rendue au Royaume du Swaziland pour examiner certains des programmes communautaires de lutte contre le VIH du pays. Dans un pays où l'épidémie de SIDA fait rage, ces programmes communautaires sont un moyen novateur et stimulant de venir en aide aux personnes infectées et affectées par le VIH, en particulier les orphelins et les enfants vulnérables.

La mission conjointe s'est rendue dans la communauté de Mambatfweni dans la région de Manzini, où les initiatives communautaires se centrent sur plusieurs éléments liés entre eux :

- construction d'un centre social communautaire KaGogo pour coordonner la riposte à l'épidémie et son impact ;
- mise en place d'un système de centres de soins de proximité pour nourrir les orphelins et les enfants vulnérables, leur enseigner les compétences essentielles et leur apporter soins et soutien dans leur communauté ;
- réintroduire les champs communautaires traditionnels de l'Indlunkhulu afin de cultiver des produits alimentaires pour les malades et les personnes vulnérables ;
- établir des structures de soutien communautaires pour les personnes vivant avec le VIH ;
- fournir des programmes de soutien psychosocial ;
- renforcer les services communautaires de proximité.

Mambatfweni n'est pas la seule communauté à mettre au point de telles mesures communautaires. Des initiatives similaires dans d'autres communautés sont actuellement en cours d'élaboration et d'intensification à travers le pays et constituent désormais la pierre angulaire de la riposte nationale au SIDA au Swaziland, un pays qui affiche aujourd'hui (2005) le taux de prévalence le plus élevé au monde.

Suite à leur visite, les membres de la mission conjointe ont proposé que ces activités communautaires, pouvant être sources d'inspiration, soient publiées dans la collection *Meilleures Pratiques* de l'ONUSIDA afin de mettre en lumière ces méthodes novatrices et de tirer des enseignements de ces expériences. Le rapport qui suit décrit certaines mesures prises dans deux communautés distinctes de différentes régions du pays.

Abréviations et acronymes

AMICAALL	Alliance des maires et des responsables municipaux sur le VIH/SIDA en Afrique
CANGO	Coordinating Assembly of Non Governmental Organisations
CTV	Conseil et test volontaires
E	Emalangeni (unité monétaire swazie, pluriel de Lilangeni)
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
NERCHA	National Emergency Response Council on HIV and AIDS (Conseil national pour une Riposte urgente au VIH/SIDA)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIPAA	Support to International Partnership Against AIDS in Africa
SWAGAA	Swaziland Action Group Against Abuse
SWANNEPHA	Réseau national de personnes vivant avec le VIH et le SIDA au Swaziland
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

« Nous n'aurons pas d'avenir si nous ne vénérons pas notre passé.
Nous ne pourrons pas nous développer si nous nous coupons de nos racines. »

Proverbe swazi

La crise du SIDA a pris aujourd'hui une telle ampleur en Afrique australe qu'il n'est plus possible de faire « comme avant ». A l'évidence, il est urgent d'expérimenter de nouvelles initiatives créatives pour rallier l'ensemble des communautés à la riposte à l'épidémie. Le Swaziland, qui détenait le taux record de prévalence du VIH dans le monde en 2005, applique actuellement de nouvelles mesures innovantes, faisant fond sur des pratiques traditionnelles enracinées depuis toujours dans les communautés.

Ce document, publié dans la collection *Meilleures Pratiques*, fournit des informations résultant d'une série de réunions consultatives et de visites sur le terrain auprès de deux communautés swazies—Mambatfweni dans la région de Manzini et Mambane dans la région de Lubombo. L'auteur a interviewé de nombreux acteurs clés impliqués dans les initiatives communautaires dans ces deux communautés, et a observé la mise en pratique sur le terrain. Un certain nombre de visites dans les centres sociaux ont également eu lieu, notamment dans les centres de soins de proximité, les centres sociaux KaGogo, les champs communautaires ainsi que les services et structures communautaires.

L'une des conséquences les plus visibles de l'épidémie sur les foyers et les communautés a été l'augmentation considérable du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables ; ce chiffre s'élève aujourd'hui à environ 69 000 et devrait continuer de croître pour atteindre les 120 000 d'ici à 2010, soit environ 15% de la population. Nombre des initiatives communautaires présentées dans ce rapport visent à atténuer l'impact de l'épidémie sur ces enfants et à leur redonner espoir en l'avenir.

Les pratiques culturelles swazies sont actuellement renforcées et approfondies pour améliorer l'efficacité de la riposte au SIDA. Les pratiques et les politiques adoptées, bien que spécifiques au Swaziland dans certains cas, peuvent aussi inspirer d'autres pays faisant face à des problèmes similaires. Ce document examine la mesure dans laquelle les expériences innovantes et les pratiques menées au Swaziland peuvent être reproduites dans d'autres pays ; il cherche aussi à évaluer les points forts et les points faibles de telles initiatives communautaires.

Le rapport présente des études de cas de certains programmes communautaires de lutte contre le VIH mis en place au Swaziland. Il examine les aspects suivants :

- comment et où ces initiatives communautaires ont vu le jour ;
- les objectifs du programme ou du projet ;
- la population cible (comment et pourquoi elle a été choisie) ;
- la manière dont les programmes ont été élaborés et l'origine des conseils des experts/spécialistes ;
- de quelle manière et à quel endroit les décisions ont été prises ;
- l'éventail de personnes participant au programme ou au projet et la nature des compétences dont elles disposent ;
- les partenariats ;
- la budgétisation et le financement ;

- l'impact du programme/projet et la façon dont il est mesuré (suivi et évaluation) ; et
- les enseignements tirés—réussites et échecs ; les problèmes rencontrés et la façon dont ils ont été réglés.

Les initiatives présentées dans ce rapport ont servi de bouées de secours aux communautés confrontées à des conflits apparemment considérables et insurmontables. Plutôt que de se sentir abandonnées et désespérées, les communautés ont repris espoir en l'avenir et ont le sentiment d'être parties prenantes aux solutions à leurs problèmes.

Toute communauté est unique et a ses propres points forts et points faibles. L'expérience dans les deux communautés présentées ici a été très différente d'une communauté à l'autre, certaines de ces initiatives ayant largement fait fond sur la communauté dans un cas mais pas dans l'autre. D'autres difficultés, telles que l'aggravation de la sécheresse et des pénuries alimentaires, ont des conséquences directes sur la mise en place et le maintien des mesures communautaires.

Beaucoup a été fait dans un laps de temps très court, mais bien des difficultés perdurent. Ce dont nous pouvons être sûrs, c'est que les communautés se sont vraiment engagées à faire ce qu'elles peuvent pour elles-mêmes.

Dans toutes ces activités pratiques, qu'il s'agisse de soutien psychosocial ou de travail communautaire pour fournir des centres de soins aux orphelins, ou encore pour cultiver des produits alimentaires complémentaires pour les enfants vulnérables, l'impulsion émane de la communauté elle-même. C'est par une approche partant de la base que les initiatives communautaires peuvent se développer, les moyens étant donnés aux personnes de cerner leurs propres problèmes à l'échelon local. Le soutien fourni par le gouvernement et les partenaires internationaux permet à ces initiatives locales de se multiplier et de se maintenir dans le temps.

Néanmoins, sans le soutien du gouvernement et des bailleurs de fonds, ces mesures innovantes et stimulantes pourraient être sérieusement mises à mal par une cinquième année consécutive de sécheresse, et par les pénuries alimentaires en résultant, auxquelles le Swaziland fait actuellement face, tout comme l'ensemble de l'Afrique australe.

Les pénuries alimentaires risquent aussi de compromettre la propagation massive du traitement antirétroviral à laquelle le Swaziland est parvenu aujourd'hui. Les personnes ne peuvent pas prendre ces médicaments le ventre vide et certains ne peuvent actuellement pas bénéficier des programmes de traitement simplement parce qu'elles n'ont rien à manger.

Les communautés comme Mambatfweni et Mambane, dotées d'autres choses pour les nourrir que d'espoirs et d'idéaux, ont montré leur détermination à se mobiliser pour répondre à la menace du SIDA et pour faire face de leur mieux à ses conséquences dévastatrices. Elles ont réalisé de gros progrès mais la tendance à la hausse de l'épidémie n'a pas encore été renversée. Il est nécessaire que le gouvernement et les sources extérieures maintiennent leur soutien afin que le volontariat communautaire ne s'étiole pas par le simple fait que les gens ont faim et qu'ils ne sont plus en mesure de poursuivre ces initiatives innovantes et stimulantes.

Noms siSwati et leur signification

Umphakatsi – Résidence du chef et siège de la communauté.

Indlunkhulu – Propriété du chef traditionnel.

Indvuna – Assistant du chef.

Inkhundla – Assemblée.

KaGogo – Hutte traditionnelle de grand-mère, désignant aujourd'hui un lieu de refuge au sein de l'Umphakatsi.

Lihlombe lekukhalela – Membres communautaires offrant un réconfort (littéralement « Epaule pour pleurer ») qui sont formés pour protéger et soutenir les enfants qui ont fait l'objet de maltraitance.

Lutsango Lwa boMake – Organisation traditionnelle pour les femmes mariées.

Tigodzi – Parties de la chefferie (sous-chefferie) équivalant à un quartier dans les zones urbaines.

Lutsango LwakaNgwane – Régiment traditionnel de femmes.

Tinkhundla – Groupes constitutifs.

Umcwasho – Pratique culturelle visant à préserver la chasteté des filles.

Introduction

Royaume du Swaziland – Faits et chiffres

Population :	1 096 000
Capitale :	Mbabane (71 000)
Monnaie :	Emalangeni
Langues :	siSwati, anglais
Religions :	Chrétienne, croyances locales
Superficie :	17 364,4 km²
Régions :	Hhohho, Lubombo, Manzini et Shiselweni.

Profil de l'épidémie au Swaziland

Prévalence du VIH enregistrée dans les dispensaires prénatals

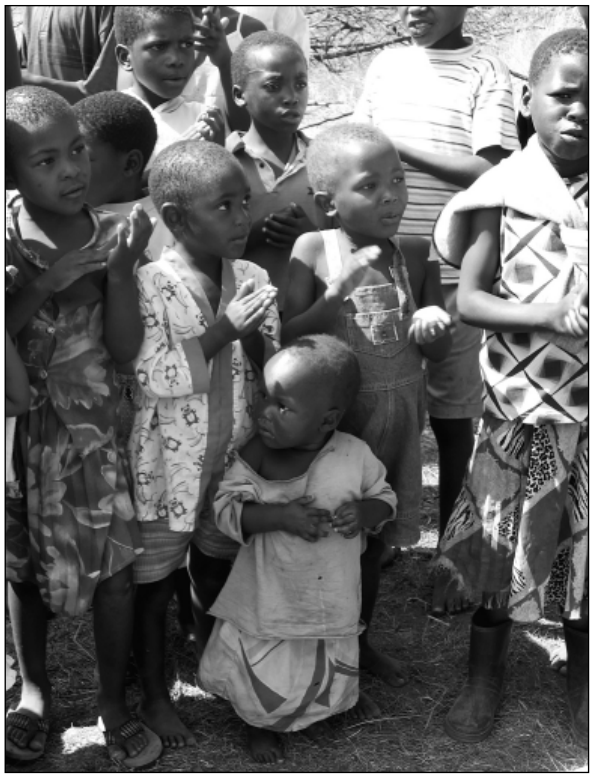
1992	3,9%,
1994	16,1%
1996	31,6%
1997	34,2%
2000	38,6%[1]
2004	42,6%[2]

- En 1986, le premier cas de SIDA a été signalé au Swaziland.
- En 1999, le roi a déclaré que le SIDA était une « catastrophe nationale ».
- La population du Swaziland s'élève à un peu plus d'un million de personnes dont 200 000 seraient séropositives, selon les estimations.
- Il y a actuellement environ 26 000 cas de SIDA, parmi lesquels 50% des personnes atteintes reçoivent gratuitement un traitement antirétroviral du gouvernement avec le soutien du Fonds mondial[3].
- On estime que d'ici à 2010, il pourrait y avoir 120 000 orphelins.

[1] NERCHA, *Draft National Multisectoral HIV/AIDS Monitoring and Evaluation Systems Operation Plan.*
[2] Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, 8ème Rapport sur la surveillance sentinelle du VIH.
[3] NERCHA.

L'épidémie a un effet dévastateur sur le pays. Quelques familles seulement ne sont pas touchées par le SIDA et plus de 50% des lits d'hôpitaux sont occupés par des patients atteints du SIDA[4]. Lorsque les hôpitaux ne peuvent plus faire face, les patients sont renvoyés à domicile pour être soignés par des proches et par la communauté.

Il est impossible de quantifier avec précision la perte économique et les perturbations sociales et économiques que génère l'épidémie. On estime que le taux annuel de croissance économique du pays est passé de 2,6% en 2003 à 2,1% en 2004[5]. Près de 70% de la population vit aujourd'hui avec 10 dollars par mois[6] et la charge de s'occuper des malades et des personnes en fin de vie conduit bon nombre de personnes à s'enfoncer dans la pauvreté.



On estime que dans les cinq prochaines années, il y aura au moins 120 000 orphelins au Swaziland

Le déclin de la sécurité alimentaire dans les foyers est dû en partie aux caprices du climat, à la réduction des terres arables, et en partie au VIH et au décès des membres productifs de la société à cause du virus. L'autosuffisance alimentaire est passée de 60% à 40% au cours des trois dernières années et les perspectives d'amélioration dans un avenir proche[7] sont peu réjouissantes. L'association de la pauvreté, de la faim et de la mort pèse lourd sur la vie des enfants et des membres vulnérables de la société.

L'une des conséquences les plus visibles de l'épidémie sur les foyers et les communautés a été l'augmentation considérable du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables ; ce chiffre s'élève aujourd'hui à environ 69 000 et devrait continuer de croître pour atteindre les 120 000 d'ici à 2010, soit environ 15% de la population.

Il semble que le concept « occidental » d'orphelin n'existe pas dans la culture swazie. La tradition veut qu'un enfant dont les parents sont morts soit pris en charge par un membre de la famille élargie, mais aujourd'hui le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables dépasse largement la capacité des familles à s'en occuper. Les grands-parents ou les aînés censés s'occuper des orphelins après la mort des parents du fait de maladies associées au SIDA, n'ont simplement pas l'énergie ni les moyens de produire suffisamment de quoi manger.

Pourquoi la prévalence du VIH est-elle si forte au Swaziland ?

« Il n'y a pas réponse simple à une question complexe, » déclare Derek Von Wissell, Directeur du *National Emergency Response Council for HIV and AIDS* au Swaziland (NERCHA). « Il n'y a pas de réponse simple… mais l'on peut dire que le cas du Swaziland n'est pas unique. Nous avons probablement une longueur d'avance. Nous sommes peut-être en avance de cinq ou dix ans par rapport à d'autres pays, sauf si ceux-ci lançaient des mesures draconiennes pour mettre un frein à l'épidémie. »

[4] Ministère de la Santé et de l'Aide sociale.
[5] Ministère des Finances du Swaziland, déclaration sur le budget du 9 mars 2005.
[6] Avant-projet de plan de suivi et d'évaluation pour le Plan d'action national en faveur des orphelins et des enfants vulnérables du Swaziland, 2005.
[7] ECHO, *« Humanitarian assistance to vulnerable groups in Lesotho and Swaziland affected by combined effects of drought and HIV/AIDS »*.

Les raisons pour lesquelles le taux d'infection est élevé au Swaziland sont entre autres les suivantes :

- une rupture des normes et des valeurs traditionnelles dans une société fortement attachée aux valeurs morales et mises à mal par le colonialisme, le consumérisme et la culture du « tout-jetable » ;
- une forte mobilité—les hommes partant travailler dans les mines d'Afrique du Sud pour gagner de l'argent ; il existe également une mobilité interne, car certains habitent à la fois dans des zones rurales et dans des villes, et les hommes peuvent se déplacer librement et entretenir des relations en dehors de leur famille ;
- raison scientifique : les personnes infectées récemment présentent de fortes charges virales, ce qui peut expliquer le fort taux de transmission ; par conséquent, dans une société polygame telle que le Swaziland, où les personnes ont de nombreux partenaires, l'infection gagne rapidement du terrain (la polygamie est largement répandue à tous les niveaux de la société swazie, bien qu'elle soit moins pratiquée aujourd'hui qu'auparavant, étant donné les dépenses que cela génère ; la polygamie formelle est en déclin, mais un réseau informel de partenaires multiples l'a souvent remplacée).

La situation que le Swaziland connaît aujourd'hui est telle que le pire est probablement à venir avant que ne se profile un mieux. Cependant, de récentes statistiques donnent une faible lueur d'espoir et montrent un léger recul du taux de nouvelles infections chez les 15-20 ans[8].

La riposte nationale à l'épidémie

Depuis décembre 2001, la riposte nationale à l'épidémie au Swaziland est coordonnée par le Conseil national pour une Riposte urgente au VIH/SIDA (NERCHA). Le NERCHA est mandaté par le Gouvernement du Swaziland pour traduire le Plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA en un programme d'action, et pour veiller à ce que des services cohérents et complets de prévention, de soins et de soutien, et d'atténuation de l'impact soient fournis aux personnes qui en ont besoin. Ce Conseil est aussi chargé du suivi et de l'évaluation de ces ripostes et de remplir les besoins financiers et administratifs de la riposte nationale.

Les activités liées à la riposte nationale sont orientées par six principes de base.

1. La riposte doit être menée à l'échelon national—le Swaziland étant confronté à une épidémie généralisée, l'ensemble du pays doit donc se mobiliser pour riposter de manière efficace au SIDA.
2. L'application de solutions locales—les solutions au problème ne peuvent émaner que du pays. De nombreuses pratiques sociales, économiques et culturelles diffèrent d'un pays à l'autre et chaque pays doit trouver un modèle qui lui est propre.
3. Il a été décidé de ne pas créer une nouvelle bureaucratie pour s'attaquer au SIDA, mais d'élargir et d'approfondir les structures existantes acceptées et viables, dans la mesure où leur capacité peut être augmentée.
4. Etant donné que l'épidémie est largement répandue et universelle, les services doivent toucher tout le monde et dans toutes les régions du pays. L'équité des services et des biens pour tous les orphelins à travers le pays est un concept fondamental.
5. L'engagement communautaire constitue le fondement de la riposte à l'épidémie dans le pays. Il est extrêmement important pour les communautés de ne pas simplement participer aux programmes mais de prendre la responsabilité de ces programmes. Les communautés doivent internaliser la riposte.

[8] Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, 8ème Rapport sur la surveillance sentinelle du VIH.

6. La durabilité—quel que soit ce qui est fait, cela doit être durable et régi par la communauté avec un minimum de soutien extérieur.

L'ONUSIDA soutient le Gouvernement du Swaziland dans l'application des « Trois Principes » :

- Un cadre d'action contre le VIH/SIDA dans lequel intégrer la coordination des activités de tous les partenaires.
- Un organisme national de coordination de la lutte contre le SIDA à représentation large et multisectorielle.
- Un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.

Le Swaziland a adopté les « Trois Principes » et œuvre à leur application. Un nouveau plan stratégique est actuellement en cours d'élaboration, mais contrairement au premier plan stratégique qui couvrait une période de cinq ans, le nouveau plan couvrira une période de trois ans, entre 2006 et 2008, afin de prendre en compte la nature en constante évolution de l'épidémie au Swaziland et les difficultés posées par des besoins sociaux qui changent constamment.

Formuler des politiques pour prendre en charge les enfants rendus orphelins par le SIDA

L'un des défis les plus importants à relever au Swaziland est peut-être de savoir comment prendre en charge les milliers d'orphelins. Selon l'avant-projet du Plan national d'action du Swaziland en faveur des orphelins et des enfants vulnérables[9], on entend par orphelin ou vulnérable un enfant de moins de 18 ans entrant dans une ou plusieurs des catégories suivantes :

- un enfant dont les parents ou les tuteurs sont incapables de s'occuper ;
- un enfant physiquement faible ;
- un enfant vivant seul ou avec des grands-parents âgés et pauvres ;
- les enfants vivant dans un foyer pauvre dont le chef de famille est un enfant ; ou n'ayant pas de domicile fixe ;
- les enfants n'ayant pas accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'alimentation, à l'habillement, aux soins psychologiques et/ou n'ayant pas d'abri pour les protéger des éléments naturels ;
- les enfants exposés à la violence sexuelle ou physique, y compris au travail des enfants.

Par le passé, il a souvent été difficile de déterminer avec exactitude quels étaient les enfants orphelins et les enfants vulnérables, ainsi que de collecter des données précises sur ces enfants. Un enfant peut être un « double orphelin » (c'est-à-dire, dont les deux parents sont morts ou absents) ou un « simple orphelin » (un des parents est mort ou absent). La vulnérabilité est parfois vaguement définie comme la vulnérabilité économique, d'autres fois comme la vulnérabilité sexuelle ou le risque d'exposition au VIH, à la maltraitance ou à l'exploitation. Néanmoins, dans le cadre du nouveau Plan d'action national en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, une Unité de coordination chargée des enfants sera établie au Ministère de la Santé et de l'Aide sociale afin de coordonner toutes les interventions visant à protéger les droits des enfants.

Reconnaissant que les orphelins et les enfants vulnérables ont droit à la protection, à l'alimentation, à la santé et à l'éducation, le Plan d'action national du Swaziland en leur faveur vise principalement aux éléments suivants :

- Veiller à ce que les orphelins et les enfants vulnérables soient logés et soient protégés des sévices, de la violence, de l'exploitation, de la discrimination, du trafic ainsi que de la perte d'héritage.

[9] 2005.

- Veiller à ce que les individus et les foyers vulnérables puissent produire ou acquérir la nourriture adéquate et appropriée pour satisfaire leurs besoins nutritionnels à court et à long terme.
- Améliorer l'accès aux services de soins de santé de base.
- Garantir l'éducation primaire universelle et l'appui aux orphelins et aux enfants vulnérables dans les écoles secondaires[10].

La riposte communautaire

« Le Swaziland est comme un arbre. Si l'on veut que les choses fonctionnent correctement, nous devons nous attacher au tronc pour que les branches survivent. »

Chef Sipho Shongwe, Ministre de la Santé et de l'Aide sociale.

Le Royaume du Swaziland est divisé en 360 Umphakatsi ou chefferies situées aussi bien dans des zones rurales qu'urbaines. L'Umphakatsi est la structure sociale la plus proche du peuple et constitue l'organe vers lequel les foyers en zone rurale se tournent en premier lieu lorsqu'ils ont besoin d'aide. Au Swaziland, une communauté est déterminée par une zone et un nombre de foyers donnés qui vivent sous l'égide d'un chef dont la nomination est confirmée par le roi.

De nombreuses communautés rurales swazies sont touchées de plein fouet par l'épidémie, car dans les villes, lorsque des personnes souffrent de maladies associées au VIH, elles retournent souvent dans leurs communautés rurales pour y être soignées. Outre le fait de se charger de la tâche souvent lourde de soigner les personnes infectées à VIH, la communauté se charge aussi de s'occuper des orphelins lorsque les parents décèdent. « Ici les gens meurent en série. C'est quelque chose qu'on ne voyait pas avant dans ce pays, » déclare James Xaba, un aîné de la communauté de Mambatfweni. Lorsque sa propre fille est morte, cela a eu un fort impact sur sa famille, ajoute-t-il. Ses quatre petits-enfants sont venus vivre avec lui temporairement en attendant que leur père, qui travaillait en Afrique du Sud, s'occupe d'eux. Mais il n'est jamais revenu. James est handicapé et c'est difficile pour lui de s'occuper de ses petits-enfants.

Au départ, les gens comme James se sont battus tout seuls mais il est rapidement devenu évident que les membres de la communauté devaient travailler ensemble pour s'occuper des malades et des mourants, et pour nourrir tous les orphelins et les enfants vulnérables. De nombreuses initiatives communautaires ont démarré par l'intermédiaire de personnes qui nourrissaient les orphelins de leur voisinage, car elles voyaient l'ampleur des problèmes et avaient le sentiment qu'il fallait faire quelque chose. Aujourd'hui, le gouvernement, soutenu par les partenaires et les organismes, a fait en sorte de formaliser et d'appuyer certaines de ces initiatives.

« Le meilleur moyen d'agir est d'aller vers le peuples. »

Prince Masitsela, Administrateur régional de la région de Manzini

---

Ce rapport porte sur des ripostes communautaires menées dans deux communautés de différentes régions du pays. Il examine de quelle façon les six différentes initiatives communautaires novatrices ont évolué et ont été renforcées par le gouvernement et les partenaires ; il décrit les réussites et les difficultés en la matière.

[10] Avant-projet de plan de suivi et d'évaluation pour le Plan d'action national en faveur des orphelins et des enfants vulnérables du Swaziland.

Expérience dans deux communautés



Mambatfweni, région de Manzini

Mambatfweni est une importante communauté, située au cœur d'une région productrice de maïs, à une heure et demie de route au sud-ouest de l'axe Mbabane-Manzini. La route longe la rivière Ngwempisi, qui est aujourd'hui pratiquement asséchée à certains endroits, et offre un paysage vallonné et boisé où s'éparpillent de-ci de-là les propriétés. Il y a environ 4000 fermes dans la communauté et en moyenne, six à sept personnes vivent dans chaque foyer[11].



Vue de Mambatfweni

Chaque foyer est entouré de vastes champs, mis en jachère à la fin du mois de septembre dans l'attente d'être labourés pour préparer la période des plantations. Ici, l'agriculture est mécanisée pour l'essentiel, et se fait au moyen de tracteurs privés et de machines louées à l'annexe du Ministère de l'Agriculture et des Coopératives dans la zone de Mahlangatsha, là où se trouvent également le dispensaire, le magasin et le poste de police les plus proches de la communauté.

La sécheresse n'est pas aussi dramatique ici qu'elle ne l'est à Mambane et dans d'autres régions du pays, bien que cette zone soit sujette à des averses de grêle qui

[11] D'après le Conseil des Anciens John Ntlalintjali, Mambatfweni.

détruisent les récoltes. Les agriculteurs se plaignent également qu'étant donné le niveau de mécanisation de l'agriculture, les apports (semences, fertilisants) coûtent très chers.

La Princesse Ncoyi est chef intérimaire de Mambatfweni depuis cinq ans[12]. Elle est née dans la communauté mais depuis son mariage, elle vit dans une autre communauté dans la région de Manzini. Malgré de longues absences, elle est à l'origine de la mobilisation de Mambatfweni. Elle est réputée pour effectuer elle-même le travail dans les champs de l'Indlunkhulu afin de montrer aux membres de la communauté qu'ils doivent travailler continuellement ensemble.

Communauté de Mambane, région de Lubombo

La communauté de Mambane se situe dans l'une des régions les plus reculées, les plus pauvres et les plus sèches du Swaziland et a été sévèrement touchée par la sécheresse récurrente de ces dernières années. La route menant à la communauté longe la crête des montagnes Lubombo, et surplombe les plantations de sucre verdoyantes du bas veld à main droite. De l'autre côté, par-delà la frontière, s'étend le Mozambique. Pendant la guerre civile au Mozambique, cette zone a servi de zone d'accueil à des milliers de réfugiés qui traversaient la frontière.

La nomination du chef Mvimbi Matse a été confirmée par le roi il y a environ sept ans. Il estime que la communauté compte environ 875 foyers, où vivent en moyenne 10 personnes par foyer. Le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables a doublé dans les trois dernières années et est passé de 260 en 2002-2003 à 675 en 2004-2005. Il estime que d'ici à 2010, il pourrait y avoir entre 1000 et 1250 orphelins dans la communauté.

Le chef Mvimbi Matse affirme que le VIH est un grave problème à Mambane et il essaye d'encourager les gens à faire un dépistage. Il a assisté à un atelier pour les chefs en l'an 2000, qui visait à la sensibilisation, mais il regrette que lorsqu'il organise des réunions dans la communauté, peu de personnes y assistent.

Le chef a nommé dernièrement un nouveau Indvuna (assistant du chef) et un nouveau Badlancane (Conseil d'administration). Les membres du Conseil indiquent que leur charge de travail a augmenté avec l'accélération de la pauvreté et de la famine et le nombre accru de personnes malades et en fin de vie.

La communauté souffre d'une cinquième année consécutive de sécheresse aiguë et il n'y a plus d'eau. Les pénuries alimentaires s'aggravent de jour en jour et de plus en plus de gens viennent à l'Umphakatsi pour demander l'aide du chef.

Avec l'aggravation de la sécheresse, une forte proportion de foyers est forcée de puiser l'eau depuis des sources non protégées et non épurées. Dans les foyers, 36,5% seulement ont l'eau courante ; 6% puisent l'eau depuis un barrage, 21,6% dans la rivière, 28,1% depuis des sources, 3,8% dans des puits et 2,4% depuis « d'autres sources ». Plus de la moitié des foyers n'ont pas accès à l'assainissement et nombre de personnes n'entrent pas dans l'objectif du gouvernement qui consiste à pouvoir accéder aux services de santé dans un rayon de 10 km[13].

[12] Elle maintiendra ces fonctions jusqu'à ce que le jeune garçon qui a été nommé par le roi soit en âge d'assurer de telles fonctions.

[13] S.P. Kunene, Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, Unité paludisme.

Centres de soins de proximité

Les centres de soins de proximité ont été mis en place pour fournir un soutien quotidien aux orphelins et aux enfants vulnérables et pour leur permettre d'être pris en charge dans la communauté.

Le Swaziland a pour politique de faire prendre en charge les orphelins et les enfants vulnérables par les communautés, car les soins en établissement sont réprouvés par les coutumes swazies et seraient de toute façon trop chers étant donné le nombre d'enfants. De là, un réseau important de centres de soins de proximité a été mis en place dans de nombreuses communautés.

Dans chaque centre de soins de proximité, un groupe de personnes (qui sont volontaires mais approuvés par la chefferie) offre aux enfants vulnérables un lieu où ils peuvent venir tous les jours pour avoir un repas chaud, pour pouvoir jouer avec d'autres enfants, recevoir une éducation informelle ainsi qu'un soutien psychosocial. Il y a actuellement environ 415 centres de soins de proximité au Swaziland et on y dénombre environ 33 000 enfants.

La communauté de Mambatfweni compte 13 centres de soins de proximité et l'ensemble de la région de Manzini est assez bien fournie en services grâce à ces centres. En revanche, la région de Lubombo compte environ 220 centres de soins de proximité dans 31 communautés, mais actuellement la communauté de Mambane ne dispose que d'un seul centre de soins au sein du centre KaGogo.

Ce sont les individus de la communauté en premier lieu qui ont donné une impulsion aux centres de soins de proximité et c'était alors la communauté qui gérait ces centres. Cette initiative a démarré dans la région de Hhohho où des femmes, prenant conscience de l'ampleur du problème des orphelins dans leur entourage, ont commencé à s'occuper des enfants à leur propre domicile ou sous un arbre, et à leur donner à manger avec leur propre nourriture. « Pour de nombreuses femmes de la communauté, il est tout naturel de s'occuper des enfants de la communauté. Bien sûr, elles font face à de nombreuses difficultés, mais malgré tout, d'autres encore prendront conscience du problème et subviendront aux besoins des enfants, » déclare Thembi Gama, Coordonnateur national du NERCHA pour l'atténuation de l'impact.

Un groupe de femmes de la communauté de Mambatfweni s'est réuni pour débattre du nombre croissant d'orphelins dans la région, et a décidé de mettre au point un projet pour les prendre en charge. En septembre 2003, elles ont été informées que le NERCHA pouvait fournir du maïs pour nourrir les enfants et elles ont reçu 80 sacs de maïs et des réservoirs d'eau. Les femmes ont décidé de quelle façon distribuer le maïs et elles ont d'abord donné des rations à emporter aux enfants, mais elles se sont vite rendu compte que les rations ne profitaient parfois pas aux plus jeunes enfants dans les foyers gérés par un enfant et que de nombreux enfants avaient faim. Aussi, elles ont décidé de préparer à manger aux enfants dans un lieu central afin qu'ils aient un repas chaud, ce qui était particulièrement important pour ceux qui vivaient avec des grands-parents ne pouvant pas leur faire à manger. Cela a également eu un impact social car les enfants pouvaient se regrouper entre eux pour manger. D'autres personnes de la communauté apportaient des légumes, du sucre ou tout autre produit qu'elles pouvaient donner. Les aînés et les personnes sous traitement antirétroviral peuvent également venir manger dans ces centres de soins de proximité.

Rose Mdluli, une volontaire au centre de soins de proximité de Gugwini, raconte que les femmes ont entendu parler de centres de soins ayant été établis dans la région de Hhohho et qu'elles ont demandé alors au bureau du Premier Ministre adjoint de bénéficier d'une formation. Après leur formation, elles ont décidé de mettre en place un centre de soins au domicile de l'une des femmes et finalement, au vu du nombre croissant d'enfants, un local central a été établi. L'UNICEF leur a donné du matériel de construction et deux grandes casseroles. Toute la communauté a prêté main-forte pour construire une simple hutte en terre avec un toit en tôle ondulée, qui fait office de centre de soins de proximité.

L'UNICEF a remarqué cette activité et a aidé les gens à se mobiliser pour aller plus loin encore. « L'idée était de créer un point central proche des enfants, » déclare Pelucy Ntambirweki, Coordonnatrice de programme de l'UNICEF. Une campagne de sensibilisation de masse a alors démarré sur ce thème, coordonnée par le bureau du Premier Ministre adjoint qui s'est chargé ensuite du développement et de l'établissement des centres de soins de proximité dans les communautés à travers le pays. Des réunions ont été organisées avec les chefs, les responsables et les femmes au niveau local afin de travailler ensemble et de partager les expériences[14]. Les volontaires ont été formés à comprendre le traumatisme que les enfants vivent lorsqu'ils perdent un parent. On leur a montré comment s'occuper des enfants, comment faire pour qu'ils restent propres, comment leur préparer la nourriture et comment apprendre aux enfants à se prendre en charge.

Les volontaires de Mambaftweni se sont également rendus dans la région de Hhohho pour voir ce qui avait été fait là-bas. Ils ont été en particulier impressionnés par les potagers, où sont produits des légumes pour les centres de soins de proximité, et ils ont décidé d'en établir aussi à Mambatfweni. Le centre Moya (une organisation non gouvernementale locale) à l'aide des fonds de la *Swaziland Post and Telecommunications Corporation*, les a aidés à clôturer les potagers afin que les chèvres et les poules ne viennent pas manger les récoltes ; on attribue une parcelle à chaque enfant pour y faire pousser des légumes. Dans la plupart des centres de soins de proximité de Mambatfweni, des potagers ont été établis ou étendus ; ces potagers servent à la fois à fournir de la nourriture complémentaire aux centres de soins et à enseigner aux enfants comment cultiver leur propre nourriture. Nombre d'enfants dont les parents sont décédés n'avaient personne pour leur montrer comment cultiver de la nourriture. Chaque enfant a sa propre parcelle et doit venir tous les jours pour arroser les légumes, une activité qu'ils font avec beaucoup d'enthousiasme, fiers de la nourriture qu'ils produisent eux-mêmes.



Des parcelles individuelles ont été distribuées aux enfants pour cultiver des légumes

Il y a actuellement environ 1500 volontaires pour s'occuper de 33 000 enfants dans plus de 415 centres de soins de proximité à travers le pays. Les volontaires sont sélectionnés par des commissions qui ont été établies au sein des communautés. Le travail se fait par rotation, car les volontaires ne sont pas rémunérés pour leur travail et cela peut parfois être difficile. De nombreux volontaires sont eux-mêmes pauvres, dans le besoin ou malades, et doivent souvent s'occuper aussi d'orphelins à la maison. A la réunion communautaire des volontaires de Mambatfweni, plus de la moitié des femmes présentes avaient perdu des membres de leur famille à cause du SIDA dans leur foyer et la plupart s'occupaient également d'orphelins chez elles en plus de leurs propres enfants.

Au départ, l'UNICEF a fourni à la communauté des casseroles et de la nourriture. Finalement, les communautés ont fourni la nourriture ou ont cultivé des légumes. Mais après plusieurs années consécutives de sécheresse, il est apparu clairement que de nombreuses communautés avaient besoin d'un soutien plus important pour pouvoir continuer leur initiative. De nombreuses communautés ont obtenu de la nourriture supplémentaire auprès de l'Equipe spéciale pour les catastrophes nationales dirigée par le bureau du Premier Ministre adjoint. D'autres ont obtenu des vêtements pour les enfants qui n'avaient pratiquement rien.

[14] Des fonds ont été obtenus auprès de l'Aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) pour appuyer cette initiative dans deux régions et cela a permis de former les volontaires.

Les centres de soins de proximité avaient également besoin d'eau et d'assainissement et l'ECHO (Aide humanitaire de la Commission européenne) a donné des fonds pour acheter des réserves d'eau et des gouttières qui ont été distribuées par l'UNICEF. Des fonds ont également été alloués pour construire des latrines. L'ensemble du travail de construction a été fait par les communautés elles-mêmes, avec le soutien du bureau du Premier Ministre adjoint et des partenaires.

Les comités de coordination à l'échelon de la chefferie sont chargés de répertorier les orphelins et de dresser une liste de ceux qui ont besoin d'assistance et de faire approuver cette liste par les autorités. Dans les zones pauvres, en proie à la sécheresse et aux pénuries alimentaires, il peut être difficile de déterminer qui a besoin d'aide : soudainement, tout le monde se revendique orphelin.

Vester Simelane, une volontaire au centre de soins de proximité de Susane dans la communauté de Mambatfweni, indique que les volontaires vivent dans la communauté et savent qui sont les orphelins. Si un parent décède, après les funérailles, des volontaires vont discuter avec la famille pour savoir si un enfant doit être pris en charge par le centre de soins de proximité. « Il y a tellement de funérailles, » dit-elle. « Il y en a de plus en plus, en particulier des jeunes filles qui laissent de jeunes enfants avec leur grand-mère lorsqu'elles décèdent. Lorsque cela arrive, la grand-mère est déjà âgée et n'est pas en mesure de nourrir les enfants ou d'aller au champ cultiver la nourriture ; c'est pourquoi les centres de soins sont devenus si importants. »

Les centres de soins de proximité font aussi office de centres de développement de la petite enfance

Les centres de soins de proximité ont changé et se sont adaptés au fil du temps et ressemblent désormais davantage à des centres de développement de la petite enfance. L'âge des enfants dans la plupart des centres de soins est de six ans et plus ; la plupart de ces enfants n'ont jamais été à l'école. Dans les débuts des centres de soins de proximité, il est vite apparu qu'il fallait d'urgence mettre en place une éducation informelle afin que les enfants puissent être intégrés au système éducatif. L'UNICEF a fourni aux volontaires sachant lire et écrire une trousse « d'école de poche » contenant des tableaux muraux, des alphabets, des livres, des stylos, des gommes et une balle. « Cela a marqué un tournant majeur, » affirme Pelucy Ntambirweki, Coordonnatrice du programme de l'UNICEF. « Soudain, d'autres enfants sont venus dans les centres de soins de proximité, pas seulement parce qu'ils avaient faim mais aussi parce qu'ils voulaient aller à l'école. Les centres de soins de proximité ont permis de faire apparaître les enfants vulnérables. Les statistiques avaient désormais un visage et le gouvernement devait faire quelque chose pour eux. »

Etablir un pont entre centres de soins de proximité et système éducatif

Les centres de soins de proximité ont mis en lumière le nombre d'enfants actuellement en marge du système éducatif formel, et constituent un moyen efficace d'orienter les enfants vers le système scolaire.

En décembre 2004, le gouvernement a annoncé qu'il accorderait des bourses aux orphelins scolarisés, et verse actuellement 400 E (environ US$ 60) par enfant directement aux écoles. Suite à quoi, le taux de scolarisation a rapidement augmenté. Le nombre d'enfants des centres de soins de proximité qui fréquentent les écoles formelles s'élevait à 1258 en juin 2005[15]. Les volontaires peuvent maintenant demander aux directeurs d'école pourquoi un enfant ne va pas à l'école. Selon la constitution du Swaziland, l'éducation est gratuite au niveau primaire.

Le Ministère de l'Education prévoit une autre augmentation importante du nombre d'élèves une fois que la politique d'éducation primaire universelle aura été appliquée en 2006, conformément aux

[15] Bureau du Premier Ministre adjoint : procès-verbal de la réunion du Réseau pour la protection de l'enfant, juin 2005.

objectifs du Millénaire pour le développement. Le Swaziland essaye d'introduire progressivement cette politique afin de ne pas saturer les systèmes éducatifs. La formation élargie d'enseignants est actuellement en cours mais le double problème de la « fuite des cerveaux » et des enseignants qui tombent malades et qui meurent de maladies associées au SIDA fragilise toujours le renforcement des capacités d'enseignement.

Les difficultés auxquelles les écoles font face sont très différentes de celles qu'elles rencontraient il y a 10 ou 15 ans, et le programme scolaire est actuellement adapté de manière à répondre à ces difficultés. L'agriculture, par exemple, bien que faisant déjà partie du programme scolaire, devient une discipline de plus en plus importante face aux enfants qui n'ont plus personne chez eux pour leur transmettre les connaissances dont ils ont besoin pour cultiver les produits alimentaires nécessaires à leur survie[16].

Des programmes alimentaires ont été établis dans de nombreuses écoles pour que les orphelins et les enfants vulnérables aient au moins un repas par jour ; le Ministère de l'Education aimerait que deux repas par jour soient servis.

Nourrir les enfants vulnérables

La première nécessité dans les centres de soins de proximité est de loin la nourriture et ce besoin est de plus en plus critique à mesure que l'impact des cinq années consécutives de sécheresse se fait sentir sur les communautés. Le Programme alimentaire mondial (PAM) fournit un soutien aux centres de soins et aux volontaires qui les dirigent en fournissant des rations « travail contre nourriture » à quatre volontaires dans chaque centre de soins. Une ration suffit à nourrir cinq personnes, de sorte que les volontaires peuvent aussi nourrir leur propre famille. Le PAM essaye de fournir un panier minimum pour les centres et les écoles, et de déterminer ce dont ils ont besoin. CANGO, un consortium d'organisations non gouvernementales locales, travaille aussi avec les centres de soins de proximité par l'intermédiaire du Consortium national pour la sécurité alimentaire, et distribue de la nourriture aux populations vulnérables.

Toutes ces mesures visent à renforcer et à soutenir les centres de soins de proximité dans les communautés vulnérables telles que Mambane. Dans la région de Lubombo, 99% des centres de soins de proximité sont totalement dépendants de la distribution alimentaire, étant donné que les communautés luttent pour subvenir à leurs propres besoins alimentaires, sans compter les personnes vulnérables. Lorsqu'il n'y a pas de nourriture aux centres de soins de proximité, ceux-ci ne peuvent pas fonctionner.

Rendre visibles les personnes vulnérables

Chaque centre de soins de proximité est chargé de tenir un registre des enfants dont il s'occupe ; cela permet d'obtenir des informations essentielles sur les orphelins et sur les enfants vulnérables dans des zones où il n'existait que peu voire pas du tout de données auparavant. L'amélioration des informations a permis au gouvernement et aux bailleurs de fonds de cibler l'aide et de tailler des programmes sur mesure en fonction de ceux qui en ont le plus besoin.

« Les centres de soins de proximité sont un bon point d'entrée pour la mise à disposition de services. Des services nationaux et régionaux sont désormais fournis à la communauté, » déclare Pelucy Ntambirweki de l'UNICEF. Par exemple, de nombreux enfants n'avaient pas de certificat de naissance ni les documents nécessaires à l'inscription dans une école et à l'accès aux bourses éducatives du gouvernement. Aujourd'hui, ces pièces sont émises dans la communauté et par conséquent, il y a eu une augmentation importante du nombre d'enfants remplissant les critères d'éligibilité pour obtenir une bourse. Des mesures similaires sont actuellement prises pour les certificats de mariage et de décès.

[16] Le gouvernement est appuyé par l'UNESCO pour adapter le programme scolaire. L'UE a aussi accordé 20 millions d'euros au Gouvernement du Swaziland pour soutenir un programme s'attachant à l'éducation élémentaire (égalité d'accès etc.), à l'éducation préscolaire, aux besoins spéciaux des enfants handicapés, au développement des compétences et aux compétences techniques.

Les centres de soins de proximité ont aussi créé un point d'entrée pour les partenaires et les initiatives telles que le programme de distribution alimentaire du PAM, l'assistance de la FAO pour la production de légumes et les programmes de soutien de l'ONUSIDA pour les soins et la prévention liés au VIH.

Certains enfants fréquentant ces centres de soins de proximité ont de graves problèmes de santé et d'autres sont séropositifs. Dans de nombreuses communautés, on prévoit aujourd'hui de fournir les services de santé de proximité dans les centres de soins, ce qui évite aux enfants de devoir se rendre à un dispensaire loin de chez eux et dont l'accès peut être difficile. « Les centres de soins de proximité nous facilitent la tâche car les enfants sont maintenant regroupés, » affirme Andreas Zwane, infirmière au dispensaire de Mahlangatsha, le service de santé le plus proche de la communauté de Mambatfweni.

Unir les membres de la communauté

Les centres de soins de proximité ont également uni les membres de la communauté pour d'autres fins ; certains centres ont mis en place des cours d'alphabétisation pour adultes[17] qui ont lieu l'après-midi. D'autres ont établi des projets de génération de revenus et des plans de crédit pour acheter des produits tels que du sel et de l'huile de cuisine, ou pour acheter des uniformes d'école et autres matériels pour les orphelins. Souvent, les femmes se retrouvent à l'intérieur et aux alentours des centres de soins de proximité l'après-midi, et ces centres deviennent un point de rencontre interne à la communauté.

Les volontaires des 13 centres de soins de proximité de Mambatfweni ont aussi, avec l'aide du gouvernement, d'organisations non gouvernementales et de partenaires, mis au point un plan de crédit et un plan d'épargne. On leur a appris comment organiser des groupes et gérer l'argent ; il y a actuellement 120 membres répartis en quatre groupes d'épargne. Le prix de l'adhésion (en monnaie swazie, l'Emalangeni) est de 10 E (environ US$ 1,48) et chaque membre contribue à hauteur de 10 E par mois ou plus. Les membres peuvent ensuite emprunter de l'argent au groupe pour financer des projets générateurs de revenus ; ils rembourseront le prêt initial avec 20% d'intérêt. Les plans d'épargne sont très prisés par les femmes et celles-ci attendent de recevoir leurs dividendes à la fin de l'année.

Visite au centre de soins de proximité de Ngumane

Avec son chapeau de paille à larges bords et une tunique bleu vif, Hlobsile Shabangu remue du porridge de maïs dans d'énormes casseroles noires, devant la hutte qui fait office de centres de soins de proximité. Elle se redresse et écarte la fumée qu'elle a dans les yeux, et regarde au loin dans la vallée.

Ce centre de soins, l'un des 13 centres de la communauté de Mambatfweni, a été établi par Hlobsile et trois de ses voisins en juillet 2004, et nourrit actuellement tous les jours 53 enfants provenant de 11 fermes. Au départ, ils fournissaient eux-mêmes la nourriture et lorsqu'elle est venue à manquer, ils ont demandé aux voisins de les aider. Elle raconte que nombre d'enfants qui vont à l'école reviennent le ventre vide parce qu'ils n'ont rien mangé de la journée. Les volontaires font à manger aux enfants cinq jours par semaine mais il n'y a rien pendant le week-end.

« Cela n'a pas été simple, » poursuit Hlobsile « mais la situation s'est améliorée lorsque les voisins ont commencé à apporter de la nourriture. Les enfants se sentent bien lorsqu'ils mangent ensemble. Quand ils viennent et qu'il n'y a pas de nourriture, ils sont vraiment déçus et repartent tristement. »

Derrière la hutte, il y a un potager clôturé où les enfants sont fiers d'arroser les légumes qu'ils font pousser pour manger. Il y a des carottes, des salades, des choux et des betteraves ; Hlobsile dit que les enfants produisent assez de légumes pour en vendre certains et qu'ils peuvent s'acheter des allumettes, du sel et de nouveaux plants. Le potager est financé par la *Swaziland Posts and Telecommunications Corporation* (SPTC). L'eau servant à l'irrigation provient d'un ruisseau non loin de là qui est acheminé par des canalisations jusqu'à un réservoir construit à cet effet par le Ministère de l'Agriculture et des

[17] Avec la contribution de Sabenta, une organisation non gouvernementale swazie.

Coopératives, de sorte qu'ici, l'irrigation n'est pas un problème comme c'est le cas dans de nombreuses autres régions du pays.

Le centre de soins de proximité de Ngumane est aujourd'hui assisté financièrement par l'UNICEF et l'ECHO, et les volontaires ont reçu de la tôle ondulée, des vêtements pour les enfants, une trousse « d'école de poche » et un peu de nourriture.

Les centres de soins de proximité dans les villes

Les centres de soins de proximité ne se trouvent pas uniquement dans les zones rurales. Certains ont été établis en zones urbaines. Dans la cuisine de Gigi, dans les alentours de Manzini, des repas constitués de porridge, de haricots et d'oranges fraîches sont distribués quotidiennement à tous les enfants et l'école a également lieu à cet endroit.

Les centres de soins de proximité sont intégrés au second Plan stratégique national multisectoriel de lutte contre le SIDA

Le Swaziland élabore actuellement un nouveau Plan stratégique national de lutte contre le SIDA pour les trois prochaines années[18] ; les centres de soins de proximité seront alors une ressource clé pour la riposte nationale. Le Plan d'action national pour les orphelins et les enfants vulnérables prévoit également que les centres de soins de proximité constituent des points importants pour prodiguer des soins. Ils vont également jouer un rôle majeur dans la politique gouvernementale visant à décentraliser les services au niveau de la communauté qui devrait être appliquée prochainement.

Difficultés

Sans aucun doute, les centres de soins de proximité réalisent un excellent travail et remplissent un grand nombre de besoins dans de nombreuses communautés, mais ces centres rencontrent également de grandes difficultés.

- Il y a actuellement environ 415 centres de soins de proximité au Swaziland, dans lesquels plus de 33 000 enfants sont enregistrés. D'ici à 2010, on estime qu'il pourrait y avoir 120 000 orphelins et enfants vulnérables au Swaziland. Il est prévu d'ouvrir 90 autres centres de soins de proximité, la plupart dans la région de Lubombo, mais ces centres à eux seuls ne suffiront pas à faire face à trois fois plus d'orphelins nécessitant des soins.
- Les centres de soins de santé de proximité apportent une assistance précieuse aux enfants vulnérables qui ont besoin d'aide, mais cela les met en marge par ailleurs et dans certaines communautés, ils sont d'autant plus stigmatisés.
- Les orphelins et les enfants vulnérables sont parfois pris en charge par des familles ou des proches, et il peut être difficile de faire la distinction entre un enfant qui peut fréquenter un centre de soins de proximité et les autres enfants vivant dans le foyer qui ne peuvent pas.
- L'accès n'est pas toujours possible : certains enfants vulnérables ne peuvent pas accéder aux centres de soins de proximité car ils ne remplissent pas les critères établis par la communauté ou vivent peut-être trop loin du centre de soins pour pouvoir y aller tous les jours.
- L'approvisionnement alimentaire dans de nombreux centres de soins de proximité est irrégulier et insuffisant ; ces difficultés sont exacerbées d'autant par les périodes de sécheresse et de pénuries alimentaires, car lorsque tout le monde pâtit du manque de nourriture, il n'y a pas de restes à donner aux enfants vulnérables.

[18] Contrairement à la période de cinq ans que couvrait le précédent plan.

- Les centres de soins de proximité sont dépendants des volontaires. Ces derniers ont un grand cœur, mais nombre d'entre eux ont aussi des problèmes dans leur propre famille. Parfois, ils sont malades eux-mêmes, et avec l'aggravation de la sécheresse et des pénuries alimentaires, ils ont souvent peu de nourriture ou d'énergie à donner aux orphelins. L'UNICEF espère que des fonds pourront être disponibles par l'intermédiaire du Fonds mondial pour financer ces personnes. Le PAM fournit de la nourriture en échange du travail/de la formation (pas seulement pour les volontaires mais aussi pour leur famille) et il espère que cela sera source de motivation. On espère au bout du compte que c'est le gouvernement qui prendra les choses en main et, avec le soutien du Fonds mondial, qu'il pourra rémunérer les volontaires « d'un dollar par jour » en échange de leurs services, de leur temps et de leur générosité.
- Au départ, les centres de soins de proximité visaient à aider les enfants dans le dénuement, mais ils deviennent des institutions permanentes bien qu'ils ne puissent pas fournir d'infrastructures scolaires adéquates.
- La nature informelle et volontaire des centres de soins de proximité perdure dans bien des cas. Cela peut conduire à un manque d'intégration des enfants dans des services éducatifs existants et formels. En suivant certaines activités des centres de soins de proximité, on pourrait encourager ces centres à établir des relations plus étroites et plus compatibles avec les services existants.
- La formation des volontaires est coûteuse et doit constamment être renouvelée étant donné qu'il y a un fort roulement de personnes du fait du manque de mesures incitatives.

Résumé des réalisations

- En premier lieu, les centres de soins de proximité ont rendu visibles les orphelins et les enfants vulnérables au sein des communautés dans lesquelles ils vivent, et ont permis aux gens de se regrouper pour trouver des solutions aux difficultés auxquelles ils font face.
- Les centres de soins de proximité ont autonomisé les communautés et leur ont donné espoir en l'avenir.
- Les centres de soins de proximité offrent une structure de soins rentable et stable aux enfants qui autrement n'auraient rien, et leur permettent de se regrouper quotidiennement avec d'autres enfants, dans un environnement sûr, pour manger, apprendre et jouer.
- Les centres de soins de proximité sont désormais des moyens de fournir une éducation informelle et formelle et de préparer les enfants à aller à l'école.
- Dans les périodes de sécheresse et de pénuries alimentaire, les centres de soins de proximité permettent de distribuer de l'alimentation d'urgence avec efficacité et efficience aux enfants qui en ont besoin. On enseigne également aux enfants comment cultiver de la nourriture pour subvenir à leurs besoins afin de réduire leur dépendance aux autres.
- Les centres de soins de santé ont influencé les politiques nationales et les services fournis car ils constituent un point central de soutien aux communautés.

Champs de l'Indlunkhulu

La réintroduction des champs de l'Indlunkhulu, une pratique traditionnelle totalement abandonnée, selon laquelle le chef attribue des terres à la communauté afin de cultiver des produits alimentaires pour les membres vulnérables de la chefferie, est une autre mesure communautaire innovante prise pour faire face à la situation au Swaziland.

« Je pense que les orphelins de ma région devraient être pris en charge par les membres de la communauté et non par quelqu'un d'autre. Ce n'est pas en les déracinant et en les envoyant ailleurs que nous allons les aider… Par principe, je suis contre la prise en charge institutionnelle des enfants. Même si les parents sont décédés, la terre est toujours une ressource—nous pouvons nourrir ces enfants avec les ressources et les terres de la communauté. Je suis convaincu qu'en tant que communauté, nous pouvons régler la plupart des problèmes, dans la mesure où nous recevons un soutien financier. »

Chef Sipho Shongwe, Ministre de la Santé et de l'Aide sociale

---

Fin septembre, le Swaziland est enveloppé dans un nuage de fumée car les champs sont brûlés pour faire place neuve aux semailles de la prochaine saison. Généralement, les pluies débutent en octobre, mais au cours des cinq dernières années, l'irrégularité des pluies et l'effet dévastateur du VIH sur la productivité ont généré un nombre croissant de personnes qui ne peuvent plus produire suffisamment de nourriture.

On estime que le Swaziland a besoin de 142 000 tonnes annuelles de nourriture pour subvenir à ses besoins, mais selon les prévisions, 80 000 tonnes de maïs seulement devaient être produites en 2005[19]. Quelque 200 000 personnes (soit près du cinquième de la population), principalement dans la région sèche du bas veld de l'Est et du Sud, font face à des problèmes de sécurité alimentaire. Par le passé, les zones en proie à la sécheresse ou celles qui produisent des denrées pour la vente telles que le sucre, pouvaient acheter du maïs dans le haut veld, mais aujourd'hui c'est tout le pays qui souffre de graves pénuries, et dans certaines régions, la famine menace.

Traditionnellement, toute personne étrangère à la communauté ou dans le besoin allait à l'Imphakatsi ou à la chefferie pour être nourrie et logée, mais dans la société moderne, cette tradition a largement disparu. Le nombre toujours plus important d'orphelins et d'enfants dans le dénuement, associé au désir de maintenir ces enfants dans la communauté, a conduit à faire revivre la pratique traditionnelle des champs communautaires de l'Indlunkhulu.

Au Swaziland, l'ensemble des terres appartient au roi, et les chefs font office de gardiens de la terre pour le peuple. Un chef est considéré comme le père de ce peuple, de sorte que si le chef d'une famille décède, la tradition veut que les enfants soient pris en charge par le chef. Selon la culture swazie, celui qui est dans l'abondance est tenu, au regard de la tradition, de donner quelque chose à l'Indlunkhulu. Les champs sont labourés et les produits récoltés par la communauté, les récoltes servant à nourrir les personnes qui demandent de l'aide auprès du chef.

Le concept de l'Indlunkhulu permet non seulement de produire de la nourriture supplémentaire pour ceux qui en ont besoin, mais fait revivre également la pratique du travail collectif et de l'aide mutuelle qui pourraient conduire à de meilleures pratiques agricoles, en introduisant de nouvelles méthodes et en fournissant des semences à la population.

[19] Ministère de l'Agriculture et des Coopératives.



Le NERCHA a fourni des silos aux communautés pour stocker les produits alimentaires provenant des champs de l'Indlunkhulu

Le programme de réactivation du concept de l'Indlunkhulu a commencé en 2002 et le NERCHA a facilité les consultations avec les chefs traditionnels et le Ministère de l'Agriculture, ainsi que la mobilisation des communautés. Pendant la première année, le NERCHA et le Ministère de l'Agriculture et des Coopératives ont prévu des activités avec 100 chefferies, mais les communautés ont montré tant d'enthousiasme qu'elles étaient deux fois plus nombreuses à vouloir participer à ces activités. Il y a aujourd'hui environ 350 chefferies qui participent au programme, dont 320 dans les zones rurales et le reste dans le cadre de l'AMICAALL[20], dans les zones urbaines. Le NERCHA accorde également des fonds pour que le Ministère de l'Agriculture et des Coopératives fournisse des silos aux communautés afin de pouvoir stocker les produits alimentaires que l'Indlunkhulu distribuera aux membres de la communauté qui en ont besoin.

Expérience de Mambatfweni

Mambatfweni a été l'une des premières communautés dans le pays à raviver le concept des champs de l'Indlunkhulu, en vertu duquel le chef a attribué les premiers champs en 2002. La communauté a adhéré sans réserve à ce concept et, comme indiqué précédemment, le chef a joué un rôle important dans la réanimation de ce concept, elle-même ayant souvent participé à la culture des champs pour montrer l'exemple.

Au début, la production des champs de l'Indlunkhulu de Mambatfweni a été bonne et s'est élevée à environ 40 sacs de 50 kilos de maïs produits dans la première année. « En 2000, cela suffisait car les orphelins étaient moins nombreux qu'aujourd'hui, » déclare John Ntjalintjali, un membre du Conseil interne. « Mais aujourd'hui, cela ne suffit plus car les orphelins sont chaque jour plus nombreux. Par conséquent, la communauté a de graves problèmes cette année. En 2005, les champs de l'Indlunkhulu n'ont produit que deux sacs de maïs et l'ensemble de la communauté souffre du manque, » poursuit-il.

A Mambatfweni, les pénuries alimentaires ont été générées moins par la sécheresse que par les conditions atmosphériques défavorables et les fortes tempêtes de grêle qui ont endommagé les récoltes. En 2005-2006, l'arrivée tardive des semences et des fertilisants a aussi généré des problèmes. Ces problèmes ont été signalés au Ministère de l'Agriculture et des Coopératives et la communauté attend de l'aide supplémentaire de la part du NERCHA et des partenaires pour pouvoir maintenir cette initiative. Le Conseil interne a aussi demandé au chef d'attribuer davantage de terres pour pouvoir produire de la nourriture au nombre toujours plus élevé d'orphelins, et, au moment de la rédaction du présent document, il attendait une réponse.

Le chef intérimaire de Mambatfweni, la Princesse Ncoyi, affirme que les initiatives communautaires telles que les centres de soins de proximité et les champs de l'Indlunkhulu ont largement permis à la communauté de prendre en charge les 430 orphelins et enfants vulnérables dans la région. Elle indique que la communauté a besoin aujourd'hui de soutien pour que ces initiatives fonctionnent mieux

[20] Alliance de l'initiative des maires pour l'action communautaire contre le SIDA au niveau local.

et pour assurer la continuité de la mobilisation, et elle ajoute que les « gens sont épuisés car ils ont aussi leurs propres problèmes ».

Expérience de Mambane

A Mambane, la communauté souffre davantage des conséquences de la sécheresse. Les pénuries alimentaires sont chaque jour plus graves et de plus en plus de gens viennent à l'Umphakatsi demander de l'aide. Le chef a attribué des champs au titre du concept de l'Indlunkhulu mais la production a été maigre jusque-là et bien loin de pouvoir remplir les besoins de la communauté.

Difficultés

- La difficulté majeure du programme de l'Indlunkhulu réside dans l'aggravation de la sécheresse. De nombreuses communautés comme Mambane n'ont pas d'eau pour irriguer les champs privés ou communaux, et lorsque tout le monde souffre de la faim, il n'y a simplement pas de capacité pour constituer des réserves spéciales pour les orphelins et les enfants vulnérables. La situation est critique en ce qu'il n'y a pas d'eau potable dans ces régions, et bien que le NERCHA, par l'intermédiaire du Fonds mondial, ait fourni des réservoirs à chaque Umphakatsi, il reste difficile d'approvisionner les communautés en eau de manière appropriée et régulière.
- La réussite du programme de l'Indlunkhulu dépend également de la réception des contributions à temps telles que les semences ou les fertilisants, et de la disponibilité de tracteurs pour labourer la terre. Sans ces éléments, la communauté ne peut pas cultiver les champs de l'Indlunkhulu.
- La réussite ou l'échec des initiatives telles que la réanimation du concept de l'Indlunkhulu dépend largement du leadership des chefs. Certains Umphakatsi n'ont pas actuellement de chef nommé. L'autre problème qui se pose parfois est que les chefs ne résident pas dans la communauté, et il est donc difficile pour eux d'assurer un leadership permanent.

Résumé des réalisations

- La réanimation de la pratique des champs de l'Indlunkhulu, offrant de la nourriture à ceux qui en ont besoin, a également ravivé la pratique du travail collectif et de l'aide mutuelle en cas de besoin.
- Le concept des champs de l'Indlunkhulu permet aux communautés d'être plus autonomes et de ne pas dépendre de l'aide extérieure, et par conséquent, elles ont le sentiment d'être parties prenantes et d'être engagées à aider ceux qui en ont besoin.
- Le fait de travailler ensemble en tant que communauté pour produire des récoltes et de faire participer les enfants bénéficiaires permet de transférer le savoir-faire et les connaissances agricoles à ceux dont les parents sont décédés.
- La participation communautaire à la distribution des récoltes produites assure un processus transparent et fiable et garantit que la nourriture parvient aux personnes nécessiteuses ayant été identifiées comme telles par les communautés elles-mêmes.
- Avec le soutien efficace de conseillers agricoles, le concept de l'Indlunkhulu peut devenir un moyen d'améliorer les pratiques agricoles, en introduisant de nouvelles méthodes et de nouvelles semences auprès de la population.

Centres sociaux KaGogo

Des centres sociaux KaGogo (ou maisons de grand-mère) ont été construits dans chaque communauté pour fournir des services et coordonner les mesures prises face au nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables. Il s'agit de nouvelles initiatives se fondant sur des pratiques traditionnelles ravivées.

Traditionnellement, le rôle du chef consiste à prendre soin de son peuple, en veillant à son bien-être, mais dans les sociétés modernes, nombre de ces devoirs et coutumes n'existent plus. Ces pratiques traditionnelles sont aujourd'hui ravivées afin de renforcer la capacité de la communauté à faire face à l'impact de l'épidémie du SIDA. Les centres KaGogo et les champs de l'Indlunkhulu sont donc des initiatives faisant fond sur des pratiques traditionnelles.



Le nouveau centre KaGogo de Mambatfweni

Les centres sociaux KaGogo (littéralement, maison de grand-mère) ont toujours fait partie des fermes et constituent un lieu de refuge et un lieu neutre pour discuter des affaires de famille et résoudre les conflits. Aujourd'hui, ils reprennent leur place et servent à mobiliser et à autonomiser les communautés pour riposter au VIH. Les centres sociaux KaGogo se trouvent dans chaque chefferie, près de l'Umphakatsi du chef, et servent de point central pour les mesures d'atténuation de l'impact, de prévention, de soins et de soutien et à raviver les vieilles traditions de soutien psychologique.

Tous les centres sociaux KaGogo ont été construits par les communautés elles-mêmes et celles-ci ont fourni la main-d'œuvre et l'équipement local. Le NERCHA et le Fonds mondial ont apporté une contribution financière et technique. Le coût de chaque centre est estimé à US$ 10 000.

La construction de ces centres a commencé en 2003 et le programme KaGogo a pris de l'ampleur en un temps très court. Aujourd'hui, 50% des centres sont terminés dans le pays, et 30% ont été construits jusqu'au niveau du toit. Certains centres sociaux KaGogo ont été construits en moins de deux mois. La participation et la responsabilisation des membres communautaires aux centres sociaux KaGogo ont constitué un élément clé de cette réussite. La mobilisation a permis de rassembler tous les acteurs et le travail s'est fait en équipe. Les communautés ont montré de l'enthousiasme pour ces centres, car il s'agit d'un concept bien connu, et elles ont compris pourquoi ces centres devaient reprendre vie alors que le SIDA fait rage.

Parfois, le nettoyage des sites en vue de la construction et des routes d'accès a posé un problème aux communautés, mais l'Unité de développement des terres du Ministère de l'Agriculture et des Coopératives a contribué en apportant, par exemple, les machines provenant d'autres projets. L'eau a aussi posé un problème et le Ministère des Travaux publics et des Transports a également apporté sa contribution.

Devant l'aggravation de la sécheresse et de la crise alimentaire, le NERCHA coordonne la distribution alimentaire d'urgence par l'intermédiaire des centres sociaux KaGogo. La nourriture est stockée dans les centres et les comités de coordination communautaires supervisent la distribution. Les communautés elles-mêmes sélectionnent ces comités de coordination, et se servent des centres sociaux KaGogo pour les réunions ; elles sont aussi chargées de collecter des données de base sur les orphelins et les enfants dans le dénuement.

Il est prévu que les centres sociaux KaGogo de la communauté servent au bout du compte à fournir d'autres services essentiels aux orphelins et aux enfants vulnérables, tout en leur donnant les moyens de continuer à vivre dans leur communauté. Par exemple, les centres sociaux KaGogo servent à préparer les enfants et les adultes à aller à l'école et à l'enseignement informel. Toutefois, bien que le gouvernement souhaite étendre les centres sociaux KaGogo pour en faire des centres d'enseignement informel, il n'est pas prévu que ces centres visent cet objectif. Ils serviront plutôt à préparer les enfants à aller à l'école et à les acheminer vers l'éducation formelle.

Centre social KaGogo de Mambatfweni

Le centre social KaGogo de Mambatfweni a été l'un des premiers à être établis dans le pays. Il a été construit de manière solide avec des pierres locales et comprend un joli toit de chaume, ainsi qu'une grande véranda ventilée où se tiennent les réunions. A l'arrière, il y a un espace-cuisine et quatre petits bureaux, ainsi qu'un meuble dans lequel sont stockées les données sur les orphelins et les enfants vulnérables, et autres personnes nécessiteuses de la communauté.

Le centre KaGogo sert souvent aux réunions communautaires de coordination des mesures de riposte à l'épidémie de Mambatfweni, à coordonner les activités des centres de soins de proximité, à sélectionner les soignants et les modérateurs volontaires de santé en milieu rural, et à superviser la distribution de l'aide alimentaire. Il est situé dans un lieu central au sein de la communauté et un local de stockage à grains a été mis en place à proximité pour stocker les récoltes des champs de l'Indlunkhulu.

Centre social KaGogo de Mambane

Le centre social KaGogo de Mambane est construit sur le même modèle que celui de Mambatfweni et a deux fois la capacité du centre de soins de proximité, le seul de la communauté. Sous une véranda en chaume, environ 40 enfants sont assis sur des chaises en plastique et font des opérations et des mathématiques ensemble. Les enfants ont entre 7 et 17 ans. On leur fournit deux repas par jour constitués de porridge de maïs et de soupe aux haricots, le matin et à midi, avec le soutien du PAM.

Lungile Matse est enseignante et volontaire au centre de soins de proximité. Veuve depuis peu, et seule à élever ses cinq enfants, elle trouve encore le temps de venir au centre de soins de proximité tous les matins, cinq jours par semaine. Quatre-vingt neuf enfants étaient inscrits au centre de soins de proximité, et ils sont aujourd'hui 83 car six d'entre eux sont partis à l'école. Bien qu'ils soient en âge d'aller à l'école, les autres enfants reçoivent leur éducation uniquement aux centres. Lungile et d'autres volontaires ont reçu une formation, et ils enseignent les maths, le siSwati et l'anglais à l'aide de feuilles d'exercices et de livres fournis par l'UNICEF. L'éducation qu'ils dispensent est censée s'adresser à des enfants du niveau de l'école primaire qui n'ont pas eu la chance d'être scolarisés, mais plusieurs enfants sont plus âgés.

Un graphique sur les murs montre que 18 de ces enfants n'ont pas de parents ou sont « doubles orphelins » ; 23 enfants n'ont qu'un seul parent et 42 autres sont considérés comme « enfants vulnérables ». C'est le comité communautaire de coordination qui décide qui sera admis au centre de soins de proximité et les volontaires indiquent que bien d'autres enfants voudraient venir au centre mais qu'ils habitent trop loin ou qu'ils sont trop jeunes.

Mambane est divisée en sept zones, et la communauté souhaiterait qu'il y ait au minimum sept centres de soins de proximité, afin que les enfants n'aient pas à marcher de si longues distances pour venir



Le PAM distribue de la nourriture

manger, mais pour le moment, c'est le seul centre de soins de proximité.

Depuis juillet 2005, c'est le PAM qui fournit toute la nourriture. « D'autres enfants qui ont faim viennent ici pour chercher à manger, » déclare Busisiwe Mazibuko, une autre volontaire. « Nous avons de quoi nourrir les enfants du centre uniquement. Il est très difficile de renvoyer les autres enfants mais nous ne pouvons pas en nourrir davantage. » Elle raconte qu'ils essayent de faire pousser des légumes au centre de soins mais que l'eau est rare et qu'ils n'ont pas assez de semences.

Busisiwe a deux enfants et elle s'occupe également de quatre orphelins de son entourage. Ses enfants vont à l'école mais les orphelins, eux, n'y vont pas. Bien que le gouvernement paye les frais de scolarité pour les orphelins et les enfants vulnérables, elle déclare que ce n'est pas suffisant. Les frais scolaires s'élèvent à 500 E[21] (soit environ US$ 76) et la bourse accordée par le gouvernement n'est que de 400 E, par conséquent, les enfants qui ne peuvent pas payer la différence sont parfois exclus.

Plus de 30% des enfants de la région de Lubombo ne reçoivent actuellement aucun enseignement[22]. L'introduction de l'éducation primaire universelle gratuite, que le gouvernement espère mettre en place dans tout le pays en 2006, va apporter d'autres difficultés de taille. Les enseignants ont déjà des classes de 70 élèves ou plus et ils craignent que la qualité de l'enseignement ne soit compromise par un afflux massif de nouveaux élèves. Il y a également un manque d'enseignants et bon nombre d'entre eux sont malades ou dans l'incapacité de travailler correctement.

L'école primaire de Mambane n'est qu'à quelques centaines de mètres du centre social KaGogo et du centre de soins de proximité, et elle bénéficie également de l'aide alimentaire du PAM. L'école prépare deux repas par jour aux enfants. L'eau se fait rare ; la seule source est un réservoir d'eau de pluie qui est maintenu sous clé la plupart du temps.

Sur le mur du bureau de la maîtresse responsable par intérim, Thembisile Nxumalo, un graphique montre que sur les 416 enfants scolarisés, 253 (soit plus de la moitié) sont considérés comme orphelins ou enfants vulnérables : 33 enfants sont doubles orphelins, 103 n'ont qu'un seul parent et 117 sont classés dans la catégorie « sans ressources ».

C'est le comité de l'école, composé du Conseil interne des membres de l'Umphakatsi et du responsable du développement de l'Inkhundla, qui décide quels sont les enfants devant faire partie de la catégorie « sans ressources ». Le comité se réunit une fois par an et il y a tant de cas à examiner que la réunion dure généralement une semaine. « C'est très difficile, » affirme Thembisile Nxumalo. « Beaucoup d'enfants ont des difficultés scolaires parce qu'ils ont faim et qu'ils ont des problèmes chez eux. »

L'école a mis en place un centre de santé pour apprendre aux enfants comment se protéger du VIH et pour les sensibiliser à la question.

[21] Lilangeni swazie.
[22] Bureaux d'éducation pour la région de Lubombo.

Difficultés

- Les ripostes communautaires au VIH, telles que les centres de soins de proximité et les centres sociaux KaGogo, sont en grande partie dépendants du bureau du chef. La proposition de politique de décentralisation du gouvernement qui doit être appliquée en 2006, comprend une disposition selon laquelle un commis officiel sera nommé pour renforcer la capacité communautaire des centres sociaux KaGogo[23], mais les limites en matière de capacités humaines peuvent empêcher ces initiatives locales de se développer de façon optimale.
- Les communautés qui ont un chef résident semblent faire plus de progrès que les communautés qui ont un chef non-résident ou qui n'ont pas de chef du tout. La procédure de nomination d'un chef peut prendre un certain temps et cela semble être un problème permanent dans la région de Manzini.
- Les centres sociaux KaGogo sont destinés à l'ensemble de la communauté mais lorsqu'ils font office de centres de soins de proximité, comme c'est le cas à Mambane, cela restreint l'utilisation du centre pour d'autres activités ou des réunions.

Résumé des réalisations

- Les centres sociaux KaGogo se sont rapidement développés, et leur construction est en cours dans tout le pays.
- Les centres sociaux KaGogo fournissent un centre formel et physique permettant de coordonner les initiatives communautaires, et un forum de discussion et de réunions sur la façon dont il faut riposter à l'impact de l'épidémie.
- Les communautés ont adhéré avec enthousiasme au concept des centres sociaux KaGogo. Etant donné que ce sont les communautés qui ont fourni la main-d'œuvre et la plupart du matériel de construction des centres, elles ont un sentiment de fierté et d'être parties prenantes à la construction et à la façon dont ces centres sont utilisés.
- Les centres sont chargés de collecter des données de base sur les orphelins et les enfants vulnérables de la communauté, ce qui contribue à élaborer des politiques et des ripostes sur les mesure de lutte contre le SIDA.
- Les centres sociaux KaGogo peuvent faire office de points d'entrée pour d'autres services, tels que la distribution communautaire alimentaire et de proximité (émanant à la fois des champs de l'Indlunkhulu et de l'aide alimentaire en période de sécheresse).
- Les centres sociaux KaGogo sont aussi considérés comme des centres de coordination des interventions communautaires, telles que les centres de soins de proximité, et ils sont censés maintenir des données sur les orphelins et les enfants et les personnes vulnérables à l'intérieur de la communauté. Il est également prévu de fournir d'autres services de niveau décentralisé, en se servant des centres sociaux KaGogo comme passerelle.

[23] Le NERCHA espère que d'autres fonds seront accordés par le Fonds mondial pour permettre à une personne d'être détachée quotidiennement au centre social KaGogo afin que les services puissent réellement commencer à être fournis.

Initiatives communautaires en faveur des personnes vivant avec le VIH

Des initiatives communautaires innovantes ont été mises en place pour fournir des services et un soutien aux personnes vivant avec le VIH

Soutien, conseil et soins à domicile assurés par les pairs

Au Swaziland, comme dans nombreux autres pays africains, le nombre croissant de personnes malades en phase terminale pose des difficultés quant à la fourniture de soins palliatifs. Traditionnellement, les familles élargies s'occupaient de ceux qui avaient besoin d'assistance, mais depuis l'avènement du SIDA, les familles à elles seules ne peuvent plus faire face. Les centres de soins palliatifs institutionnalisés seraient à la fois coûteux et une offense à la culture swazie ; certaines communautés ont donc établi des systèmes de soutien, de conseil, et de soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH, assurés par les pairs.

Les conseillers et les personnes qui prodiguent des soins sont tous des volontaires choisis par la communauté, et se voient attribuer un certain nombre de foyers qu'ils doivent visiter régulièrement, pour fournir des soins et un soutien, et pour signaler tout problème spécifique aux professionnels de la santé communautaires et à l'Umphakatsi.

Dans certains cas, des « potagers » ont été établis avec le soutien de la FAO, et on attribue à des foyers vulnérables des parcelles de terre pour qu'ils puissent faire pousser des légumes et satisfaire leur alimentation de base.

Modérateurs de santé en milieu rural

Les modérateurs de santé en milieu rural sont des volontaires sélectionnés par le comité de coordination communautaire pour traiter les questions de santé, et pas uniquement celles liées au VIH. Ils existent depuis de nombreuses années, mais leur rôle et leurs responsabilités se sont considérablement élargis avec la crise du SIDA, et dépassent largement le rôle que le gouvernement leur avait attribué à l'origine.

Il y a actuellement 4500 modérateurs de santé en milieu rural dans tout le pays. Ils sont équipés d'une trousse de premiers secours et doivent faire des visites à domicile pour s'occuper des malades, pour les emmener à l'hôpital si nécessaire et s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments chez eux. S'il y a des problèmes dans la communauté, ils s'adressent aux infirmières du dispensaire et obtiennent des conseils sur la façon de gérer ces problèmes. Ils prodiguent des conseils liés au VIH et montrent aux personnes comment prendre soin des malades. Ils leur préparent également à manger et administrent le traitement DOTS[24] aux patients souffrant de la tuberculose et surveillent directement que les médicaments sont pris pendant six mois.

Galina Simelane est l'un des 35 modérateurs de santé en milieu rural de Mambatfweni. Elle raconte qu'ils ont été choisis pour leur aptitude et leur caractère à prendre soin des malades et des mourants. Ils reçoivent une petite indemnité de 100 Emalangeni, soit environ US$ 15 par mois pour leur travail (contrairement aux personnes qui s'occupent des malades dans les centres de soins de proximité qui sont entièrement volontaires). Elle affirme que l'épidémie de VIH a considérablement alourdi leur tâche. Au début, chaque professionnel de santé devait rendre visite à environ 40 foyers et, bien que ce nombre soit passé à 20, ils ont toujours autant de travail car ils doivent s'occuper de nombreux malades

[24] Traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) recommandé à l'échelle internationale par l'OMS contre la tuberculose.

et mourants. Bien souvent, les modérateurs de santé en milieu rural utilisent leurs ressources personnelles—argent, nourriture, vêtements—pour venir en aide à ceux qui en ont besoin. Dans certains foyers, ils se chargent de donner le bain aux malades et de leur faire la cuisine, afin de permettre aux enfants d'aller à l'école.

Dans le souci d'améliorer les fournitures médicales de base au niveau communautaire, des containers ont été placés à l'extérieur de chaque Inkhundla (assemblée) du pays pour fournir aux modérateurs de santé en milieu rural du matériel de base, tels que des gants, du désinfectant, du savon et des couches pour adultes à donner aux patients du SIDA souffrant de diarrhée. Le container le plus proche de Mambane est à 14 km, et les modérateurs se plaignent de passer du temps et de dépenser beaucoup d'argent à aller là-bas, car ils doivent s'y rendre au moins quatre fois par mois et le trajet simple leur coûte 20 E.

Les modérateurs de santé en milieu rural reçoivent une formation du Ministère de la Santé et de l'Aide sociale sur la transmission du VIH, sur la façon de s'occuper des personnes malades ou mourantes, sur la façon de se protéger elles-mêmes et sur la façon de se débarrasser des préservatifs ou des déchets dangereux en toute sécurité. Après leur formation, les modérateurs organisent une réunion communautaire pour transmettre ce qu'ils ont appris à l'ensemble de la communauté.

La tâche des modérateurs de santé en milieu rural consiste également à encourager les personnes à bénéficier du conseil et du test volontaires, à gérer les questions liées à la stigmatisation et à la discrimination. Devant le développement rapide du traitement antirétroviral dans tout le pays l'an passé, ils sont aussi des ressources clés pour ce qui est de veiller à ce que les personnes prennent leurs médicaments correctement et régulièrement. Ils discutent aussi de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles, question posant un véritable problème dans de nombreuses communautés comme Mambatfweni.

A l'extérieur des bureaux de l'Inkhundla (administration locale) de Mambatfwe, il y a un container fourni par le NERCHA faisant désormais office de bureau SIDA et de réserve pour le matériel des modérateurs de santé en milieu rural des 11 Umphakatsi ou chefferies des alentours. Gcinile Vilakati est volontaire et se charge du container trois jours par semaine. Elle indique que le container du NERCHA a grandement facilité la tâche des modérateurs, et elle montre fièrement les boîtes de désinfectant, de couches, de savon, de feuilles en plastique et de gants. Mais elle affirme que le matériel n'est pas suffisant : actuellement, elle n'a pas de préservatifs. « Nous n'en avons plus. Nous attendons d'être approvisionnés. » Elle ne sait pas quand elle sera approvisionnée et ajoute que « c'est un réel problème ».

Des modérateurs de santé en milieu rural travaillent aussi en étroite coopération avec le comité de coordination communautaire qui distribue la nourriture aux orphelins et aux enfants vulnérables, et avec les centres de soins de proximité pour veiller à ce que les enfants bénéficient de soins de santé et de nourriture appropriés.

Lizzy Ntjalintjali, un modérateur de santé de Mambatfweni, raconte qu'elle parle aussi aux gens des guérisseurs traditionnels et leur conseille de prendre leur propre lame de rasoir quand ils vont prendre leur traitement. Les gens emmènent désormais leur propre lame de rasoir, ajoute-t-elle, et les modérateurs ont aussi animé des séances de formation avec les guérisseurs traditionnels.

Les modérateurs sont souvent en première ligne pour ce qui est de signaler les cas suspects de maltraitance à l'égard d'enfants et pour conduire des enquêtes sur les cas qu'on leur a signalés. Ils prodiguent des conseils et dans certains cas peuvent renvoyer l'enfant vers un conseiller professionnel.

La plupart des modérateurs sont des femmes, bien qu'il y ait aussi quelques hommes. D'un point de vue culturel, il peut être difficile pour une femme de parler à un homme concernant des problèmes de santé, de le laver ou de prendre soin de l'intimité d'un patient masculin.

Coût de l'opération

- L'Unité de santé publique du Ministère de la Santé et de l'Aide sociale de Mbabane dispose d'un budget pour les modérateurs de santé en milieu rural et les rémunère tous les mois à hauteur de 100 E (environ US$ 15).
- Il y a environ 4500 modérateurs de santé en milieu rural dans tout le pays, et le budget total pour la rémunération est de 450 000 E (soit environ US$ 68 854).
- L'Unité de santé publique assure aussi une formation préalable des modérateurs de santé en milieu rural qui dure 10 semaines, avec les fonds du NERCHA et du Fonds mondial. Le budget total pour la formation dans tout le pays est de 725 000 E (soit environ US$ 110 933).

La mise à niveau est nécessaire en permanence et la formation est un processus continu. « De nombreux modérateurs sont morts, nous devons donc former de nouvelles personnes en permanence, » raconte Thandi Mndzebele de l'Unité de santé publique. Elle ajoute que « Rien que la semaine dernière, 13 modérateurs de santé sont morts dans la région de Hhohho ; nous devons donc reconstituer nos ressources humaines continuellement. »

Promouvoir l'observance de la thérapie antirétrovirale

Avec la thérapie antirétrovirale qui se développe actuellement rapidement au Swaziland, ces initiatives communautaires sont aussi bien placées pour pouvoir faire bénéficier du traitement ceux qui en ont besoin et pour faire adopter le traitement par les patients. Les antirétroviraux peuvent désormais être obtenus gratuitement au Swaziland. Environ la moitié des quelque 20 000 personnes qui en ont besoin d'urgence ont commencé le traitement en 2005. On espère que les autres personnes pourront bénéficier de ce traitement dans les mois à venir. En dépit de ce progrès, il reste encore beaucoup à faire. Actuellement, les services auxiliaires tels que la numération des CD4 sont centralisés au niveau national et ne sont pas disponibles dans les régions. Les personnes doivent toujours parcourir de longues distances pour obtenir le traitement et les longues heures d'attente dans les dispensaires sont souvent un problème.

Réseau national de personnes vivant avec le VIH et le SIDA au Swaziland (SWANNEPHA)

Le SWANNEPHA est un réseau national composé de 46 groupes différents de personnes vivant avec le VIH et formé à la suite d'une étude conduite avec l'assistance du Ministère de la Santé et de l'Aide sociale, du SIPAA, du NERCHA et de l'ONUSIDA en mars 2004. Le SWANNEPHA a été lancé le 12 novembre 2004 par le Premier Ministre, et le Secrétariat national a été créé le 21 mars 2005. Il a été officiellement ouvert par le Ministre de la Santé et de l'Aide sociale, le Chef Sipho Shongwe et par le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, au cours de sa visite au Swaziland.

Le SWANNEPHA soutient les groupes de personnes vivant avec le VIH dans les communautés de Mambatfweni et de Mambane, et dans d'autres communautés du pays, et fournit des orientations et une formation au niveau local. « Nous nous faisons l'écho des personnes vivant avec le VIH, » déclare Thembi Nkambule, Coordonnateur national du SWANNEPHA. « Nous avons donc influencé certaines politiques telles que le Plan stratégique national et la politique pour l'égalité hommes-femmes. Nous avons également aidé les groupes à élaborer leurs propositions pour obtenir un financement du NERCHA/ Fonds mondial et à mobiliser des ressources de manière à parler d'une seule voix. » Le principal souci des personnes vivant avec le VIH au Swaziland est la stigmatisation et la discrimination et la plupart des gens ont peur de dévoiler leur séropositivité.

La plupart des propositions reçues des membres concernant des projets de génération de revenus, le SWANNEPHA a élaboré une brochure pour aider les groupes à mettre sur pied leur plan commercial. Un avant-projet de plan stratégique, devant être finalisé dans les mois à venir, a également été élaboré et des ateliers en rapport avec le traitement sont actuellement organisés en collaboration avec le Ministère de la Santé et de l'Aide sociale.

Le SWANNEPHA demande actuellement la gratuité du traitement des maladies opportunistes car la plupart des membres ne peuvent pas le payer. L'organisation fait aussi campagne pour qu'il y ait une meilleure documentation sur le traitement afin que les personnes comprennent les tenants et les aboutissants de ce traitement.

Certains membres du SWANNEPHA dans les communautés comme Mambatfweni et Mambane sont aussi volontaires dans les centres de soins de proximité ou pour les soins à domicile, et selon Thembi Nkamule, cela contribue à lutter contre la stigmatisation et la discrimination. « La riposte communautaire permet aussi à davantage de personnes de révéler leur statut car elles sentent qu'on peut les aider. »

L'un des problèmes majeurs pour bon nombre de personnes vivant avec le VIH, en particulier dans les communautés en zones rurales telles que Mambatfweni et Mambane, est qu'elles ne peuvent pas prendre les médicaments le ventre vide, mais bien souvent, elles n'ont pas assez à manger. Le PAM fournit de la nourriture aux patients sous traitement antirétroviral dans les zones où les pénuries alimentaires sont particulièrement sévères, comme à Mambane. Partout ailleurs, certains membres du SWANNEPHA bénéficient de produits alimentaires cultivés dans les champs de l'Indlunkhulu, et par le biais d'autres initiatives communautaires, quoique cela reste très insuffisant. Il peut être aussi difficile de fournir aux patients l'assistance dont ils ont besoin s'ils ne veulent pas révéler leur séropositivité dans la crainte de la stigmatisation et de la discrimination.

Le PAM travaille avec le SWANNEPHA et l'AMICAALL pour fournir de la nourriture à 20 000 personnes et à leur famille, et il met actuellement en place des programmes « travail contre nourriture » pour les personnes les plus aptes de la communauté. Ce concept peut être difficile à appliquer, étant donné que les personnes rechignent souvent à travailler pour obtenir quelque chose que d'autres ont gratuitement.

Joseph vit aujourd'hui à Mambane et travaillait auparavant dans les mines d'Afrique du Sud, jusqu'à ce qu'il tombe malade et soit licencié. « Ici, les jeunes partent travailler en Afrique du Sud et reviennent pour mourir. » Curieusement, il parle ouvertement de sa séropositivité et du traitement antirétroviral qu'il reçoit. « J'en fais partie, » dit-il et il ajoute qu'il connaît environ 45 autres personnes qui reçoivent aussi le traitement. Il a commencé en février 2004 et affirme que cela a été un grand changement pour lui. « Avant, j'étais tellement malade et je faisais des allers-retours à l'hôpital. » Selon lui, les personnes séropositives comme lui devraient révéler leur statut afin d'être un bon exemple pour la communauté et de rompre la stigmatisation et la discrimination.

« Mais la nourriture est un problème, » dit-il. Le PAM lui donne six kilos de maïs et de soja pour le mois afin qu'il puisse prendre son traitement, mais il dit ne pas pouvoir manger alors que sa femme et ses enfants n'ont rien ; aussi partage-t-il ses rations avec sa famille et cela dure à peine une semaine.

Joseph voudrait aussi que Mambane devienne une communauté exemplaire et souhaiterait encourager toute la communauté à faire le dépistage du VIH en même temps afin que chacun connaisse son statut. « On pourrait alors avoir les moyens de protéger ceux qui ne sont pas infectés, » suggère-t-il. « Si tout le monde se faisait dépister, » dit-il « cela pourrait réduire un peu la stigmatisation et nous pourrions fournir des soins et un soutien aux personnes infectées et permettre aux enfants sains de le rester. »

En 2004, Le chef de Mambane a invité les services mobiles de dépistage à visiter la communauté et lui et sa famille ont été les premiers à être dépistés, ce qui a montré l'exemple pour le reste de la communauté. Certaines femmes de la communauté voudraient que le dispensaire mobile de CTV revienne et poursuive le processus mis en route l'année dernière. « N'importe quand, » dit une de ces femmes, « Nous sommes prêts. Mais ce sont les hommes qui ne sont pas très partants. Les femmes font des examens mais ceux-ci seront inutiles si les hommes n'en font pas de même. »

Difficultés

- La stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH restent un problème dans certaines communautés, et empêchent certaines personnes ayant besoin d'aide de révéler leur statut et par conséquent, d'obtenir l'aide disponible.
- Bien que le conseil et les soins à domicile fournis par les pairs existent pour les personnes vivant avec le VIH, les volontaires et les conseillers ont peu de ressources à leur disposition. C'est un travail difficile et éprouvant sur le plan émotionnel. De nombreux volontaires sont malades eux-mêmes et nous devons constamment recruter de nouvelles personnes.
- Il peut être difficile pour les volontaires de superviser le respect du traitement antirétroviral si les patients n'ont pas suffisamment à manger pour prendre leurs médicaments régulièrement.

Résumé des réalisations

- Les soins communautaires fournis aux personnes vivant avec le VIH permettent à celles-ci d'être soutenues par des personnes qui les connaissent bien et qui peuvent répondre de manière plus appropriée à leurs besoins et circonstances spécifiques.
- Les soins communautaires peuvent contribuer à rompre la stigmatisation et la discrimination, étant donné que davantage de personnes révèlent leur statut lorsqu'elles voient que d'autres obtiennent soins et soutien.
- Une plus grande ouverture peut contribuer à davantage de sensibilisation sur les possibilités de prévention et de traitement.
- Les structures existantes de soutien communautaire ont permis de mettre rapidement en place le traitement antirétroviral car elles constituent une méthode efficace pour faire adopter le traitement dans les foyers et pouvoir signaler au modérateur de santé en milieu rural tout problème éventuel.

Programmes de soutien psychosocial

Un programme innovant de soutien psychosocial a été mis en place au niveau communautaire pour répondre aux difficultés rencontrées par la population croissante d'orphelins et d'enfants vulnérables

Au Swaziland, de nombreuses communautés se transforment pour pouvoir riposter à l'épidémie du SIDA. Mais pour des milliers d'orphelins qui grandissent en cette période difficile, et qui ne sont pas pris en charge ni supervisés par des adultes, leurs possibilités de croissance, de développement et d'éducation peuvent être sérieusement compromises. On reconnaît désormais de plus en plus que si l'on ne fait pas quelque chose, les conséquences à long terme de ce phénomène pourraient menacer des communautés entières et peut-être même les structures sociales et la stabilité de l'ensemble du pays. Par conséquent, de nombreuses communautés ont mis en place un programme de soutien psychosocial visant à remédier aux énormes difficultés que ces orphelins rencontrent. Etant donné le lien existant entre les conditions sociales et la santé cognitive et émotionnelle, ce programme de soutien psychosocial recourt à une approche holistique pour prendre en compte l'interaction entre le développement émotionnel, social, mental, physique et spirituel des enfants et les facteurs qui le mettent à mal.

Les enfants en deuil sont souvent traumatisées par le fait de s'être occupés de leurs parents malades et de les avoir vus mourir, et de devoir se battre pour pouvoir s'occuper des autres membres et des biens de la famille. Ils peuvent aussi être marginalisés et exclus de la communauté en raison de la stigmatisation associée au SIDA. Le soutien psychosocial aux orphelins du SIDA est considéré comme un élément central de la prise en charge des orphelins au Swaziland.

Raviver les coutumes traditionnelles swazies

Le Royaume du Swaziland est une société très traditionnelle, dotée de structures sociales complexes et qui doit allégeance au roi et aux chefs représentant la chefferie. D'un point de vue historique, la société swazie a toujours été organisée en « régiments royaux » en fonction de l'âge pour les femmes, les hommes, les garçons et les filles, qui mobilisaient les gens à des fins cérémoniales telles que la danse Umhlanga (ou Reed) et pour jouer leur rôle traditionnel au sein de la chefferie. Ces structures traditionnelles sont aujourd'hui ravivées en guise de moyen innovant et efficace de riposter à l'épidémie du VIH.

Lutsango IwakaNgwane

Lutsango IwakaNgwane est un « régiment » de femmes, l'un des différents régiments[25] traditionnels swazis établis par feu le roi Sobhuza II avant l'indépendance en 1968. Cette expression signifie « une enceinte » en siSwati, et toutes les femmes mariées en deviennent automatiquement membres. Le rôle principal de Lustango est de mobiliser les femmes à des fins cérémoniales et de les former à leur rôle traditionnel au sein de la chefferie. Les membres de Lutsango sont les gardiens de la culture et enseignent aux enfants des chansons et des danses traditionnelles, la manière et le moment de porter des costumes traditionnels, comment prier et exercer leur foi, et apprennent aux filles à faire la cuisine et à se comporter comme telles. Depuis toujours, les fonctions du régiment étaient de prendre en charge et de nourrir les autres, et de transmettre les pratiques et les comportements culturels corrects d'une génération à l'autre. Ce rôle a pris d'autant plus d'importance aujourd'hui que le SIDA décime des familles et des communautés entières.

Un programme de formation pour les mères nourricières de Lutsango a été élaboré et est actuellement mis en œuvre par l'intermédiaire d'un réseau de bureaux nationaux et régionaux Lutsango avec l'aide du NERCHA. Les volontaires sont formés à s'occuper des enfants séropositifs, aux compé-

[25] Les autres régiments sont Tingatsha pour les garçons, Timbali pour les filles et Emabutfwo pour les hommes.

tences essentielles telles que la nutrition et l'hygiène, l'éducation au VIH, ainsi que les stratégies de prévention visant les enfants[26]. Conformément à la politique du Swaziland, selon laquelle les enfants orphelins doivent être pris en charge dans leur propre communauté, les membres locaux de Lutsango sont affectés à des foyers qui comportent des orphelins afin de veiller à ce que les enfants restent au domicile parental, soient protégés de la maltraitance et de l'exploitation, et soient pris en charge par des membres de la communauté qu'ils connaissent. Lorsque c'est possible, une relation est établie avec l'enfant avant le décès des parents, et ce pour la stabilité et la continuité du processus.

Les membres de Lutsango apprennent aussi aux filles à faire la cuisine à l'aide des articles agricoles que la FAO fournit pour les récoltes. Ces initiatives ont bien réussi dans certaines régions, mais dans les régions touchées par la sécheresse telles qu'à Mambane, ces initiatives ont jusque-là été peu couronnées de succès. Les membres de Lutsango soutiennent aussi les femmes participant à des projets de génération de revenus et ont élaboré un programme éducatif de formation des femmes au développement financier et social, ainsi qu'au développement mental et émotionnel. Quarante animateurs diplômés ont été récrutés pour se rendre dans les 17 chefferies une fois par semaine. La formation dans les régions de Lubombo et de Hhohho est pratiquement terminée[27].

Il est aussi prévu que, malgré le fait qu'elles ne savent ni lire ni écrire, les femmes commencent à recueillir des données sur les foyers dont elles ont la charge afin d'obtenir des informations sur l'enfant, sa santé et les vaccins de l'enfant, sur ses proches et sur la communauté dans son ensemble. « C'est un travail très éprouvant, » raconte Mme Katamzi, Coordonnatrice nationale de Lutsango pour le programme SIDA. « La pauvreté est abominable. Lors de la première et de la deuxième visite, les femmes emmènent ce qu'elles peuvent pour les enfants. Mais elles n'ont elles-mêmes pas grand-chose et bon nombre disent qu'elles ne peuvent pas supporter de rendre visite aux enfants et de ne pas pouvoir leur donner quoi que ce soit. Malgré tout, là où nous sommes allés, on observe un mieux. »

Khanyisile Mndzebele est volontaire Lutsango de la communauté de Mambatfweni. Elle a reçu une formation en soutien psychosocial et est responsable de six foyers dans lesquels se trouvent huit enfants. « Nous devenons les deuxièmes parents des enfants, » dit-elle « A mesure que les enfants prennent confiance en nous, ils s'ouvrent à nous. »

Tout cela est fait sur une base entièrement volontaire et, si beaucoup a été fait sur une période relativement courte, « Nous ne pourrons pas faire face, » déclare Bella Katamzi. « Les hommes doivent aussi être intégrés car nous ne pouvons pas faire face seules. »

Faire participer les hommes

Le régiment traditionnel d'hommes, Emabutfwo, a également été mis à contribution dans la riposte communautaire au VIH.

Etant donné que depuis toujours de nombreux services de proximité au Swaziland ciblent les femmes, et que peu de choses ont été faites pour les hommes, le NERCHA applique aujourd'hui une nouvelle approche et lance un programme visant les hommes[28].

Dans la culture swazie, lorsqu'un animal est abattu, le chef rassemble les hommes pour manger la tête et d'autres parties de l'animal. Le NERCHA cherche aujourd'hui à développer cette tradition pour établir un forum où les hommes se sentent libres de parler, et où des messages sur le VIH peuvent leur être communiqués, par le biais de pièces de théâtre suivies de discussion. « Cette initiative a été très réussie, » affirme Derek Von Wissell, Directeur national du NERCHA, « Le problème est que c'est très long à mettre sur pied. Mais une fois entamé, le dialogue est très constructif et les gens en ont réellement

[26] Bien que la coordination nationale du programme se fasse par l'intermédiaire du NERCHA, qui reçoit des fonds du gouvernement du Swaziland, ce sont les comités de la chefferie qui gèrent les activités de Lutsango au niveau local.
[27] A Hhohho, il y a 94 chefferies, 48 à Lubombo, 109 à Manzini et 127 à Shiselweni.
[28] Avec le financement de l'ECHO.

tiré quelque chose, en particulier à propos des partenaires multiples. Nous ciblons les hommes et nous leur donnons les moyens d'agir car ils retournent chez eux en ayant acquis des connaissances. Nous ne leur disons pas ce qu'il faut faire. »

Umcwasho : Encourager l'abstinence

Les jeunes filles sont aussi organisées en régiments traditionnels par tranche d'âge (Timbali), et le regain de la pratique traditionnelle swazie consistant à porter des pompons (Umcwasho) en signe d'abstinence a été très bien accueilli parmi les jeunes gens. Traditionnellement, les pompons se portaient pendant une période déterminée, lorsque le chef demandait à un groupe d'âge spécifique de s'abstenir de toute activité sexuelle. Tout homme qui violerait une fille portant un pompon est condamné à une amende.

Le régiment traditionnel de garçons, Tingatja, encourage également l'abstinence parmi ses membres. Ces régiments connaissent un regain d'intérêt et de popularité au sein des jeunes qui cherchent des orientations personnelles en périodes difficiles.

Nouer des partenariats

Le Forum des Eglises sur le VIH/SIDA soutient également les initiatives visant au soutien psychosocial à l'échelon de la communauté et des populations locales. Le Forum des Eglises du Swaziland estime que sa tâche première est de redonner de l'espoir, d'aider les gens à traverser des expériences traumatisantes, à continuer leur vie et à être productifs. « On peut vivre un certain temps sans nourriture ni eau, » affirme Bongani Langa, Coordonnateur national du Forum des Eglises sur le VIH/SIDA. « Mais on ne peut pas vivre un instant sans espoir. L'avancée du VIH et du SIDA a mis à mal l'espoir des gens. » Il considère le rôle principal de l'Eglise comme une entité redonnant de l'espoir aux gens et qui aide les communautés à surmonter ces expériences traumatisantes. L'Eglise peut rassembler les gens pour partager des expériences et pour qu'ensemble, ils puissent malgré tout trouver des moyens d'avancer et d'être productifs.

Les Eglises de Mambatfweni collectent de la nourriture auprès des membres par le biais d'une dîme et la communauté décide quelles sont les personnes qui ont besoin d'aide. Les orphelins et les personnes âgées reçoivent de la nourriture et les centres de soins de proximité en reçoivent également. Elles demandent aussi aux chefs des parcelles de terre pour cultiver elles-mêmes de la nourriture. Mme Ellinah Maphalala, Ministre laïque de l'Eglise *God of Prophecy* affirme que cela permet de donner « de l'espoir, du savon, des vêtements et de la nourriture » aux malades et aux mourants.

Les pasteurs de la communauté prêchent également pour l'abstinence et prodiguent des conseils aux enfants qui ont perdu leurs parents. Selon le révérend S. Hlophe de l'Eglise Jéricho de Sion, ils essayent aussi de parler des croyances erronées sur le SIDA et invitent les gens bien informés sur le VIH à parler à leur congrégation.

« Il existe de nombreuses Eglises et confessions différentes au sein de la communauté, mais les difficultés auxquelles toutes font face les ont encouragées à travailler ensemble et à laisser de côté leurs différences, » affirme Olgate Ntjhalintjhali, pasteur à l'Eglise *Holy Apostolic* de Sion. En 2002, huit chefs religieux se sont unis pour constituer un comité de collecte de fonds pour les orphelins et ils ont aujourd'hui une trésorerie commune pour gérer ces fonds.

A la base de toutes ces initiatives pratiques, que ce soit pour le soutien psychosocial ou le travail collectif de la communauté pour fournir des centres de soins aux orphelins ou pour cultiver de la nourriture supplémentaire pour les enfants vulnérables, l'impulsion émane de la communauté elle-même. Cette démarche ascendante permet aux initiatives communautaires de se développer et donne les moyens à la population locale d'identifier elle-même les problèmes. Grâce au soutien fourni par le gouvernement et les partenaires internationaux, ces initiatives locales pourront prospérer et perdurer dans le temps.

Participation du monde des affaires

En 2001, de nombreuses entreprises de tout le Swaziland se sont regroupées pour former la *Business Coalition against HIV/AIDS* (BCHA) (Coalition des entreprises contre le VIH/SIDA), et coordonner la riposte à l'épidémie. En étroite coopération avec le gouvernement, les syndicats et les communautés urbaines et rurales, la BCHA facilite et finance les activités des organisations non gouvernementales existantes à la lumière du cadre stratégique national. La BCHA contribue actuellement à l'élaboration d'un programme éducatif et de sensibilisation au SIDA pour les travailleurs migrants, en particulier dans les communautés comme Mambane où il y a un grand nombre de travailleurs migrants et de passage.

Certaines grandes entreprises ont également lancé des appels de fonds innovants pour maintenir les initiatives communautaires. Par exemple, la *Swaziland Post and Telecommunications Corporation* organise un tournoi annuel de football populaire qui permet de récolter des fonds pour pouvoir, entre autres choses, clôturer les potagers des centres de soins de proximité de Mambatfweni et d'autres communautés. Sans ces clôtures, de nombreux potagers ne seraient pas viables car les chèvres et autres animaux mangeraient les récoltes. Les fonds proviennent à la fois de la vente des tickets pour le tournoi et du système de vote par téléphone par lequel le public décide quelle est l'équipe qui participera au tournoi. La publicité faite lors de cette manifestation et les visites de stars du football aux centres de soins de proximité dans les communautés contribuent aussi à sensibiliser le public aux initiatives communautaires et à transmettre des messages de prévention du VIH.

Difficultés

- La plus grande difficulté réside, de loin, dans le fait de pouvoir continuer à fournir un soutien psychosocial de haute qualité face à la croissance fulgurante prévue du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables ayant besoin d'assistance.
- La charge toujours plus lourde de fournir un soutien psychosocial à un nombre croissant d'orphelins et d'enfants vulnérables mettra le volontariat à l'épreuve et rendra problématique la durabilité de cette initiative.
- Le traumatisme psychosocial vécu par les orphelins et les enfants vulnérables, dont bon nombre se sont occupés de leurs parents malades et ou qui les ont vus mourir d'une mort douloureuse, peut être profond et dépasser la capacité des volontaires qui ont peu de formation officielle.
- Pour tirer pleinement parti des coutumes traditionnelles et du volontariat, un soutien plus approfondi de professionnels formés dans le domaine psychosocial est nécessaire.
- Ce sont les femmes qui effectuent la plupart des activités psychosociales ainsi que les soins à domicile. Les contraintes culturelles liées au travail avec les hommes et les garçons signifient que ce sont les femmes qui assument la plus grande part. Il est essentiel de faire participer davantage les hommes et c'est là un défi à relever.
- Il peut être difficile de définir et d'identifier les orphelins et les enfants vulnérables. Parfois, les parents abandonnent leurs enfants à des proches plus âgés lorsqu'ils partent dans les villes pour chercher du travail. Par le biais de programmes radiophoniques et de réunions communautaires, Lutsango a fait beaucoup pour éduquer et persuader les gens de s'occuper de leurs propres enfants. Il souhaiterait qu'une législation soit mise en place pour permettre de retrouver les parents et de les forcer à prendre la responsabilité de leurs propres enfants.
- Jusqu'ici, les volontaires se sont davantage occupés des pré-adolescents que des adolescents, et on a donc peu insisté sur la formation systématique des enfants sur le VIH. La formation en matière de conseil sur le comportement sexuel est prévue dans la prochaine phase.

Résumé des réalisations

- Les coutumes et les structures traditionnelles swazies au sein de la société ont été exploitées et adaptées avec efficacité pour faire face aux difficultés posées par le SIDA et pour contribuer à atténuer l'impact de l'épidémie sur les orphelins et les enfants vulnérables.
- Un réseau efficace et de grande envergure de soutien psychosocial a été établi sur une base entièrement volontaire.
- Les interventions psychosociales émanant d'organisations traditionnelles connues et bien établies, telles que Lutsango, qui peuvent accéder directement aux familles et aux femmes en particulier, sont admises et efficaces.
- Le soutien psychosocial que les organisations telles que Lutsango fournissent au niveau communautaire complète et appuie les mesures communautaires des professionnels de santé tels que les modérateurs de santé en milieu rural et les centres de soins de proximité.

Services communautaires de proximité

Le Gouvernement du Swaziland, avec le soutien de ses partenaires, renforce la disponibilité et la couverture des services communautaires de proximité au niveau local pour riposter à l'épidémie de SIDA.

Avec l'augmentation fulgurante du nombre de personnes vivant avec le VIH et des effets dévastateurs de l'épidémie, il y a de plus en plus de demandes de services communautaires de proximité à l'échelon de la communauté. Il s'agit entre autres de :

- Santé publique de proximité
- Initiatives de santé en milieu rural
- Services de protection de l'enfant
- Services juridiques
- Programmes de prévention de la transmission mère-enfant.

Plans de décentralisation

Les difficultés posées par la crise du SIDA et le nombre toujours plus important d'orphelins et d'enfants vulnérables dont les communautés doivent s'occuper ont aussi contribué à réévaluer systématiquement la structure et la mise à disposition des services publics au Swaziland.

Depuis son indépendance en 1968, le Gouvernement du Swaziland fonctionne de manière centralisée mais actuellement, il prévoit de décentraliser la planification et la budgétisation des services publics en recourant à une approche partant de la base pour répondre aux difficultés économiques, sociales et politiques à l'échelon local. Le Cabinet a approuvé la politique de décentralisation. Il est prévu de légiférer sur la question en 2006 et des projets de cadre national pour sa mise en œuvre sont en cours d'élaboration. Malgré la décentralisation, la planification et un cadre à l'échelon national seront toujours nécessaires mais les plans économiques locaux seront consolidés au sein des plans régionaux en premier lieu et dans les plans nationaux par la suite.

Reconnaissant l'envergure des problèmes auxquels les communautés font face, la politique de décentralisation part du principe qu'une plus forte participation au niveau local conduira à une meilleure analyse des problèmes, et que la mobilisation des ressources pour soutenir les initiatives et les solutions locales sera plus durable et plus novatrice. L'objectif ici est de créer un environnement favorable dans lequel les communautés telles que Mambane et Mambatfweni pourront elles-mêmes procéder à la planification et où les gouvernements seront à l'écoute d'idées émanant de la base[29].

Services de proximité fournis par l'intermédiaire des centres sociaux KaGogo

On prévoit de faire passer les services de proximité par l'intermédiaire du réseau nouvellement créé des centres sociaux KaGogo pour pouvoir atteindre les communautés telles que Mambane qui ne sont actuellement pas desservies. Les mécanismes de mise à disposition de services seront alors facilités car il y aura un point central où les infirmières prodigueront des soins et où les personnes pourront se rendre. L'idée est d'amener les services auprès des gens, plutôt que l'inverse. Ce programme en est encore au stade de la planification et de l'essai, mais on espère qu'il sera étendu à tout le pays dans un avenir proche.

[29] Le PNUD soutient le processus de décentralisation conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement en matière de réduction de la pauvreté d'ici à 2015, et travaille en partenariat avec le gouvernement pour partager des expériences et les meilleures pratiques afin de renforcer la capacité des gouvernements locaux.

Enfin, on espère que d'autres services, tels que les soins à domicile et les soins palliatifs, pourront être fournis de manière décentralisée au niveau communautaire. Le rêve du chef intérimaire de Mambatfweni serait qu'un jour des soins palliatifs soient fournis dans les communautés aux personnes qui en ont besoin.

On espère que les mécanismes de mise à disposition des services de prévention, de traitement et d'atténuation de l'impact du VIH seront complétés et soutenus par le système de décentralisation du gouvernement. L'objectif est de permettre aux communautés d'avoir un meilleur accès à leurs propres ressources et davantage de contrôle sur celles-ci, et de déterminer ce qu'elles veulent faire en tant que communauté.

Santé publique de proximité

Selon la politique gouvernementale, personne ne devrait faire plus de 8 à 10 km pour se rendre au dispensaire le plus proche. Cette politique prévoit également la construction d'un dispensaire par an, mais dans la réalité, on est actuellement loin des objectifs du Ministère de la Santé et de l'Aide sociale.

L'épidémie de SIDA a eu des conséquences profondes sur le secteur de la santé dans toute l'Afrique, et le Swaziland n'est pas épargné. La migration des professionnels de santé dans les pays voisins d'Afrique australe et dans les pays riches, ainsi que la fuite du personnel formé dans le domaine du SIDA ont gravement ébranlé la capacité de fournir des services de santé à tous les niveaux. Bien que tout le monde pâtisse de ce phénomène, les communautés rurales telles que Mambane, qui ne bénéficient même pas des services de santé de base, en souffrent d'autant plus.

A Mambane, l'épidémie a de graves conséquences, et pourtant, l'hôpital ou les services de conseil et de test volontaires les plus proches se situent à l'hôpital Good Shepherd de Siteki, à environ 40 km de là. Il y a parfois de longues files d'attente pour prendre le traitement antirétroviral et il arrive que des personnes doivent retourner chez elles sans les médicaments. Le dispensaire le plus proche est à Tikhuba, à environ 15 km. Il est peu desservi et le transport coûte cher.

Les services de proximité se rendent dans la communauté une fois par mois pour faire de la prévention et prodiguer des soins, mais le centre de proximité le plus proche de Mambane se situe à Skokomane, ce qui signifie que les gens doivent marcher ou faire environ 12 km pour y arriver.

Au centre de santé publique de Siteki, les membres du personnel se plaignent que les services de proximité manquent d'infirmières, de moyens de transport et de médicaments. Ils disposent d'un véhicule seulement, et s'il tombe en panne, le dispensaire de proximité ne pourra pas se rendre sur place le jour prévu. Afin de pallier ces manques, l'Unité de santé publique travaille main dans la main avec les modérateurs de santé en milieu rural de la communauté de Mambane. Ces derniers signalent à l'Unité de santé publique tout problème pouvant survenir et rappellent aux gens la date à laquelle les services de proximité doivent venir chaque mois.

Services juridiques

Un autre aspect innovant des services de proximité communautaire, soutenu par le NERCHA, est le programme de services juridiques. Les services juridiques de proximité sont fournis par une organisation non gouvernementale locale qui dispose de conseillers et de véhicules se déplaçant dans toutes les régions pour visiter régulièrement les communautés comme Mambane et Mambatfwene, et utilisent les bureaux des centres sociaux KaGogo. L'unité se charge de questions telles que l'héritage des biens, l'enregistrement des naissances et des décès. Ces questions sont réellement importantes car si un enfant n'a pas de certificat de décès de ses parents, il n'aura pas accès à la bourse accordée par le gouvernement pour aller à l'école. Ces services s'occupent également de la question de l'héritage que les parents laissent à l'enfant, examinent si la législation actuelle est appropriée et de quelle façon elle pourrait être appliquée.

Ce programme est très récent et l'on en tire actuellement des enseignements, mais les communautés l'ont bien accueilli et on considère qu'il marque le démarrage des services juridiques décentralisés. Les cas qui ont été soulevés seront traités par l'Université et l'Ordre des avocats du Swaziland en vue d'être poursuivis en justice et de faire jurisprudence.

Prévention de la transmission mère-enfant

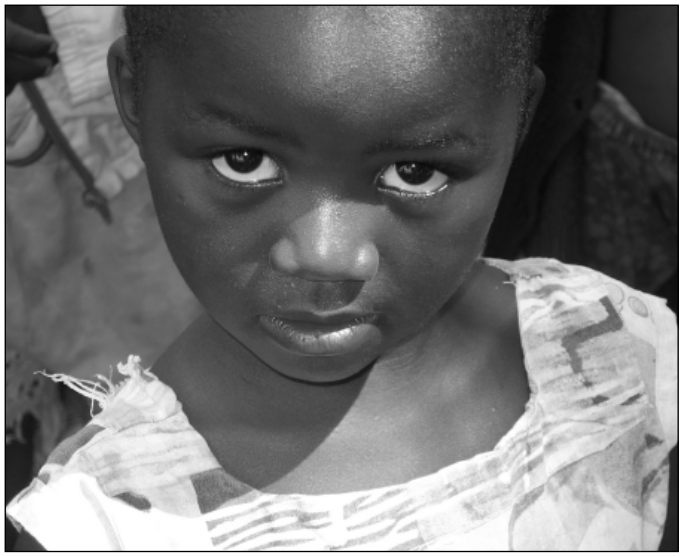
La prévention de la transmission mère-enfant 'plus' (PTME Plus) est un nouveau programme de formation au niveau communautaire, soutenu par l'UNICEF et d'autres partenaires, visant à créer une structure de soutien aux femmes enceintes dans la communauté. Les modérateurs de santé formés en milieu rural parlent avec les femmes enceintes sur la façon de prévenir la transmission du VIH à leurs bébés et ils sont très impliqués dans les mesures de prévention de la transmission mère-enfant. Ils encouragent les femmes à se rendre au dispensaire pour un dépistage lorsqu'elles savent qu'elles sont enceintes, afin d'obtenir le traitement pour empêcher de transmettre le virus à leur bébé.

Ce programme a été testé dans certaines communautés et doit encore être évalué, mais le financement pour étendre ce programme pose déjà un problème.

Services de protection de l'enfant

Le long de l'autoroute entre Manzini et Mbabane, il y a des panneaux montrant une jolie petite fille. On peut y lire : « Défense d'approcher, nous nous en occupons. » Cela témoigne de la détermination du Swaziland d'améliorer la protection de l'enfant dans la société.

L'augmentation du nombre de signalements de maltraitance à l'égard d'enfants figure parmi les aspects les plus inquiétants de l'épidémie. On a signalé des cas où des enfants ont été infectés par le VIH suite à un viol. On suppose que cela provient, entre autres, des croyances erronées selon lesquelles une personne infectée qui a une relation sexuelle avec une personne vierge sera guérie du VIH. D'autres facteurs sont, comme dans toutes les sociétés du monde, l'effondrement de la structure familiale, la pauvreté, le chômage, l'alcoolisme et la toxicomanie.



« Défense d'approcher »

Le NERCHA travaille en partenariat avec le *Swaziland Action Group Against Abuse* (SWAGAA) pour soutenir les initiatives communautaires contre la maltraitance. Le SWAGAA est une organisation non gouvernementale locale mise en place pour faire campagne contre la violence sexuelle et physique et pour soutenir et conseiller les victimes. L'accent est réellement mis sur le soutien aux communautés telles que Mambatfweni et Mambane à ce qu'elles font déjà pour elles-mêmes.

Nonhlanhla Dlamini, Directrice du SWAGAA, affirme qu'il y a un lien étroit entre l'exploitation sexuelle et la propagation du VIH. « Avant, un enfant appartenait à une communauté et tous les membres avaient la responsabilité de cet enfant, tous les parents de la communauté étaient ses parents. Mais les repères de la communauté sont désormais faussés par la rupture des familles élargies due au VIH et à la migration urbaine. »

Il est difficile d'obtenir des données statistiques précises, mais le SWAGAA estime que la maltraitance aujourd'hui a atteint un niveau jamais connu auparavant au Swaziland. « Les gens étaient peu bavards sur le sujet, » dit Nonhlanhla. « Ce n'est que lorsque nous avons commencé à sensibiliser

les gens qu'ils se sont mis à parler. » Le SWAGAA a un programme visant à sensibiliser les enfants et à les mettre en garde contre la maltraitance, ainsi que pour les encourager à s'exprimer. Le Ministère de l'Education a aussi mis en place une ligne téléphonique d'assistance pour signaler les cas. En 2004, 1555 cas ont été signalés. Dans un tiers des cas environ, c'étaient principalement les enseignants qui étaient les auteurs de sévices, et dans un autre tiers, il s'agissait des parents[30].

Le cadre juridique pour traiter ces cas a été jusque-là peu solide, mais le Swaziland introduit actuellement une meilleure législation pour la protection de l'enfant et met en place un réseau de protection de l'enfant efficace constitué de professionnels clés.

« Une épaule sur laquelle pleurer »

A Mambatfweni et à Mambane, comme dans d'autres communautés du pays, des femmes ont formé des comités *Lihlombe Lekukhalela* (littéralement « Epaules sur lesquelles pleurer »), et des volontaires ont été nommés dans chaque communauté et formés à reconnaître et à traiter les cas de maltraitance à l'égard d'enfants. Les *Lihlombe Lekukhalela* sont choisis par les communautés, car elles les connaissent bien et leur font confiance. Ils constituent le premier point de renvoi lorsqu'il y a un problème ou une suspicion de maltraitance à l'égard d'enfants.

Agents communautaires de protection de l'enfant

Chaque communauté a aussi nommé des agents de protection de l'enfant qui s'occupent des cas de maltraitance d'enfants. Ils travaillent en collaboration avec le Bureau du Premier Ministre adjoint et en partenariat avec l'organisation 'Save the Children'. Les informations sur les cas de maltraitance d'enfants sont ensuite présentées à la réunion trimestrielle du réseau de protection de l'enfant à l'échelon national. Les agents de protection visitent également les écoles pour parler aux enfants et pour les encourager à signaler les cas. L'établissement de centres de soins de proximité et des centres sociaux KaGogo a aidé grandement les professionnels de santé communautaires, comme les agents de protection de l'enfant et les *Lihlombe Lekukhalela*, ainsi que les organes nationaux comme le SWAGAA, en fournissant des infrastructures locales pour coordonner les mesures. Cela a également facilité le processus d'identification et de traitement des cas de maltraitance sexuelle et physique en constituant un point d'entrée et un endroit où les enfants sont regroupés plutôt que de les laisser derrière une porte fermée.

Au centre de soins de proximité de Mambatfweni, les volontaires ont indiqué qu'ils avaient affaire à de nombreux cas de maltraitance d'enfants, qu'ils soient battus ou émotionnellement maltraités. Ils ont déclaré que le viol était rare dans la communauté, mais que les enfants étaient couramment frappés et physiquement maltraités. C'est aussi le rôle des volontaires d'intervenir dans les familles et de discuter de ces problèmes. Une volontaire a raconté un cas où le père maltraitait son enfant. Elle est intervenue et a fait en sorte que l'enfant vive avec une tante. « Elle va bien maintenant, » dit-elle.

Police communautaire

Les communautés de Mambatfweni et de Mambane ont aussi établi un système de policiers volontaires communautaires, qui sont choisis par les communautés elles-mêmes, pour faire face à la criminalité et pour maintenir la paix. Ils constituent aussi le premier point de référence pour les enfants maltraités. Il y a 11 brigades de police communautaire à Mambane, dont plusieurs femmes comme Ncamsile Gumedze et Khetsiwe Matse. Etant donné que nombre d'hommes sont souvent à l'extérieur pour travailler dans les plantations de sucre, la police communautaire de Mambane s'est largement féminisée. Khetsiwe n'a que 22 ans et elle travaillait auparavant comme agent de sécurité dans la principale ville commerciale Manzini, mais elle était tombée malade et a perdu son emploi. Aujourd'hui, elle est revenue dans la communauté, et elle est heureuse d'être volontaire pour la police communautaire.

[30] Procès-verbal de la réunion du Réseau pour la protection de l'enfant tenue du 13 au 15 juin 2005.

La police communautaire patrouille de nuit et porte des couteaux et des matraques (bâtons). « Leur rôle, » dit Ncamsile, « est entre autres choses de disperser les groupes de garçons la nuit car c'est là que les vols et autres problèmes commencent. » Ils considèrent leur rôle premier comme gardien des moeurs de la société et sont là pour empêcher à des situations favorables à la propagation du VIH de se produire. Tous les samedis, ils font état des problèmes à l'Umphakatsi et les cas de viol ou de maltraitance à l'égard d'enfants sont signalés au poste de police local. L'incidence des cas de viol et de maltraitance d'enfants dans la communauté a baissé depuis l'affectation de la police communautaire.

Riposte juridique à la maltraitance à l'égard des enfants

La sensibilisation accrue aux problèmes de maltraitance à l'égard des enfants dans la communauté, et les efforts plus proactifs pour y faire face par l'intermédiaire des volontaires travaillant dans la police communautaire, des agents de protection de l'enfant ou des *Lihlombe Lekukhalela* ont conduit à une augmentation substantielle du nombre de cas portés devant les tribunaux publics. Cela a eu un impact direct sur les politiques nationales.

Environ 55% des cas traités par le chef du Ministère public du Swaziland concernaient des agressions sexuelles. De nombreux enfants n'ont pas pu donner de preuves ni être confrontés aux auteurs de violence ; en conséquence, il y a eu un nombre important d'acquittements. Afin de renforcer la réponse juridique au nombre croissant de cas de maltraitance à l'égard des enfants, en 2002 le chef de la justice a décidé de créer un tribunal pour enfants. En 2005, une nouvelle loi a été adoptée permettant le recours à des intermédiaires et à un tribunal séparé relié à un système de télévision par circuit fermé (CCTV), afin que la déposition des enfants soit vue par le tribunal principal sans que les enfants ne le voient. Les avocats interrogent les enfants par un intermédiaire qui essaye de formuler les questions de manière décontractée et conviviale, de sorte que l'enfant se sente à l'aise pour faire sa déposition. La formation des intermédiaires a commencé en février 2005 et le premier cas couronné de succès a rapidement suivi, où un enfant de quatre ans a témoigné contre un homme de 65 ans, ce qui a permis de le condamner par la suite.

Selon une enquête sur l'incidence de viols sur enfants, conduite par le SWAGAA, l'inauguration du tribunal pour enfants et la publicité qui en a été faite ont fait baisser le nombre de cas. Actuellement, tous les cas de viol sont traités dans le cadre du droit commun, et il faut donc aussi renforcer la législation pour traiter les cas de viol, de violence sexuelle ou de violence domestique à l'égard des femmes en général. Le directeur du bureau du Ministère public a travaillé avec des organisations non gouvernementales telles que le SWAGAA et les ministères et les organismes gouvernementaux concernés (Education, Santé, bureau du Premier Ministre adjoint, Police) afin de proposer une législation exhaustive pour traiter ces questions. Un avant-projet de loi contenant des dispositions sur le VIH a été élaboré et deviendra bientôt une loi.

Dans le cadre de la nouvelle législation, le fait qu'une personne transmette le VIH à une autre personne en toute connaissance de cause constitue un délit. La législation proposée rendra aussi illégal le mariage avec un enfant de moins de 18 ans sans son consentement, et interdira les pratiques traditionnelles de l'héritage des veuves (où l'homme hérite automatiquement des femmes de ses frères décédés) sans le consentement des femmes. Par conséquent, la réponse juridique est un mélange intéressant de pratiques anciennes et nouvelles, certaines pratiques traditionnelles étant ravivées et d'autres laissées de côté ou rendues illégales. Des efforts ont été faits pour identifier les pratiques traditionnelles semblant avoir un lien avec la propagation du VIH et pour remédier à ces problèmes par un cadre juridique afin que personne ne soit obligé d'adopter des comportements à risque sans son consentement.

Difficultés

- Avec l'augmentation fulgurante du nombre de personnes vivant avec le VIH et l'aggravation de l'impact de l'épidémie, la demande de services de proximité au niveau communautaire a augmenté plus vite que la capacité actuelle de fournir de tels services.

- Les services de santé de proximité et autres services se battent pour faire face à la réduction du personnel clé due au SIDA, et n'ont pas suffisamment de ressources financières ou en matière de transport pour fournir des services régulièrement et avec efficacité.
- En conséquence, de nombreuses communautés vulnérables et isolées, telles que Mambane, bénéficient très peu voire pas du tout des services de santé publique de proximité, des services de protection de l'enfant ou des services juridiques.

Résumé des réalisations

- Le Gouvernement du Swaziland, avec le soutien de ses partenaires, a reconnu ces difficultés et tente actuellement de renforcer la disponibilité et la couverture des services communautaires de proximité au niveau local pour riposter à l'épidémie du SIDA.
- La construction des centres sociaux KaGogo dans les communautés a permis de mettre en place un mécanisme efficace de services de proximité fournis avec davantage d'efficience aux communautés et de coordonner ces services, ainsi que de collecter des données essentielles en vue d'interventions efficaces.
- De la même manière, les centres de soins de proximité ont rendu visibles les enfants les plus vulnérables et les orphelins et ont permis aux volontaires de transmettre des demandes d'assistance par l'intermédiaire des centres KaGogo aux services de proximité concernés, de sorte que l'aide est effectivement ciblée vers les enfants qui en ont besoin.
- Les services de proximité travaillent main dans la main avec les agents de santé communautaires et les volontaires de santé pour veiller à ce qu'une approche holistique et cohérente soit appliquée.
- Les initiatives communautaires complètent et renforcent les services de proximité aux niveaux régional et national, et constituent de plus en plus la pierre angulaire de la riposte nationale au VIH.

Conclusion

Toutes les initiatives communautaires soulignées dans ce rapport reposent en grande partie sur la participation et la mobilisation de la communauté. Il est difficile d'imaginer ce que serait la situation sans ces activités et ces interventions communautaires. Ces dernières ont donné aux communautés comme Mambatfweni et Mambane le sentiment d'une autosuffisance et d'être parties prenantes aux ripostes au VIH. La participation au niveau local garantit une meilleure analyse et une meilleure responsabilisation des problèmes, une plus forte mobilisation des ressources pour soutenir les initiatives, et permet de parvenir à des solutions plus durables et plus innovantes, ainsi que de réduire la dépendance de l'aide extérieure.

Ces initiatives innovantes ont aussi donné les moyens aux communautés de Mambatfweni et de Mambane de s'occuper elles-mêmes des orphelins et des enfants dans le dénuement plutôt que de dépendre de l'aide extérieure. Ces initiatives ont également permis de réaliser que les enfants rendus orphelins par le SIDA représentent un défi pour l'ensemble de la communauté, défi qui va perdurer dans un avenir prévisible.

Sans aucun doute, les initiatives communautaires soulignées dans ce rapport ont servi de bouée de sauvetage aux communautés faisant face à des problèmes apparemment considérables et insurmontables. Elles ont donné aux populations de Mambatfweni et de Mambane un but précis et le sentiment d'être parties prenantes et surtout, elles ont redonné l'espoir que l'on peut faire quelque chose.

Mais alors que ces initiatives maintiennent la population à flot, d'autres problèmes menacent de la faire sombrer : les pénuries alimentaires et la sécheresse auxquelles le pays et l'ensemble de la région font face. Sans nourriture, il sera difficile de poursuivre ces initiatives communautaires et les efforts des volontaires mis en relief dans ce rapport. Les pénuries alimentaires risquent de compromettre le développement considérable du traitement antirétroviral que le Swaziland a réussi à mettre en place jusqu'ici. Les gens ont accepté d'être dépistés, ils ont été conseillés et sont désormais sous traitement antirétroviral, mais pour pouvoir prendre les médicaments, ils doivent avoir suffisamment à manger. Certaines personnes ne peuvent pas aujourd'hui bénéficier des programmes de traitement car elles n'ont rien à manger.

La plupart des initiatives présentées dans ce rapport sont axées sur l'atténuation de l'impact, les soins et le soutien plutôt que sur la prévention de nouvelles infections. Elles sont le fruit d'une mobilisation impressionnante et massive des communautés. Néanmoins, les ripostes les plus efficaces au VIH résultent d'un continuum entre prévention, traitement et soins. Les communautés s'épuiseront rapidement si les mesures d'atténuation de l'impact ne sont pas associées par ailleurs à des stratégies de prévention plus efficaces. Les antirétroviraux sont généralement efficaces pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH mais ce n'est pas là une riposte exhaustive. L'avenir dépend du changement de comportement des gens et de la prévention de nouvelles infections, en particulier chez les jeunes et les enfants.

Enseignements tirés

Les initiatives présentées dans ce rapport ont donné aux communautés comme Mambatfweni et Mambane un sentiment d'autosuffisance et d'être parties prenantes à la riposte au SIDA, et illustrent quelques « meilleures pratiques » pouvant être reproduites et adaptées au Swaziland et ailleurs.

- La participation au niveau local permet d'avoir une meilleure analyse et une plus forte responsabilisation des problèmes, davantage de mobilisation des ressources pour soutenir les initiatives, des solutions plus durables et plus innovantes, et moins de dépendance de l'aide extérieure.
- Ces initiatives innovantes ont aussi donné les moyens aux communautés de prendre en charge les orphelins et les enfants dans le dénuement plutôt que de dépendre d'une aide extérieure, et ont permis de prendre conscience que les orphelins rendus orphelins par le SIDA constituent un défi à relever pour l'ensemble de la communauté et que le problème risque de durer dans un avenir prévisible.
- Le renforcement des structures traditionnelles, telles que les centres sociaux KaGogo, les chefferies et les champs de l'Indlunkhulu, constituent un support sur lequel les gouvernements et les bailleurs de fonds peuvent travailler et grâce auquel ils peuvent accéder à ceux qui ont le plus besoin d'aide.
- Certains programmes sont nouveaux, mais d'autres se fondent sur des moyens anciens et traditionnels de faire les choses, moyens qui sont aujourd'hui ravivés et renforcés. Les populations comprennent et acceptent ces moyens traditionnels, de sorte qu'ils constituent désormais un instrument efficace pour mobiliser les ripostes communautaires.
- Le rôle des chefs est essentiel à la réussite de ces initiatives communautaires. Faire participer les chefs traditionnels et leur fournir un soutien particulier si nécessaire permet aux organismes de mieux savoir quels sont ceux qui ont besoin d'aide dans la communauté et de fournir cette aide avec davantage d'efficacité et d'efficience.
- Les communautés qui mettent en place des ripostes au VIH couronnées de succès contribueront probablement à rompre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH.
- Une bonne gestion des structures et une communication efficace entre les communautés et les organismes concernés favorisent le travail fructueux de toutes les parties.
- La décentralisation proposée par le gouvernement devrait permettre aux bailleurs de fonds et aux organisations non gouvernementales de travailler plus directement avec les communautés sur les initiatives qu'elles ont lancées.

Annexe 1 : Adresses utiles pour obtenir de plus amples informations sur les initiatives communautaires au Swaziland.

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Coordonnateur de l'ONUSIDA dans le pays
P.O. Box 261, Mbabane, Tél. : 404-2301, Fax : 404-9931

Attorney General's Office (Bureau du Procureur général)

P.O. Box 546, Mbabane, Tél. : 404-2807

Business Coalition against HIV/AIDS (Coalition des entreprises contre le VIH/SIDA)

P.O. Box 72, Mbabane, Tél. : 404 0768 ou 404 4408, Fax : 4090051
Courriel : bcha@business-swaziland.co.sz

Coordinating Assembly of NonGovernmental Organisations (CANGO)

Tél. : 4044721/4049283
Courriel : Cango@africaonline.co.sz

Church Forum on HIV/AIDS (Forum des Eglises sur le VIH/SIDA)

Tél. : 6118457

Délégation de la Commission de l'Union européenne

P.O. Box A36, Swazi Plaza, Mbabane, Tél. : 404-4769, Fax : 404-6729

Department of Immigration (Département de l'Immigration)

P.O. Box 372, Mbabane, Tél. : 404-2941

Department of Labour (Département du Travail)

P.O. Box 198, Mbabane, Tél. : 404-3521

Department of the Treasury (Département du Trésor)

P.O. Box 38, Mbabane, Tél. : 404-2041

Deputy Prime Minister's Office (Bureau du Premier Ministre adjoint)

P.O. Box A33, Mbabane.

Good Shepherd Hospital

P.O. Box 2, Siteki, Tél. : 3434133, Fax : 3434003

Lutsango

Senator Isabella Katamzi, President,
P.O. Box 211, Malkerns M204, Tél. : 5503114, mobile 6130497

Ministry of Agriculture and Co-operatives (Ministère de l'Agriculture et des Coopératives)

P.O. Box 162, Mbabane, Tél. : 404-2731

Ministry of Commerce and Industry (Ministère du Commerce et de l'Industrie)

P.O. Box 451, Mbabane, Tél. : 404-3201, Fax : 404-3833

Ministry of Education (Ministère de l'Education)

P.O. Box 39, Mbabane, Tél. : 404-2491

Ministry of Finance (Ministère des Finances)

P.O. Box 443, Mbabane, Tél. : 404-8145

Ministry of Foreign Affairs (Ministère des Affaires étrangères)

P.O. Box 451,Mbabane, Tél. : 404-2431

Ministry of Health and Social Welfare (Ministère de la Santé et de l'Aide sociale)

P.O. Box 5, Mbabane, Tél. : 404 4239

Ministry of Justice (Ministère de la Justice)

P.O. Box 924, Mbabane, Tél. : 404-6010

Ministry of Public Service and Information (Ministère des Services publics et de l'Information)

P.O. Box 170, Mbabane, Tél. : 4040 3521, Fax : 404 5379

Ministry of Tourism, Environment and Communications (Ministère du Tourisme, de l'Environnement et des Communications)

P.O. Box 2652, Mbabane, Tél. : 404-4556

Ministry of Works (Ministère des Travaux publics)

P.O. Box 20, Mbabane, Tél. : 404-2321

Manzini City Council

P.O. Box 418, Manzini, Tél. : 505-2481

Mbabane City Council

P.O. Box 1, Mbabane, Tél. : 404-2611

National Emergency Response Council on HIV/AIDS (NERCHA)

P.O. Box 1937, Mbabane, Tél. : +268 404 1703/8
Courriel : www.nercha.org.sz

Prime Minister's Office (Bureau du Premier Ministre)

P.O. Box 395, Mbabane, Tél. : 404 2754, Fax 404 4073

Public Health Unit (Unité de la Santé publique)

P.O. Box 1119, Mbabane, Tél. : 4045270 (fax), Mobile : 6067800
Courriel : ruralhealth@swazi.net

Registrar of Companies (Responsable administratif des entreprises)

P.O. Box 460, Mbabane, Tél. : 404-3041

Save the Children

P.O. Box 472, Mbabane, Tél. : 40425573, 4045181, Fax : 4044719

Swaziland Business Growth Trust

Embassy House, Mbabane Tél. : 404-4705

Swaziland Post & Telecommunications Corporation

P.O. Box 125, Mbabane, Tél. : 404-2341

Small Enterprises Development Company

P.O. Box A186, Swazi Plaza, Mbabane, Tél. : 404-3046

Swaziland Action Group Against Abuse (SWAGAA)

P.O. Box 560, Matsapha, Tél. : 505 7514, Fax : 505 2899,
Courriel : swagaa@realnet.co.sz, www.swagaa.org.sz

Réseau national de personnes vivant avec le VIH et le SIDA au Swaziland (SWANNEPHA)

Tél. : 4042578/6172674
Courriel : swannepha@africaonline.co.sz

Swaziland Chamber of Commerce (Chambre de Commerce du Swaziland)

P.O. Box 72, Mbabane, Tél. : 404-4408

Swaziland Industrial Development Company

P.O. Box 866, Mbabane, Tél. : 404-3391, Fax : 404-5619

Swaziland National Archives (Archives nationales du Swaziland)

P.O. Box 946, Mbabane, Tél. : 416-1276

Swaziland Sugar Association

P.O. Box 445, Mbabane, Tél. : 404-2345/6

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)

P.O. Box 83, Mbabane, Tél. : 404-3414, Fax : 404-4066

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

P.O. Box 261, Mbabane, Tél. : 404-2301/3, Fax : 404-5341

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)

P.O. Box 1859, Mbabane, Tél. : 404-3725, Fax : 404-5202

Programme alimentaire mondial (PAM)

P.O. Box 3748, Mbabane, Tél. : 409 9001, Fax 404 7880

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

P.O. Box 903, Mbabane, Tél. : 404-4268, Fax : 404-4566

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

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

Imprimé avec des matériaux respectueux de l'environnement

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA

La Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA

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

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

Le Royaume du Swaziland détient actuellement le taux record de prévalence du VIH dans le monde et ce petit pays d'Afrique australe fait face à d'énormes difficultés, en particulier pour prendre en charge les milliers d'orphelins dus à l'épidémie. Néanmoins, de nombreuses activités pouvant être sources d'inspiration sont actuellement réalisées à l'échelon communautaire pour mettre en place des structures et des programmes visant à endiguer les infections et à atténuer l'impact de l'épidémie. Certains programmes sont nouveaux mais d'autres se fondent sur des pratiques anciennes et traditionnelles swazies, pratiques étant aujourd'hui ravivées et renforcées.

Le présent rapport, publié dans la collection « Meilleures Pratiques », se penche sur deux communautés différentes, Mambatfweni et Mambane. Il examine les points forts des initiatives prises, fait ressortir certaines difficultés ayant été surmontées et envisage le soutien nécessaire au maintien de ces initiatives. Les pratiques et les politiques suivies, si elles sont spécifiques au Swaziland dans certains cas, peuvent aussi être source d'inspiration pour des mesures applicables dans des pays faisant face à des problèmes similaires.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

Tél. : (+41) 22 791 36 66
Fax : (+41) 22 791 41 87
courrier électronique : bestpractice@unaids.org

www.unaids.org