

Vers l'accès universel à la prévention,
au traitement et aux soins : expériences et défis
dans la région de Mbeya en Tanzanie —
Etude de cas

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUSDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

L'ONUSIDA tient à exprimer ses remerciements au Dr Ulrich F. Vogel, auteur de la présente étude, ainsi qu'à la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ), sans lesquels ce document n'aurait pu voir le jour.

Photos de couverture : ONUSIDA / L. Gubb

ONUSIDA/07.11F / JC1291F (version française, septembre 2007)

Version originale anglaise, UNAIDS/07.11E / JC1291E, mars 2007 :
Towards universal access to prevention, treatment and care: experiences and challenges
from the Mbeya region in Tanzania – a case study
Traduction – ONUSIDA

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

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 48 35 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 :

Vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins : expériences et défis dans la région de Mbeya en Tanzanie — Etude de cas.

(ONUSIDA collection meilleures pratiques)
« ONUSIDA/07.11F / JC1291F ».

1.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 2.Infection à VIH – prévention et contrôle. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise – thérapie. 4.Infection à VIH – thérapie. 5.Accessibilité des services de santé. 6. Rapports de cas. 7.République-Unie de Tanzanie. I.ONUSIDA. II.Titre.

ISBN 978 92 9173 559 4

(Classification NLM : WC 503.6)

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

Vers l'accès universel à la
prévention, au traitement et aux
soins : expériences et défis dans
la région de Mbeya en Tanzanie —
Etude de cas



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONUSDC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

Remerciements

La présente étude de cas est le fruit d'une collaboration entre la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ), le Ministère de la Santé de la République-Unie de Tanzanie, la Commission tanzanienne de lutte contre le sida, et l'ONUSIDA. Les co-auteurs de ce document sont le Dr Ulrich Vogel et le Dr Brigitte Jordan-Harder (GTZ, République-Unie de Tanzanie). Les auteurs tiennent à saluer la contribution d'en ensemble de personnes-clés de la région de Mbeya, et tout particulièrement celle du Dr Minja, médecin fonctionnaire régional et celle du Dr Sewangi, Coordonnateur régional de la lutte contre le sida. Ils remercient également le Dr Rowland Swai (Responsable du Programme national de lutte contre le sida au sein du Ministère de la Santé) ainsi que le Major Général Lupogo, retraité, (Président exécutif, TACAIDS) pour leur collaboration. De précieuses informations ont en outre été obtenues auprès des représentants de la *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) en Tanzanie, en particulier auprès de M. Yunusi Koshuma, du Dr Claudia Hunger, de Mme Ute Papkalla et de Mme Cordula Schümer.

Table des matières

Remerciements	2
Avant-propos	4
Résumé d'orientation	5
Introduction	7
1. Objet de la présente étude	7
2. Aperçu national	8
Vue globale de la région de Mbeya	11
1. Situation générale : géographie, économie et niveaux de pauvreté	11
2. Développement de l'épidémie de VIH dans la région	12
Riposte multisectorielle au VIH dans la région	15
1. Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya : historique (1987–2000)	15
2. Vers un Programme régional multisectoriel complet (2001–2005)	17
2.1 Structure et plans organisationnels	17
2.2 Intensification de la prévention, du traitement et de l'atténuation de l'impact du sida	25
Conclusion – vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins d'ici 2010 dans la région de Mbeya : résultats obtenus et défis à relever	35
1. Franchir les obstacles passés	36
2. Caractère exhaustif du Programme régional	38
3. Défis à relever dans la perspective de parvenir à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins	41
Annexe 1 : Structure organisationnelle du district	43
Annexe 2 : Indicateurs régionaux issus du nouveau cadre national de suivi et d'évaluation	44
Annexe 3 : Documents de référence	46

Avant-propos

Au cours des cinq dernières années, la Tanzanie est intervenue de manière significativement plus efficace face à l'épidémie de VIH. Depuis 1999, date à laquelle le gouvernement tanzanien a qualifié l'épidémie de « catastrophe nationale », les mesures ont été intensifiées à tous les niveaux pour rallier la société à la lutte contre cette menace. Suite à la création de la *Tanzania Commission for AIDS* (TACAIDS) et à l'adoption en 2001 de directives nationales de lutte contre le VIH/sida, le pays a élaboré puis entériné le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida pour 2003–2007, qui constitue un document d'orientation pour tous les partenaires des secteurs public et privé. Depuis lors, des efforts considérables, soutenus par des contributions financières accrues, ont été engagés par les partenaires extérieurs bilatéraux et multilatéraux en vue d'accroître la capacité du peuple tanzanien, en particulier à l'échelon du district et de la communauté, à riposter contre l'épidémie et à mettre au point ses propres initiatives.

Cette étude de cas sur l'action entreprise dans la région de Mbeya fournit un descriptif et un bilan des activités menées depuis près de 20 ans en matière de lutte contre le VIH. Elle examine les structures gouvernementales de lutte contre le VIH et rend compte de l'engagement des autorités, de la population et des partenaires extérieurs afin de surmonter la menace que le VIH fait peser sur le développement national. Tous ces efforts n'ont pas été vains : la prévalence du VIH, qui s'élevait à plus de 20 % au milieu des années 90, est tombée à 13 % en 2005, et ce, probablement grâce aux programmes et aux activités menées à l'échelon régional.

Néanmoins, les défis associés à la lutte contre le sida n'ont pas été intégralement surmontés. La prévalence demeure excessivement élevée et à Mbeya (comme sur tout le territoire tanzanien), les cas de contamination par le VIH sont quotidiens. Le gouvernement s'est engagé à intensifier ses efforts pour riposter au VIH et pour atteindre le point de référence internationalement admis de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins d'ici 2010 pour toutes les personnes qui en ont besoin. Nous sommes à mi-chemin de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement et des cibles fixées dans le cadre de la Déclaration de l'UNGASS.

La région de Mbeya a déjà fait de gros progrès vers la réalisation de cet objectif ambitieux et les enseignements que l'on y a retirés montreront l'exemple à suivre aux autres régions du pays. Tout en remerciant l'ensemble des personnes ayant participé et soutenu ces mesures pendant près de deux décennies, tant dans le secteur public que privé ou parmi nos partenaires internationaux, nous souhaitons également souligner que subsistent des obstacles majeurs à l'éradication du VIH et qu'il importera de maintenir notre détermination et notre engagement pendant de nombreuses années encore.

Major Général Lupogo, retraité
TACAIDS

Résumé d'orientation

La Tanzanie est confrontée à une épidémie de VIH sans précédent. Depuis près de deux décennies, les actions menées pour lutter contre ce fléau n'ont pas obtenu de franc succès. Au cours des dernières années et avec l'appui d'entités extérieures, des initiatives plus fermes fondées sur des approches innovantes ont été lancées de manière à infléchir le processus épidémique et à atténuer l'impact du VIH sur le développement national.

La région de Mbeya, dans le Sud-Ouest de la Tanzanie, foyer de plus de 2 millions de personnes, constitue depuis toujours l'une des régions les plus touchées du pays. La prévalence du VIH parmi la population sexuellement active a atteint son pic au milieu des années 90 avec plus de 20 % enregistrés alors. Depuis, le processus épidémique a été inversé et la prévalence du VIH est actuellement estimée à près de 13 %. Il est fort probable que le Programme régional de lutte contre le sida de la région de Mbeya (dénommé ci-après Programme régional), dont les activités ont débuté en 1988, a contribué à la chute des chiffres enregistrés. Entre 1988 et 2003, le Ministère de la Santé et les autorités régionales et de district ont constitué l'épine dorsale du Programme régional grâce à laquelle les stratégies recommandées aux échelons national et international ont pu être mises en œuvre. Le renforcement et l'intensification continuels du Programme régional, soutenu au fil des années par des organisations extérieures, visaient à : (a) accroître en permanence le nombre de programmes en vue d'atteindre une couverture aussi large que possible, et (b) faire progresser l'accès à ces programmes et le nombre de bénéficiaires de manière à toucher autant de tanzaniens que possible.

Depuis 2003, la riposte nationale au VIH est guidée par le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida, qui appelle à une riposte nationale durable et élargie impliquant autant de secteurs et d'acteurs que possible. En 2001, la *Tanzania Commission for AIDS* (TACAIDS) a été créée en tant que nouvel organe national de coordination de la riposte multisectorielle. Au cours des trois dernières années, la TACAIDS, soutenue dans son action par l'obtention de ressources financières et techniques extérieures significativement accrues, a engagé des efforts considérables dans le développement de structures gouvernementales locales à l'échelon du district destinées à coordonner la riposte dans tout le pays. Avec le concours d'organismes nouvellement créés et chargés de la facilitation au niveau régional, les organisations communautaires ont pu être renforcées de manière à multiplier les actions de prévention et d'atténuation de l'impact de l'épidémie. En 2004, le pays s'est en outre doté d'un Plan national de soins et de traitement destiné à proposer une thérapie antirétrovirale à un nombre accru de personnes atteintes du VIH.

Sur la base de cette nouvelle situation nationale, les activités du Programme régional ont été intensifiées, s'agissant en particulier du conseil et du test volontaires, des initiatives développées sur le lieu de travail, dans le secteur de l'éducation et dans la communauté, en vue d'intégrer toutes les stratégies conceptualisées dans le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida. Cette approche multisectorielle devait être aussi exhaustive et appliquée aussi rapidement que possible de manière à élargir l'accès à toute la population de la région de Mbeya. Au même moment, la mise à disposition de traitements antirétroviraux a débuté. Dans tous les districts, de nouvelles commissions consultatives multisectorielles sur le sida ont été formées et, avec le concours de l'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional, on est parvenu à améliorer les actions communautaires en renforçant les capacités et en fournissant un appui financier accru aux organisations de la société civile.

Comme énoncé dans les Objectifs du Millénaire pour le développement en un premier temps, puis dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* adoptée en 2001 lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), la communauté internationale aspire à une avancée majeure dans la maîtrise du processus épidémique du VIH d'ici 2015. En outre, les pays du G8 ont établi un objectif intermédiaire en 2005, renouvelé en 2006, et qui consiste en un engagement à soutenir l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement d'ici 2010. En garantissant des services et un appui à 80 % de la population de chacun des pays affectés par l'épidémie au minimum, on espère

non seulement atteindre les objectifs de l'UNGASS et ceux du Millénaire pour le développement, mais également se libérer de la menace associée au VIH.

A l'approche de l'année 2006, la région de Mbeya s'était déjà dotée des principaux éléments recommandés aux échelons national et international pour lutter contre l'épidémie de VIH, et la région mettait en œuvre des stratégies telles que le traitement des infections sexuellement transmissibles et la promotion de l'utilisation du préservatif et de la santé. Ces initiatives couvrent d'ores et déjà plus de 80 % de la population et des progrès sont actuellement réalisés dans d'autres domaines, tels que l'éducation par les pairs dans les écoles, les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail dans les secteurs privé et public, et les soins prodigués à domicile par des agents de santé et des représentants d'organisations non gouvernementales. Le recul de la prévalence du VIH depuis 1994, quoique plus modéré depuis 2001, indique un réel renversement du processus épidémique dans la région.

Après presque deux décennies d'efforts continus pour mettre en œuvre la riposte nationale et grâce à un appui extérieur constant et bien intégré, la région de Mbeya se trouvait apparemment dans une meilleure position pour appliquer les nouvelles dimensions du Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida et avancer plus rapidement que d'autres régions du pays vers la réalisation de l'objectif de l'accès universel. Toutefois, les taux de nouvelles occurrences de l'infection à VIH sont toujours élevés et la prévalence s'élève encore malheureusement à 13 %.

Les défis à relever dans la région de Mbeya (et sur l'ensemble du territoire tanzanien) demeurent considérables.

- Le renforcement permanent des stratégies et des programmes existants, associé à la nouvelle structure organisationnelle au niveau local, contribueront-ils à réduire de manière significative et durable la transmission du VIH au cours des 5 à 10 prochaines années ?
- La qualité des programmes et des services pourra-t-elle être maintenue si on en élargit l'accès à l'ensemble de la population ?
- La qualité des programmes et des services s'atténuera-t-elle à moyen et long terme lorsque ces derniers deviendront des activités courantes supervisées par des structures publiques et privées émoussées ?
- La participation d'autres secteurs et la prise en compte de la question du VIH dans les secteurs essentiels tels que l'éducation, l'agriculture et le développement communautaire vont-t-elles contribuer à une significative intensification de la riposte ?
- L'orientation récemment décidée en faveur d'une coordination à l'échelon du district et d'un renforcement des capacités à l'échelon communautaire favorisera-t-elle l'implication de groupes de population jusque-là négligés en matière de prévention et de soutien ?
- L'appui technique et financier extérieur sera-t-il maintenu à un niveau suffisant dans les prochaines décennies pour proposer des programmes de prévention, de soins et de traitement au plus grand nombre possible de personnes vivant avec le VIH, réduisant ainsi la souffrance des familles et des communautés face à la maladie et à la mort prématurée ?

Il y a de bonnes raisons d'être optimiste quant aux capacités de la région de Mbeya et de la Tanzanie à surmonter le défi de l'accès universel d'ici 2010. Néanmoins, les efforts nécessaires à la généralisation du niveau de mise en œuvre atteint à Mbeya à tout le pays, et dans le même temps à la consolidation, à la pérennisation, voire même au renforcement d'un programme d'ores et déjà solide, seront considérables et devront s'accompagner dans les années à venir de l'appui du gouvernement national, des autorités locales, et des partenaires extérieurs.

Il conviendra également d'assurer une surveillance et une évaluation permanentes de la qualité et des résultats des programmes à tous les niveaux et de fournir un appui technique et stratégique suffisant, de telle sorte qu'un accès accru aux services et aux programmes essentiels ne se fasse pas au détriment de la qualité et de l'efficacité de la riposte au VIH.

Introduction

1. Objet de la présente étude

La Tanzanie, à l'identique de nombreux pays de l'Est et du Sud de l'Afrique, fait face à une épidémie de VIH dévastatrice depuis plus de 20 ans. Les conséquences de l'épidémie constituent des obstacles majeurs au développement économique du pays. Depuis le milieu des années 80, des mesures ont été prises, orientées par les recommandations émises aux niveaux national et international, pour enrayer la propagation du VIH et pour atténuer son impact économique et social.

La région de Mbeya a toujours été et demeure l'une des régions les plus touchées du pays. Le Programme régional de lutte contre le sida - qui dépasse le champ des programmes dans d'autres régions du pays - a suivi les directives du Programme national de lutte contre le sida (PNLS) telles que formulées dans les plans à moyen terme du pays entre 1987 et 2001. Au milieu des années 90, la prévalence du VIH a atteint un pic supérieur à 20 %. Depuis, la prévalence du VIH a reculé et en 2005, elle était estimée à 13 %. Cette réussite résulte très probablement des activités de prévention et de lutte contre l'épidémie engagées dans la région depuis 1988. Les mesures prises entre 1988 et 1999 pour lutter contre l'épidémie ont été exposées en 2000 dans le document « *Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region* »¹.

Au cours des cinq dernières années, on a observé des changements majeurs dans le pays en matière de lutte contre l'épidémie, avec en particulier le développement d'une approche multisectorielle décentralisée et, dernièrement, la mise à disposition de traitements antirétroviraux à l'ensemble de la population. Les activités initiales du Programme régional ont été poursuivies et intensifiées de manière à y intégrer de nouvelles approches et directives. L'accent placé sur le district et l'approche multisectorielle ne constituent pas des éléments complètement inédits à Mbeya. Le Programme régional, mis en œuvre en grande partie par le Ministère de la Santé, s'était de longue date associé à d'autres secteurs, tels que celui de l'éducation ou du développement communautaire, et les districts étaient déjà autonomes dans la planification et la mise en œuvre de nombreuses activités. Les nouvelles directives nationales ont toutefois généré responsabilisation, continuité et durabilité de la riposte intensifiée et prévoient un appui politique, administratif et financier aux districts, ainsi que l'intégration d'un large éventail de secteurs dans la lutte contre le VIH.

Bien que l'orientation multisectorielle introduite à l'échelon du district n'en soit qu'à ses tout débuts, les autorités nationales et régionales s'attendent clairement à ce qu'elle contribue dans une large mesure au recul de la propagation du VIH et à l'élaboration d'approches qui permettraient d'atténuer son impact sur la population.

La Tanzanie et la communauté internationale espèrent enrayer l'épidémie de VIH d'ici 2015, ainsi qu'énoncé dans les Objectifs du Millénaire pour le développement et dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* adoptée en juin 2001 lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS). Plus récemment, à l'initiative des pays du G8, et ainsi que réitéré en 2005 lors du Sommet mondial de l'Assemblée générale des Nations Unies, un nouveau point intermédiaire vers la réalisation de ces objectifs a été fixé : il s'agit de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins d'ici 2010. Ce nouveau critère d'évaluation adopté aux niveaux national et international aura pour effet de fournir un ensemble de programmes et de services essentiels à 80 % au moins de la population en situation de besoin dans chaque pays, et parallèlement de faire radicalement reculer la menace du VIH.

¹ Jordan-Harder B et al. (2000). *Hope for Tanzania, Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region, Part I: Experiences and Achievements and Part II: Guide for HIV/AIDS/STD Interventions in a District of sub-Saharan Africa* (Exemples relevés dans la région de Mbeya), Eschborn / Allemagne - Dar es Salaam.

La présente étude fait le point sur la situation observée à Mbeya en 2005, et décrit les initiatives permanentes de la région pour s'appuyer sur les approches de prévention complètes et fiables du Programme régional de manière à en étendre la couverture tout en se concentrant sur le renforcement de l'action entreprise à l'échelon du district, avec le développement d'activités multisectorielles et la mise à disposition de traitements antirétroviraux. Ce faisant, cette étude décrit les progrès réalisés dans la région de Mbeya vers l'accès universel et met en lumière les défis qui demeurent. Grâce aux approches intégrées, décentralisées et multisectorielles, et aux efforts continus d'un large éventail d'intervenants, la région semble plus à même de réaliser l'accès universel que d'autres parties du pays et de l'Afrique dans son ensemble. L'expérience vécue à ce jour par la région de Mbeya est susceptible de fournir un enseignement à d'autres régions du pays et, plus largement, à l'ensemble du continent.

La présente publication ne constitue pas plus une étude scientifique qu'une évaluation du Programme régional. Il s'agit plutôt d'une description analytique des activités conduites dans la région et de leur stade actuel. Elle porte principalement sur l'accès universel. Les programmes présentés dans ce document suivent les recommandations émises aux niveaux national et international. Aucune évaluation qualitative de chacun d'entre eux n'a pour autant été effectuée dans le cadre de cette publication.

Certaines données empiriques, telles que l'incidence des infections sexuellement transmissibles et la prévalence du VIH, sont le fruit de régulières activités de surveillance. D'autres éléments présentés dans ce document résultent de données factuelles provenant principalement de rapports courants et d'activités de suivi. Une mission d'enquête de 10 jours conduite à Mbeya en mai 2006, qui comportait notamment de multiples entretiens avec des intervenants-clés et des observations sur les programmes en vigueur, fournit des informations supplémentaires.

Les activités régionales de lutte contre le VIH et son impact durent depuis plus de 20 ans. L'expérience de Mbeya montre que l'épidémie peut être endiguée et son processus inversé en appliquant systématiquement et de manière ininterrompue les stratégies recommandées aux niveaux national et international, consolidées parallèlement par une collaboration efficace entre partenaires nationaux, régionaux et extérieurs.

La « bataille », telle que les autorités tanzaniennes nomment la riposte au VIH dans le pays, n'a toutefois pas encore été remportée, ni dans la région ni dans l'ensemble du pays. La prévalence du VIH reste extrêmement élevée dans la région et dépasse 13 % (la prévalence nationale parmi les adultes est, elle, estimée à 6,5 % [5,8–7,2 %]²), avec une augmentation enregistrée au cours des dernières années. De nouvelles infections à VIH surviennent quotidiennement.

La question la plus délicate à se poser est de savoir si dans les 5 à 10 ans, la conjonction de programmes ayant démontré leur efficacité par le passé et d'une approche multisectorielle élargie reposant sur les districts et les communautés et sur la mise à disposition de traitements antirétroviraux, sera possible afin de parvenir à limiter au minimum les nouveaux cas d'infection à VIH et à assurer le bien-être d'une population si sévèrement touchée par l'épidémie de VIH.

2. Aperçu national

La Tanzanie

La République-Unie de Tanzanie, le plus vaste pays d'Afrique de l'Est, s'étend sur 940 000 km² et partage ses frontières avec huit pays, au nombre desquels le Kenya et l'Ouganda au Nord, le Burundi, la République Démocratique du Congo, le Rwanda et la Zambie à l'Ouest, et le Malawi et le Mozambique au Sud. Le pays est divisé en 21 régions, elles-mêmes subdivisées en 124 districts, l'île de Zanzibar comptant, elle, cinq régions supplémentaires. La population totale s'élève à près de 38,3 millions de personnes (2005³).

² ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*, 2006. Genève, Suisse.

³ ONUSIDA, *ibid.*

La Tanzanie demeure l'un des pays les plus pauvres de l'Afrique et du monde. Selon ses propres données, 18,7 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté alimentaire national et 35,7 % en dessous du seuil de pauvreté pour les besoins essentiels (2000/2001)⁴. Peu de progrès ont été réalisés pour réduire la pauvreté au cours des 10 à 15 dernières années. La pauvreté est une réalité rurale accablante ; 87 % de la population vit en milieu rural. La Tanzanie s'est toutefois dotée de plans ambitieux pour réduire radicalement la pauvreté d'ici 2010, tout d'abord avec la Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté—MKUKUTA (acronyme de son titre en swahili) puis avec la « Vision pour le développement de la Tanzanie continentale à l'horizon 2025 ».

Outre les différences entre cadres de vie urbain et rural dans le pays, il existe d'importantes disparités régionales dues à « la répartition de la population, à la dotation en ressources naturelles, aux conditions climatiques, ainsi qu'à la répartition d'infrastructures telles que les transports, les établissements scolaires et les établissements de santé⁵ ».

Au cours des 15 dernières années, la Tanzanie a réalisé des progrès remarquables en matière d'avancées sociales, s'agissant notamment du taux d'enfants scolarisés en cycle primaire, lequel atteignait 90,5 % en 2004 contre 58,8 % en 1990. Malgré cela, l'analphabétisme demeure élevé, en particulier parmi les femmes (estimé à 29,3 % en 2003⁶). La mortalité infantile a diminué pour passer de 100 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1995 et 1999 à 68 décès pour 1000 naissances vivantes entre 2000 et 2004, qu'expliquent en partie et selon toute vraisemblance la mise en place de campagnes de vaccination⁷ ; mais la malnutrition infantile reste, elle, largement répandue.

Prévalence du VIH : aperçu global

En Tanzanie, le premier cas de sida a été signalé en 1983. Depuis lors, l'épidémie s'est rapidement propagée dans tout le pays et dans toutes les régions, des communautés urbaines aux communautés rurales. Les régions les plus sévèrement touchées sont Mbeya, Iringa et Dar es Salaam⁸. Les données enregistrées par l'ONUSIDA montrent qu'en 2005, la prévalence nationale du VIH parmi la population adulte (15-49 ans) s'élevait à 6,5 % (5,8-7,2 %) et que dans la même tranche d'âge, le nombre de personnes vivant avec le VIH atteignait 1,4 million (1,3-1,6 million)⁹. Il existe des différences majeures à la fois en matière de prévalence et d'incidence entre et à l'intérieur même des régions.

Selon la Stratégie nationale de croissance et de réduction de la pauvreté, « l'augmentation de la prévalence du VIH et du sida au cours de la dernière décennie a aggravé la situation sanitaire de la population en faisant chuter l'indicateur de développement humain et en émoussant les perspectives d'avenir des tanzaniens. Cela a fragilisé les fondations mêmes du développement et de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs nationaux¹⁰ ».

Directives et stratégies nationales de lutte contre le VIH (1987-2005)

Entre 1985 et 2002, les activités de lutte contre le sida ont été coordonnées par l'intermédiaire du Programme national de lutte contre le sida du Ministère de la Santé, qui a élaboré et mis en œuvre un plan à court terme et trois plans à moyen terme à partir des recommandations émises par l'OMS et l'ONUSIDA.

⁴ République-Unie de Tanzanie (2005). *The National Strategy for Growth and Reduction of Poverty*, p. 4.

⁵ op. cit. p.5.

⁶ CIA. Site Internet The World Factbook <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/print/tz.html> (consulté le 7 février 2006).

⁷ Bureau national des statistiques /ORC Macro (2005). *Tanzania Demographic and Health Survey 2004-2005*, p. xix.

⁸ TACAIDS / MACRO (2005). *Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey 2003, 2004, 2005*, p.75.

⁹ ONUSIDA. *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, 2006*. Genève, Suisse.

¹⁰ République-Unie de Tanzanie (2005). *National Strategy for Growth and Poverty Reduction*, p. 13.

En 1999, le gouvernement tanzanien qualifiait le VIH de catastrophe nationale. En 2001, des directives nationales ont été élaborées afin de riposter contre le VIH et le sida et en 2002, la TACAIDS a été mise en place pour superviser et coordonner la riposte nationale multisectorielle. Aussitôt après, en 2003, le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida a été mis au point et approuvé pour la période 2003–2007. Dans le souci d’harmoniser la planification, la coordination et le suivi de la riposte au VIH, la Tanzanie s’est employée avec succès à mettre en place les « Trois principes » (un cadre national commun de lutte contre le sida, un organisme national commun de coordination de la riposte au sida, et un système commun de suivi et d’évaluation à l’échelon national).

Le financement de la lutte contre le VIH s’est considérablement accru au cours des dernières années. Plus de TSH 350 milliards (près de US\$ 270 millions) ont été dépensés pour lutter contre le VIH au cours de l’exercice 2005/2006, soit dix fois plus que pour l’année 2001. Pour l’exercice 2006/2007, le gouvernement tanzanien prévoit d’affecter TSH 35 milliards (US\$ 27 millions) à la riposte et les partenaires pour le développement TSH 346 milliards (US\$ 267 millions). Les fonds accordés par les partenaires pour le développement aux programmes de lutte contre le VIH représentent environ 10 % des fonds officiels d’aide au développement pour la Tanzanie et sont principalement destinés aux soins et au traitement.

Depuis 2003, avec le concours de partenaires extérieurs au nombre desquels la Banque mondiale, la Tanzanie a renforcé ses ripostes au VIH au niveau du gouvernement local, conformément à la réforme politique globale de décentralisation. Les autorités gouvernementales locales au niveau du district sont désormais chargées de planifier, de coordonner et de superviser les activités de lutte contre le VIH et d’intégrer ces activités dans les plans de développement de district (voir le chapitre 3).

Vue globale de la région de Mbeya

1. Situation générale : géographie, économie et niveaux de pauvreté

La région de Mbeya est l'une des régions les plus importantes de la Tanzanie en termes de taille, de population et de densité démographique. La région est subdivisée en huit districts, 163 quartiers et 687 villages. Elle se situe dans le Sud-Ouest de la Tanzanie et possède des frontières limitrophes avec le Malawi et la Zambie. La région s'étend sur une superficie d'environ 64 000 km² et la plus grande partie de sa population est établie à une altitude oscillant entre 400 et 1700 m au-dessus du niveau de la mer. La région compte près de 2 millions d'habitants¹¹ (recensement de 2002), ce qui représente environ 8 % de la population totale du pays, et son taux d'urbanisation se situe aux alentours de 15 %. La population en âge d'avoir des enfants (15–49 ans) est estimée à environ 425 000 personnes (2002).

La route principale qui relie la ville portuaire de Dar es Salaam à la zone cuprifère de Zambie, au Malawi et à l'Afrique du Sud traverse la région et la ville de Mbeya, tout comme la célèbre ligne de chemin de fer TAZARA qui relie le port de Dar es Salaam à la Zambie. La zone rurale située le long de la route est fortement peuplée.

Aspects socio-économiques

La grande majorité de la population (85 %) est constituée d'agriculteurs, dont la plupart pratiquent une agriculture de subsistance. D'une manière générale, ils plantent des légumes et des cultures marchandes telles celle de la pomme de terre, de la tomate, du maïs, du haricot, du riz et de l'oignon. Certains agriculteurs cultivent le café et le thé, le tabac, le pyrèthre et le cacao. Mbeya se situe en dessous de la région du Kilimandjaro, principale région productrice de café du pays. Un petit nombre d'entreprises industrielles s'y sont implantées dans le secteur de la production alimentaire (café, thé, boissons gazeuses), des matériaux de construction (ciment) et du textile.

La région de Mbeya n'est pas particulièrement pauvre par rapport au reste de la Tanzanie. Aucun de ses districts ne fait partie des 20 affichant le plus fort pourcentage de foyers pauvres dans le pays (classés par catégories de pauvreté, s'agissant par exemple du taux de scolarisation en cycle primaire, le taux de mortalité avant l'âge de 5 ans, le taux d'alphabétisation des adultes ou le pourcentage de foyers ayant accès à l'eau courante).

La ville de Mbeya et le district de Mbarali occupent la troisième et la quatrième place du pays en termes de plus faible pourcentage de foyers pauvres (voir tableau ci-dessous). En revanche, si la ville de Mbeya compte près de 12 % de foyers pauvres, les districts de Ileje, Mbeya (zone rurale) et de Rungwe en comptent, eux, plus de 30 %.

¹¹ République-Unie de Tanzanie (2002). Recensement de 2002.

Quelques indicateurs des huit districts de la région de Mbeya

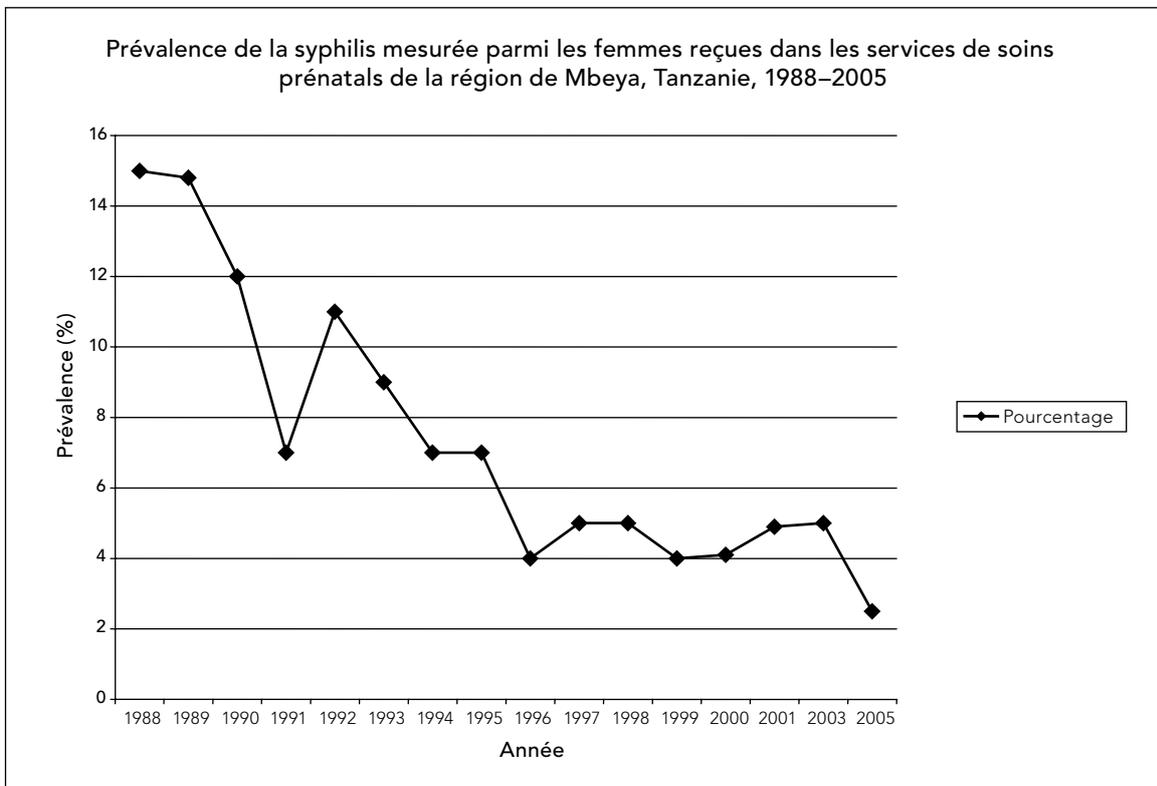
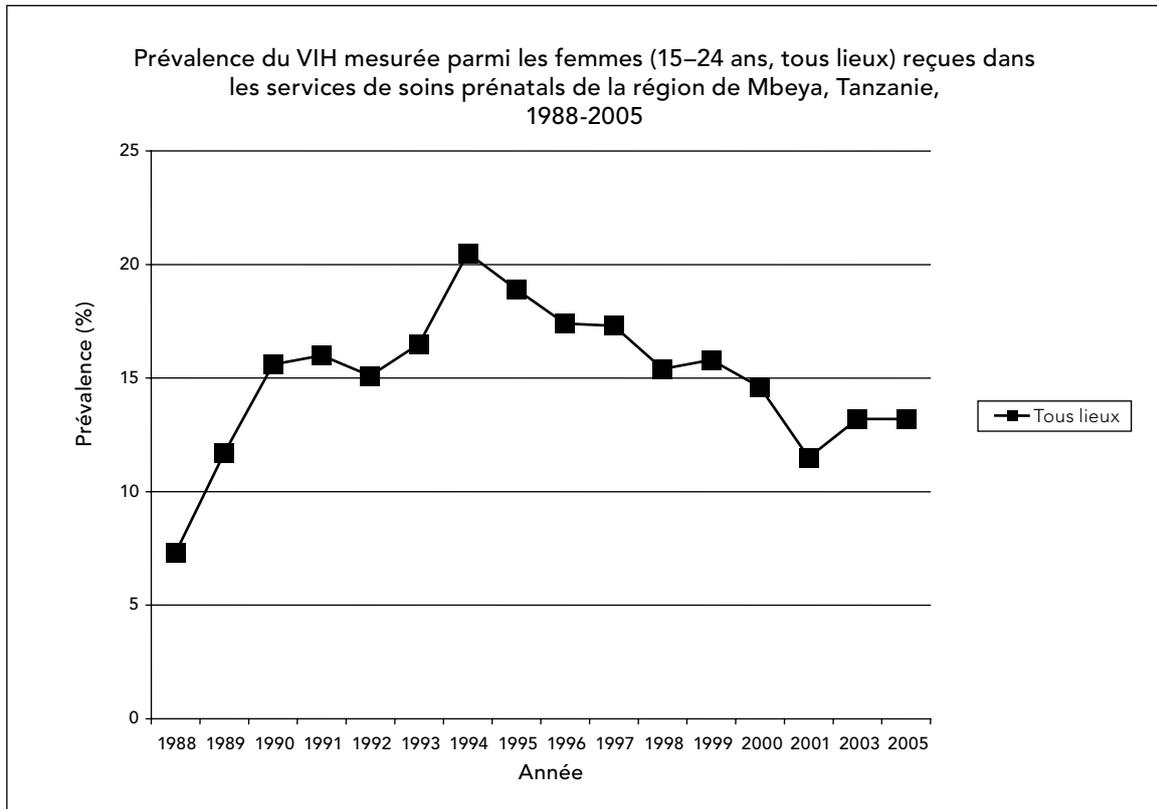
District	Nombre d'habitants (2002)	Nombre d'habitants pour un établissement de santé (2002)	Pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (2000/01)	Pourcentage d'orphelins âgés de moins de 18 ans (2002)	Taux de scolarisation en cycle primaire (2004)	Taux de mortalité infantile (2002)
Chunya	206 615	6056	25	10,1	68	165
Ileje	110 194	4776	31	10,7	81	146
Kyela	174 470	6438	24	19,4	84	172
Mbarali	234 908	4877	13	11,2	72	192
Mbeya (Zone rurale)	254 897	6197	31	13,2	81	–
Mbeya (Zone urbaine)	266 422	6640	12	16,2	95	106
Mbozi	515 270	11 944	21	10,2	78	165
Rungwe	307 270	5375	32	17,4	78	170
Total	2 070 046					

Source : République-Unie de Tanzanie. 2005 Poverty and Human Development Report, p. 108f.

La région se caractérise par la diversité de ses groupes religieux et ethniques : Nyakyusa, Safwa et Wandali pour ne citer que les principaux. Le Swahili est cependant parlé et compris par la quasi-totalité de la population. La région a jusque-là été épargnée de tout conflit ethnique.

2. Développement de l'épidémie de VIH dans la région

En 1988, une première phase de surveillance sentinelle du VIH a été effectuée parmi les femmes enceintes reçues dans des services de soins prénatals et on alors observé une prévalence du VIH de 3,4 %. Dans les années qui ont suivi, la prévalence n'a cessé d'augmenter pour atteindre plus de 20 % en 1994. En 1995, elle s'est stabilisée puis a reculé dans l'ensemble des lieux peuplés. Les données recueillies indiquent une diminution flagrante dans les premiers temps, ralentie par la suite quoique constante. En 2005, la prévalence du VIH avait chuté pour ne plus atteindre que 13,2 %, ce qui représentait une baisse de l'incidence de plus de moitié. Cette tendance a été observée parmi des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans, qui comptent pour une part importante de la population sexuellement active parmi laquelle la probabilité d'avoir récemment contracté l'infection est élevée. Le déclin de la prévalence du VIH au sein de cette population croissante peut être attribué à la mortalité, mais il est plus probable qu'il soit dû à une réduction réelle des nouveaux cas d'infection à VIH (incidence), et laisse à penser que l'évolution de l'épidémie s'est modifiée dans la région.



Les données recueillies montrent que d'autres infections sexuellement transmissibles, telles que la syphilis, le chancre mou, l'infection à chlamydia et la blennorragie, accompagnées d'ulcères génitaux et de suintements dans des proportions approximativement égales, étaient alors très répandues dans la région. Avec la mise à disposition de services associés aux infections sexuellement transmissibles dans tous les établissements de santé, le nombre de patients a d'abord augmenté pour ensuite reculer. Ces mesures de surveillance ont également contribué à une diminution des cas de syphilis. Les données issues de la surveillance sentinelle annuelle de la syphilis assurée auprès des femmes enceintes reçues dans des services de soins prénatals ont montré que sa prévalence était passée de 15 % en 1989 à 2,5 % en 2005¹².

¹² Pour obtenir des informations supplémentaires sur l'évolution de l'épidémie de VIH à Mbeya, se reporter à l'ouvrage de Jordan-Harder B et al. (2004). *Thirteen Years HIV-1 sentinel surveillance and indicators for behaviour change suggest impact of programme activities in south-west Tanzania*, AIDS, 18:287–294.

Riposte multisectorielle au VIH dans la région

1. Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya : historique (1987–2000)¹³

Le Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya a démarré en 1988 dans le cadre du Programme national tanzanien de lutte contre le sida. Dans le contexte des plans nationaux I, II et III à moyen terme de lutte contre le VIH/sida, la région a mis en place un programme reposant en grande partie sur les structures existantes du Ministère de la Santé aux niveaux régional et de district. Les principaux acteurs étaient alors le médecin fonctionnaire régional, le coordonnateur régional de la lutte contre le sida, les médecins fonctionnaires de district, les coordonnateurs de district de la lutte contre le sida et les formateurs de formateurs (un par district). Conformément aux recommandations émises alors, le Programme régional était principalement régi par le secteur de la santé et comprenait quelques activités seulement dans d'autres secteurs, tels que l'éducation et le développement communautaire.

Depuis sa création, le Programme régional bénéficie d'un appui de l'Allemagne, par l'intermédiaire de GTZ et de l'Université de Munich, qui ont fourni de 80 à 90 % des ressources financières et matérielles destinées aux activités liées au VIH et aux infections sexuellement transmissibles entre 1989 et 2000. Le programme régional a également bénéficié d'un partenariat extérieur avec le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni (pour l'appui aux infrastructures de santé et à la formation), avec l'Union européenne, qui s'est chargée d'assurer un approvisionnement ininterrompu en produits pharmaceutiques destinés à traiter les infections sexuellement transmissibles, et avec l'Agence danoise de développement international (DANIDA), qui a fourni son appui au système de transport, indispensable à la supervision des activités entreprises et à d'autres tâches.

Les principales stratégies et activités mises en œuvre dans le cadre du Programme régional au cours de cette période se sont articulées autour :

- de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ;
- de la promotion de la santé en faveur de comportements sexuels à moindre risque, et de la réduction de la discrimination et de la stigmatisation dans l'ensemble de la population et parmi des groupes spécifiques, tels que les jeunes et les professionnel(le)s du sexe ;
- de la promotion de l'usage du préservatif par le marketing social ;
- des services de conseils et de soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH et leur famille ;
- de l'appui aux laboratoires spécialisés dans le dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles ;
- de la promotion et de la mise en place de procédures de sécurité au sein du système de santé, s'agissant notamment de la sécurité transfusionnelle ;
- du suivi des tendances enregistrées en matière d'infections sexuellement transmissibles et de prévalence du VIH dans le cadre de la surveillance sentinelle annuelle ;
- d'actes de sensibilisation à l'égard des décideurs politiques de la région et dans les districts ; et
- de formations, de contrôles et de recherches opérationnelles régulièrement entrepris.

¹³ Pour obtenir un descriptif et une analyse plus détaillés des activités et des structures du Programme entre 1988 et 2000, consulter l'ouvrage de Jordan-Harder B et al. (2000). *Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region*.

Grâce à cette approche exhaustive du secteur de la santé, le Programme régional s'est trouvé en mesure :

- d'étendre les programmes-clés de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles à la presque totalité de la région, soit à près de 2 millions de personnes ;
- de fournir des services liés aux infections sexuellement transmissibles dans 85 % des établissements de santé de la région ;
- de faire reculer la prévalence du VIH parmi les femmes reçues dans les services de soins prénatals de 20 % en 1994 à 15 % en 1999 ;
- de faire reculer la prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes reçues dans les services de soins prénatals de 15 % en 1989 à 4 % en 1999 ;
- de fournir conseil et test à près de 9 000 personnes par an jusqu'en 1999 ;
- de faire progresser l'utilisation du préservatif (en les distribuant gratuitement et en faisant du marketing social) de 10 % par an, permettant ainsi à la région de Mbeya d'afficher le plus fort taux d'utilisation du préservatif en Tanzanie en 1999 ; et
- de proposer des soins à domicile à près de 60 % de tous les patients supposés atteints du sida.

Ces résultats impressionnants démontrent que la lutte contre le VIH a été possible dans une région en grande partie rurale et affichant un fort taux de prévalence et d'incidence du VIH, en mettant systématiquement et continuellement en œuvre les stratégies de prévention et de lutte contre le VIH recommandées alors. Le Programme régional s'est principalement reposé sur les capacités existantes aux niveaux régional et de district et a bénéficié d'un appui constant de la part de ses partenaires extérieurs.

Au moment de la création de la TACAIDS en 2001 et de l'élaboration du Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida en 2003, Mbeya avait déjà jeté les bases destinées à assurer l'efficacité optimale de cette nouvelle approche. Au même moment, de nouvelles structures juridiques ont été établies aux échelons du district et de la communauté – en particulier, des commissions consultatives multisectorielles sur le sida ont été formées en tant que comités permanents agissant sous l'égide des Conseils de district. Si le Programme régional, jusque-là principalement régi par le secteur de la santé, avait par le passé agi de concert avec d'autres secteurs tels que l'éducation et le développement communautaire, il le devait principalement au secteur de la santé. Aujourd'hui, différents secteurs ont été chargés d'élaborer leurs propres approches d'intégration de la question du VIH. De même, et quoique déjà sensibilisés et largement actifs par le passé dans le domaine de la lutte contre le sida, les districts de la région de Mbeya possèdent désormais un rôle politiquement et administrativement codé et détiennent dorénavant la responsabilité officielle de la lutte contre le sida.

Le chapitre 3 expose les nouveaux éléments de l'approche multisectorielle aux échelons du district et de la communauté, ainsi que l'évolution des programmes ayant fait la preuve de leur efficacité.

2. Vers un Programme régional multisectoriel complet (2001–2005)

2.1 Structure et plans organisationnels

Le Programme régional fonctionnait à l'échelon régional¹⁴. Conformément aux réformes gouvernementales locales entreprises en 1997 et en 1999, les régions ont cessé de mettre en œuvre les projets et les programmes, et se sont engagées dans le développement de capacités parmi les autorités gouvernementales locales en fournissant des conseils techniques, en suivant le développement et la coordination, et en créant un climat favorable à la mise à disposition de services au public. En bref, le rôle de la région a changé et est passé du rôle de prestataire de services à celui d'animateur.

2.1.1 Autorité gouvernementale locale, aux échelons du quartier et du village : rôle et fonctionnement des comités de lutte contre le sida

Avant 2003, certains districts participaient déjà largement aux activités de lutte contre le VIH. L'équipe du Conseil de gestion de la santé, en collaboration avec le médecin fonctionnaire de district et le Coordonnateur de district de la lutte contre le sida qui en constituaient les membres principaux, ont joué un rôle majeur dans un certain nombre de districts. Les équipes des Conseils de district et de gestion multisectorielle de district ont débattu de la question du VIH à intervalles réguliers, et leurs membres ont fait l'objet d'une sensibilisation accrue au fil des années. Les comités de soins de santé primaires de district ont également contribué à la riposte au VIH, avec toutefois des capacités et un niveau d'engagement significativement distinct d'un district à l'autre et un fonctionnement irrégulier pour la plupart.

Depuis 2003, les autorités gouvernementales locales font office de points focaux dans l'intensification des programmes de lutte contre le VIH. Afin de mettre en place un mécanisme efficace pour coordonner la riposte multisectorielle au VIH, il a été estimé nécessaire de mettre en place des commissions de lutte contre le sida dans le cadre organisationnel des autorités gouvernementales locales dans les villes, les municipalités, les banlieues, les districts, les quartiers et les villages « Mtaa » et les « Kitongoji ». En janvier 2003, sur instruction du Bureau du Président de l'Administration régionale et du Gouvernement local, la représentation et le rôle de ces commissions, aux différents niveaux concernés, ont été définis.

A l'échelon du district

En 2003 et 2004, les commissions consultatives multisectorielles sur le sida ont été mises en place en tant que quatrième comité permanent¹⁵ dans chaque Conseil de district à travers la Tanzanie¹⁶. Ces nouvelles commissions sont des éléments moteurs pour le district et la riposte communautaire au VIH, étant donné leur proximité avec les communautés et leur aptitude à s'adapter aux conditions locales.

Les membres des commissions consultatives multisectorielles sur le sida comprennent :

- Un Président : l'honorable président adjoint du Conseil ou le maire ;
- Un Secrétaire : le directeur exécutif du Conseil ;
- Deux membres du parlement désignés au niveau du Conseil ; et
- Deux conseillers de quartier désignés (un homme et une femme).

¹⁴ Pour obtenir une analyse détaillée du rôle alors dévolu au Programme de lutte contre le sida de Mbeya aux niveaux régional et de district, se reporter au document « *Hope for Tanzania* », p. 29.

¹⁵ Les autres comités permanents sont ceux des finances, de l'administration et de la planification, de la santé, de l'éducation et de l'approvisionnement en eau, des ressources naturelles et de l'environnement.

¹⁶ Pour plus de détails sur la structure de l'organisation du district, se reporter au tableau fourni en Annexe 1.

Membres cooptés :

- Un président du Conseil de lutte contre le VIH ;
- Deux représentants de la jeunesse (un garçon et une fille) ;
- Deux représentants de la communauté religieuse (un musulman et un chrétien) ;
- Deux représentants des personnes vivant avec le VIH (un homme et une femme) ;
- Un représentant d'une organisation non gouvernementale intervenant dans le cadre de la riposte au VIH ; et
- Cinq représentants d'autres secteurs concernés (éducation, santé, aide sociale, planification et développement communautaire).

Les rôles et les fonctions-clés des commissions consultatives multisectorielles sur le sida consistent à :

- Superviser la formation des comités de lutte contre le sida à tous les niveaux (quartier, village, etc.) ;
- Accroître la sensibilisation au VIH dans les communautés et auprès des individus;
- Evaluer et comprendre la situation en matière de VIH dans le district : nombre de personnes affectées (malades, orphelins, veufs), incidence et facteurs particuliers contribuant à la propagation du VIH ;
- Fournir des conseils sur les règlements intérieurs et les politiques en ce qui concerne l'élaboration de programmes liés au VIH ;
- Evaluer la capacité et les motivations des différents intervenants, s'agissant notamment des organisations non gouvernementales, confessionnelles, communautaires, gouvernementales et internationales.

À partir de ces évaluations, les commissions consultatives multisectorielles sur le sida sont chargées de veiller à ce que les Conseils de district élaborent des plans complets intégrant des actions de prévention, d'atténuation de l'impact du VIH et des services de soins¹⁷ impliquant les différents intervenants concernés, et de s'assurer que les communautés coordonnent et surveillent la mise en œuvre de ces plans. Ces plans complets doivent faire partie intégrante du Plan de développement de district.

Quoique déjà impliqués au niveau de quelques districts au moins, les Conseils de district se voient dorénavant confiées de nouvelles responsabilités au gré de cette réorientation. À l'exception du Coordonnateur de district de la lutte contre le sida, et dans certains cas, des formateurs de formateurs chargés d'intervenir dans le district, les capacités développées à l'échelon du district dans le cadre spécifique de la lutte contre le VIH restaient faibles jusque-là. En conséquence, le renforcement des capacités au niveau du district constituait le principal défi à relever. Avec l'appui de GTZ et de l'Université de Heidelberg, la TACAIDS a élaboré et organisé un programme national de formation de grande envergure pour les membres des commissions consultatives multisectorielles sur le sida et les autorités régionales¹⁸. Comme dans tous les autres districts de Tanzanie, les intervenants de la région de Mbeya ont participé à cette formation en 2004 et 2005.

Auparavant, les Conseils de district ne bénéficiaient que de fonds limités pour financer les activités de lutte contre le VIH. Faute de dotations budgétisées, les réunions étaient elles-mêmes sporadiques. Au cours de l'exercice fiscal 2006-2007, le Ministère des Finances dotera les districts de près de TSH 330 (soit US\$ 0,25) par habitant pour la lutte contre le sida. Le montant des fonds affectés à chaque district variera de l'un à l'autre en fonction de critères établis tels que l'indice de pauvreté et la densité

¹⁷ La mise à disposition de traitements antirétroviraux est organisée et mise en œuvre à l'échelon national. Les districts n'établissent pas leurs propres objectifs et ne sont pas non plus chargés de définir les sites au sein desquels seront dispensés les traitements en question.

¹⁸ Les modules de formation, élaborés avec le concours d'EVAPLAN de l'Université de Heidelberg en Allemagne, se concentrent sur la sensibilisation, sur les données fondamentales associées au VIH et au sida, sur les facteurs socioculturels de l'épidémie, sur la gestion participative et sur la communication efficace.

de population. Des fonds complémentaires seront alloués par le Fonds communautaire pour la riposte au sida pour soutenir les organisations de la société civile (voir le paragraphe ci-dessous intitulé « A l'échelon communautaire »). Pour la première fois, les districts et les communautés bénéficieront de fonds importants pour lutter contre le VIH.

Les nouveaux Conseils de district ont entamé leurs activités en 2004 et 2005, à mesure qu'ils ont été constitués et formés. En août 2005, la TACAIDS a confié à leurs formateurs la responsabilité de conduire une première évaluation du travail effectué en procédant à une visite de suivi axée sur les résultats obtenus et les atouts en présence, ainsi que sur les lacunes et sur les défis qui demeuraient. L'ensemble des commissions consultatives multisectorielles sur le sida du pays ont fait l'objet d'une visite. Les principales conclusions de cette évaluation ont contribué à établir que

- Les directives générales, s'agissant notamment des formalités d'adhésion, de la régularité des réunions, des comptes-rendus de réunions, etc. avaient été respectées par la plupart des commissions et que la contribution de chacune était satisfaisante, exception faite de celle des membres du Parlement ;
- Les rôles des membres des commissions avaient été clairement définis ;
- Leurs membres avaient participé à une évaluation des organisations de la société civile organisée par l'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional (voir le paragraphe ci-dessous intitulé « A l'échelon communautaire ») ;
- La plupart des commissions avaient veillé à ce que la question du VIH soit intégrée aux Plans de développement du Conseil¹⁹ ;
- Les commissions n'étaient pas en mesure de fournir des informations rétrospectives, voire d'autres données sur le fonctionnement des comités de quartier et de village. Faute de fonds disponibles dans les budgets des Conseils de district pour 2005-2006, le renforcement des capacités ou la formation n'avaient pas été systématiquement entrepris à l'échelon du quartier ou du village. Néanmoins, la formation avait apparemment été intégrée au budget 2006-2007 pour la plupart des quartiers et des villages.

Lors d'un atelier national organisé en août 2005 et dans le cadre duquel les conclusions de cette évaluation ont été débattues, les commissions consultatives multisectorielles sur le sida ont été vivement critiquées en raison de leur lenteur et de leur inclinaison à banaliser le « dossier du VIH », mais également en raison de leur manque d'autorité et de dynamisme. Le désintérêt presque systématique affiché par les membres du Parlement a été cité comme un exemple-clé du manque de responsabilisation en la matière. Cette critique peut aussi s'appliquer aux commissions de Mbeya, les membres du Parlement de la région ayant jusque-là négligé de participer aux réunions courantes. Néanmoins, puisqu'il n'existe pas d'évaluation nationale comparative des résultats, on ne sait pas si les commissions consultatives multisectorielles sur le sida intervenant à Mbeya sont plus ou moins efficaces que dans les autres régions.

L'une des principales activités des commissions consiste à élaborer un plan d'action intégré de lutte contre le VIH dans le district. La TACAIDS a fourni un certain nombre de directives générales sur les activités de planification mais aucune recommandation quant au(x) programme(s) essentiel(s) susceptible(s) d'être développé(s) par les districts²⁰. L'expérience passée du Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya et l'action de GTZ en tant qu'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional (voir le paragraphe ci-dessous intitulé « Coordination, soutien et supervision au niveau régional ») ont permis à cette dernière d'organiser un atelier de deux jours en présence de l'ensemble des commissions et des autres organisations de la région, sur la façon d'intégrer des programmes essentiels et efficaces aux plans d'action.

¹⁹ Aucun Plan de développement du Conseil, où figure la question du VIH, n'a pu être étudié ou faire l'objet d'une documentation, étant donné que les Plans étaient en cours d'examen (en mai 2006) par les comités budgétaire et technique.

²⁰ La TACAIDS se charge actuellement d'établir la nature de cet ensemble de programmes-clés et sera vraisemblablement en mesure de renseigner les districts quant à leur planification dans le cadre de l'exercice budgétaire 2007-2008.

L'analyse critique des paramètres strictement associés à la lutte contre le VIH des plans de développement de district véhiculera des informations complémentaires quant aux capacités des commissions consultatives multisectorielles sur le sida à conduire l'action locale. Une ultime évaluation consistera enfin à déterminer la capacité de ces commissions à évoluer de la planification à la mise en œuvre des activités pressenties, à les promouvoir et à en assurer la qualité, à atteindre davantage de personnes et à intensifier les mesures de prévention, de soins et d'atténuation de l'impact au-delà des structures et réseaux existants. Toutefois, ainsi que l'a démontré l'expérience du Programme régional de lutte contre le sida dans les années 1988–2000, un certain nombre d'années seront vraisemblablement nécessaires pour qu'une capacité suffisante soit mise en place au niveau local, et pour démontrer que les commissions consultatives multisectorielles sur le sida sont à la hauteur des attentes placées dans leur création.

A l'échelon du quartier et du village

Qu'il s'agisse de leur structure ou de leurs fonctions, les commissions consultatives de quartier et de village se conforment à celles des commissions de district. Quoique officiellement présentes dans la région de Mbeya, la plupart de ces commissions demeurent cependant inopérantes, faute d'avoir reçu la formation et les directives nécessaires en la matière. Certaines commissions de quartier, s'agissant notamment de celle de la ville de Mbeya, ont participé à des activités de sensibilisation et apportent un soutien aux personnes vivant avec le VIH.

A l'échelon communautaire : organisations de la société civile

A l'échelon communautaire, on attend des organisations de la société civile qu'elles soient les principaux moteurs et « éléments fédérateurs » de la sensibilisation et de la mobilisation communautaires. Les avantages majeurs de ces organisations populaires résident dans leur proximité à l'égard de la communauté. Elles connaissent bien les populations ; par leur intermédiaire, les soins et le soutien à la fois aux personnes vivant avec le VIH et aux enfants rendus orphelins par le sida sont susceptibles d'atteindre les plus nécessiteux. Dans le même temps, ce soutien étant dorénavant accessible à la communauté, de plus en plus de personnes vivant avec le VIH admettent leur séropositivité. De la sorte, un dialogue sur le VIH peut être entamé et un recul graduel de la stigmatisation apparaît plus vraisemblable, avec pour effet de faire accepter à davantage de personnes les services de soins et de traitement.

Grâce à l'appui de la Banque mondiale, la TACAIDS a pu disposer d'un fonds communautaire de lutte contre le sida par l'intermédiaire duquel les initiatives des organisations de la société civile et les initiatives communautaires ont pu être financées. Quoique essentiels à la lutte contre le VIH, ces groupes n'en manifestent pas moins des lacunes sur le plan des connaissances techniques nécessaires à la prévention du VIH et sur la manière d'encourager des pratiques comportementales à moindre risque dans la communauté. Nombreux sont en outre ceux qui ont suspendu leurs actions en matière de prévention et de soins à l'obtention de subventions. Une évaluation critique des capacités et du potentiel des organisations de la société civile s'est donc révélée nécessaire. La TACAIDS et GTZ ont alors collaboré à la réalisation d'une cartographie de la société civile et à l'élaboration d'un outil d'évaluation des capacités pour pouvoir analyser le potentiel de ces groupes et fournir aussi souvent que nécessaire un appui au renforcement des capacités.

Dans chaque région, un Organisme chargé de la facilitation s'est vu confiée la responsabilité de diriger cette évaluation, de concert avec les membres des commissions consultatives et des organisations de la société civile. L'implication immédiate de représentants des gouvernements locaux et de la société civile a favorisé la formation de partenariats entre ces deux intervenants. Dans chacun des districts de la région de Mbeya, les données rassemblées ont permis de désigner trois à huit organisations de la société civile parmi les plus entreprenantes auxquelles fournir un appui dans le but de renforcer leurs capacités. Au nombre de ces organisations, seul un tiers possédait une expérience des activités liées au VIH. Certaines faisaient partie d'organisations nationales ou internationales ou de réseaux d'organisations non gouvernementales. Au cours de la première année d'évaluation, le critère d'aptitude privilégié a conduit l'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional à limiter son choix aux organisations de grande envergure.

Dans chaque district, toutes les organisations sélectionnées, assistées et contrôlées par l'Organisation chargée de la facilitation au niveau régional, ont développé des propositions que la TACAIDS a avalisées et qu'elle a doté de subventions. La plupart des organisations de la société civile concentrent leurs activités soit sur la prévention du VIH – par l'intermédiaire de la communication et de l'éducation dispensées en particulier auprès des jeunes déscolarisés – soit sur une assistance prodiguée à domicile aux personnes et aux familles infectées et affectées par le VIH, notamment dans le cadre de micro-projets destinés à répondre aux besoins essentiels des enfants rendus orphelins et des personnes ayant perdu un conjoint. Certaines organisations de la société civile plus importantes ont été également chargées de faire office de tutelle pour les groupes de plus petite taille, et de les former.

Organisations communautaires dans la région de Mbeya : deux exemples

Upendo (qui signifie « amour » en swahili) dans le district de Rungwe, est une organisation prenant en charge des enfants rendus orphelins et des personnes vivant avec le VIH. Au terme d'une brève formation sur les approches communautaires en matière de soutien aux enfants rendus orphelins, mise au point par le Ministère tanzanien des Affaires sociales, le groupe a encouragé la communauté à venir en aide aux enfants rendus orphelins, aux personnes ayant perdu un conjoint et aux personnes vivant avec le VIH. Dans chaque village de la zone couverte, des comptes bancaires ont été ouverts et la communauté se charge désormais de leur fournir un appui, avec un minimum d'aide extérieure. Ce projet montre que les groupes communautaires peuvent être très utiles, s'agissant de lancer des mesures d'entraide.

SHDEPHA+ (groupe tanzanien d'encadrement constitué de personnes vivant avec le VIH) a des antennes dans la plupart des districts de la Tanzanie. L'antenne du district de Mbarali s'investit activement dans les soins prodigués à domicile dans différents villages. Le groupe débat d'abord avec les villageois de l'importance de fournir un soutien aux personnes vivant avec le VIH, dispense une formation à certains d'entre eux et fournit des trousseaux de soins à domicile. Le groupe se charge en outre de fournir des informations sur le VIH aux membres de la communauté. Les données issues d'une enquête ont montré que les communautés étaient très satisfaites des informations et de l'appui fournis et qu'elles appréciaient grandement le travail réalisé par ces groupes.

Coordination, soutien et supervision au niveau régional

Missions conduites à l'échelon non gouvernemental

- **Organisme chargé de la facilitation au niveau régional**

L'innovation majeure et la plus intéressante au niveau régional est la création des organismes chargés de la facilitation au niveau régional, mandatés par la TACAIDS et financés par le Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida en Afrique (PPS) de la Banque mondiale. Ces organismes, dirigés indifféremment par des Tanzaniens ou des intervenants étrangers, travaillent sous l'égide de la TACAIDS et collaborent à l'intensification des activités de district et communautaires, comme indiqué par le Major Général Lupogo, retraité de la TACAIDS, lors d'un atelier organisé en novembre 2005 en présence de représentants des organismes en question :

Nous devons collaborer avec les responsables régionaux pour atteindre avec efficacité les districts et les communautés. Les organismes chargés de la facilitation au niveau régional ont été spécifiquement créés de manière à constituer des antennes de la TACAIDS. Ces organismes constituent les bras, les yeux et les oreilles de la TACAIDS dans la mise en œuvre d'une coordination dynamique entre les régions, les districts et les communautés, et dans le renforcement des capacités des organisations de la société civile à intervenir dans les communautés. Nous sommes certains que le rôle et les responsabilités de ces organismes apporteront non seulement une nouvelle dynamique et de nouvelles énergies aux initiatives multisectorielles, mais qu'elles fourniront également les moyens de mettre rapidement au point des interventions communautaires adaptées par le biais de partenariats des secteurs public et privé au niveau communautaire²¹.

²¹ TACAIDS (2005). *Proceedings of the Lessons Learnt Workshop for Regional Facilitating Agencies*, novembre 2005.

Les organismes chargés de la facilitation au niveau régional sont chargés :

- de procéder à une cartographie de la société civile ;
- de recevoir les propositions des organisations de la société civile, de les examiner et de fournir des conseils ;
- d'assurer le décaissement des fonds, la responsabilisation des différents intervenants, et d'effectuer un contrôle régulier des comptes du Fonds communautaire de lutte contre le sida ;
- de fournir un appui technique de qualité aux organisations de mise en œuvre des activités pressenties ; et
- de contribuer au renforcement des capacités des autorités gouvernementales locales, des commissions consultatives multisectorielles sur le sida et des organisations de la société civile.

La sélection des organismes chargés de la facilitation au niveau régional s'est faite par un processus d'appel d'offre concurrentielle. GTZ, à qui cette tâche avait été confiée de facto entre 1988 et 2002, a obtenu le contrat pour Mbeya (et Rukwa²²). Créé en 2005 dans la région de Mbeya, il s'est révélé pleinement opérationnel en février 2006. Il est composé d'un chef d'équipe, d'un médecin fonctionnaire ayant une expérience en santé publique, d'un spécialiste en sciences sociales, d'un comptable et d'un personnel d'appui (secrétaire, chauffeur, etc.). Le contrat initial court sur une durée de trois ans.

Le travail de chaque organisme chargé de la facilitation au niveau régional est évalué par rapport au nombre d'organismes de mise en œuvre formés et au nombre de demandes de subvention approuvées proportionnellement au pourcentage de candidatures reçues. Les données issues de l'évaluation conduite en août 2005 auprès des organisations de la société civile indiquent la satisfaction des autorités gouvernementales locales, des commissions consultatives multisectorielles sur le sida, et de l'ensemble des organisations de la société civile quant aux actions entreprises par l'Organisme chargé de la facilitation dans la région.

La cartographie de la société civile, le renforcement des capacités (y compris l'élaboration de propositions) et l'assistance nécessaire ont abouti dans les temps, et les propositions des organisations de la société civile ont été examinées puis transmises à la TACAIDS. Dans la région de Mbeya, 49 propositions (28 émises par des organisations non gouvernementales, 18 par des organisations confessionnelles, et 3 par des organisations communautaires) ont abouti, pour un coût total supérieur à TSH 250 000. Les 49 propositions ont obtenu un financement. L'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional a en outre fourni un appui à la planification des activités des huit commissions consultatives multisectorielles sur le sida de Mbeya.

Missions gouvernementales

L'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional ne fait pas partie de la structure gouvernementale tanzanienne au niveau régional. Quoique privés d'une faible partie de leur autorité et de leur influence depuis les réformes gouvernementales locales de 1997 et 1999, les régions ont néanmoins conservé d'importantes responsabilités s'agissant de l'appui fourni et du contrôle exercé auprès des autorités gouvernementales locales.

- **Le Commissaire régional**

En sa qualité de représentant principal du gouvernement dans la région, le commissaire régional assure et coordonne les services d'appui au développement et ministériels des autorités locales et des organisations présentes dans la région. Par l'intermédiaire du secrétariat régional, le commissaire régional fournit des directives politiques et un appui technique aux autorités locales, facilite la coordination entre les secteurs privé et public, supervise et surveille l'exécution des activités, et favorise un environnement permettant à tous les acteurs de la région d'agir efficacement.

²² Chaque organisme chargé de la facilitation au niveau régional a la charge de deux régions (à l'exception de Dar es Salaam).

- **Le Secrétaire administratif régional**

Le secrétaire administratif régional est le chef du secrétariat régional et le conseiller principal du commissaire régional en ce qui concerne l'exécution de tous les services d'appui et de développement des autorités locales et des organisations locales présentes dans la région.

- **Le Sous-secrétaire administratif régional responsable de groupe**

Le Sous-secrétaire administratif assiste et coordonne les activités de renforcement des capacités auprès des autorités gouvernementales locales et fournit leadership et appui au renforcement des capacités de chaque groupe ; dans le cas précis de la lutte contre le VIH, le groupe en charge des affaires sociales.

- **Le Secrétariat régional**

Le Secrétariat régional est le représentant du gouvernement central au sein de la région. Il possède des ressources techniques polyvalentes susceptibles de contribuer à l'appui des initiatives de développement local et d'assurer une coordination entre gouvernement central et gouvernement local. Le Secrétariat aide les autorités gouvernementales locales de la région à assumer leurs responsabilités et supervise leurs activités, les soutient et les contrôle, de même que celles des commissions consultatives multisectorielles sur le sida. Cette fonction est tenue d'intégrer l'appui régulièrement fourni aux districts, de sorte que la supervision et le soutien soient conduits de concert avec les activités et les réunions régionales courantes. Il n'existe pas de comités consultatifs ni de structures ou de budget séparés pour le soutien à la lutte contre le VIH. Toutefois, un coordonnateur a été nommé pour superviser les activités de lutte contre le VIH dans les districts et pour coordonner le soutien à l'échelon régional.

L'organisme chargé de la facilitation au niveau régional prête également son concours au Secrétariat régional pour renforcer ses capacités. Cet élément est particulièrement important, sachant que hormis au sein du secteur de la santé, la plupart des membres du personnel du Secrétariat régional ne possèdent qu'une expérience limitée dans le domaine de la lutte contre le VIH. Pour renforcer les capacités, l'organisme chargé de la facilitation au niveau régional travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur désigné et les membres-clés du Secrétariat régional, tels que le responsable des affaires sociales en charge de l'appui prodigué aux enfants rendus orphelins. Ces personnes font l'objet d'une formation, d'une supervision et d'un suivi.

2.1.2 Rôle et contribution des partenaires extérieurs

Le gouvernement allemand

Depuis septembre 1989, le gouvernement allemand n'a jamais cessé de soutenir les activités de lutte contre le VIH conduites dans la région de Mbeya. Depuis 2002, cet appui est fourni dans le cadre du *Tanzanian-German Programme to Support Health* (TGPSH). Outre les éléments spécifiquement liés au VIH, d'autres composantes telles que la santé reproductive et sexuelle, et le financement d'une gestion de qualité de la santé complètent cette approche et en assurent la synergie²³. Le TGPSH conseille et soutient également la politique et l'élaboration de stratégies nationales en validant les expériences conduites dans les régions.

Le concours de l'Allemagne au Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya a été crucial et ce pour deux raisons :

1. Appui financier. Jusqu'en 2002, date à partir de laquelle les mécanismes mondiaux de financement ont permis d'allouer des subventions et des ressources majeures aux activités de lutte contre le VIH conduites au niveau des districts et des régions, l'Allemagne fournissait à elle seule 80 à 90 % des ressources disponibles dans la région. La contribution nationale se limitait alors au financement des postes de quelques personnes qualifiées, à la mise à disposition d'un immeuble susceptible d'accueillir les bureaux du projet développé, et au soutien financier occasionnel (souvent incertain) accordé par le Programme national de lutte

²³ Le TGPSH fournit également un appui aux régions de Tanga, Lindi et Mtwara par une approche similaire, en appliquant les enseignements tirés des activités entreprises à Mbeya.

contre le sida et le Ministère de la Santé. Depuis 2002, les fonds, qui s'élèvent à près de US\$ 250 000 par an, sont acheminés par l'intermédiaire du TGPSH et ont financé le poste du coordonnateur local, les activités de programmes spéciaux, la formation, le suivi, le soutien et l'encadrement, l'élaboration et l'application d'approches innovantes, les matériels de promotion de la santé, et une assistance complémentaire au projet (s'agissant notamment de secrétaires, de chauffeurs, d'agents de nettoyage, de véhicules).

2. Conseils techniques et qualités de gestionnaire. De 1989 à 1998, la région de Mbeya a bénéficié de la présence ininterrompue d'un coordonnateur allemand impliqué dans tous les aspects de la lutte contre le VIH. Cette longue contribution d'experts allemands constitue une part essentielle de l'appui fourni et a guidé les partenaires régionaux dans la résolution des problèmes rencontrés et dans le respect de standards établis, s'agissant de procédures techniques, financières et administratives. En 1998, un coordonnateur national a été nommé, assisté alors du coordonnateur allemand.

Depuis fin 2002, le Programme régional est entièrement coordonné par l'équipe nationale régionale. Un soutien est apporté par le personnel du TGPSH trois fois par an et sur une période d'une semaine.

Appui d'autres partenaires

1987–2001

Depuis sa création et jusqu'en 2001, le Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya a également bénéficié d'un appui direct et indirect de la part d'autres partenaires. Le *UK Overseas Development Institute* et le Département pour le développement international (DFID) du Royaume-Uni ont contribué à la maintenance et à la reconstruction de nombreux établissements de santé périphériques, à la formation de leur personnel et à d'importantes activités dans le domaine de la famille et de la santé reproductive. L'Agence danoise de développement international (DANIDA) a prêté son concours au secteur national des transports, un secteur-clé. L'Union européenne a financé l'approvisionnement en produits pharmaceutiques destinés au traitement des infections sexuellement transmissibles dans le cadre du Projet national sur les infections sexuellement transmissibles. D'autres organisations et d'autres intervenants tels que l'UNICEF et des groupes de bénévoles, sont intervenus dans le domaine de l'éducation à la santé, des services sociaux et ont contribué à développer les infrastructures, tout un ensemble d'éléments ayant contribué aux activités de lutte contre le VIH. Au moment de la rédaction du présent document (2006), tous les donateurs étrangers avaient rempli leur mission d'appui à la région.

2001–2006

Avec une disponibilité accrue de fonds à l'échelle mondiale, davantage de partenaires participent au Programme régional depuis 2001.

L'Université de Munich a lancé un programme de recherche scientifique de base ainsi que des travaux de recherche opérationnelle associés, portant principalement sur les employé(e)s de bar, parmi lequel(le)s nombreux(ses) sont ceux(elles) particulièrement exposé(e)s au risque de contamination par le VIH (voir l'encadré situé au chapitre 2.2).

La Fondation *Walter Reed* collabore d'ores et déjà au projet de recherche de l'Université de Munich et à une étude de candidats vaccins dans la région, et elle est désormais l'un des responsables de la mise en œuvre du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des Etats-Unis (PEPFAR) dans le cadre du Programme de soins associés au VIH pour les *Southern Highlands*. L'objectif principal de la Fondation est de fournir une assistance à la mise à disposition de traitements antirétroviraux par le biais de subventions et d'un appui technique. Certaines activités de prévention du VIH, quoique dépourvues d'un appui technique, sont également soutenues par la Fondation.

La région a également bénéficié de fonds versés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme afin de financer des activités de lutte contre la tuberculose, les services de conseil et test volontaires, et la mise à disposition de traitements antirétroviraux dans les huit districts que compte la région.

Axios International, mis en place par *Abbot Laboratories*, subventionne le conseil et test volontaires et les soins prodigués aux enfants rendus orphelins dans deux districts de la région de Mbeya ainsi que des activités de prévention de la transmission mère-enfant dans un de ces districts.

L'organisation non gouvernementale internationale « *Students' Partnership Worldwide* » prête son concours aux activités d'éducation à la prévention de la transmission du VIH dans les écoles secondaires de deux districts.

Deux éléments caractérisent donc la coopération extérieure au Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya : la présence continue d'un partenaire de premier plan (le gouvernement allemand) au cours des 15 premières années en particulier et plus récemment, le développement d'un réseau de partenaires. Malgré l'absence de structure formelle susceptible de rassembler l'ensemble de ces partenaires dans l'examen des activités et des projets à entreprendre, des relations de travail harmonieuses ont néanmoins été tissées au fil des années et les différents acteurs régionaux et extérieurs sont désormais familiers les uns des autres, partagent des informations et collaborent dans l'intérêt de la région. Depuis dix ans, l'engagement des partenaires extérieurs et les orientations qu'ils donnent sur les directives et les stratégies nationales à suivre constituent un élément phare du Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya.

2.2 Intensification de la prévention, du traitement et de l'atténuation de l'impact du sida

Les pages qui suivent mettent en relief les programmes et les stratégies-clés de prévention mises en œuvre à Mbeya. L'élaboration et l'application de plusieurs de ces stratégies remontent à plusieurs années²⁴. D'autres – s'agissant par exemple des programmes de prévention de la transmission mère-enfant et des programmes développés sur le lieu de travail – ont été élaborées et lancées au cours des dernières années pour compléter les programmes existants. Toutes sont conformes aux stratégies recommandées aux échelons national et international visant à réduire la transmission du VIH et intègrent le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida²⁵. On se focalise ici sur l'étalement de la couverture et sur l'élargissement de l'accès afin d'être en mesure de destiner l'ensemble des programmes et services-clés à davantage de personnes encore. Tous les programmes et services suivent les directives et les recommandations techniques nationales. Il est évidemment nécessaire de mener un débat technique en permanence sur les questions concernant, par exemple, la façon d'élargir au maximum l'accès au test volontaire ou de maintenir et de motiver les éducateurs pour les pairs. Des examens à l'échelle nationale et régionale seront prochainement conduits pour évaluer la qualité ainsi que la couverture des programmes et des services.

Prévention

- **Lutte contre les infections sexuellement transmissibles**

La lutte contre les infections sexuellement transmissibles, dont la plupart sont soignables et curables, est l'une des actions les plus efficaces pour réduire la transmission du VIH. A Mbeya, les programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles s'articulent autour de deux activités différentes : (i) le dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes reçues dans les services de soins prénatals et, si possible, parmi leurs partenaires, et la mise à disposition d'un traitement lorsque nécessaire, et (ii) la prise en charge des infections sexuellement transmissibles par une approche syndromique comprenant la promotion de comportements sexuels à moindre risque. La promotion de la santé au niveau de la communauté consiste à fournir des informations et à dispenser une éducation sur les signes et les symptômes des infections sexuellement transmissibles et à favoriser la compréhension des avantages d'un traitement précoce, de manière à ce que les personnes sollicitent plus rapidement les soins de santé nécessaires.

²⁴ Certaines stratégies sont détaillées dans « *Hope for Tanzania, Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region* », Part I and II. Les données afférentes aux activités mentionnées dans les différents tableaux du présent chapitre sont issues des Rapports annuels du Coordonnateur régional de la lutte contre le sida et de la publication « *Hope for Tanzania* ».

²⁵ Voir discussion plus avant dans le présent document.

● **Dépistage de la syphilis parmi les femmes enceintes**

On estime que 98 % des femmes enceintes de la région fréquentent les services de soins prénatals au moins une fois pendant leur grossesse. En 1989, dans le cadre du Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya, il a été décidé d'appliquer la politique nationale de dépistage systématique de la syphilis parmi les femmes enceintes reçues dans les services de soins prénatals. Les établissements de santé ont été dotés du matériel nécessaire, et les assistants de laboratoire ont été formés au test de dépistage de la syphilis. En un premier temps, le choix s'est porté sur les établissements de santé des circonscriptions importantes dont les services de soins prénatals enregistraient un taux de fréquentation élevé, et les dispensaires alentour ont été informés du développement de ces services, de telle sorte que leurs patientes y soient adressées. En 2005, le dépistage de la syphilis était systématique dans 77 établissements de santé de la région. Les données recueillies montrent ainsi que la prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes reçues dans les services de soins prénatals est passée de 15 % en 1989 à 4 % en 1999, puis à 2,5 % en 2005.

● **Prise en charge des cas d'infections sexuellement transmissibles**

En 1993, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles a été mise en place dans les services de soins ambulatoires de l'ensemble des hôpitaux. Matériels, équipements nécessaires, formation et médicaments ont été fournis, et un système de gestion de l'approvisionnement et de contrôle des médicaments a été établi. Depuis, de tels mécanismes ont été étendus aux établissements de santé de district, et le personnel médical y suit une formation à la prise en charge des cas syndromiques. Le diagnostic des infections sexuellement transmissibles est également généralement intégré aux services de planification familiale et de soins prénatals. Une assistance est régulièrement fournie au personnel en formation. La prise en charge des cas d'infections sexuellement transmissibles s'est continuellement étendue et concerne désormais la presque totalité des établissements de santé de la région, publics ou privés, y compris les structures d'organismes bénévoles.

La promotion et la distribution de préservatifs, ainsi que la recherche de contacts auprès de partenaires, font partie de ces services. La supervision et les enquêtes régulières contribuent à garantir la qualité des services fournis. Depuis 1997, la mise à disposition des médicaments nécessaires relève du Programme national, par l'intermédiaire de l'Union européenne au départ, puis plus récemment par celui du Japon.

Nombre d'établissements de santé disposant de services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et nombre de patients reçus

Année	Nombre d'établissements de santé dotés de services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	Pourcentage d'établissements de santé dotés de services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles	Nombre de patients atteints d'infections sexuellement transmissibles (contactés/traités)
1993	6	NA	NA
1995	15	NA	22 782
1999	201	201/237 85 %	79 000
2002	295	295/335 88 %	64 178
2005	311	311/340 91 %	34 313

● **Promotion et distribution de préservatifs**

Depuis le départ, la priorité du Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya a été de mettre à disposition des préservatifs masculins de bonne qualité et à prix abordable. Dans la région, la distribution gratuite de préservatifs par le biais du marketing social s'est faite en sensibilisant les communautés et les personnes à l'usage correct et constant de ces préservatifs.

Le projet de distribution de préservatifs, conduit par l'organisation non gouvernementale internationale *Population Services International* (PSI), financé par les Etats-Unis, les Pays-Bas et plus récemment

par l'Allemagne, a démarré en 1995. Depuis, et malgré des variations dues à des problèmes de logistique, de changements de prix et de marques, la disponibilité globale des préservatifs n'a cessé de croître dans la région, plaçant la région de Mbeya au premier rang des ventes de préservatifs (après Dar es Salaam) dans le pays. Aujourd'hui, il existe plus de 5 000 points de vente de préservatifs dans la région, et ce même dans les zones rurales les plus reculées. La promotion et la distribution de préservatifs est une activité permanente et intégrée à toutes les activités de promotion et d'éducation en matière de santé.

Nombre de préservatifs vendus ou distribués dans le cadre du projet de marketing social

Année	Nombre de préservatifs vendus dans le cadre du projet de marketing social	Nombre de préservatifs distribués	Nombre total de préservatifs vendus et distribués*
1995	1 118 592	1 422 871	2 541 463
1999	1 891 008	361 700	2 252 708
2002	2 484 288	919 560	3 403 848
2003	3 113 280	1 947 634	5 060 914
2004	3 817 152	1 857 494	5 674 646
2005	3 532 032**	1 243 809***	4 766 831****

* Ces chiffres n'incluent pas la vente de préservatifs par des pharmacies privées ou des points de vente ne faisant pas partie du projet de marketing social.

** En raison d'un changement dans le système de distribution et d'enregistrement des préservatifs fournis dans le cadre du projet de marketing social, on estime ne pas être en possession de l'ensemble des chiffres pour l'année 2005.

*** Les préservatifs n'ont pas été disponibles pendant six mois.

**** L'estimation globale fournie pour l'année 2005 a été établie en l'absence de l'ensemble des données y afférentes.

● **Conseil et test volontaires**

Dès 1992, des services de conseil spécifiquement destinés à assurer le dépistage du VIH ont été mis en place au sein de l'Hôpital central de Mbeya. En 1995, tous les hôpitaux du district disposaient de services de conseil dotés de conseillers formés à l'accompagnement psychosocial. Cette prestation est maintenant disponible dans 114 établissements de santé, y compris les dispensaires ; et les services de conseil et test volontaires sont désormais largement disponibles dans les zones rurales également. Le nombre total de conseillers formés dans la région s'élève, lui, à 234. Selon une observation effectuée au niveau local, depuis la mise à disposition de traitements antirétroviraux en 2004 dans la région, la demande de conseil et test a considérablement augmenté. Des capacités complémentaires sont nécessaires, non seulement s'agissant de prodiguer un traitement antirétroviral aux personnes répondant aux critères définis, mais également pour conseiller toutes les personnes souhaitant connaître leur statut vis-à-vis du VIH.

Nombre d'établissements de santé disposant de services de conseil, nombre de conseillers formés et nombre de personnes ayant subi un test de dépistage du VIH

Année	Nombre d'établissements de santé disposant de services de conseil	Nombre de conseillers formés et actifs	Nombre de personnes fréquentant les services de conseil*
2002	55	132	23 297
2003	67	145	27 868
2004	67	145	39 034
2005	114	234	42 041

* Ce chiffre comprend les personnes fréquentant les services de conseil et test volontaires, les personnes y étant adressées pour subir un test de dépistage dans le cadre d'un diagnostic, et les femmes dépistées dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant.

- **Prévention de la transmission mère-enfant**

Avant la mise à disposition de traitements antirétroviraux dans la région, des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH ont été mis en place et élargis par la suite en « PTME Plus », associant prévention de la transmission à l'enfant et traitement à long terme des parents et frères et sœurs infectés. Cet élément de projet a démarré en 2002 avec le soutien du gouvernement allemand et les conseils techniques de l'Institut tropical de l'Université de Berlin. Sa mise en œuvre a démarré dans deux districts : Mbeya et Mbozi.

En 2005, la région était parvenue à étendre ces services à tous ses districts. Le nombre total de lieux disposant de ces services est passé de 4 au départ à 27 aujourd'hui. Un soutien complémentaire a été fourni par le Ministère de la Santé, l'UNICEF, Axios International et la Fondation *Walter Reed*. Chacun des huit districts concernés compte au moins un lieu doté de ces services.

Les réalisations majeures du programme PTME Plus sont les suivantes :

- Entre avril 2002 et décembre 2005, 19 101 femmes enceintes ont pu bénéficier d'un accompagnement psychologique préalable au test de dépistage et 15 355 (soit 80,3 %) d'entre elles ont accepté de se faire dépister, au nombre desquelles on a pu établir que 2 367 (soit 15,4 %) étaient séropositives.
- 1 027 couples mère-enfant ont reçu un traitement antirétroviral.
- 94 nourrissons ont subi le test de dépistage du VIH, et 12 d'entre eux ont été diagnostiqués séropositifs.
- 510 partenaires ont bénéficié d'un accompagnement psychologique préalable au test de dépistage, et 126 d'entre eux ont été diagnostiqués séropositifs (soit 25%).
- Des médicaments antirétroviraux ont été fournis aux familles des femmes enceintes séropositives.
- Au total, 89 patients ont pu bénéficier d'un traitement antirétroviral entre novembre 2003 et décembre 2005.

Les défis restant à relever par ce programme consistent à :

- Associer le programme PTME Plus à la mise à disposition au niveau régional de traitements antirétroviraux (voir ci-dessous) sans perdre de vue l'aspect particulier de ce programme, à savoir la prévention des infections.
- Étendre les prestations en question à davantage de services de soins prénatals de manière à faciliter l'accès aux services de conseil et test pour les femmes enceintes de la région.
- Accroître la participation des partenaires en sensibilisant davantage les communautés et en prodiguant des conseils aux couples.
- **Matériels de promotion et d'information, d'éducation et de communication en matière de santé**

La région produit son propre matériel pédagogique et distribue également du matériel mis au point par d'autres régions et au niveau national pour différents groupes de population. Au fil des années, la région a développé sa propre capacité à concevoir, à tester au préalable et à produire différents types de matériels. Les matériels produits et/ou distribués sont entre autres :

- Des dépliants sur les infections sexuellement transmissibles, les traitements antirétroviraux, la prévention de la transmission mère-enfant, l'utilisation du préservatif et les services de conseil ;
- Des brochures telles que « Questions et réponses sur le sida » et une série de huit brochures sur la santé reproductive et sexuelle et les problèmes relatifs aux adolescents mise au point en collaboration avec des jeunes ;
- Un guide d'éducation par les pairs au VIH et à la santé reproductive destiné aux écoles primaires pour les sections 5, 6 et 7 ;

- Des tableaux d’affichage et des affiches ;
- Des cassettes vidéo, des tee-shirts et des calendriers.

Malgré la multiplicité des matériels produits et distribués, la demande dépasse toujours le nombre fourni. La diffusion de programmes sur des stations radiophoniques locales reste jusque-là sporadique.

- **Promotion de la santé par l’intermédiaire de troupes de théâtre et dans le cadre de projections de films et de vidéos dans la communauté**

Les représentations théâtrales traditionnelles sont très appréciées dans la région. Les troupes écrivent leurs propres scénarios en fonction des situations locales, et dans la plupart des cas, une discussion est engagée avec le public au terme de la représentation. Il existe cinq troupes de théâtre dans cinq districts différents qui se produisent régulièrement. Les membres de ces troupes ont reçu une formation approfondie sur les messages relatifs au VIH susceptibles d’être véhiculés dans le cadre d’une représentation théâtrale. Les districts qui n’ont pas de troupes de théâtre officielles envisagent d’en former. Des films sont présentés dans toute la région, et une télévision et un écran vidéo sont installés dans les lieux publics, voire au sein-même des foyers, pour permettre un visionnage à domicile, dans les bars, dans les établissements de santé et dans les petits hôtels. Des présentations officielles de films, accompagnées d’une discussion guidée avec le public, ont lieu depuis de nombreuses années dans tous les districts de la région.

- **Mesures de prévention destinées aux adolescents scolarisés**

Dans les écoles primaires, l’éducation par les pairs en matière de santé reproductive et sexuelle a démarré en 1997, lorsque le Ministère de l’Education a intégré l’éducation au sida dans les programmes scolaires destinés aux sections 5 à 7. Les écoles primaires sont des lieux idéaux pour toucher des adolescents dont l’activité sexuelle commence parfois dès l’âge de 10 à 12 ans. Avec un taux de scolarisation de 90 %, les programmes peuvent toucher un grand nombre de jeunes – davantage que les programmes destinés aux établissements d’enseignement secondaire, 5 % seulement des élèves les fréquentant. Les élèves des sections 5 à 7 (11-15 ans) bénéficient de ces activités. Des formateurs de formateurs, issus à la fois des secteurs de l’éducation et de la santé ont été sélectionnés et formés. Les parents ont coopéré étroitement à l’élaboration des activités depuis le début et ont prêté leur concours, conscients de la menace que représente le VIH pour leurs enfants et de la difficulté à aborder ce sujet sensible à la maison. Au cours des dernières années, les actes de sensibilisation et les informations destinés aux responsables du secteur de l’éducation ont été multipliés et la formation est plus largement dispensée aux inspecteurs et aux formateurs de formateurs scolaires, de manière à pérenniser cette approche.

Nombre d’écoles primaires dispensant une éducation par les pairs dans la région de Mbeya

Année	Ecoles primaires	Ecoles dispensant une éducation par les pairs
12/2002	885	309 (35 %)
04/2004		313 (35 %)
04/2005	(12/2004) 960	330 (34 %)
04/2006		545 (57 %)

Les jeunes déscolarisés sont plus difficiles à atteindre. Entre 1992 et 1996, la région a expérimenté un centre d’information pour les jeunes à Mbeya. En raison de son coût particulièrement élevé et du nombre de visiteurs plus faible que prévu, le centre a été fermé en 1996. Depuis 2004, des efforts ont été renouvelés dans quelques quartiers, en collaboration avec les administrateurs chargés du développement communautaire de district et les représentants du secteur de la santé, pour identifier les groupes d’éducation par les pairs existants, examiner leur structure et leurs capacités, et leur fournir formation et supervision.

- **Collaborer avec les groupes de population vulnérables : professionnelles du sexe**

Considérant que les principales voies de communication et de transport du pays traversent la région (notamment la route principale reliant le Malawi et la Zambie au port de Dar es Salaam et la voie

de chemin de fer de TAZARA), une attention toute particulière a été accordée aux activités de prévention et de soutien destinées au groupe mobile et particulièrement vulnérable que constituent les professionnelles du sexe et leurs clients dans les zones « à risque élevé de transmission du virus » (telles que les arrêts de bus, les bars, les pensions et les hôtels). Ce programme a démarré en 1994 sous l'égide de la Fondation internationale pour la Médecine et la Recherche en Afrique (AMREF), et fonctionne principalement dans le cadre d'une éducation dispensée par les pairs. Entre 1994 et 1995, 14 zones à risque élevé de transmission du virus ont été définies dans la région, et près de 60 éducateurs pour leurs pairs ont été formés, lesquels ont pu entrer en contact avec 1 500 professionnelles du sexe durant cette période.

En 2005, le nombre de zones dont on estimait qu'elles présentaient un risque élevé de transmission du virus s'élevait à 52 dans les huit districts de la région, et 88 éducateurs pour leurs pairs y intervenaient alors. Il reste néanmoins que maintenir des éducateurs pour leurs pairs dans leur poste est une chose difficile. Bon nombre d'entre eux déménagent, changent de profession ou sont contraints de cesser cette activité pour d'autres raisons.

Une étude conduite récemment dans le cadre du Programme de recherche médicale de Mbeya avec le concours de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et de l'Université de Munich a démontré que ce type de programme contribuait à lutter et à faire reculer le nombre des infections sexuellement transmissibles et le VIH.

Recul de la prévalence des infections sexuellement transmissibles et de l'incidence du VIH parmi les employées de bar de la région de Mbeya

Une étude cohorte a été conduite dans la région de Mbeya auprès de 600 employées de bar auxquelles on a proposé de suivre trois sessions mensuelles d'information et d'éducation sur le VIH/infections sexuellement transmissibles et la santé reproductive, de bénéficier d'un accompagnement psychologique et d'un test de dépistage volontaires et confidentiels, d'examen cliniques, y compris d'une prise en charge syndromique d'éventuelles infections sexuellement transmissibles, avec plateau technique de laboratoire.

Au cours des 30 mois qu'a duré l'étude en question, on a observé un recul du nombre de cas de blennorragie et d'autres infections sexuellement transmissibles et des infections génitales (à l'exception de l'herpès génital et de la vaginose bactérienne) ainsi qu'une réduction de l'incidence du VIH de 13,9 % à 5 % sur une année.

Source : Riedner G et al. (2006). *Decline in sexually transmitted infection prevalence and HIV incidence in female bar workers attending prevention and care services in Mbeya Region, Tanzania*. AIDS, 20: 609-615.

- **Programme de lutte contre le VIH sur le lieu de travail (secteurs public et privé)**

Les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail constituent l'un des éléments de la stratégie visant à élargir les mesures de promotion de la santé et à aider les entreprises privées et les institutions publiques à élaborer des programmes de responsabilisation sanitaire et sociale destinés à leurs employés, à leur famille et parfois aux communautés environnantes. Les premiers programmes développés sur le lieu de travail ont débuté en 1994. A l'approche de l'année 2000, près de 200 éducateurs pour leurs pairs avaient été formés sur 36 lieux de travail et 3 000 personnes environ avaient pu bénéficier de leurs conseils. Les lieux de travail en question comprenaient notamment des entreprises de construction d'infrastructures routières et d'embouteillage de boissons gazeuses.

En 2005, le Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya a évalué à 59 le nombre d'entreprises privées et publiques établies dans la région, avec un nombre d'employés oscillant entre 20 et 50 pour chacune d'entre elles. Actuellement, 32 disposent d'un programme interne de lutte contre le VIH. Si certaines d'entre elles ne se sont pas dotées de l'ensemble des composantes des programmes en question (voir l'encadré ci-dessous sur la cimenterie de Mbeya pour plus de détails), toutes bénéficient néanmoins de l'intervention d'éducateurs pour leurs pairs. Ces éducateurs ont été formés par le Programme régional et ont ensuite fait office de formateurs de formateurs pour les entreprises d'autres régions du pays, par exemple à Dar es Salaam, à Mwanza et à Tanga. La plupart de ces entreprises financent leur propre programme de

lutte contre le VIH sur le lieu de travail. Le Bureau du médecin fonctionnaire régional et GTZ apportent, quant à eux, un appui technique.

Dans le secteur public, l'un des programmes les plus complets sur le lieu de travail a démarré au sein de l'Hôpital central et régional de Mbeya. Ces programmes consistent notamment à informer le personnel, à sélectionner puis à former des éducateurs pour leurs pairs, à organiser des séances périodiques internes d'éducation pour les pairs, à assurer la distribution des matériels éducatifs et de préservatifs, à planifier des ateliers regroupant les partenaires, des journées des familles en présence des enfants, et à proposer une prophylaxie post-exposition. Les programmes complets sur le lieu de travail mis en place dans tous les hôpitaux du district ont suivi ce modèle.

Parmi les entreprises privées les plus importantes de la région disposant de programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail figure la *Mbeya Cement Company* (voir l'encadré ci-dessous) et la *Wakulima Tea Company*.

La Mbeya Cement Company

La *Mbeya Cement Company* (MCC) est une filiale du Groupe Lafarge. Elle dispose d'une main-d'œuvre de 250 personnes et représente l'un des employeurs privés les plus importants de la région. L'entreprise a lancé un programme de lutte contre le VIH/sida sur le lieu de travail lors de la journée mondiale sida en 2003. Ce programme est techniquement et, dans une faible mesure financière, appuyé par GTZ. MCC est également membre de *AIDS Business Coalition Tanzania* (ABCT). MCC s'est dotée de toutes les composantes du programme complet de lutte contre le VIH sur le lieu de travail.

Structure et politique du programme

MCC dispose d'un coordonnateur de la lutte contre le VIH et d'un comité de lutte contre le VIH composé notamment de cadres de l'entreprise. Un groupe d'éducateurs pour leurs pairs (16 employés permanents et 6 employés sous contrat) ont été formés, et l'éducateur responsable rencontre mensuellement le comité de lutte contre le VIH. MCC s'est dotée d'une politique de lutte contre le VIH en novembre 2002. Un résumé en anglais/kiswahili de cette politique a été communiqué à tous les employés et peut être consulté sur tous les panneaux d'affichage. Un guide sur la prise en charge des cas de VIH a en outre été rédigé en anglais et communiqué à la direction de MCC et à leurs collègues d'Afrique du Sud. Une évaluation de l'impact sur le travail, sous forme d'analyse coût-avantage, a été conduite en 2003.

Activités de prévention de la transmission

MCC distribue gratuitement des préservatifs à ses employés et véhicule des informations sur différents sujets relatifs au VIH. Un calendrier mensuel des séances d'éducation par les pairs est établi pour l'ensemble des départements de l'entreprise, parfois reporté lorsque la charge de travail l'exige. En outre, plusieurs campagnes de sensibilisation ont été conduites. Une campagne de dépistage anonyme du VIH a ainsi généré un taux de participation de 80 %, malgré une campagne pour le conseil et test volontaires partiellement aboutie, compte tenu de relations professionnelles tendues au moment de cette campagne. Lors de toutes ces campagnes, MCC a invité les organisations non gouvernementales locales et les personnes vivant avec le VIH à participer.

Soins et traitements médicaux

MCC a formé deux conseillers en interne et propose un accompagnement psychologique et un dépistage volontaires et confidentiels à l'intérieur-même de l'usine ou au sein du dispensaire partenaire. Toutefois, on a observé que ce service profite davantage à la communauté qu'aux employés de la cimenterie de Mbeya. Dans le cadre du protocole médical qu'elle a établi et qui s'appuie sur la collaboration de cinq prestataires locaux de soins de santé, l'entreprise met à disposition un traitement contre les infections opportunistes. Les employés de MCC ont également accès aux traitements antirétroviraux (une personne y a été placée sous traitement antirétroviral en 2004/2005), et à la prévention de la transmission mère-enfant. MCC fournit aussi des trousseaux de premiers secours comprenant notamment des gants en latex pour se protéger de la transmission du VIH.

Activités de proximité avec la communauté

En 2005, une « journée de la famille » a été organisée dans le cadre de la campagne du conseil et test volontaires. L'un des conseillers est régulièrement consulté par des membres de la communauté, et les membres du comité de lutte contre le VIH ont conduit différentes activités de sensibilisation volontaires au sein de leurs églises.

Suivi

Une enquête de connaissances, attitudes, croyances et pratiques (CACP) sur le VIH a été conduite en janvier 2004 et une autre enquête comprenant des éléments de CACP a été réalisée dans le cadre d'une étude sur le conseil et test volontaires en novembre 2004. L'étude de prévalence conduite en décembre 2004 a généré 80 % de participation et les données rassemblées ont montré que 8,2 % des employés vivaient avec le VIH. L'entreprise rend régulièrement compte de ses réalisations sur le « tableau de bord » de Lafarge, une feuille de route professionnelle sur le VIH destinée à toutes ses filiales africaines. L'émission de rapports internes destinés aux membres du Conseil et au Comité exécutif a démarré en 2005.

(Informations tirées du rapport 2006 du Coordonnateur VIH WPP)

La *Wakulima Tea Company*

En 2004, une initiative a été lancée sur le lieu de travail, de manière à dispenser une éducation au VIH et à fournir un accès aux soins et au soutien à la *Rungwe Smallholders Tea Growers Association* (RSTGA) et aux communautés avoisinantes. Créée en 1998, l'association est une organisation regroupant 15 000 exploitants théiers répartis dans 108 villages. L'association détient également 25 % des parts de la *Wakulima Tea Company*.

Grâce à la participation d'éducateurs pour leur pairs et à la collaboration d'établissements de santé sollicités afin de prodiguer des soins essentiels, on est parvenu à atteindre près de 60 000 personnes que constituent les cultivateurs de thé. RSTGA a mis au point une politique de lutte contre le VIH/sida et a nommé un coordonnateur professionnel. Des préservatifs sont distribués et des séances d'éducation et d'information de groupe et individuelles sont organisées. Les éducateurs pour leurs pairs se déplacent à bicyclette et reçoivent une indemnité pour les séances communautaires qu'ils organisent. Avec le soutien de « *Capital for Development Cooperation* » (mécanisme britannique d'investissement dans le secteur privé et dans les économies en développement), des indemnités de transport sont également versées aux personnes suivant une thérapie antirétrovirale.

- **Sécurité transfusionnelle**

Des mesures pour établir une banque régionale du sang ont été entamées en 1995 mais ont échoué peu après. En conséquence, ce sont les hôpitaux qui dépistent les donneurs de sang et contrôlent les stocks de produits sanguins. Selon le rapport annuel 2005 du Coordonnateur régional de la lutte contre le sida, les transfusions de sang effectuées dans la région font systématiquement l'objet d'un dépistage préalable du VIH et de la syphilis. En 2005, 3 769 donneurs de sang ont été dépistés en milieu hospitalier, et 570 d'entre eux ont été diagnostiqués séropositifs au VIH. Ce chiffre n'inclut pas le nombre de donneurs de la Banque régionale du sang de l'Hôpital central de Mbeya ouverte en 2004.

- **Procédures de sécurité dans les établissements de santé**

Pour réduire les risques de transmission dans les établissements de soins de santé, les agents de santé ont été éduqués et formés depuis la fin des années 80 aux mesures de sécurité appropriées. Tous les établissements de santé utilisent des seringues, des aiguilles et des gants jetables et recourent à des procédures de stérilisation efficaces, s'il y a lieu. En outre, on rappelle régulièrement aux agents de santé comment se prémunir des risques d'exposition au VIH, et comment éviter tout risque de transmission accidentelle du VIH entre patients.

Traitement et soins

- **Planification et mise à disposition de traitements antirétroviraux à l'échelon régional**

Conformément au Plan national de soins et de traitement²⁶, en octobre 2004, des traitements antirétroviraux ont été mis à disposition dans la région par la Fondation *Walter Reed*. Un renforcement des capacités des agents de santé du centre d'excellence de l'Hôpital central de Mbeya a été mis en œuvre en coopération avec GTZ et l'Université de Berlin. Les sites dispensant actuellement des traitements antirétroviraux sont les suivants : l'Hôpital central et régional de la ville de Mbeya, l'Hôpital de district de Tukuyu, Kyela et Mbozi et l'Hôpital de la mission de Igogwe. S'agissant d'autres sites, tels que ceux de Chunya, Isoko et Chimala, une formation initiale à la thérapie antirétrovirale est en cours et ce service devrait être disponible à partir de 2006. À la fin du mois de décembre 2005, 1 186 patients suivaient un traitement antirétroviral.

- **Soins à domicile**

Les soins à domicile ont démarré dans la région en 1993 à l'initiative de deux hôpitaux de mission et ils sont prodigués par des conseillers formés basés à l'hôpital. Ces services ont été progressivement étendus à tous les hôpitaux et à tous les établissements de santé de la région. Des conseillers communautaires ont été formés de manière à établir un lien plus étroit entre représentants de la communauté et prestataires de soins des établissements de santé. Les conseillers rendent visite aux patients et à leur famille, fournissent soins et conseil, ainsi que médicaments et matériels destinés à soigner les troubles susceptibles d'être pris en charge au domicile. Ils encouragent également la communauté à apporter un soutien aux familles affectées et à contribuer au recul de la stigmatisation et de la discrimination. En 2005, des soins à domicile ont été dispensés à 6 336 personnes.

À mesure que la stigmatisation et la discrimination reculent, davantage de personnes sollicitent conseil, test et soins, et un nombre accru d'intervenants communautaires et d'agents de santé sont formés en qualité de conseillers. Qui plus est, les conseillers en place ont reçu une formation de mise à niveau sur le suivi de la thérapie antirétrovirale. Outre les prestataires de soins exerçant dans des établissements de santé ou à domicile, les représentants de quelques organisations non gouvernementales ont également contribué à dispenser ces services. La plus connue et la plus active d'entre elles est KIHUMBE, qui est basée dans la ville de Mbeya.

KIHUMBE : une organisation non gouvernementale affichant 15 ans d'expérience dans les soins à domicile et les services sociaux dispensés dans la ville de Mbeya

KIHUMBE a commencé à fonctionner en 1991 avec l'appui de GTZ. Au cours de sa première année d'existence, elle s'est chargée d'assurer un encadrement en matière de soutien, effectué des visites à domicile et fourni une aide alimentaire à 213 patients soignés à domicile et à 25 enfants et orphelins. À l'époque, l'organisation ne comptait aucun employé à plein temps et 11 bénévoles y intervenaient à temps partiel.

En 2006, KIHUMBE est non seulement installée dans ses propres locaux, et dispose notamment de son propre centre de conseil et test volontaires et de son propre personnel, mais elle dispense également une éducation en matière de lutte contre le VIH, un conseil et test volontaires, un encadrement en matière de soutien, elle mène des projets d'atténuation de l'impact du VIH et se charge de combler les besoins essentiels et d'assurer prise en charge et soutien des enfants rendus orphelins. L'organisation prend en charge : 577 personnes dans le cadre de soins à domicile, 733 orphelins et enfants dans le besoin, et aide 80 adultes et 17 enfants sous thérapie antirétrovirale. Elle couvre les 32 quartiers de la ville de Mbeya et a commencé à étendre ses services aux districts de la zone rurale de Mbeya et de Rungwe.

KIHUMBE rassemble désormais 15 personnes à plein temps et de nombreux bénévoles (notamment sa troupe de théâtre très réputée). Près de 400 personnes vivant avec le VIH et ne se cachant pas de leur séropositivité contribuent aux soins dispensés à domicile et aux activités éducatives. Elles

²⁶ République-Unie de Tanzanie (2003). Plan de soins et de traitement du VIH/sida pour 2003–2008.

se réunissent régulièrement dans les locaux de l'organisation, où un atelier permanent est en outre proposé aux jeunes orphelines qui peuvent ainsi apprendre la couture et la technique du batik. Le centre fournit, entre autres choses, des uniformes scolaires pour les enfants participant au projet. Un projet d'élevage de chèvres, de cochons et de poules a démarré en 2006, et fournira une aide alimentaire et financière aux familles affectées. Un vaste projet destiné à former de jeunes hommes à la menuiserie et à la mécanique automobile est à l'étude mais n'a pas encore obtenu le financement nécessaire.

KIHUMBE est aujourd'hui soutenue financièrement par le Conseil de la ville de Mbeya ainsi que par le Fonds communautaire pour le sida, la Fondation *Walter Reed* et GTZ.

Atténuation de l'impact du VIH

- **Activités génératrices de revenus et soutien**

Les projets associés à des activités génératrices de revenus pour les personnes séropositives au VIH et les familles affectées par la maladie demeurent peu nombreux dans la région. KIHUMBE a lancé un projet d'élevage (voir l'encadré ci-dessus), et quelques organisations communautaires se chargent de fournir des animaux de basse-cour et autres aux personnes vivant avec le VIH. En mars 2005, GTZ, DANIDA et le *District Agricultural Development Support* ont lancé un projet pilote destiné à atténuer l'impact du VIH sur les ménages des zones rurales. Dans quatre villages de la région, 20 ménages vivant dans la précarité et affectés par le VIH ont été sélectionnés par un processus participatif et se sont vus confiés du bétail ou des variétés améliorées de plants pour le jardinage afin d'accroître leurs récoltes de consommation directe (aide alimentaire) ou de commercialiser les excédents (activité génératrice de revenus). Le matériel et les équipements nécessaires ainsi que la formation et les conseils techniques font également partie du projet.

Il semble que le projet ait généré de bons résultats pour la majorité des familles et dans un laps de temps assez court. La plupart d'entre elles ont accepté de partager leurs connaissances approfondies ainsi que leurs excédents avec d'autres familles de leur communauté, ce qui a accru d'autant les effets positifs du projet. Les résultats de ce projet pilote devaient faire l'objet d'une évaluation fin 2006.

Les enfants rendus orphelins et les enfants vulnérables sont au centre des projets communautaires d'atténuation de l'impact du VIH. Si la relation entre orphelins et précarité semble refléter celle existant entre pauvreté et VIH, cette relation n'apparaît pas toujours clairement, comme le souligne le Rapport national sur la pauvreté et le développement humain. On constate en effet que le nombre d'enfants vivant en dessous du seuil de pauvreté n'est que faiblement supérieur parmi les foyers comptant des orphelins, en comparaison des autres. De même, en matière d'éducation, la différence entre les enfants rendus orphelins et les autres est marginale²⁷. Comme indiqué précédemment, les organisations non gouvernementales telles que KIHUMBE se sont engagées dans des projets à petite échelle destinés aux enfants rendus orphelins et aux enfants vulnérables. D'une part, l'accent est mis sur la scolarisation et l'éducation continue (le premier élève de « KIHUMBE » a été admis dans l'enseignement supérieur !); d'autre part, une formation au développement de compétences techniques est dispensée, s'agissant par exemple de la confection ou de la technique du batik.

²⁷ République-Unie de Tanzanie (2005). Rapport sur la pauvreté et le développement humain, p.43.

Conclusion – vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins d'ici 2010 dans la région de Mbeya : résultats obtenus et défis à relever

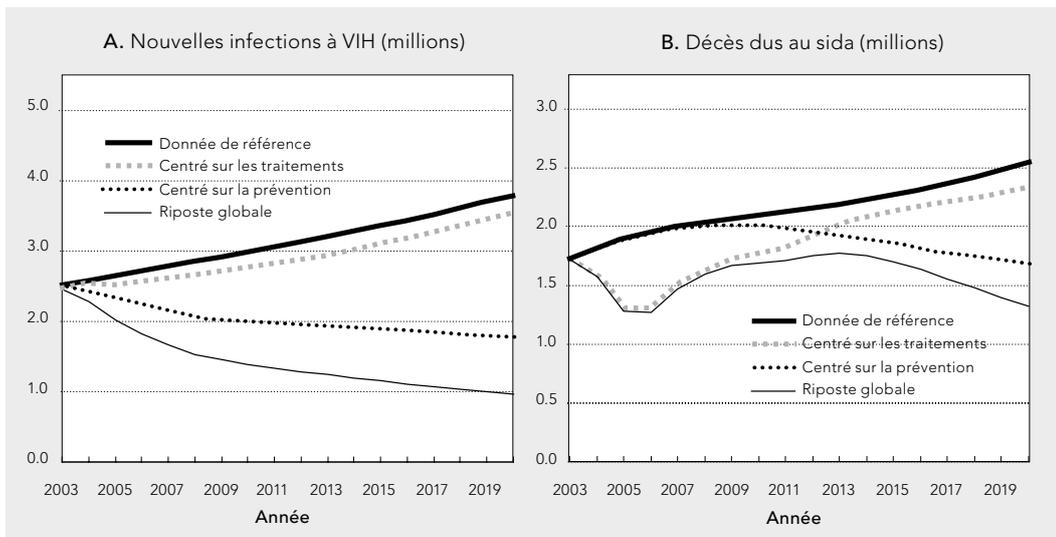
En dépit des initiatives engagées depuis près de 20 ans aux niveaux national et international pour lutter contre l'épidémie de VIH dans les pays en développement, peu nombreuses sont les expériences ayant rencontré un franc succès au niveau national.

Depuis le milieu des années 90, l'expérience du Brésil, de la Thaïlande et de l'Ouganda ont souvent été citées dans les études internationales comme exemples d'initiatives nationales abouties. Plus récemment, une tendance à la stabilité, voire au recul de l'infection à VIH a été signalée par d'autres pays (en développement) et notamment par Haïti, la Zambie et le Zimbabwe. Aucun rapport ne fait apparaître clairement la relation entre les points forts du programme national et les bons résultats. Très peu d'évaluations complètes, si tant est qu'il en existe, ou d'examen des initiatives nationales ont été conduits au cours des dix dernières années afin d'établir la corrélation entre actions entreprises par un pays donné et application de stratégies et de programmes de lutte contre le VIH²⁸.

Il y a peu encore, l'absence de financements suffisants pour la prévention et le traitement du VIH et les obstacles à la mise à disposition de traitements antirétroviraux à grande échelle dans des pays tels que la Tanzanie étaient considérés comme les deux principales entraves à la riposte au VIH. Avec l'augmentation substantielle des financements et les mesures de mobilisation prises dernièrement pour intégrer le plus grand nombre possible de personnes vivant avec le VIH aux programmes nationaux de thérapie antirétrovirale encouragés par l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », la situation a changé dans bien des pays et notamment en Tanzanie.

Selon la dernière modélisation effectuée par l'ONUSIDA, on observe une baisse significative des nouveaux cas d'infection à VIH en Afrique subsaharienne grâce à l'association des programmes de traitement et de prévention.

Figure 2 : Projection des nouvelles infections chez les adultes et du total des décès chez les adultes en Afrique subsaharienne, en millions, d'ici à 2010 : impact pour trois scénarios par rapport à une donnée de référence



²⁸ En Thaïlande, le rapport national émis pour l'année 2005 sur la lutte contre l'épidémie de VIH concerne presque exclusivement les actions entreprises par le Ministère de la Santé et n'évoque pas la contribution d'autres secteurs de la société thaïlandaise dans ce domaine.

L'application des dernières recommandations internationales émises en matière de stratégies de prévention nationales et de traitement dispose à un optimisme renouvelé quant à l'inversement du cours de l'épidémie et à l'engagement d'un processus durable de recul des nouveaux cas d'infection, et quant à la prise en charge du plus grand nombre de personnes possible s'agissant de traitements et de soins.

La Tanzanie avance depuis longtemps dans ce sens. Le cadre politique s'inscrit dans la Politique nationale de lutte contre le VIH/sida, dans le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida et le Plan national de soins et de traitement du VIH/sida. Des mécanismes nationaux de coordination sont en place et sont efficaces, tout comme l'est l'engagement du gouvernement²⁹. Au cours des cinq dernières années, on a observé une augmentation substantielle des ressources (il s'agit en grande partie de fonds extérieurs) pour lutter contre le VIH et les engagements à maintenir le niveau de soutien jusqu'en 2008 au moins sont réels. Le défi consiste maintenant à assurer la qualité et la portée de la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des programmes.

La région de Mbeya est probablement la région la plus avancée en Tanzanie pour ce qui est de la mise en œuvre de ces différents éléments de la lutte contre le VIH. Depuis le départ, les activités du Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya n'ont cessé d'être renforcées et étendues. Sur la base de l'accès universel pour critère d'évaluation, le paragraphe qui suit résume les initiatives entreprises et qui contribuent à une vision nationale de la Tanzanie « libérée de la menace du VIH/sida et... prodiguant soins et soutien [appropriés] à toutes les personnes infectées et affectées par le VIH/sida³⁰ ». Ce paragraphe fait également état des défis restant à relever.

1. Franchir les obstacles passés

En 2003, le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida de Tanzanie a mis en évidence les obstacles majeurs rencontrés dans le passé quant à la mise en œuvre des stratégies de lutte contre l'épidémie de VIH. Ces obstacles résidaient notamment dans :

- Une portée et une couverture limitées ;
- Le confinement des programmes à des zones pilotes ou à quelques quartiers ou districts ;
- Le caractère sporadique des actions engagées ;
- Les problèmes relatifs aux garanties de qualité ;
- Une coordination insuffisante ; et
- Une documentation et une communication inadaptées³¹.

Le Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya tente de remédier à ces blocages et, dans certains secteurs, a fait réellement avancer la situation au cours des dernières années.

Portée et couverture limitées

Comme le montre l'étude conduite en 2000 (« *Hope for Tanzania* »), les deux principaux aspects du Programme régional de Mbeya sont la portée générale et les populations couvertes. Bien que le Programme régional ait débuté à la fin des années 80 dans le cadre unique de quelques projets très localisés, il s'est progressivement étendu et s'est modelé en fonction des stratégies et des programmes recommandés. Ceci se vérifie tout particulièrement s'agissant du dépistage et du traitement des infections sexuellement transmissibles, de la promotion de l'utilisation des préservatifs, de l'accès aux conseil et test confidentiels volontaires, de la mise à disposition d'informations et d'activités de promotion de la santé, des soins à domicile et des activités conduites auprès des populations vulnérables, pour l'ensemble desquels on constate que 80 % au moins de la population dans le besoin est désormais couverte.

²⁹ Dans le cadre des données communiquées au sujet de la progression des pays vers l'accès universel, l'ONUSIDA a indiqué que la sensibilisation, la politique publique et le cadre juridique en Tanzanie sont dans une large mesure « en place et suffisants » alors que certains secteurs (s'agissant par exemple des lois non discriminatoires ou des lois sur la préservation des droits des personnes vivant avec le VIH) doivent encore être développés.

³⁰ Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida de Tanzanie (2003). *The Vision*, page 22.

³¹ Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida de Tanzanie (2003). *The Vision*, page 19.

Dans d'autres secteurs, s'agissant par exemple des projets d'atténuation de l'impact et de soutien économique, la couverture reste cependant beaucoup plus faible. Des efforts considérables seront nécessaires pour étendre les programmes et les services à tous ceux qui en ont besoin.

Confinement des programmes à des zones pilotes ou à quelques quartiers ou districts

Si de nombreux programmes à Mbeya ont démarré à petite échelle, la plupart d'entre eux ont été planifiés de manière à s'étendre. Les nouvelles structures organisationnelles des commissions consultatives multisectorielles sur le sida sont en place et pleinement opérationnelles à l'échelon du district dans toute la région, et de nouveaux comités ont également été mis en place dans les quartiers et les villages. Quoique la plupart de ces comités ne fonctionnent pas encore de manière optimale, on estime qu'un peu de temps, un appui financier et technique et une supervision adéquate soutenus suffiront au renforcement des capacités nécessaires à ces structures dans toute la région.

Il en va de même pour les organisations de la société civile. En raison de capacités limitées, quelques organisations seulement (entre 3 et 8) ont été formées dans chaque district, mais si l'appui financier et technique se maintient, des capacités supplémentaires seront développées dans les années à venir. À mesure qu'augmenteront les capacités, le réseau d'organisations fournissant soins et services s'étoffera et davantage de personnes bénéficieront de soutien.

Caractère sporadique des actions engagées

Si de nombreux services sont fournis par le biais de structures établies comme le système de soins de santé, d'autres sont plus éparés. Les troupes de théâtre ne sont par exemple pas présentes dans tous les districts et la fréquence de leurs représentations reste irrégulière. Il est souvent difficile de maintenir le calendrier des programmes d'éducation par les pairs, en raison de perturbations administratives et de défections diversement motivées. En général, les programmes bénévoles sont plus aléatoires et davantage soumis à des interruptions imprévues de leurs services et de leurs activités que les services fournis par des structures professionnelles telles que les établissements de santé ou d'enseignement.

Problèmes relatifs aux garanties de qualité

Le Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya est doté de deux mécanismes majeurs, s'agissant de surmonter les problèmes de garantie de qualité : les structures de supervision, de reconversion (de personnel) et de recherche appliquée existantes ; et le concours soutenu d'organes techniques extérieurs, tels que l'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional, GTZ ou la Fondation *Walter Reed*, principalement responsables de l'appui au renforcement des capacités et de l'assurance de la qualité. Ces éléments sont liés : le système courant de supervision et de reconversion doit être suivi par des organes extérieurs pour lutter contre l'inertie inhérente aux processus et services bureaucratiques courants.

Coordination insuffisante

La coordination n'a jamais constitué un problème majeur à Mbeya. La structure en place au sein du Ministère de la Santé, et plus récemment les autorités gouvernementales locales et le nombre limité de partenaires extérieurs en charge des contacts et de l'interaction, ont contribué à ce que l'organisation du Programme régional soit suffisamment intégrée pour lui permettre de planifier et de coordonner ses activités. Le pouvoir dorénavant confié aux autorités gouvernementales locales et les moindres responsabilités des structures régionales ont nécessité des ajustements. L'attribution de nouveaux rôles au sein des comités de district, la création de l'Organisme chargé de la facilitation au niveau régional et la participation soutenue de structures techniques administratives régionales sont des éléments à prendre en considération si l'on veut augmenter l'efficacité de la collaboration et de la coordination.

Documentation et communication

Le nombre d'activités du Programme régional documentées ou dont on a diffusé le contenu hors de la région demeure peu élevé ; et le Programme national de lutte contre le sida de Dar es Salaam lui-même dispose uniquement d'informations limitées et parcellaires sur ce qui a été fait dans le Sud-Ouest du pays. On a néanmoins remédié à ce manque de communication au cours des dernières années. En tant que partenaire extérieur présent depuis une vingtaine d'années à Mbeya, GTZ a joué un rôle majeur dans l'aide apportée à la région pour documenter et faire la synthèse de ses expériences, et les communiquer à l'échelon national. Il n'est donc pas surprenant que de nombreux outils et structures récemment développés à l'échelon national, s'agissant par exemple de l'évaluation des capacités des organisations de la société civile et des modules de formation élaborés à l'intention des commissions consultatives multisectorielles sur le sida, affichent les couleurs de la région de Mbeya. De nombreuses expériences ayant abouti dans la région ont inspiré certaines directives et débats stratégiques nationaux. Néanmoins, comme dans le reste de la Tanzanie, les commissions consultatives multisectorielles sur le sida pourraient tirer avantage d'une évaluation extérieure plus rigoureuse de l'ensemble du programme ou de ses principaux éléments, de manière à améliorer leurs performances.

2. Caractère exhaustif du Programme régional

Le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida pour 2003–2007 comprend quatre secteurs thématiques considérés comme des éléments-clés de la stratégie nationale de lutte contre l'épidémie de VIH. Il s'agit :

- Des questions transversales ;
- De la prévention tenant compte de la sexospécificité ;
- Des soins et du soutien ; et
- De l'atténuation de l'impact social et économique du VIH.

2.1 Questions transversales

Bien que certains éléments mentionnés possèdent vraisemblablement plus d'influence au niveau national, ils s'appliquent également aux régions.

Stratégie	Mise en œuvre/Résultats	Commentaires
Sensibilisation	Appliquée de longue date auprès des responsables politiques aux niveaux régional et de district.	L'absence de participation des membres du Parlement aux Conseils de district est toujours un signe marquant du manque de leadership politique au niveau local.
Lutte contre la stigmatisation et la discrimination	Ces éléments ont été intégrés depuis le début à la plupart des activités et des matériels de la région.	Le nombre croissant de personnes sous traitement antirétroviral et le recours accru aux services de conseil et test confidentiels volontaires, et le nombre croissant de personnes recevant des soins à domicile contribueront probablement au recul de la stigmatisation et de la discrimination.
Riposte des districts et des communautés	Mise au point dans la région par le biais de mesures nationales de décentralisation : des comités de lutte contre le sida au niveau du district, du village et du quartier ont été créés et de nombreuses organisations de la société civile ont été renforcées.	L'action du district et l'orientation de la communauté en faveur de l'intensification des activités de prévention du VIH et de soutien nécessiteront un suivi assuré par l'intermédiaire du système national de suivi et d'évaluation à ce niveau.
Prise en compte de la question du VIH	La prise en compte de cette question a démarré dans certains secteurs (éducation, agriculture, développement communautaire, santé).	Davantage de secteurs doivent intégrer les activités relatives au VIH et il importera d'évaluer l'efficacité et les résultats de ces mesures.
VIH, développement et recul de la précarité	La question du VIH fait désormais partie de tous les plans de développement de district.	La qualité de ces plans et leur mise en œuvre doivent être évaluées.

2.2 Prévention tenant compte de la sexospécificité³²

Stratégie	Mise en œuvre/Résultats	Commentaires
Lutte contre les infections sexuellement transmissibles et prise en charge des cas	Accès universel atteint ; les services sont disponibles dans tous les établissements de santé.	Des efforts doivent être faits pour maintenir la qualité des services.
Promotion et distribution de préservatifs	Accès universel atteint ; près de 5 millions de préservatifs masculins ont été vendus et distribués.	Des efforts soutenus doivent être engagés pour favoriser davantage encore l'utilisation du préservatif masculin et promouvoir le préservatif féminin.
Conseil et test confidentiels volontaires	Accès de 50 % de la population en demande (18-49 ans); au cours des quatre dernières années, plus de 160 000 personnes ont bénéficié d'un conseil et subi un test de dépistage du VIH.	Le conseil et test confidentiels volontaires deviendront de plus en plus importants avec l'extension des traitements antirétroviraux dans la région.
Prévention de la transmission mère-enfant du VIH	On estime que la couverture assurée touche 11 % des femmes enceintes infectées ; le programme a été étendu à 27 sites.	La prévention de la transmission mère-enfant peut être intégrée à la mise à disposition de la thérapie antirétrovirale au niveau régional.
Promotion de la santé auprès de groupes spécifiques : enfants et jeunes, filles et femmes, hommes et personnes handicapées	Dans la région, le pourcentage de femmes et d'hommes manifestant des « connaissances complètes ³³ » en matière de VIH s'élève respectivement à 31,6 % et à 47,3 %.	Voir la note 33 ci-dessous sur la question des connaissances constatées dans la région. Des efforts soutenus sont nécessaires pour maintenir et accroître des connaissances et une compréhension appropriées, en particulier chez les jeunes.

³² Les stratégies nationales de prévention de la Tanzanie sont très semblables aux dernières recommandations internationales de l'ONUSIDA sur les « Actions programmatiques essentielles à la prévention du VIH », ONUSIDA (août 2005). *Intensification de la prévention du VIH*, ONUSIDA, Document d'orientation politique, p.23. L'ONUSIDA répertorie 11 domaines d'action :

1. Prévenir la transmission du VIH par voie sexuelle ; 2. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; 3. Prévenir la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables, y compris les mesures de réduction des risques ; 4. Assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang ; 5. Prévenir la transmission dans les lieux de soins ; 6. Promouvoir un meilleur accès au conseil et test volontaires VIH, tout en favorisant les principes de confidentialité et de consentement ; 7. Intégrer la prévention du VIH dans les services de traitement du sida ; 8. Privilégier la prévention du VIH parmi les jeunes ; 9. Offrir l'information et l'éducation liées au VIH permettant aux individus de se préserver de l'infection ; 10. Confronter et combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH ; et 11. Préparer l'accès et l'utilisation des vaccins et microbicides. À l'exception du troisième domaine concernant la consommation de drogues injectables, tous les éléments répertoriés ont été intégrés à la stratégie nationale (en tant qu'élément transversal ou directement en tant que mesure de prévention) et mis en œuvre dans la région de Mbeya. Le dernier domaine, à savoir, préparer l'accès aux et l'utilisation des vaccins est déjà en place dans le cadre du projet de la Fondation *Walter Reed*.

³³ TACAIDS et al. (2005). Tanzania HIV/AIDS Indicator Survey, p. 35. « Connaissances complètes » signifie dans cette enquête « que l'on sait que l'usage systématique du préservatif et le fait d'avoir un partenaire fidèle et non infecté peuvent réduire la probabilité de contracter le virus du sida, que l'on sait qu'une personne ayant l'air en bonne santé peut avoir le sida, et que l'on sait que le VIH ne peut pas se transmettre par une piqûre de moustique ou en partageant de la nourriture avec une personne qui a le sida ». Ces résultats contredisent les conclusions générales de la TACAIDS sur les connaissances en matière de VIH et de sida en Tanzanie dans la même enquête (p.31) :

« Principales conclusions :

- Plus de 99 % des tanzaniens entre 15 et 49 ans ont entendu parler du sida.
- La sensibilisation aux modes de transmission du VIH est forte, et près de 90 % des adultes savent que le fait d'avoir un seul partenaire non infecté et fidèle peut réduire la probabilité de contracter le sida.
- Le rejet des conceptions erronées relatives au VIH est aussi courant ; quatre adultes sur cinq savent qu'une personne ayant l'air en bonne santé peut être séropositive, et à peu près la même proportion sait que le VIH ne peut pas être transmis par la sorcellerie ou en partageant de la nourriture avec quelqu'un qui a le sida.

Le taux de réponse à chacun des éléments relatifs à la connaissance complète sur le VIH, lorsque les questions sont posées séparément, est beaucoup plus élevé à Mbeya que dans l'ensemble du pays. Les résultats nationaux, en ce qui concerne les connaissances complètes, sont de 46,3% pour les femmes et de 54,2% pour les hommes. Des résultats comparables ont été observés lors de la dernière enquête démographique et de santé. Il est difficile de croire que les connaissances sur le VIH et le sida dans la région de Mbeya puissent se situer en-dessous de la moyenne nationale. Cela contredit les autres éléments, par exemple, la gravité de l'épidémie, le nombre de préservatifs vendus et distribués, la participation de la population au conseil et test volontaires et le volume de matériels de promotion de la santé produits et distribués. Il conviendrait d'approfondir les recherches dans ce domaine.

Education par les pairs	Ecoles plus nombreuses à participer.	Nécessite d'être étendue et renforcée ; difficultés posées par les nouvelles générations d'élèves devant être formées et supervisées.
Promotion de la santé auprès des populations vulnérables	Bonne couverture des professionnelles du sexe dans le cadre de l'approche « forte transmission ».	La qualité et les résultats de l'éducation par les pairs et de l'approche de la promotion de la santé, comprenant le traitement des infections sexuellement transmissibles, pourraient être améliorés par un soutien plus intensif à la personne.
Intervention sur le lieu de travail (secteur public, privé et informel)	Plus de 50 % des grandes entreprises du secteur privé disposent de programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail ; certaines institutions publiques (hôpitaux) ont également leurs propres programmes.	Dans le secteur privé, l'engagement et la qualité des programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail dépendent souvent des performances économiques et de la pression du marché pesant sur les entreprises.
Sécurité transfusionnelle, fiabilité des produits sanguins, et précautions universelles dans les établissements de soins de santé et autres centres, s'agissant notamment de la gestion des déchets	Promotion continue dans toutes les structures de santé.	Un approvisionnement adapté en matériels est nécessaire mais pas toujours effectif.

2.3 Soins et soutien associés au VIH

Stratégie	Mise en œuvre/Résultats	Commentaires
Traitement des infections opportunistes, comprenant les médicaments antirétroviraux	Près de 1 200 patients suivent un traitement antirétroviral (soit environ 8,6 % des personnes en ayant besoin); le programme de mise à disposition de traitements antirétroviraux a démarré en 2004. Au terme de l'année 2006, 9 hôpitaux et établissements de santé sélectionnés offriront ces services.	La rapidité et la couverture dépendent du programme national ; un soutien technique est disponible dans la région.
Soins et soutien à domicile ou dans la communauté	En 2005, des soins à domicile ont été dispensés à 6 400 patients environ (soit près de 46 % des personnes qui en avaient besoin).	Bien organisés et couverture étendue dans la ville de Mbeya, mais doivent être renforcés dans d'autres districts.

2.4 Atténuation de l'impact social et économique

Stratégie	Mis en œuvre/Résultats	Commentaires
Soutien économique et social aux personnes, aux familles et aux communautés affectées par le sida	Il existe peu de projets d'organisations de la société civile et de projets de soutien bilatéraux.	Ces activités et projets pourraient tirer avantage de la participation d'autres secteurs, en particulier de celui de l'agriculture et de l'élevage.
Soutien aux orphelins	De nombreux projets d'organisations de la société civile se concentrent sur le soutien aux orphelins ; une formation spéciale pour les soins aux orphelins est dispensée.	Bien que la situation des orphelins ne soit pas vraiment différente de celle des jeunes gens dans les foyers en situation précaire, l'orientation prise doit être maintenue comme telle car la mortalité imputable au sida va augmenter dans les prochaines années.

3. Défis à relever dans la perspective de parvenir à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins

Au milieu des années 90, la région de Mbeya était confrontée à une grave épidémie de VIH et enregistrait une prévalence supérieure à 20 %. Grâce à la mise en œuvre et à l'extension permanentes des stratégies recommandées aux échelons national et international par le Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya, au terme des années 90, la région a remporté son premier succès majeur en parvenant à renverser le cours de l'épidémie. En 2004 et au cours de la décennie auparavant écoulée, la prévalence du VIH avait reculé de plus de 50 %.

Au cours des cinq dernières années, trois facteurs de progression ont été observés dans la région :

- Le développement des stratégies et des programmes se fondant sur le Cadre stratégique multisectoriel national de lutte contre le VIH/sida ;
- La réorganisation de l'action de lutte contre le sida de manière à se concentrer sur les niveaux de district et communautaire et à faire participer davantage de secteurs et d'acteurs ; et
- L'augmentation substantielle des fonds alloués à la lutte contre le VIH.

Ces éléments ont certainement renforcé et revigoré le Programme régional. Les principaux éléments sont désormais en place, et nombre d'entre eux ont déjà atteint la qualité et la quantité se rapprochant de la référence mondiale en matière d'accès universel (ou l'ont atteinte).

Toutefois, ces éléments n'ont pas encore débouché sur une accélération des résultats. Au cours des cinq dernières années, la prévalence régionale du VIH a enregistré un recul de 2 % seulement³⁴.

De nombreux changements – concernant en particulier les commissions consultatives multisectorielles sur le sida, l'intégration des activités associées au VIH dans les plans de développement de district et le renforcement des ripostes communautaires – sont encore trop récents et trop fragiles pour démontrer leur valeur ajoutée dans la réponse apportée aux défis soulevés par l'épidémie.

Les points forts du Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya peuvent être résumés comme suit :

- Mise au point continue et systématique d'une approche exhaustive de la prévention du VIH depuis 1989 ;
- Haute qualité des services dans les secteurs-clés ;
- Large couverture des services-clés pour l'ensemble de la population ;
- Nombre et qualité des acteurs locaux, en particulier dans le secteur des soins de santé, qui a constitué l'épine dorsale du développement des services ;
- Solide appui technique et financier extérieurs d'une entité présente de longue date (GTZ, Allemagne), favorisant le développement d'une collaboration étroite, la compréhension et le partage des responsabilités ;
- Implication de secteurs et d'acteurs supplémentaires, en ne se focalisant plus uniquement sur les niveaux national et régional mais également sur le district et la communauté ;
- Augmentation des ressources financières par l'intermédiaire des mécanismes internationaux de financement et d'accords nationaux.

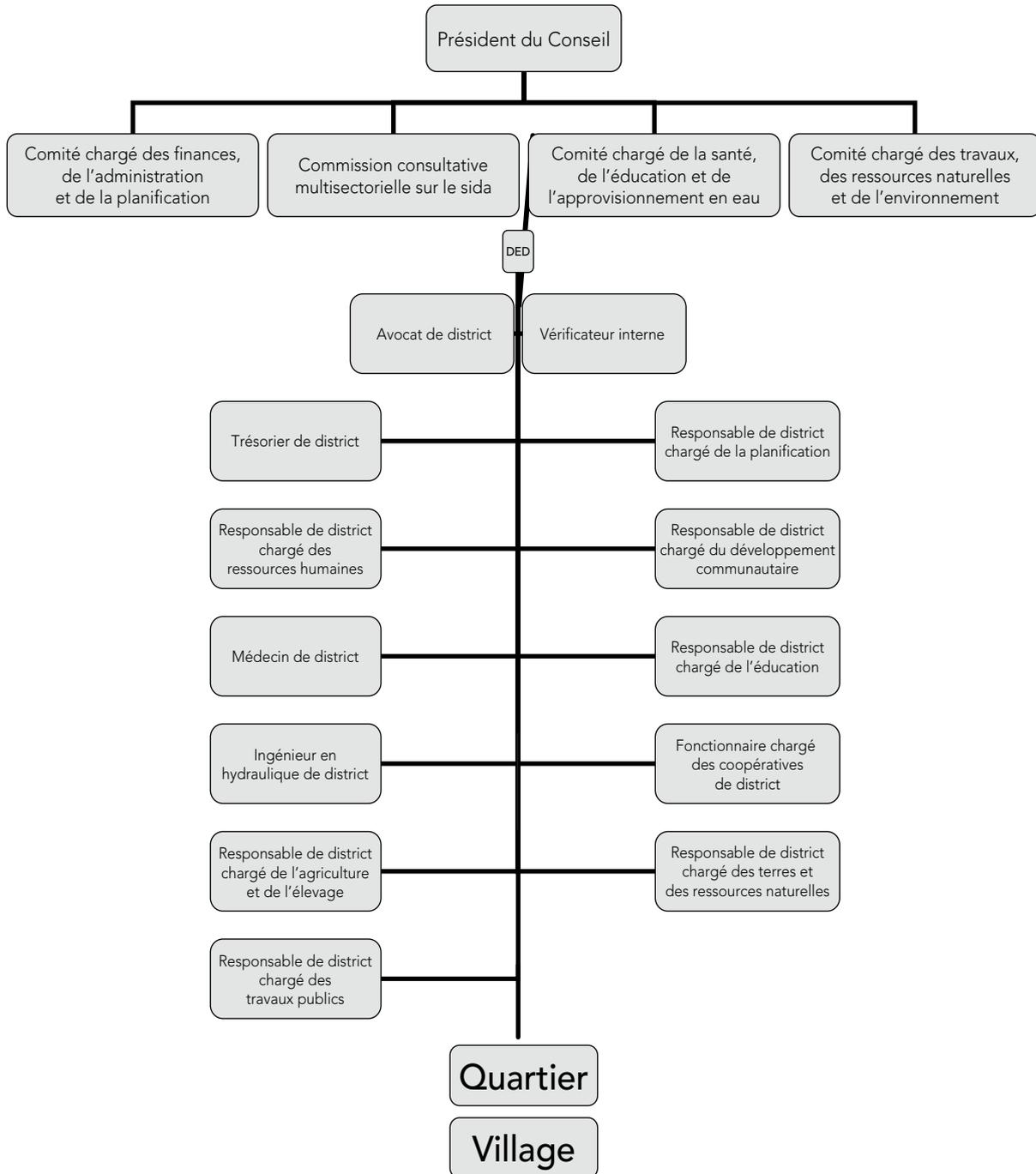
³⁴ La moyenne régionale, comme la moyenne nationale, ne fait pas apparaître les différences importantes existant au niveau local. Dans certains sites sentinelles, le recul de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans est significativement plus important qu'ailleurs, ce qui montre que même à Mbeya on n'observe pas une épidémie de VIH uniforme et que la transmission du VIH est influencée par de nombreux autres facteurs spécifiques à l'environnement local.

Néanmoins, les points forts du Programme régional ne doivent pas masquer les nombreux défis à relever. La prévalence du VIH et le nombre de nouveaux cas d'infection dans la région sont toujours très élevés. Au nombre des défis qui s'imposent dorénavant au Programme régional, on note :

- La nécessité de continuité, d'extension et de consolidation des stratégies et des programmes existants ;
- La nécessité de démontrer que les districts et les communautés ont la capacité d'intensifier leurs actions de prévention ;
- La nécessité de garantir des ressources financières durables pour les activités de lutte contre le VIH ;
- La nécessité d'assurer l'implication et la motivation soutenues d'acteurs locaux dans les institutions, les organisations et parmi les bénévoles ;
- La nécessité d'obtenir un appui technique constant de l'extérieur pour conseiller et encourager les acteurs au niveau local ;
- La nécessité de répondre au besoin d'une recherche davantage ciblée sur les situations locales de vulnérabilité ; et
- La nécessité d'assurer un suivi et une évaluation permanents de la qualité des programmes et d'analyser les résultats.

Les perspectives de l'amélioration et du renforcement continus d'un programme déjà bien solide sont excellentes. Si, comme on l'espère intimement, le processus de changement se poursuit, on pourra encore réduire de manière significative la charge de l'épidémie dans la région de Mbeya au cours des 5 à 10 ans, et les leçons à tirer pourront alors être appliquées à d'autres régions et à d'autres pays. La réussite des activités dans la région de Mbeya sera alors source d'inspiration non seulement pour les autres régions de la Tanzanie mais aussi pour le reste de l'Afrique subsaharienne.

Annexe 1 : Structure organisationnelle du district



Annexe 2 : Indicateurs régionaux issus du nouveau cadre national de suivi et d'évaluation

Le tableau ci-dessous fournit des indicateurs et des résultats relatifs à la prévention issus du cadre de suivi et d'évaluation mis au point par la TACAIDS en mai 2006³⁵ lorsqu'ils sont applicables à la situation régionale de Mbeya, et lorsque des informations sont d'ores et déjà disponibles dans les rapports courants d'information ou d'estimations provenant de sources connues. Certains de ces indicateurs ont été modifiés pour adaptation aux informations disponibles dans la région de Mbeya.

Indicateurs du cadre de suivi et d'évaluation	Équivalent régional le plus proche	Résultat
PRÉVENTION		
Indicateurs de l'impact		
No. 2 : Prévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes	Idem	2,5 % (2005)
Indicateurs de résultats		
No. 9 : Pourcentage de patients reçus dans un établissement de santé pour la prise en charge d'une infection sexuellement transmissible, qui sont correctement diagnostiqués, traités et conseillés (UNGASS)	Idem	80 % (2003)
No. 10 : Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant reçu un traitement prophylactique destiné à réduire le risque de transmission mère-enfant, conformément aux protocoles approuvés à l'échelon national au cours des douze derniers mois (UNGASS)	Idem	11 % (2005)
No. 11 : Nombre de sites de conseil et test volontaires pour une population donnée et par district	Idem	1. District de Rungwe = 30/314 765 2. Chunya = 16/217 674 3. Zone rurale de Mbeya = 16/273 757 4. Mbarali = 7/241 328 5. Municipal = 17/299 689 6. Mbozi = 8/566 336 7. Ileje = 5/114 906 8. Kyela = 15/187 3336 Nombre total des sites = 114
Indicateurs de résultats : Information, éducation et communication et communication pour un changement de comportement		
No. 12 : Nombre d'écoles disposant d'enseignants formés au développement de compétences psychosociales en matière de VIH et ayant régulièrement appliqué cet enseignement (deux fois par semaine) au cours des douze derniers mois (UNGASS)	Idem	170 (2005)
No. 15 : Nombre de matériels d'information, d'éducation et de communication distribués au cours des douze derniers mois	Idem	201 216 brochures et dépliants

³⁵ TACAIDS (2006). *National Multisectoral HIV Monitoring and Evaluation System, Operational Plan Vol 1 + 2*, 1er juillet 2006–30 juin 2008.

Indicateurs de résultats : préservatifs		
No. 18 : Nombre de préservatifs masculins et féminins distribués directement aux utilisateurs au cours des douze derniers mois	Nombre de préservatifs masculins vendus et distribués	4 766 831
Indicateurs de résultats : conseil et test volontaires		
No. 19 : Nombre et pourcentage de personnes dans l'ensemble de la population ayant subi un test de dépistage du VIH, en ayant obtenu les résultats, et ayant bénéficié d'un conseil post-test au cours des douze derniers mois	Idem	42 041 près de 10 % de la population âgée de 15 à 49 ans
No. 20 : Pourcentage d'établissements de santé ayant la capacité et les moyens de fournir le conseil et test de base et de gérer des services cliniques	Pourcentage d'établissements de santé ayant la capacité et les moyens de fournir le conseil et test de dépistage volontaires du VIH	33 % 114/340
Indicateurs de résultats : programmes sur le lieu de travail		
No. 21 : Pourcentage des lieux de travail importants (20 personnes et plus) (publics et privés) disposant de politiques et de programmes de prévention et de soins (UNGASS)	Pourcentage de lieux de travail importants (20–50 personnes et plus) disposant de politiques et de programmes de prévention et de soins	64 % 38/59
Indicateurs de résultats : prévention de la transmission mère-enfant		
No. 22 : Pourcentage de lieux offrant un ensemble minimum d'informations sur la prévention de la transmission du VIH aux nourrissons et aux jeunes enfants et disposant de directives spécifiques sur les transferts vers les établissements dotés des services de soins et de soutien à long terme	Pourcentage d'établissements de santé disposant de services de prévention de la transmission mère-enfant conformes aux directives nationales	27/341 7,9 %
Indicateurs de résultats : sécurité transfusionnelle et précautions universelles		
No. 23 : Pourcentage d'unités de sang transfusées ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	Idem	100 %
Indicateurs de résultats : soins des infections sexuellement transmissibles		
No. 26 : Pourcentage d'établissements de santé dotés d'un personnel formé au traitement des infections sexuellement transmissibles et disposant d'un stock permanent de médicaments pour traiter les infections sexuellement transmissibles	Idem	311/340 91 %

Annexe 3 : Documents de référence

1. Jordan-Harder B et al. (2000). *Hope for Tanzania, Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region, Part I: Experiences and Achievements and Part II : Guide for HIV/AIDS/STD Interventions in a District of Sub-Saharan Africa (Examples from Mbeya Region)*. Eschborn et Dar es Salaam.
2. Jordan-Harder B et al. (2004). *Thirteen Years of HIV-1 Sentinel Surveillance and Indicators for Behavioural Change Suggest Impact of Programme Activities in South-West Tanzania*, *AIDS*, 18:287–294.
3. République-Unie de Tanzanie (2001). *National Policy on HIV/AIDS*. Dodoma.
4. République-Unie de Tanzanie (2003). *National Multisectoral Strategic Framework on HIV/AIDS (2003–2007)*, Dar es Salaam.
5. République-Unie de Tanzanie (2003). *HIV/AIDS Care and Treatment Plan 2003–2008*, Business Plan 4.0 September 1. Dar es Salaam.
6. TACAIDS/Bureau national des statistiques/ORC Macro (2005). *HIV/AIDS Indicator Survey 2003–04*. Dar es Salaam.
7. Bureau national des statistiques/ORC Macro (2005). *Tanzania Demographic and Health Survey 2004–2005*. Dar es Salaam.
8. Ministère de la Santé (2005). *Surveillance of HIV and Syphilis Infections Among Antenatal Clinic Attendees 2003/04*.
9. République-Unie de Tanzanie, Bureau du vice-président (2005). *National Strategy for Growth and Reduction of Poverty*.
10. République-Unie de Tanzanie (2005). *Poverty and Human Development Report 2005*.
11. EVAPLAN (2005). *Tanzania: Capacity Building for Multisectoral HIV/AIDS Response Tanzania*, CD ROM (Avant-projet).
12. TACAIDS (2004). *Training Manuals for HIV/AIDS Committees at Local Government Authorities:*
 - 1 : Advocacy, Basic facts, Sociocultural factors
 - 2 : Participatory Management
 - 3 : Effective Communication
 - 4 : Field Training Guide
13. TACAIDS (2005). *Training Package for Capacity Building of Regional Secretariat Members on Mainstreaming HIV/AIDS in Council Development Plans*.
14. TACAIDS (2005). *Proceedings of the Lessons Learnt Workshop for Regional Facilitating Agencies* (Novembre, avant-projet).
15. Kabole I (2005). *Technical Support to the Council Multisectoral AIDS Committees; Performance Review and Follow up; Feedback Workshop*.
16. ONUSIDA (2005). *Intensification de la prévention du VIH*. Document d'orientation politique de l'ONUSIDA, Genève.

17. ONUSIDA (2006). *Scaling Up Towards Universal Access: Considerations for Countries to Set Their Own National Targets for HIV Prevention, Treatment, and Care*. Genève.
18. TACAIDS (2006). *National Multisectoral HIV Monitoring and Evaluation System, Operational Plan Vol. 1 and 2*. 1^{er} juillet 2006–30 juin 2008.
19. RFA Rukwa/Mbeya (2006). Avant-projet de rapport annuel 2005–2006.
20. GTZ (2006). *Bringing the AIDS Response Home, Empowering District and Local Authorities in Lesotho, Tanzania and Mpumalaga, South Africa*. Eschborn.
21. OMS/Ministère de la Santé de Tanzanie/GTZ (2006). *Equity and Fair Process in Scaling-up Antiretroviral Treatment: Potentials and Challenges in the United Republic of Tanzania, Case Study*. Genève.

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'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

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

■ COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA

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 Secrétaire de l'ONUSIDA, à l'attention de l'Administrateur chargé des Meilleures Pratiques, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Vers l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins : expériences et défis dans la région de Mbeya en Tanzanie — Etude de cas

Au cours de ces dernières années, la Tanzanie a progressé de manière significative en matière de riposte au VIH. La présente étude de cas rend compte des activités entreprises dans la région de Mbeya depuis deux décennies. Plus de 2 millions de personnes vivent dans cette région qui était, et demeure l'une des plus affectées par l'épidémie. La prévalence du VIH, que l'on estimait à 20 % au milieu des années 90, n'a cependant cessé de reculer depuis. Le travail réalisé par le Programme régional de lutte contre le sida de Mbeya depuis 1988, date de sa création, a certainement largement contribué à inverser le cours de l'épidémie.

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

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

www.unaids.org