

FOI DANS LE SYSTÈME

Impact des réponses locales au VIH sur le renforcement des systèmes de santé au Malawi et au Tchad



tearfund

Foi dans le système

Impact des réponses locales au VIH sur le renforcement des systèmes de santé au Malawi et au Tchad

Remerciements

Nous devons remercier tout particulièrement toutes les personnes qui ont participé aux interviews de recherche au Tchad et au Malawi.

Partenaires de Tearfund au Malawi : Malla Kaiya de EAM, Lazarus BC Harawa et Landson Thindwa de LISAP, Amon Chanika de la Ligue pour la lecture de la Bible et Ellen Napala de SCOM. Parties prenantes au plan national : Edwina Hanjahanja de MIAA, Rév. MacDonald Sembereka de MANERELA+, Roberto Brant Campos d'ONUSIDA, Maria Mukwala de la Commission Nationale SIDA et Frank M Chimbwandira de l'unité VIH et sida au Ministère de la Santé. Bailleurs de fonds internationaux confessionnels : Esther Masika de l'Aide de l'Église Norvégienne et George Vilili de l'Aide de l'Église Danoise.

Partenaires de Tearfund au Tchad : Pasteur Obed Mbaïadoum de PCAR, Paul Djerabe de PEDC, Pasteur Benayal Ndoloum Waroum de EPJ. Parties prenantes au plan national : Marc Saba, coordinateur national d'ONUSIDA, et Ngaradoum Naortangar, également d'ONUSIDA, M. Ranyar Timothée de la Commission Nationale SIDA, Gabdoube Ladiba Célestin du Réseau national de personnes vivant avec le VIH et le sida, Mianbe Legondje de SEM, Madame Djikoloum Kesia de CEVIFA et Dr Justine Nagorngar de Vision Mondiale-Tchad.

La responsable de la recherche tient à reconnaître et remercier toutes les personnes qui ont généreusement accepté d'être interviewées, en particulier les membres des collectivités qui ont pris part aux discussions en petits groupes sur les deux sites de projets visités au Tchad et au Malawi. Elle doit également des remerciements au personnel des bureaux nationaux de Tearfund au Malawi et au Tchad qui ont soutenu les recherches nationales, et plus particulièrement à Vincent Moyo (bureau de Tearfund au Malawi) et à Levourne Passiri et Tchangwei Tchang (bureau de Tearfund au Tchad). La participation et le soutien du personnel de Tearfund UK dans la préparation de la recherche de terrain ont été appréciés.

Auteurs : Nicola Ward, Jo Kaybryn et Kola Akinola

Traduction : Prisca Wiles

Recherche et préparation : Nicola Ward, Plurpol Consulting, mars 2010

Photos de couverture : Marcus Perkins et Layton Thompson / Tearfund
Photo, quatrième de couverture : David Deakin / Tearfund

Conception : Wingfinger Graphics

Contact à Tearfund : ppadministrator@tearfund.org

© Tearfund 2011

Tearfund est une organisation chrétienne de développement et de secours, visant à établir un réseau mondial d'églises locales pour contribuer à l'éradication de la pauvreté.

Foi dans le système

Impact des réponses locales au VIH sur le renforcement des systèmes de santé au Malawi et au Tchad

Table des matières

Résumé opérationnel	2
Liste des acronymes	6
1 Introduction	8
1.1 Contexte	9
1.2 Définitions	9
1.3 Objectifs de la recherche	10
1.4 Angle et méthodologie de la recherche	11
1.5 Malawi : principales parties prenantes nationales et locales	11
1.6 Tchad : principales parties prenantes nationales et locales	12
2 Résultats de la recherche par pays	14
2.1 Malawi	14
2.2 Tchad	20
3 Réflexions et difficultés	25
3.1 Influence des croyances religieuses	26
3.2 Programmes de suivi-évaluation et de qualité	27
3.3 Coordination au niveau tant local que national	28
3.4 Collaboration	29
4 Conclusions et recommandations	30
4.1 Recommandations aux organisations confessionnelles	30
4.2 Recommandations aux bailleurs de fonds et aux gouvernements	30
4.3 Recommandations aux bailleurs de fonds	31
4.4 Recommandations aux gouvernements	31

Résumé opérationnel

Contexte

Un débat permanent cherche à déterminer si l'investissement important dans les programmes VIH et sida a détourné le financement qui aurait pu aller vers d'autres domaines des programmes de santé, et si un tel financement VIH direct (vertical) a un impact sur le renforcement ou l'affaiblissement des systèmes de santé. Le débat soulève la question : entre le financement de programmes verticaux VIH et sida et celui d'approches horizontales intégrées, lequel est le plus approprié.

Cette recherche est centrée sur le rôle des organisations confessionnelles, qui à ce jour a été largement méconnu dans le discours sur le financement VIH et le renforcement des systèmes de santé, pour examiner si et comment les réponses locales confessionnelles au VIH renforcent les systèmes de santé. La recherche, commanditée par Tearfund, vise à apporter une contribution à la littérature croissante sur le renforcement des systèmes de santé, en y ajoutant les expériences des réponses confessionnelles.

Les résultats de ce rapport émanent d'un processus de recherche qualitative auprès de toute une gamme de parties prenantes dans deux pays africains : le Tchad et le Malawi. La recherche a ciblé des organisations partenaires de Tearfund, des organisations chrétiennes et des parties prenantes aux deux plans, national et local. Les individus et les organisations qui ont participé ont été repérés pour leur rôle important dans la réponse au VIH et/ou le renforcement des systèmes de santé. Les membres des collectivités locales qui ont participé aux projets des organisations partenaires de Tearfund dans chaque pays ont eux aussi été consultés.

Vue d'ensemble de la recherche

La recherche qualitative a suivi trois méthodes : étude de dossiers, interviews semi-structurées et discussions en petits groupes. L'étude de dossiers a porté sur un large éventail de documents : littérature de Tearfund, informations sur Internet et données rassemblées directement auprès d'organisations confessionnelles nationales et internationales. Le rapport à partir de la seule étude documentaire contribue déjà de façon importante aux objectifs de cette recherche.

Les participants à la recherche comprenaient des organisations confessionnelles chrétiennes, du personnel de Tearfund, des organisations partenaires de Tearfund et des parties prenantes (gouvernements, bailleurs de fonds, participants aux activités de programme des projets visités, responsables religieux et réseaux de personnes vivant avec le VIH et le sida).

D'une manière générale, les résultats de la recherche corroborent les conclusions apparaissant dans la littérature selon lesquelles les organisations confessionnelles ont un impact important sur le secteur de la santé et y apportent leur contribution, en particulier pour ce qui est de la gestion des hôpitaux et centres de soins. Elles desservent souvent des populations vivant dans des endroits reculés où il n'y a qu'une faible, voire aucune couverture par une infrastructure sanitaire publique. Au plan communautaire, un travail important est effectué par les organisations confessionnelles qui travaillent avec les services sanitaires gouvernementaux et les groupes religieux dans le cadre de la réponse au VIH et au sida.

Par exemple, la mise en œuvre de programmes de soins à domicile, la facilitation de groupes d'entraide pour les personnes vivant avec le VIH et l'organisation d'activités d'information, éducation et communication (IEC) sont les réponses fréquemment apportées par les organisations confessionnelles. Au plan national, on trouve des exemples de coordination efficace entre les organisations confessionnelles, les ministères de la santé et les organismes séculiers. Les difficultés rencontrées par les organisations confessionnelles en termes d'optimisation de leur impact portent en partie sur le besoin de consolider la coordination et le suivi-évaluation aux deux niveaux, local et national. Dans certains cas, il arrive que des croyances religieuses aient un effet négatif sur le travail des services de santé, selon leur contexte et leur mode de gestion, et puissent influencer le travail de l'organisation confessionnelle elle-même.

Si l'on se réfère aux critères de l'OMS qui définissent les composantes d'un système de santé opérationnel, le travail des organisations confessionnelles satisfait aux critères d'un personnel de santé performant. Par exemple, les programmes de soins à domicile peuvent réduire le nombre de patients qui fréquentent les hôpitaux, ceux-ci étant traités à domicile. Les groupes d'entraide pour les personnes vivant avec le VIH et le sida apportent à leurs membres le soutien et des conseils. Ces deux approches réduisent les demandes qui pèsent sur des services de santé déjà saturés et réduisent, par conséquent, les attentes placées sur les agents de santé. Les hôpitaux et les centres de santé

confessionnels soutiennent les efforts en faveur d'un accès équitable aux produits médicaux essentiels, aux vaccins et aux technologies en lien avec le VIH et le sida. Au Malawi, par exemple, l'organisation confessionnelle CHAM reçoit l'équipement et les médicaments permettant de fournir gratuitement dans ses hôpitaux, de la même façon que dans les centres de santé gérés par le gouvernement, le conseil et dépistage volontaire, la thérapie antirétrovirale et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Sur les questions de leadership et de gouvernance, les responsables religieux sont impliqués dans des collaborations interreligieuses et plurisectorielles pour promouvoir et améliorer l'accès au dépistage, aux soins et aux traitements. Mais certaines organisations confessionnelles ne partagent pas toujours pleinement les options des politiques nationales concernant le VIH et le sida, en raison de questions clés, en particulier celle du rôle du préservatif dans la prévention du VIH. Les organisations confessionnelles ne font pas toutes la promotion ou la distribution de préservatifs comme moyen de prévention de la transmission du VIH. La transmission sexuelle restant le principal vecteur, c'est un domaine qui peut, dans certains endroits, avoir un effet négatif sur le travail des services de santé.

Certains aspects des critères de l'OMS sont difficiles à analyser en relation avec le rôle des réponses de base confessionnelle. Par exemple, les systèmes de santé ont absolument besoin d'un système d'information sanitaire qui fonctionne bien et d'un bon système de financement de la santé. Les organisations confessionnelles ne se considèrent pas toujours comme jouant un rôle direct contribuant à ces domaines particuliers.

Dans plusieurs domaines clés, les organisations confessionnelles jouent un rôle important : les hôpitaux et centres de soins confessionnels sont souvent situés dans des zones reculées où il n'y a aucun autre service de santé. Dans ces zones, ceux qui délivrent les services de conseil et dépistage volontaire, thérapie antirétrovirale et prévention de la transmission de la mère à l'enfant, peuvent être considérés comme contribuant directement à l'optimisation de ces services. Les organisations confessionnelles qui mettent en œuvre des efforts pour atteindre ces zones reculées touchent des populations qui pourraient être oubliées par les organisations laïques et les services gouvernementaux. Les organisations confessionnelles participent ainsi à l'accroissement de la couverture.

Au plan communautaire, les organisations confessionnelles ont une influence directe, par exemple : au Malawi, où elles forment des agents de santé du gouvernement, et une influence indirecte, par exemple : au Tchad, grâce aux programmes pour sensibiliser les personnes et les aiguiller vers les hôpitaux gouvernementaux pour le conseil et dépistage volontaire. Au plan national, les réponses sanitaires sont renforcées, par exemple : au Malawi où MIAA, organisation parapluie interconfessionnelle pour le VIH, soutient le développement des politiques nationales de santé, et où le gouvernement est passé par les structures de MIAA pour répondre à d'autres questions de santé comme le choléra.

Quelques résultats importants

Les réponses au VIH à partir d'organisations confessionnelles peuvent renforcer les systèmes de santé, parce que :

- des programmes de sensibilisation au VIH et des services interconfessionnels peuvent être administrés qui transcendent les barrières traditionnelles entre les différentes religions et mettent les services VIH à la portée de tous
- les services de VIH peuvent élargir l'étendue des systèmes sanitaires, en délivrant localement une éducation et une sensibilisation, et en aiguillant la population vers les programmes cliniques existants
- les organisations confessionnelles peuvent apporter des services VIH dans des zones rurales difficiles d'accès où il n'y a qu'une faible infrastructure sanitaire
- les organisations confessionnelles peuvent influencer et renforcer la capacité des responsables religieux pour qu'ils parlent du VIH et du sida dans les collectivités où ils résident et soutiennent ainsi les réponses du service sanitaire local
- les services VIH peuvent soulager la pression faite sur les systèmes de santé en effectuant les soins à domicile et les soins palliatifs, ainsi qu'en dispensant les médicaments.

Pour que la totalité du potentiel des organisations confessionnelles à contribuer au renforcement des systèmes de santé soit complètement déployée, il y a des obstacles à surmonter.

- Un manque de coordination aux deux niveaux, local et national, contribue au fait que les infrastructures sanitaires gouvernementales et les réponses confessionnelles sont parfois inconscientes du travail les unes des autres. Ce qui peut déboucher sur des systèmes d'aiguillage inefficaces ou inexistantes, et sur la possibilité que des services soient inutilement proposés en double.

- Les organisations confessionnelles doivent veiller à une bonne pratique et à l'amélioration du suivi-évaluation de leurs programmes pour en mesurer la portée et en tirer les leçons.
- L'attitude de certains responsables religieux à l'égard des personnes vivant avec le VIH et le sida, ainsi qu'une répugnance de la part de certains à promouvoir des services complets (comprenant les préservatifs et la thérapie antirétrovirale) peuvent créer des difficultés aux agents de santé pour mettre en œuvre des programmes VIH et sida.

Pour ce qui est d'accroître la contribution des réponses VIH de base confessionnelle au renforcement des systèmes de santé, les recommandations suivantes se dégagent des résultats de la recherche, de l'étude documentaire et des connaissances institutionnelles de Tearfund.

Recommandations aux organisations confessionnelles

- Accroître la capacité interne à élaborer des propositions et mettre sur pied et soutenir une prévention VIH efficace et des programmes de soins conformes aux politiques et cadres nationaux pour le VIH et le sida, avec un accent particulier sur la prévention du VIH.
- Chercher des réponses interconfessionnelles, en collaboration avec les services de santé et en appliquant les meilleures pratiques dans les programmes VIH et sida.
- Autonomiser et construire la capacité des responsables religieux pour leur donner les ressources, l'assistance technique et les finances suffisantes afin d'optimiser leur potentiel de travail sur les questions relatives au VIH et au sida, dans leurs collectivités d'action.
- Entrer en partenariat avec les réseaux confessionnels existants rassemblant les personnes vivant avec le VIH et le sida comme ANERELA+ et les soutenir pour qu'ils étendent leur travail et forment des liens plus forts avec les responsables religieux.
- Inclure le renforcement des systèmes de santé dans les objectifs des programmes VIH et sida, de manière à soutenir une collaboration plus étroite avec les services de santé gérés par le gouvernement.

Recommandations aux bailleurs de fonds et aux gouvernements

- Reconnaître les contributions directes et indirectes émanant des réponses confessionnelles et interconfessionnelles, ainsi que leur potentiel pour accroître leur influence sur le renforcement des systèmes de santé.
- Faciliter une inclusion significative des organisations confessionnelles dans le renforcement des systèmes de santé en veillant à ce qu'elles fassent partie des mécanismes de coordination des services de santé.
- Soutenir les organisations confessionnelles pour accroître la qualité et la capacité technique de leur prestation de services grâce à des initiatives de financement, de formation et de savoir-faire, ainsi que par l'intégration dans les priorités et les politiques nationales.
- Accroître les programmes et le financement pour soutenir les réseaux et les responsables religieux, ainsi que les organisations confessionnelles dans la mise au point de stratégies VIH et sida qui suivent les politiques et les cadres nationaux concernant le VIH et le sida.
- Soutenir le travail permanent de renforcement de la capacité des responsables religieux à travailler dans le domaine du VIH et du sida et à conformer les réponses aux cadres nationaux concernant le VIH et le sida.
- Concevoir des politiques qui favorisent la collaboration entre les cliniques locales, les hôpitaux et les organisations confessionnelles et encouragent une coordination et une reconnaissance mutuelle entre les services gouvernementaux et les programmes à base confessionnelle. Ce qui devrait comprendre le fait de veiller à renforcer des mécanismes efficaces d'aiguillage par renvois mutuels.
- Soutenir les organisations confessionnelles dans leurs efforts pour accroître leur capacité de suivi-évaluation pour une meilleure qualité et pour optimiser le potentiel des programmes VIH et sida de base confessionnelle.
- Continuer à souligner l'importance pour les organisations laïques et confessionnelles de suivre un seul cadre national de suivi-évaluation, en les encourageant à contribuer à ces processus au niveau national, indépendamment des exigences formulées par ceux qui octroient un financement.
- Consigner les bonnes pratiques de coordination confessionnelle et laïque, et faire en sorte que les leçons apprises dans la programmation concernant le VIH et le sida soient transmises tant au niveau national qu'au niveau international.

- Encourager et renforcer la collaboration entre les organisations confessionnelles et les autorités de santé, nationales et locales, en concevant des stratégies de programmation conjointe pour veiller à ce qu'un programme complet VIH et sida soit fourni à toute la population.

Recommandations aux bailleurs de fonds

- Encourager les organisations confessionnelles à inclure de façon spécifique le renforcement des systèmes de santé dans les objectifs de leur programme et de leurs stratégies opérationnelles.
- Continuer à financer les programmes intégrés et verticaux pour le VIH et le sida au sein du contexte spécifique au pays, en veillant à ce qu'il soit fait référence aux priorités et aux politiques nationales, et en tenant compte des cadres internationaux.
- Encourager le gouvernement et les organisations laïques à inclure les réponses des organisations confessionnelles dans leurs statistiques de suivi.
- Soutenir la recherche en vue d'une analyse plus poussée de l'impact du travail VIH et sida des organisations confessionnelles, par exemple sur le renforcement des systèmes de santé et sur les responsables religieux, ainsi que ses effets sur les programmes VIH et sida mis en œuvre dans les collectivités.
- Fournir un soutien aux partenaires confessionnels, aux responsables religieux et aux réseaux pour contrecarrer les attitudes qui stigmatisent les personnes vivant avec le VIH et le sida.

Recommandations aux gouvernements

- Continuer à soutenir et financer les structures de coordination existantes, comme MIAA au Malawi, afin de renforcer la coordination de la réponse confessionnelle au VIH et au sida.
- Promouvoir, auprès des bailleurs de fonds et des organisations confessionnelles, la conformité avec les priorités et cadres nationaux concernant le VIH et la santé, ainsi que les contributions apportées à ces derniers.
- Reconnaître et souligner l'importance du rôle moteur des organisations confessionnelles et interreligieuses dans la réponse nationale au VIH en développant le dialogue avec les réseaux nationaux confessionnels de personnes vivant avec le VIH et le sida, comme MANERELA+.

Ce qui est attendu de ce rapport et de ses résultats est qu'ils contribuent à la littérature parlant de l'impact que des organisations confessionnelles peuvent avoir sur le renforcement du système de santé et qu'ils fassent quelques propositions pour l'avenir.

Liste des acronymes

ACT	Assemblées Chrétiennes au Tchad
ADT	Assemblée de Dieu au Tchad
ANERELA+	Réseau africain des responsables religieux vivant avec le VIH et le sida ou personnellement touchés par le virus
AS	Approche sectorielle [SWAp – Sector-wide approach]
ASS	Assistant de surveillance sanitaire
BAC	Bureau d'Appui Conseil
CCAP	Church of Central Africa Presbyterian (Église presbytérienne d'Afrique centrale)
CCM	Comité central mennonite
CEVIFA	Centre d'Éducation à la Vie Familiale
CHAM	Christian Health Association of Malawi (Association chrétienne de santé du Malawi)
CHARMS	Core HIV and AIDS Response Monitoring System (Système de suivi des réponses au VIH et SIDA)
CIFA	Centre for Interfaith Action on Global Poverty (Centre d'action interreligieuse sur la pauvreté mondiale)
CNLS	Conseil National de Lutte Contre le SIDA (Commission nationale SIDA)
DED	Deutscher Entwicklungsdienst (Service Allemand pour le Développement)
EAM	Evangelical Association of Malawi (Association évangélique du Malawi)
EEACT	Église Évangélique de l'Afrique Centrale au Tchad
EEFT	Église Évangélique des Frères au Tchad
EEMET	Entente des Églises et Missions Évangéliques au Tchad
EEMT	Église Évangélique Missionnaire au Tchad
EET	Église Évangélique du Tchad
EFLT	Église Fraternelle Luthérienne au Tchad
EPJ	Ethique, Paix et Justice
FOSAP	Fonds de soutien en matière de population et de lutte contre le SIDA (Fonds pour le sida de la Banque mondiale)
GFATM	Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme (encore appelé Fonds mondial)
HLSB	Health and Life Science Partnership (Partenariat Santé et Sciences de la vie), une institution internationale de services professionnels, spécialisée dans le secteur de la santé
IEC	Information, Éducation et Communication
INERELA+	International interfaith network of religious leaders living with or personally affected by HIV (Réseau international interreligieux de responsables religieux vivant avec le VIH ou personnellement touchés par le virus)

LISAP	Livingstonia Synod AIDS Programme (Programme sida du synode Livingstonia)
MANERELA+	The Malawi network of religious leaders living with or personally affected by HIV (Réseau malawite de responsables religieux vivant avec le VIH ou personnellement touchés par le virus)
MIAA	Malawi Interfaith AIDS Association (Association interreligieuse sida au Malawi)
MS	Ministère de la Santé
OFC	Organisation des Femmes de l'EET
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PCAR	Programme Chrétien d'Animation Rurale
PDR	Programme de développement régional (terminologie de Vision Mondiale)
PEDC	Projet Évangélique pour le Développement Communautaire
SCOM	Student Christian Organisation of Malawi (Organisation des étudiants chrétiens du Malawi)
SEM	Service d'Évangélisation et Mission
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 Introduction

Au cours des 20 à 30 dernières années, la prévalence du VIH et du sida en Afrique a été au centre des préoccupations des organisations internationales de développement dans le monde entier. Comme le montrent les rapports annuels de suivi d'ONUSIDA, des progrès significatifs ont été accomplis pour stabiliser et réduire les niveaux de prévalence du VIH dans de nombreux pays. Pourtant, le débat se poursuit sur la question de savoir si l'investissement pour le VIH et le sida détourne le financement d'autres domaines des programmes de santé, et s'il convient de continuer à cibler la programmation et le financement verticaux du VIH et du sida ou plutôt de cibler des approches horizontales intégrées. La cible de cette recherche est le rôle des organisations confessionnelles dans ce débat : voir si et comment la réponse confessionnelle locale au VIH renforce ou influence d'une autre manière les systèmes de santé.

Les résultats de la recherche documentaire montrent que le débat sur les approches verticale et horizontale des programmes de santé n'a cessé d'agiter les esprits ces 50 dernières années.¹ Il est devenu davantage une priorité, pour ce qui relève du VIH et du sida, essentiellement en raison des hauts niveaux de financement qui ont alimenté ce secteur. Il en a souvent résulté la création de systèmes parallèles pour gérer, mettre en œuvre et suivre des programmes spécifiques pour le VIH et le sida. Il y a un consensus général sur le besoin des deux approches : horizontale et verticale, qui se complètent mutuellement.^{2,3,4}

Cependant, il n'y a guère d'analyse ou de recherche sur l'impact que les organisations confessionnelles ont sur les systèmes de santé, par leurs réponses au VIH. Les organisations confessionnelles ont une longue histoire de travail dans le secteur de la santé. L'OMS estime qu'entre 30 et 70 pour cent des services de santé en Afrique sont gérés par des organisations confessionnelles.⁵ La documentation sur la réponse de base confessionnelle a été améliorée grâce à des efforts comme le Capacity Project (Projet Capacité).^{6,7} Un document, émanant d'une rencontre récente de l'OMS et du CIFA en 2009,⁸ traite des questions relatives au manque de documentation sur l'impact qu'ont, sur les systèmes de santé, les organisations confessionnelles, y compris dans la réponse au VIH. Diverses initiatives ont commencé, de façon systématique, le processus de cartographie de la réponse de base confessionnelle. Les résultats de la présente recherche contribueront à cette littérature croissante sur l'impact que les organisations confessionnelles ont au sein de la réponse au VIH et en relation avec le renforcement des systèmes de santé.

Les résultats provenant du Malawi et du Tchad sont présentés dans le rapport comme des exemples du travail des organisations confessionnelles et alimentent la réflexion autour du thème faisant l'objet du débat central. Le but est de montrer comment les organisations confessionnelles influent sur les systèmes de santé et quelques-unes des difficultés rencontrées dans les contextes du Malawi et du Tchad, ainsi que de puiser dans ces expériences pour alimenter la discussion plus large.

Le travail des organisations confessionnelles sera examiné en le considérant dans l'optique de déterminer si le programme VIH a un impact direct ou indirect aux deux niveaux, national et local. La recherche donne un aperçu sur les questions, mais elle ne fait ni une cartographie ni un rapport exhaustifs de la réponse de toutes les organisations confessionnelles. Il est nécessaire de faire d'autres recherches et analyses pour parvenir à une compréhension complète du travail des organisations confessionnelles et de leur rôle dans la réponse au VIH et le renforcement des systèmes de santé.

-
- 1 Atun R et al (2008) *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ? Synthèse*, OMS
 - 2 OMS (2009) *Résumé des conclusions initiales : maximiser les synergies positives entre les systèmes de santé et les Initiatives Mondiales pour la Santé*
 - 3 ITPC (2008) [La Coalition Internationale de la Préparation au Traitement]
 - 4 Dhaliwal M (2008) *HIV and Health Systems Strengthening: Opportunities for achieving universal access by 2010* [VIH et Renforcement des systèmes de santé : Possibilités pour parvenir à l'accès universel d'ici 2010], Campagne STOP SIDA
 - 5 Chanoine Karpf T *Community Realities in Africa Show FBO Partnership Key to Global Scale-Up* (2007) [Les réalités communautaires en Afrique montrent que le partenariat avec les organisations confessionnelles est un élément clé dans le renforcement mondial] *AIDSLink* : n° 103, 1er juin 2007, OMS
 - 6 Capacity Project (2009) *Human Resources-Geographical Information Systems Data Development and Systems Implementation for the Christian Social Services Commission of Tanzania: Final Report* [Développement de données des systèmes d'informations géographiques sur les ressources humaines et Mise en œuvre des systèmes pour la Commission des services sociaux chrétiens de Tanzanie : Rapport final], mai 2009
 - 7 Capacity Project (2009) *Capacity Project knowledge sharing* [Projet : partage des connaissances], *mémoire technique*, novembre 2009
 - 8 OMS et le Center for Interfaith Action on global poverty (CIFA) (novembre 2009) *Consultation: NGO Mapping Standards Describing Religious Health Assets* [Consultation : Normes de cartographie des ONG décrivant les actifs sanitaires religieux]

1.1 Contexte

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les modules d'un système de santé fonctionnel : prestation de services, personnel de santé ; systèmes d'information sur la santé ; produits médicaux, vaccins et technologies ; financement ; leadership et gouvernance.⁹ Dans son rapport sur le renforcement des systèmes de santé, l'OMS détaille chacun de ces modules. Si cette recherche ne traite pas en détail chaque module des critères de l'OMS, il est clair que les organisations confessionnelles travaillent de différentes façons avec les services de santé, depuis la gestion d'hôpitaux et de centres de santé, jusqu'à la mise en œuvre de tout un éventail d'activités qui peuvent avoir un impact indirect ou direct sur la prestation de services de santé dans une localité donnée.

Il est possible de faire quelques commentaires généraux sur les différents modules de l'OMS concernant un système de santé fonctionnel qui peuvent être considérés dans le contexte des résultats de la recherche. Les résultats sont eux-mêmes considérés dans l'axe du travail de l'institut HLPS,¹⁰ qui a étudié les services sida et les contraintes habituelles des systèmes de santé dans les pays ayant une faible infrastructure de services sanitaires.¹¹ Ceci pour étudier la mesure dans laquelle les organisations confessionnelles peuvent contribuer à optimiser les réponses au VIH et au sida.

1.2 Définitions

PROGRAMMATION VERTICALE

L'OMS¹² définit les *programmes verticaux* (encore appelés programmes « *stand-alone* », *catégoriques* ou *indépendants*) comme des situations où « la solution d'un problème sanitaire donné [est abordée] par le biais de mesures spécifiques à la faveur d'un fonctionnement à but unique »,¹³ par exemple, comme dans le cas des interventions spécifiques pour le VIH.

PROGRAMMATION HORIZONTALE

Les *programmes intégrés* (encore appelés *programmes horizontaux*, *services de santé intégrés* ou *approches horizontales*) visent à « attaquer les problèmes de santé globaux sur un front large et sur le long terme par le biais de la création d'un système d'institutions permanentes communément appelées *services de santé généraux*. »¹⁴

APPROCHE DIAGONALE

Dans le Cadre d'action de l'OMS 2007,¹⁵ l'*approche diagonale* du renforcement des systèmes de santé est définie comme :

- prenant les résultats désirés de santé comme point de départ pour repérer les contraintes des systèmes de santé qui enrayent l'optimisation efficace des services
- traitant les goulets d'étranglement des systèmes de santé de telle sorte que les résultats spécifiques de santé sont obtenus, en même temps que les effets à l'échelle du système sont réalisés et que d'autres programmes en tirent également profit
- traitant principalement les systèmes de santé primaire et les questions de capacité

9 OMS (2000) *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*

10 Health and Life Sciences Partnership [Partenariat Santé et Sciences de la vie]

11 Druce, Dickinson (2008) *Making the most of the money? Strengthening health systems through AIDS responses* [Renforcer les systèmes de santé grâce à la réponse au sida. Tirer le meilleur parti de l'argent ?], p.8, HLSP

12 Atun R et al (2008) *Quand les programmes verticaux (indépendants) ont-ils une place dans les systèmes de santé ? Synthèse*, p.3 OMS

13 Msuya J (2005) *Horizontal and vertical delivery of health services: what are the tradeoffs?* [Provision horizontale et verticale des services de santé : quelles sont les alternatives ?] Washington, DC, World Bank

14 Ibid.

15 OMS (2007), *L'affaire de tous : renforcer les systèmes de santé pour de meilleurs résultats sanitaires. Cadre d'action de l'OMS*

- encourageant la conception de stratégies et de plans nationaux pour le secteur de la santé, et réduisant l'investissement dans des plans isolés pour des aspects spécifiques des systèmes de santé
- ayant des cadres solides de suivi-évaluation.

Ceci repose sur la construction de modules qui composent un système de santé, comme le rapport de l'OMS, en 2000, les définit : prestation de services, personnel de santé ; systèmes d'information sur la santé ; produits médicaux, vaccins et technologies ; financement ; leadership et gouvernance.

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Le Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM ou Fonds mondial) décrit le renforcement des systèmes de santé dans le contexte de la mission du Fonds mondial comme « des activités et des initiatives qui améliorent les systèmes de santé sous-jacents des pays dans l'un des six domaines [modules de l'OMS pour un système de santé efficace]¹⁶ et/ou exploite des interactions entre eux pour parvenir à des services de santé et des résultats liés au [VIH, paludisme et tuberculose] qui sont plus équitables et plus pérennes. »¹⁷ Les fonctions centrales ou « blocs de construction » essentiels sont définis de diverses façons, mais ils comprennent la gouvernance et le leadership, l'organisation, la planification, le financement, le personnel, la gestion de l'information, les fournitures et l'infrastructure. Les collectivités, les clients et le secteur non gouvernemental sont importants, mais sont souvent les acteurs oubliés du système.¹⁸

ORGANISATIONS CONFESIONNELLES

Dans la recherche, le terme « organisation confessionnelle » est utilisé de façon générique pour parler de toutes les organisations dont la base est religieuse, c'est-à-dire les réseaux d'églises, les groupes religieux, les responsables religieux et les prestataires de services de santé de base confessionnelle.

1.3 Objectifs de la recherche

L'un des domaines organisationnels prioritaires de Tearfund est le VIH et le sida. Tearfund soutient de nombreuses églises locales et organisations confessionnelles dans le monde, dont certaines sont des acteurs clés de la réponse au VIH et de l'action pour traiter les questions de santé d'une manière plus générale. Par cette recherche, le but de Tearfund est d'explorer diverses réponses locales au VIH apportées par des groupes confessionnels et la façon dont celles-ci peuvent construire les systèmes de santé ou, au contraire, détourner les ressources d'autres réponses de santé.

Le but général de cette recherche est : **comprendre si les réponses confessionnelles locales au VIH peuvent également renforcer les systèmes de santé.**

Plus particulièrement, cette étude vise quatre objectifs :

- explorer le rôle des réponses confessionnelles dans le renforcement des systèmes de santé au niveau tant national que local
- chercher des preuves et recueillir des études de cas montrant si les réponses au VIH ont renforcé les systèmes de santé, ou si elles ont détourné les ressources qui auraient pu attaquer d'autres problèmes sanitaires
- analyser ces données pour concevoir des messages politiques sur la façon dont les réponses confessionnelles au VIH peuvent aider à construire les systèmes de santé et comment mieux les soutenir dans ce travail (ainsi que dans ce qu'elles doivent changer dans leur façon d'agir), et influencer en conséquence les politiques, la planification et la pratique des décideurs au niveau international et les politiques et la pratique au niveau tant national que local

¹⁶ Ibid.

¹⁷ GFATM (2008), *Fact Sheet : The Global Fund's approach to health systems strengthening* [Fiche d'information : Renforcement des systèmes de santé]

¹⁸ Druce, Dickinson (2008) *Making the most of the money? Strengthening health systems through AIDS responses* [Renforcer les systèmes de santé grâce à la réponse au sida. Tirer le meilleur parti de l'argent ?], p.8, HLSP

- examiner les bonnes et les mauvaises pratiques, et proposer des moyens permettant aux réponses des bailleurs de fonds de s'attaquer au VIH et de simultanément renforcer les systèmes de santé.

1.4 Angle et méthodologie de la recherche

Pour atteindre ces objectifs, une étude sur documents a été entreprise, examinant la littérature qui existe actuellement sur les réponses confessionnelles au VIH et le renforcement des systèmes de santé.¹⁹ Des interviews ont été faites auprès du personnel de Tearfund UK et une recherche sur le terrain a été conduite au Tchad et au Malawi. Cette partie présente l'approche et la méthodologie adoptées pour y parvenir.

Les interviews auprès du personnel de Tearfund UK ont placé la recherche, les visites aux partenaires de Tearfund en particulier, dans le contexte de l'approche de l'organisation vis-à-vis du VIH et du sida.

La recherche qualitative sur le terrain a été conduite au Malawi et au Tchad avec l'intention de discuter avec les différentes parties prenantes, au niveau tant national que local, du rôle que jouent les organisations confessionnelles dans le renforcement des systèmes de santé pour ce qui est de la réponse au VIH.

La recherche s'est déroulée sur une période de deux semaines en février et mars 2010 au Malawi et au Tchad. Des interviews semi-structurées ont été organisées auprès des principales parties prenantes au niveau tant national que local, et ont été modifiées en fonction du contexte et des parties prenantes impliquées.²⁰ Dans chaque pays, une visite a été consacrée à une zone rurale pour voir les activités de programme d'un partenaire de Tearfund qui met en œuvre un programme VIH.

Des discussions en petits groupes ont été organisées avec des groupes clés de bénéficiaires, de participants et de parties prenantes locales, comme des responsables religieux et du personnel des infrastructures sanitaires dans les localités du projet qui ont été visitées. Sur le terrain, un interprète local a été utilisé pour que les personnes qui participaient aux discussions de groupe et aux interviews puissent parler dans leur langue maternelle. Les groupes ont été invités à participer par l'organisation confessionnelle locale, qui mettait en œuvre les activités de programme pertinentes.

La recherche n'a pas cherché à comparer les expériences des organisations confessionnelles avec celles des organisations laïques. Elle n'a pas non plus cherché à évaluer l'efficacité ni des programmes ni des services confessionnels ou laïcs. Elle a, au contraire, cherché à parvenir à une meilleure compréhension de l'impact des réponses confessionnelles au VIH, qui avaient été sélectionnées, sur les systèmes de santé plus généraux. Les résultats de la recherche ont été analysés dans le contexte du pays et du sujet général de la recherche.

1.5 Malawi : principales parties prenantes nationales et locales

PARTICIPANTS

Au Malawi, les participants à la recherche ont été les suivants :

- Bureau national de Tearfund
- Partenaires de Tearfund : EAM, LISAP, Ligue pour la lecture de la Bible et SCOM
- Parties prenantes au niveau national : MIAA, MANERELA+, ONUSIDA, Commission Nationale SIDA, Ministère de la Santé
- Bailleurs de fonds confessionnels internationaux : Aide de l'Église Norvégienne, Aide de l'Église Danoise

Au cours des visites de terrain, des discussions en petits groupes ont été organisées avec le personnel des centres de santé, des personnes vivant avec le VIH et le sida, des groupes de jeunes et des groupes d'entraide à domicile.

19 Ward N (2010) *Can, and how, do local faith based responses to HIV help to strengthen health systems?* [Les réponses au VIH de base confessionnelle peuvent-elles aider au renforcement des systèmes de santé, et comment le peuvent-elles ?] *A Review of the Literature* [Une analyse documentaire], Plurpol Consulting

20 Ibid.

ORGANISATIONS LOCALES

- **MIAA**, Association interreligieuse sida au Malawi, est une organisation interreligieuse de service, composée de membres de religions différentes. Le principal but du secrétariat est de faciliter un engagement uni des communautés religieuses dans la réponse au VIH. Différentes organisations confessionnelles sont placées sous les auspices du secrétariat de chacune des organisations confessionnelles membres.
- **MANERELA+**, Réseau malawite de responsables religieux vivant avec le VIH ou personnellement touchés par le virus, fait partie d'un réseau d'organisations de responsables religieux dans l'ensemble de l'Afrique, appelé ANERELA+, créé en 2003. Sa raison d'être est d'équiper et d'engager les responsables religieux vivant avec le VIH ou personnellement touchés par le virus pour qu'ils vivent de manière positive et ouverte comme des porteurs d'espoir et de changement dans leur communauté de foi et leur pays, et de renforcer leur capacité à le faire.
- **EAM**, Association évangélique du Malawi, est une organisation parapluie pour l'union des églises évangéliques et pentecôtistes, et des organisations chrétiennes en vue de la tâche commune d'améliorer le bien-être spirituel et social des Malawites. L'EAM, agissant en tant que secrétariat, dessert 53 dénominations d'églises et 51 organisations chrétiennes, construit leur capacité à améliorer la vie des personnes pauvres et marginalisées qui vivent dans leur zone d'action. L'EAM a trois domaines principaux d'intervention : mobilisation et formation de l'église ; sécurité alimentaire ; VIH et plaidoyer. L'EAM est partenaire de Tearfund.
- **LISAP**, Programme sida du Synode Livingstonia, se concentre sur des programmes VIH et sida dans les cinq districts de la région septentrionale et la ville de Mzuzu. Ce programme entre dans le cadre de la CCAP (Église presbytérienne d'Afrique centrale). Les activités couvrent les soins à domicile, la prise en charge et le soutien des orphelins et des enfants vulnérables, la sensibilisation des jeunes, l'information, l'éducation et la communication, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le dépistage mobile du VIH. LISAP est partenaire de Tearfund.
- **La Ligue pour la lecture de la Bible** a deux objectifs principaux : faire connaître aux enfants et aux jeunes la Bonne Nouvelle de Dieu, et encourager les personnes de tout âge à rencontrer Dieu chaque jour par la lecture de la Bible et la prière. Elle a cinq départements principaux (Bible, jeunesse, enfance, famille et femmes) ; les activités VIH entrent principalement dans les départements jeunesse, enfance et famille. La Ligue est partenaire de Tearfund.
- **SCOM**, Organisation des étudiants chrétiens du Malawi, répond aux besoins spirituels des collégiens de 12 à 16 ans. Elle le fait par le biais de tout un éventail de programmes, l'un d'eux comprenant une sensibilisation au VIH et au sida. SCOM est partenaire de Tearfund.

1.6 Tchad : principales parties prenantes nationales et locales

PARTICIPANTS

Au Tchad, les participants à la recherche ont été les suivants :

- Bureau national de Tearfund
- Partenaires de Tearfund : PCAR, PEDC et EPJ
- Parties prenantes au niveau national : ONUSIDA, Commission Nationale SIDA, Réseau national de personnes vivant avec le VIH
- Responsables religieux (ACT et EEMET), président de l'EPJ, président du SEM
- Organisation confessionnelle nationale : CEVIFA
- Organisation confessionnelle internationale : Vision Mondiale Tchad.

Au cours des visites de terrain, des discussions en petits groupes ont été organisées avec des personnes vivant avec le VIH, le personnel du projet, des responsables religieux et le personnel hospitalier.

ORGANISATIONS LOCALES

- **CEVIFA**, Centre d'Éducation à la Vie Familiale, est une organisation confessionnelle qui n'est pas liée à une dénomination particulière et qui travaille à partir de l'idée : comment les chrétiens peuvent-ils, par leur réponse au VIH, influencer la société. Le centre vise deux objectifs principaux : apporter l'éducation et l'information concernant le VIH et la santé reproductive, et prendre soin des personnes qui vivent avec le VIH et le sida.

- **PCAR**, Programme Chrétien d'Animation Rurale, travaille sous les auspices d'ACT et met en œuvre des programmes agricoles, des activités génératrices de revenus et des activités VIH et sida. PCAR est partenaire de Tearfund.
- **PEDC**, Projet Évangélique pour le Développement Communautaire, travaille sous les auspices d'EET et est principalement impliqué dans la sécurité alimentaire et l'agriculture. Le projet saisit aussi toutes les occasions pour aborder les questions liées au VIH. PEDC est partenaire de Tearfund.
- **EPJ**, Éthique, Paix et Justice, travaille sous les auspices d'EEMET dans le Tchad méridional et à N'Djamena, c'est l'organisation qui met en œuvre la plupart des activités communautaires VIH et sida, et le plaidoyer contre l'injustice et la pauvreté. EPJ est partenaire de Tearfund.

RÉSEAUX RELIGIEUX

EEMET est l'Entente des Églises et Missions Évangéliques au Tchad. Il s'agit d'une organisation parapluie qui surveille le travail exécuté par des départements autonomes :

- EPJ, Éthique, Paix et Justice (partenaire de Tearfund : voir ci-dessus)
- SEM, Service d'Évangélisation et Mission, qui organise les missions et l'évangélisation
- Organisation des Femmes de l'EET
- Bureau d'Appui Conseil.

EEMET regroupe sept dénominations :

- Église Évangélique du Tchad
- Assemblées Chrétiennes au Tchad
- Église Fraternelle Luthérienne au Tchad
- Église Évangélique des Frères au Tchad
- Église Évangélique de l'Afrique Centrale au Tchad
- Assemblée de Dieu au Tchad
- Église Évangélique Missionnaire au Tchad.

2 Résultats de la recherche par pays

Les résultats provenant de chaque pays présentent les impacts directs et indirects de la réponse VIH confessionnelle locale sur les services de santé. Les questions de coordination et de financement sont étudiées au plan national en relation avec les différentes parties prenantes ayant participé à la recherche.

La coordination nationale de la réponse au VIH a été un point focal de la dernière décennie, portant également sur les initiatives pour renforcer les conseils nationaux sida et la collaboration plurisectorielle conduite par le Ministère de la Santé. Nombre de ces efforts de coordination ont inclus les réponses confessionnelles. Le Conseil Mondial des Églises a rassemblé des documents à l'appui de beaucoup des déclarations et des déclarations de principe portant sur le VIH et le sida, émanant des églises et des organisations confessionnelles, entre 2001 et 2005.²¹ Ils sont la preuve de l'engagement international de la communauté confessionnelle à renforcer le travail de base confessionnelle pour répondre au VIH et au sida et pour améliorer la coordination. En pratique, l'amélioration dans ces domaines a été inégale, ce qui se reflète dans les degrés variés de coordination et de mise en œuvre à l'échelle du pays, relevés par cette recherche dans certaines parties du Malawi et du Tchad.

Au plan communautaire, au Malawi et au Tchad, les différentes organisations confessionnelles répondent de façon très variée au VIH et au sida. Certaines ont un impact direct et positif sur le système de santé, tandis que d'autres ont un impact indirect. Les activités mises en œuvre par les organisations confessionnelles comprennent les soins à domicile, les groupes de soutien entre pairs, le conseil et dépistage volontaire, et la sensibilisation. Chaque organisation confessionnelle a son propre niveau d'engagement avec les infrastructures locales de santé.

2.1 Malawi

En 2008, sur la population du Malawi qui comptait 14 millions d'habitants, environ 11,9 pour cent des adultes, âgés de 15 à 49 ans, vivaient avec le VIH.²² Bien que la prévalence nationale du VIH ait diminué depuis 2005, le Malawi a encore l'un des taux les plus élevés d'Afrique sub-saharienne. On estime à 91 000 le nombre d'enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH et à 560 000 celui des enfants de 0 à 17 ans, rendus orphelins par le sida.²³ Des progrès importants ont été accomplis pour atteindre les cibles d'accès universel.²⁴ Par exemple, deux tiers des Malawites qui ont besoin d'une thérapie antirétrovirale ont maintenant accès au traitement. Même s'il y a encore beaucoup à faire pour parvenir à l'accès universel, c'est un saut énorme, d'environ 3 000 en 2003 à 184 000 en 2009 et d'un nombre de sites de distribution de la thérapie antirétrovirale de neuf à 236.^{25,26}

La recherche s'est déroulée dans la capitale Lilongwe et dans la région de Kamwe, située dans le district de Mzimba, au nord du Malawi. Des interviews semi-structurées ont été organisées auprès des parties prenantes nationales, parmi lesquelles les partenaires de Tearfund : Association évangélique du Malawi (EAM), Programme sida du synode Livingstonia (LISAP), Organisation des étudiants chrétiens du Malawi (SCOM) et Ligue pour la lecture de la Bible. Les organisations de coordination nationale ont été interviewées, parmi lesquelles la Commission Nationale SIDA, l'Association interreligieuse sida au Malawi (MIAA), le Réseau malawite des responsables religieux vivant avec le VIH ou personnellement touchés par le virus (MANERELA+), ONUSIDA et le Ministère de la Santé (MS). Deux organisations confessionnelles de financement ont été interviewées : Aide de l'Église Norvégienne et Aide de l'Église Danoise. Des discussions en petits groupes ont été organisées avec les groupes de soins à domicile, les groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et le sida, les jeunes et le personnel du centre local de santé.

21 www.oikoumene.org/fr/documentation/documents/programmes-du-coe/justice-diakonia-and-responsibility-for-creation/ehaia/declarations-et-prises-de-position-sur-le-vihsida-par-les-eglises-et-les-organisations-religieuses-2001-2005.html

22 UNAIDS (2008) *Fact Sheet Malawi*

23 Ibid.

24 UNAIDS (2008) *Progress towards Universal Access* [Progrès vers l'accès universel] http://cfs.indicatorregistry.org/country_factsheet.aspx?ISO=MAL

25 www.dfid.gov.uk/Media-Room/News-Stories/2010/Advice-to-developing-countries-on-paying-for-healthcare/Malawi/

26 MoH (2009) *Quarterly report anti-retroviral treatment programme in Malawi* [Rapport trimestriel sur le programme du traitement antirétroviral], septembre 2009

RÉPONSES DE BASE CONFESSIONNELLE AU VIH : IMPACT DIRECT SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ AU PLAN TANT COMMUNAUTAIRE QUE NATIONAL

Au plan communautaire, on peut dire que les organisations confessionnelles ont un impact direct et indirect sur les services de santé par le biais de leurs programmes VIH et sida, en fonction du type de programme mis en œuvre et de l'étroitesse de leur travail avec les infrastructures et les autorités sanitaires gouvernementales.

Par exemple, l'Association chrétienne de santé du Malawi (CHAM) gère 171 centres de santé,²⁷ principalement dans les zones rurales reculées du pays. Ce qui constitue entre 37 et 40 pour cent des centres de santé du Malawi, et répond surtout au besoin de centres de santé dans quelques-unes des zones reculées qui ne sont guère couvertes par le gouvernement. Au trente et un décembre 2008, CHAM fournissait le conseil et dépistage volontaire dans 134 centres, la thérapie antirétrovirale dans 66 centres et les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant dans 127 centres ; neuf centres de santé offraient une thérapie antirétrovirale pédiatrique.²⁸ Le conseil et dépistage volontaire, la thérapie antirétrovirale et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant sont dispensés gratuitement grâce au financement octroyé par le Ministère de la Santé. Le traitement des infections opportunistes n'est pas toujours gratuit, sauf pour le traitement de la tuberculose, auquel participent le financement et les services gouvernementaux.

CHAM gère des centres de formation qui forment la majorité du personnel infirmier du Malawi. Dans le passé, le financement était apporté par le gouvernement, plus récemment il l'a été par le Fonds mondial. Cette formation est une contribution importante au renforcement du système de santé parce qu'elle accroît directement le nombre d'agents de santé qualifiés au Malawi.

Les organisations confessionnelles travaillent aussi directement dans la collectivité, en faisant fonctionner des programmes de soins à domicile et des groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH. LISAP, par exemple, travaille, au Malawi dans cinq districts de la région septentrionale et à Mzuzu. Outre la délivrance de soins à domicile, les programmes VIH et sida de LISAP comprennent la réponse aux orphelins et enfants vulnérables, le travail parmi la jeunesse, les initiatives d'information, d'éducation et de communication, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et les unités mobiles de dépistage du VIH. Une visite a été faite à Kamwe dans le district de Mzimba pour rencontrer des participants aux programmes VIH organisés par LISAP.

Dans la région de Kamwe, il y a sept groupes de soins à domicile dont les membres ont été formés grâce à la formation aux soins à domicile dispensée par le gouvernement. Chaque soignant visite et soigne les patients à domicile et fait la promotion du dépistage du VIH auprès des membres de la collectivité. Un membre du groupe de soins à domicile visite entre trois et sept personnes dans sa région. Dans la mesure du possible, il les visite deux fois par mois, et plus souvent si la personne ne peut se déplacer.

Le programme de soins à domicile a eu un impact important pour les collectivités où il a été déployé. Les commentaires entendus au cours des discussions en petits groupes montrent qu'il a réduit la fréquence des visites à l'hôpital et la durée des séjours hospitaliers. Les personnes pouvant être traitées et soignées à domicile, la charge de travail du personnel des centres de santé et des hôpitaux locaux a été réduite. De l'avis des soignants, les personnes dont ils prennent soin à domicile semblent être moins longtemps malades, et ont pu parvenir à une meilleure santé et retrouver plus rapidement une activité plus grande. LISAP travaille étroitement avec l'infrastructure sanitaire de l'administration locale en invitant les adjoints à la surveillance sanitaire du gouvernement à faire part de leurs connaissances et de leurs savoir-faire dans le cadre des initiatives de formation correspondantes et en négociant, avec les prestataires locaux de santé, le réapprovisionnement des médicaments distribués par les soignants. Les centres locaux de soins ont officiellement accepté d'échanger les médicaments ayant dépassé la date limite de consommation.

Quand leur santé s'améliore et qu'ils n'ont plus besoin de la visite des soignants, les patients sont aiguillés vers des groupes de soutien que LISAP a contribué à renforcer. La recherche comprenait la discussion avec certains des groupes de la région de Kamwe, dans le district de Mzimba.

Quatorze personnes (six femmes et huit hommes) de six groupes de soutien différents du district ont participé à la discussion. Elles étaient âgées de 32 à 50 ans, la majorité ayant la quarantaine. La plupart avaient été dépistées pour le VIH dans les deux ou trois années précédentes, dans leur dispensaire local, qui les avait ensuite aiguillées vers le groupe de soutien. Les membres des groupes de soutien se rencontrent mensuellement et les groupes se retrouvent entre eux

27 CHAM (2008) *HMIS Status report 2008*

28 Ibid.

de temps en temps. Les membres se rendent mutuellement visite si l'un d'eux ne va pas bien ou aiguillent, si besoin est, les gens vers l'hôpital. Chaque groupe de soutien possède une trousse de soin à domicile. Au sein du groupe, les personnes se donnent des conseils et certains membres ont des jardins potagers où ils cultivent, par exemple, du soja pour faire de la bouillie. Ils encouragent les autres à aller au conseil et dépistage volontaire. Il existe un renvoi mutuel entre les divers intervenants : groupes de soutien, centres de santé, hôpitaux et groupes de soins à domicile de LISAP.

Les membres du groupe de soutien pensent que le fait d'être lié à des dénominations d'églises différentes peut présenter des difficultés, certaines églises ne soutenant que les membres de leur propre dénomination. Par exemple : les programmes de LISAP ciblent les membres de la CCAP et les membres des autres dénominations se sentent parfois mis sur la touche.

ENCADRÉ 1

Impact des groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et le sida

Le président a expliqué l'histoire du groupe. En 2003, il a été le premier des membres à avoir un résultat positif au test VIH. L'année suivante sa femme est morte. Cette même année, la thérapie antirétrovirale est devenue disponible dans sa région et il a commencé un cursus de traitement en avril. Il a pris la décision d'être en première ligne pour mobiliser les membres de sa collectivité. Il a découvert quatre autres personnes et a proposé de commencer le groupe.

« Au début, en 2004, quand nous avons commencé le groupe de soutien, nous n'étions que quatre. À l'heure actuelle, après avoir lancé notre campagne, nous avons 285 membres et nous sommes si heureux d'avoir réussi à réduire le nombre de décès dans les villages. »

L'un des membres du groupe attribue leur survie à l'action du président : « C'est parce qu'il a dévoilé ouvertement son statut que nous sommes ici aujourd'hui. »

Le groupe de soutien a fourni à ses membres un espace de sécurité : « Au début, j'avais peur ; maintenant je n'ai plus peur. Nous apprenons aussi beaucoup de choses dans le groupe de soutien et en parlant de notre expérience. Nous ne craignons rien et nous sommes très ouverts. Si nous trouvons des gens chez eux, nous les encourageons et leur portons assistance. »

Les membres ne se sentent plus isolés : « Nous avons vu que la stigmatisation et la discrimination qui étaient là au début n'y sont plus ; c'est ce qui nous sépare. »

Les membres du groupe de soutien ont discuté de la façon d'accroître l'efficacité de leur travail. Les propositions qu'ils se faisaient mutuellement comprenaient la nomination d'une personne vivant avec le VIH au comité du consortium d'églises. D'autres idées comprenaient le soutien pour augmenter les activités génératrices de revenus et le soutien nutritionnel pour les personnes dans le besoin. Ils ont aussi suggéré une collaboration plus étroite avec les adjoints à la surveillance sanitaire et exprimé le désir de pouvoir fournir, aux centres de santé, des données sur les groupes. Ils ont proposé de faire du plaidoyer auprès des autorités sanitaires locales pour rendre disponibles, dans les centres de santé, la thérapie antirétrovirale et la névirapine.

Il est évident que LISAP a fait des efforts pour soutenir le groupe et que des difficultés subsistent : ils ont besoin de plus de soutien pour accroître leur performance. Le groupe de soutien a eu un impact positif important sur ses membres et sur les collectivités où résident ses membres ; les personnes se soutiennent mutuellement et n'ont plus autant besoin du soutien des services de santé.

IMPACT INDIRECT SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

EAM (Association évangélique du Malawi), partenaire de Tearfund au Malawi, entreprend des activités qui comprennent le plaidoyer, la sécurité alimentaire, l'évangélisation et la mission, ainsi que la réponse au VIH et au sida. Elle travaille dans une structure de consortium pour encourager les différentes églises évangéliques à travailler ensemble. Elle facilite les groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et le sida, les enfants vulnérables et les soins à domicile. Le projet Cercle d'espoir est un exemple de projet bien mis en œuvre par les parties prenantes multiples et qui a pour objectif la « lutte contre la stigmatisation liée au VIH et au sida par des approches reposant sur la problématique des droits et de la relation homme-femme ». ²⁹

29 EAM (2009) *Fighting HIV/AIDS Stigma and Discrimination* [Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida], *Biannual report* [rapport semestriel]

Dans le district de Ntchisi, situé dans la région centrale, le projet Cercle d'espoir est une approche intégrée de soutien aux personnes vivant avec le VIH et le sida par le biais de groupes de soutien, de soins à domicile, de conseil et dépistage du VIH dans les églises et les dispensaires mobiles, et de promotion de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Il y a des liens forts avec l'infrastructure sanitaire locale par le moyen de ces activités et de l'aiguillage par renvois mutuels. L'un des objectifs du programme est de travailler avec les responsables religieux et traditionnels pour les influencer en ce qui concerne « les attitudes, croyances, valeurs et pratiques culturelles et religieuses risquées, qui encouragent la stigmatisation et la discrimination ».³⁰ Certains membres des groupes de soutien donnent aussi leur témoignage oralement dans leur église, les « Dimanches séropositifs », où les cultes sont particulièrement axés sur la sensibilisation au VIH et au sida. De tels projets peuvent avoir un impact important sur les responsables religieux dans le cadre communautaire. Avec une approche intégrée de la mise en œuvre de tout un éventail d'activités dans la collectivité, les projets peuvent réduire de manière significative la pression sur l'infrastructure de santé et soutenir le travail qui y est fait.

COORDINATION AVEC LES ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES, NATIONALES ET INTERNATIONALES

Au plan national, il existe différentes organisations confessionnelles, réseaux et organismes religieux qui ont une influence au Malawi, dans le cadre des services sanitaires, VIH et sida. Ces organisations sont impliquées dans des efforts de coordination, de plaidoyer, d'autonomisation et de réponses par les programmes nationaux. Il y a plusieurs niveaux d'interaction avec le gouvernement, dont :

- implication et consultation dans le développement des politiques nationales VIH
- travail de plaidoyer sur des sujets importants, avec des responsables religieux (p.ex. : réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et discuter du rôle du préservatif dans la prévention)
- suivi et supervision des activités de base confessionnelle
- conception de protocoles d'accord avec les autorités sanitaires pour la prestation de services sanitaires.

Le Ministère de la Santé du Malawi dirige la réponse au VIH et au sida, et il est responsable de la gestion des systèmes sanitaires pour apporter efficacement, auprès de la population, le dépistage, le traitement et les services de santé concernant le VIH. Il reconnaît en CHAM un partenaire confessionnel stratégique et travaille avec CHAM pour gérer les infrastructures sanitaires.

À Kamwe, même ville où est implanté LISAP, partenaire de Tearfund, des interviews avec le personnel local de santé ont fait clairement apparaître un lien entre le centre local de santé et les activités de projet et groupes de LISAP. La collaboration existait au point que le centre de santé réapprovisionne les médicaments destinés aux trousseaux de soin à domicile, les réserves de médicaments pouvaient être échangées à l'approche de leur date d'expiration et, parfois, le personnel de santé était impliqué dans la formation. L'adjoint principal à la surveillance sanitaire n'était cependant pas toujours au courant des activités mises en œuvre et ne recevait pas les rapports de suivi concernant le programme.

Le mandat d'ONUSIDA place le travail avec les organisations confessionnelles et les responsables religieux dans le cadre de son rôle général de coordination administrative. Au Malawi, ONUSIDA reconnaît de façon particulière l'importance de la contribution de base confessionnelle à la réponse au VIH et considère les responsables religieux comme un groupe cible important pour la collaboration à l'échelle nationale.

La Commission Nationale SIDA du Malawi joue un rôle important dans la coordination générale des réponses au VIH et travaille étroitement avec le Ministère de la Santé.³¹ Les organisations confessionnelles sont considérées comme des acteurs à part entière de la réponse au VIH. Le travail des organisations chrétiennes (à la fois protestantes et catholiques) a été remarqué et la Commission Nationale SIDA a explicitement mentionné son travail avec des réseaux d'organisations confessionnelles comme MIAA. MIAA a dirigé le développement d'une stratégie de fidélité mutuelle, qui a marqué un tournant pour les organisations confessionnelles et les responsables religieux au Malawi : la stratégie a eu pour conséquence un accent plus important sur les programmes VIH et sida de la part des responsables religieux et des organisations confessionnelles.

30 *Fighting HIV/AIDS Stigma and Discrimination* [Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida], *Biannual report* [rapport semestriel], 2009 EAM

31 National AIDS Commission [Commission Nationale SIDA] (2008) *Malawi HIV and AIDS Monitoring and Evaluation Report 2007–2008* [Rapport 2007-2008 de suivi-évaluation du VIH et sida au Malawi]

La Commission Nationale SIDA reconnaît que l'une des contributions principales des organisations confessionnelles à la réponse au VIH et au renforcement des systèmes de santé est leur capacité à atteindre les populations des collectivités reculées. Dans les zones rurales, le gouvernement n'a pas la capacité d'assurer l'infrastructure sanitaire et, par conséquent, des organisations comme CHAM administrent la thérapie antirétrovirale, le conseil et dépistage volontaire, et les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant qui sont si nécessaires. D'autres réponses de base confessionnelle comprennent les programmes de soins à domicile, les groupes de soutien aux personnes vivant avec le VIH et le sida, les activités génératrices de revenus et les programmes de transfert d'argent. La Commission Nationale SIDA aimerait voir les organisations confessionnelles accentuer davantage la prévention du VIH dans la collectivité.

Les réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH et le sida sont des parties prenantes vitales de la réponse au VIH au niveau tant local que national, et ils aident à accroître la coordination, le plaidoyer et la qualité des programmes.

ENCADRÉ 2

Étude de cas : coordination de base confessionnelle

MIAA est un exemple d'initiative pour coordonner la réponse au VIH des organisations confessionnelles et des réseaux religieux au Malawi. MIAA facilite et coordonne les activités religieuses.

L'association MIAA a été constituée en 2003 après la Conférence Internationale sur le SIDA dont le thème était « Rompre le silence ». MIAA a appliqué ce message directement à la communauté de foi. Les parties prenantes ont reconnu que les organisations confessionnelles mettaient en œuvre beaucoup de travail de prévention du VIH, de soins et de soutien, mais qu'elles manquaient de coordination entre elles. En conséquence, le Conseil des Églises du Malawi, l'Association évangélique du Malawi et la Conférence Épiscopale du Malawi ont créé une commission d'étude. Ces associations ont ensuite invité l'Association Musulmane du Malawi à participer et formé le secrétariat de MIAA. La Commission Nationale SIDA reconnaît en MIAA la réponse au VIH apportée par la communauté de foi du Malawi.

MIAA met en œuvre des activités comme la recherche, le plaidoyer et le renforcement de capacités des organisations confessionnelles, particulièrement pour l'élaboration des demandes de financement et la programmation VIH. Elle joue également un rôle de régulation et de suivi. MIAA a contribué au niveau national à la stratégie VIH, au plan national sida et à la loi sur le VIH ; il lui est demandé annuellement de contribuer au plan d'exécution de la Commission Nationale SIDA. Au plan communautaire, MIAA a une structure qui travaille par l'intermédiaire des comités sida interconfessionnels du district, bien qu'au niveau du district ce soit le comité de coordination sida du district qui sert de forum pour l'interaction avec les autorités sanitaires. MIAA fait également partie du Réseau malawite pour l'équité sanitaire, organisation de plaidoyer qui suit l'approvisionnement en médicaments et la prestation des services de santé au Malawi.

D'après le personnel de MIAA, les organisations confessionnelles ont apporté une contribution significative au renforcement du système de santé au Malawi, en particulier avec le travail de CHAM. Des progrès ont été faits sur la question de la promotion du préservatif dans la prévention du VIH, bien que ce sujet reste sensible. Le discours est passé du stade où le préservatif était un sujet conflictuel à celui qui peut se résumer ainsi : « La communauté de foi fera la promotion de ce qu'elle connaît le mieux sans fustiger les autres. » MIAA a des sujets de recherche comme la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida dans la communauté de foi au Malawi, et l'acceptabilité et l'utilisation du préservatif au sein des communautés confessionnelles.³² L'une des conclusions de cette étude est que « l'impression tenace a été que la communauté de foi n'est pas favorable au préservatif comme méthode de planning familial. La raison principale était que le préservatif a, depuis son introduction dans le pays, toujours été associé à des relations sexuelles illicites et, qu'en tant que tel, ce n'était pas une méthode associée au planning familial dans les foyers. » Cependant, seuls 3 pour cent des personnes interrogées ont cité la prohibition religieuse comme la raison les poussant à ne pas utiliser le préservatif. La plupart des gens rejettent le préservatif par aversion personnelle et à cause des idées fausses concernant le préservatif plutôt qu'en raison d'une prohibition religieuse.

MIAA a conduit la mise au point d'une stratégie de fidélité mutuelle. La stratégie a conduit à un accroissement de la réponse confessionnelle à la prévention du VIH. La stratégie et d'autres publications (en anglais) se trouvent sur leur site Internet : www.interfaithaids.mw/publications.htm

Le réseau de MIAA a également servi au Ministère de la Santé pour promouvoir d'autres questions sanitaires, comme la campagne choléra, et les deux organisations envisagent de travailler avec l'OMS pour étudier comment collaborer sur les questions liées à la TB. Quand le Ministère de la Santé ou la Commission Nationale SIDA conçoivent des politiques VIH, MIAA est toujours impliquée dans les consultations, au nom des communautés de foi, aux côtés des représentants des organes principaux des groupes religieux.

32 MIAA (2006) *Acceptability and use of condoms among faith based community* [Acceptabilité et utilisation du préservatif dans la communauté confessionnelle]

Au Malawi ces réseaux en sont à des stades différents de constitution aux deux niveaux. Il existe plusieurs réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH et le sida, dont MANERELA+.

Dans les communautés religieuses, les organisations et les responsables religieux ont un rôle de coordination du travail des organisations confessionnelles locales. Ce qui présente des avantages et des inconvénients, comme le montre la discussion ci-dessous. Les responsables religieux peuvent influencer directement de larges pans de la population et, par conséquent, leurs messages sur le VIH et le sida doivent être bien informés et détaillés. Au Malawi, MIAA a le rôle de coordination des différents groupes religieux (voir l'encadré 2). Chaque groupe religieux a un organe principal qui travaille avec les groupes et les organisations confessionnelles qui dépendent de lui.

Si tous les groupes religieux ne participent pas à MIAA,³³ celle-ci demeure une initiative importante qui essaie de coordonner la réponse de base confessionnelle pour améliorer la cartographie des activités confessionnelles, pour influencer les responsables religieux et pour renforcer la capacité et la qualité des réponses confessionnelles au VIH. MIAA ayant des liens forts avec le Ministère de la Santé et étant impliquée dans diverses consultations avec lui, elle présente une possibilité de renforcement accru de la collaboration entre les organisations confessionnelles et les autorités sanitaires, et elle travaille en fin de compte au renforcement des systèmes de santé.

Le Ministère de la Santé, la Commission Nationale SIDA et ONUSIDA au Malawi reconnaissent tous l'importance de la réponse confessionnelle au VIH et le potentiel de renforcement des systèmes de santé. En pratique, la collaboration entre les organisations confessionnelles et le personnel de santé varie en fonction du contexte.

FINANCEMENT DES PROGRAMMES VIH

Il est difficile de déterminer si le financement de base confessionnelle alloué aux programmes VIH détourne les ressources que les organisations confessionnelles auraient pu utiliser pour des programmes plus larges de santé. Ce qui est clair, c'est qu'au Malawi, un niveau important de financement est investi dans les programmes VIH au niveau national ainsi que dans les organisations confessionnelles pour les programmes VIH et sida.

Le Malawi applique une approche sectorielle (AS) au financement du secteur de la santé. Il s'agit d'un mécanisme de fonds commun pour financer les programmes de santé et les programmes VIH. Tout l'argent que le gouvernement national alloue aux programmes de santé provenant d'institutions financières bilatérales ou multilatérales passe par l'AS, qui détermine comment le fonds commun est dépensé. Le financement des programmes VIH provient de ce fonds commun. C'est un système unique de financement et, pour ce qui est des programmes VIH et sida, tous les bailleurs de fonds suivent les priorités de la Commission Nationale SIDA. Le financement des programmes VIH est décaissé par la Commission Nationale SIDA, tandis que le reste du financement pour les autres programmes de santé est décaissé par le Ministère de la Santé. Par exemple, il y a eu un financement important du Fonds mondial pour le renforcement des systèmes de santé qui a été canalisé par l'AS. L'association CHAM a été choisie pour recevoir une allocation du Fonds mondial. Grâce à ce financement, CHAM a continué ses centres de formation d'agents de santé pour les soins infirmiers et réduit directement la pénurie de travailleurs de santé au Malawi. CHAM utilise aussi ces fonds pour renforcer son infrastructure de services sanitaires et pour payer les salaires. L'allocation du Fonds mondial permet à la thérapie antirétrovirale d'être apportée dans 300 centres au Malawi. Il y a parmi ceux-ci des centres privés, gouvernementaux et confessionnels (dont ceux de CHAM).

Au Malawi, on estime que 13,5 milliards de Kwacha sont dépensés au total pour les programmes VIH et sida. Environ 10 pour cent de cette somme sont dépensés pour le financement institutionnel, 50 pour cent pour la thérapie antirétrovirale et les 40 pour cent restant pour les activités de prévention, la recherche, le suivi-évaluation et le développement de politiques. 80 pour cent du fonds pour le VIH proviennent de bailleurs de fonds extérieurs, et 20 pour cent du Ministère de la Santé. La majorité du budget général de la santé du Malawi est financée par les bailleurs de fonds extérieurs.³⁴

Le financement reçu par les réseaux religieux provient de réseaux d'églises, de donateurs confessionnels et de donateurs laïcs. Un donateur confessionnel, l'Aide de l'Église Norvégienne [AEN], basé au Malawi, reçoit son financement de NORAD [Agence norvégienne de coopération pour le développement], de l'ambassade norvégienne, de la collecte de fonds des églises et de donateurs individuels privés. La majorité du financement est dépensée pour

33 Tearfund (2009) *The Potentials and Perils of Partnership* [Potentiels et périls du partenariat], p.20

34 Ces chiffres sont des approximations fournies par le représentant du Ministère de la Santé lors de l'interview dans le cadre de la recherche.

des programmes sanitaires, dont le VIH et le sida. L'Aide de l'Église Norvégienne finance aussi CHAM grâce à ses programmes de santé maternelle et infantile. Le principal objectif de l'Aide de l'Église Norvégienne est le financement et l'expansion de la capacité des organisations confessionnelles (principalement chrétiennes), bien que l'organisation ait une politique de soutien à toutes les organisations confessionnelles et laïques. Elle participe à la coordination nationale et au niveau des politiques. Par exemple, elle fait partie d'un groupe de bailleurs de fonds confessionnels qui coordonnent leurs courants de financement entre les organisations partenaires et participent aux discussions sur les politiques avec le Ministère de la Santé et aux rencontres de l'AS.

L'Aide de l'Église Norvégienne promeut les approches tant intégrées que verticales du financement des programmes VIH et sida. Le VIH est intégré dans ses programmes sanitaires, bien qu'il y ait également un programme VIH vertical financé séparément. En 2009, 50 pour cent des fonds ont été dépensés pour des programmes VIH et 50 pour cent pour d'autres programmes sanitaires. L'Aide de l'Église Norvégienne reconnaît qu'il y a besoin de fortes interventions communautaires pour le VIH afin de soutenir les infrastructures de santé et que les organisations confessionnelles ont un rôle à jouer en cela, surtout parce que soutenir les églises est une action durable, étant donné qu'elles restent des structures permanentes dans la communauté.

L'Aide de l'Église Danoise se concentre sur trois domaines principaux : sécurité alimentaire, VIH et sida, et bonne gouvernance. Son principal axe sanitaire passe par les programmes VIH et sida. Elle finance des organisations confessionnelles et des organisations laïques.

Si le VIH obtient souvent une part importante des financements et du travail fait par les programmes dans le cas des organisations tant confessionnelles que gouvernementales, dans le cas de la Commission Nationale SIDA, qui se concentre exclusivement sur le VIH, ses dépenses sont fixées en fonction des priorités plus larges de santé au niveau national par l'intermédiaire du fonds commun des bailleurs de fonds. Cette approche permet la clarté dans la distribution entre les dépenses pour le VIH et pour les autres problèmes sanitaires. Elle permet que les priorités sanitaires nationales soient traitées, puisqu'en fait, la discussion concernant la répartition des fonds a lieu avant que l'accord pour la dépense soit donné. L'introduction du programme d'AS, qui a été conçu spécialement pour renforcer le système de santé, prouve que se reposer sur le seul financement vertical du VIH ne suffisait pas pour construire la capacité du secteur malawite de la santé dans son ensemble.

Cependant, les ressources mobilisées pour l'AS n'ont pas semblé déplacer les fonds alloués au VIH, puisque le financement VIH par le Fonds mondial et par d'autres bailleurs de fonds n'a pas baissé. Les organisations confessionnelles comme CHAM sont devenues une partie intégrante et importante du système sanitaire national. Ce qui est important, c'est que CHAM aide à construire la capacité du système national, en particulier par la formation de nouveaux agents de santé. Le système sanitaire malawite est dans une situation particulièrement précaire et le niveau de prévalence du VIH est également élevé. Ces facteurs signifient que le financement est nécessaire tant pour le VIH que pour le renforcement des systèmes de santé. Il semble que les programmes VIH aient, ou aient le potentiel d'être très efficaces pour soutenir la capacité du système de santé là où la coordination entre les organisations confessionnelles et les autorités sanitaires est plus grande. Dans le cas des programmes centrés sur le VIH, quand ils font, en pratique, partie de façon coordonnée du système de santé, alors le système de santé en bénéficie sans doute directement étant donné la demande élevée de services VIH.

2.2 Tchad

Le Tchad reste dans une situation humanitaire difficile en raison de l'instabilité civile des pays voisins et des affrontements entre les groupes rebelles. Dans le Tchad oriental, il y a plus de 280 000 réfugiés soudanais et 180 000 personnes déplacées intérieurement qui vivent dans les camps et autour des camps.³⁵ Ceci pèse sur la capacité du pays à obtenir des statistiques VIH exactes et à offrir une réponse générale au VIH. Le dernier rapport d'ONUSIDA et de l'OMS, en 2008,³⁶ estime à 3,5 pour cent les adultes de 15 à 49 ans qui vivent avec le VIH (estimation basse = 2,4 pour cent et estimation haute = 4,3 pour cent). La surveillance par sentinelle du VIH parmi les femmes enceintes de Moundou, au sud du Tchad, est dans la fourchette des 10 à 24 pour cent, et elle est dans celle des 5 à 9,9 pour cent dans trois régions : N'Djamena, Bongor et Sarh (avec une estimation de 85 000 enfants rendus orphelins par le

35 www.fco.gov.uk

36 WHO/UNAIDS/UNICEF (2008) *Epidemiological Fact Sheet of HIV and AIDS, Chad 2008 Update* [OMS/ONUSIDA/UNICEF : Données épidémiologiques sur le VIH et le sida, Mise à jour Tchad 2008]

sida : l'estimation basse est de 42 000 et l'estimation haute de 270 000 ; la population totale du Tchad étant à peine supérieure à 11 millions en 2009).³⁷

Au Tchad, la recherche a eu lieu dans la ville de N'Djamena et dans le département de Bousso. Des interviews semi-structurées ont été organisées avec les principales parties prenantes. Celles-ci comprenaient les partenaires de Tearfund : Programme Chrétien d'Animation Rurale (PCAR), Projet Évangélique pour le Développement Communautaire (PEDC) et Éthique, Paix et Justice (EPJ). Les autres organisations confessionnelles impliquées étaient Vision Mondiale-Tchad et le Centre d'Éducation à la Vie Familiale (CEVIFA). Les principaux acteurs nationaux qui ont été interviewés étaient ONUSIDA, la Commission Nationale SIDA et le réseau national des personnes vivant avec le VIH et le sida. Les responsables religieux et les réseaux d'églises qui ont participé sont l'Entente des Églises et Missions Évangéliques au Tchad (EEMET), le Service d'Évangélisation et Mission (SEM), EPJ et les Assemblées Chrétiennes au Tchad (ACT).

Des groupes de discussions ont également été organisés avec les participants principaux dans une zone de programme du PCAR, ils comprenaient des responsables religieux, le personnel du projet, des personnes vivant avec le VIH et le sida et du personnel local de santé. Les résultats de la recherche au Tchad sont présentés en étudiant l'impact indirect et direct des organisations confessionnelles sur la réponse au VIH et au sida et sur le renforcement des systèmes de santé à un niveau communautaire, et en étudiant ensuite quelques aspects de coordination et de financement au niveau national.

RÉPONSES DE BASE CONFESSIONNELLE AU VIH : IMPACT INDIRECT AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Les organisations confessionnelles sont engagées à travailler dans les zones rurales reculées, elles entreprennent des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) et soutiennent le travail des infrastructures sanitaires locales. Ceci a un impact indirect sur l'infrastructure sanitaire puisque, même si le travail de l'infrastructure sanitaire n'est pas directement influencé, un travail important de sensibilisation est accompli que l'hôpital n'a pas la capacité de faire, ce qui accroît le nombre de personnes prises en charge par les services sanitaires. Par exemple, au Tchad, PCAR, qui travaille par l'intermédiaire des ACT, met en œuvre des activités agricoles et génératrices de revenus et des activités VIH et sida.³⁸ Il entreprend des activités d'information, d'éducation et de communication dans la communauté, et distribue une carte de santé aux personnes intéressées à faire un dépistage du VIH. L'hôpital reconnaît ces cartes et, quand elles sont présentées, le personnel sait que la personne a déjà bénéficié en partie du service de conseil avant de venir faire le dépistage et qu'elle sera soutenue à son retour par une organisation confessionnelle. Le personnel sanitaire a dit à propos du travail que le PCAR fait par le programme d'information, d'éducation et de communication, et l'introduction des cartes de santé, qu'il avait aidé l'hôpital en encourageant davantage de personnes à venir se faire dépister du VIH. Les organisations confessionnelles qui travaillent dans ces collectivités aident aussi en aiguillant vers l'hôpital, les personnes pour y être dépistées et recevoir le traitement approprié.

Le PEDC (Projet Évangélique pour le Développement Communautaire) est un autre exemple d'organisation confessionnelle qui a un impact indirect sur les services de santé. Le PEDC est principalement impliqué dans la sécurité alimentaire et l'agriculture. Il utilise ses interactions avec les collectivités comme des tremplins pour parler de la question du VIH. La zone où il travaille est à prédominance musulmane, et il a demandé la permission des imams pour mettre en œuvre le programme dans les villages. Il est maintenant possible aux membres de la collectivité de se faire dépister pour le VIH dans les centres de santé et d'avoir accès aux préservatifs et à la thérapie antirétrovirale auprès de l'hôpital. Le personnel du PEDC a remarqué que le niveau de sensibilisation au VIH et au sida dans les collectivités où il travaille avait augmenté, mais il pense qu'il y a besoin de beaucoup plus de travail VIH.

IMPACT DIRECT ET INDIRECT

Certaines organisations confessionnelles entreprennent des programmes VIH complets comprenant la prévention et les activités de soins, et elles ont un impact direct et indirect sur les services de santé, par exemple le CEVIFA (Centre d'Éducation à la Vie Familiale). Le CEVIFA a commencé ses activités en 1998, mais celles-ci ont été interrompues par la guerre civile. Le CEVIFA travaille à partir d'une philosophie chrétienne selon laquelle la foi peut créer un impact positif dans la société sur le plan du VIH. Depuis 2004, le CEVIFA est une ONG nationale. Cette ONG poursuit deux objectifs :

³⁷ www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cd.html

³⁸ Assemblées Chrétiennes au Tchad (2009) *Rapport d'activités du PCAR 2008-2009*

apporter l'éducation et l'information concernant le VIH et la santé de la reproduction, et prendre soin des personnes qui vivent avec le VIH et le sida. Elle a remarqué un changement d'attitude, au cours des trois dernières années, dans le fait que les personnes ont commencé à parler davantage du VIH. Elle a organisé un programme télévisé en 2008, où une personne parlait ouvertement de sa vie avec le VIH et le sida.

Le CEVIFA est en partenariat avec différentes églises et n'est pas lié à une église en particulier ; il est interdénominationnel et cherche à rester neutre et ouvert à toutes les personnes de toutes les religions. Les gens viennent dans son centre grâce à l'information qui est donnée dans les différentes églises, par le bouche-à-oreille et par les programmes radiodiffusés. Une infirmière ou un infirmier du centre fait le conseil et dépistage volontaire, et traite les infections opportunistes. Il est financé par le CCM, le DED et le FOSAP. Outre le conseil et dépistage volontaire, le CEVIFA apporte le soutien de suivi pour la thérapie antirétrovirale et le traitement des infections opportunistes. Il fournit aussi des programmes de sensibilisation au VIH dans le centre et dans la communauté pour les jeunes entre autres. Quand c'est possible, il soutient les enfants affectés par le sida en payant les frais de scolarité. Il fournit des informations sur le fait de vivre positivement avec le VIH, sensibilise à l'importance de la nutrition et fournit des repas cuisinés dans le centre (voir l'encadré 3). Il est fermement soutenu par le Ministère de la Santé, qui paie le salaire des divers personnels clés du centre. À l'heure actuelle, quatre cents personnes sont enregistrées dans le centre.

ENCADRÉ 3

L'impact du CEVIFA

Eric Mbaigoum

« J'ai 26 ans et je suis père d'un enfant unique. Je suis séropositif. Pendant pas mal de temps, j'ai souffert souvent de fièvres incessantes et d'une diarrhée persistante. Je suis allé dans plusieurs centres de santé et des hôpitaux de N'Djamena, mais sans aucun résultat. J'étais affaibli par la diarrhée et j'ai été admis à l'Hôpital Général de Référence Nationale où ma séropositivité a été découverte. À ma sortie de l'hôpital, j'ai commencé à m'inquiéter. Je suis allé à l'EEMET (Entente des Églises et Missions Évangéliques du Tchad) où l'on m'a conseillé d'aller au CEVIFA. Quand j'ai découvert le CEVIFA, j'ai été accueilli à bras ouverts. On a pris soin de moi psychologiquement et médicalement, et l'on a également pris soin de mon enfant. Il va maintenant à l'école, est nourri et pris en charge par le CEVIFA, grâce au soutien que le CCM apporte au CEVIFA et qui continue jusqu'à maintenant. J'ai pris un peu plus de cinq kilos, et mon enfant est éduqué, soigné et nourri, bien que je sois sans emploi et sans travail. »

Julpa Nekoimbaye

« Je suis veuve, j'ai 32 ans et je suis séropositive. Après le décès de mon mari, les gens ont découvert que mon mari était mort du sida. J'ai pris la décision d'aller me faire dépister et j'étais positive ; j'ai caché ma maladie. L'une de mes amies qui allait au CEVIFA m'a invitée à l'accompagner ; après avoir prié, on a demandé à ceux qui venaient pour la première fois de se lever. C'est alors qu'on a confié à une équipe la responsabilité de prendre soin de moi, de me suivre et de venir me voir chez moi. Quand ces gens sont venus chez moi, j'ai reçu des conseils et j'ai parlé avec mes frères et sœurs et d'autres personnes que je connaissais de ma séropositivité. Grâce à leur soutien psychologique et aux médicaments, j'ai pu recommencer à travailler au marché où je vendais des denrées alimentaires, et je suis en bonne santé, et mon enfant, qui avait manqué deux années d'école, y est retourné. Que Dieu bénisse le centre et les donateurs qui le soutiennent. »

L'exemple du CEVIFA met en lumière quelques points importants :

- L'efficacité des approches interreligieuses pour les programmes confessionnels VIH et sida
- Comment les réponses confessionnelles aident à soulager la pression qui pèse sur les hôpitaux en libérant les lits pour d'autres
- L'impact que de petites organisations confessionnelles peuvent avoir quand elles reçoivent un soutien technique et une assistance, et quand l'organisation confessionnelle est aussi ouverte à mettre en œuvre de tels programmes en suivant les cadres nationaux VIH et sida et les modèles de bonne pratique.

Vision Mondiale est un exemple d'organisation confessionnelle internationale qui soutient les réseaux religieux au Tchad. Un programme mis en œuvre est le Système de suivi des réponses VIH et sida (CHARMS). Ce programme travaille à la fois avec les collectivités et avec les responsables religieux. Le but général du programme est le bien-être des enfants ; de cette manière toutes les organisations et structures communautaires de base au sein de la collectivité sont impliquées dans le programme. C'est un modèle pour le travail sur les activités de prévention, de soins, de plaidoyer et

de renforcement des capacités. Il y a au Tchad, 14 programmes de développement régional (PDR), avec plus de 400 000 bénéficiaires. Les équipes opérationnelles VIH et sida des assemblées de fidèles cherchent à former les responsables d'église pour qu'ils parlent ouvertement du VIH et du sida. Il y a, dans les programmes, des liens forts avec la structure sanitaire locale. Les programmes aiguillent vers la structure sanitaire locale pour le dépistage du VIH, le conseil et la thérapie antirétrovirale. Cet exemple souligne l'importance d'une approche communautaire complète du travail sur les questions liées au VIH et au sida, qui inscrit le rôle des responsables d'église dans le cadre de la collectivité.

Le BAC (organisation chrétienne qui fait partie d'EEMET) gère, au Tchad, quatre hôpitaux et 101 centres médicaux. Ces infrastructures sanitaires fonctionnent dans le cadre des politiques du Ministère de la Santé. Certains des docteurs et des membres du personnel infirmier de ces centres sont payés par le gouvernement et les centres reçoivent des médicaments subventionnés. Pour ce qui est de la gestion de l'infrastructure sanitaire, si le plus grand hôpital d'un département est confessionnel, alors il assume le rôle de gestion de l'infrastructure sanitaire de ce département. Les centres fournissent aussi les services de thérapie antirétrovirale, de conseil et dépistage volontaire et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Le BAC contribue à renforcer les systèmes de santé en fournissant des services sanitaires dans les zones rurales reculées où il n'y a pas d'infrastructure sanitaire d'État. Ceci renforce les systèmes de santé et les programmes VIH et sida, quand ils se conforment aussi aux cadres nationaux pour la santé et pour le VIH et le sida.

COORDINATION AVEC LES ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES, NATIONALES ET INTERNATIONALES

Au Tchad, la coordination de la réponse VIH et sida est conduite, au niveau national, par le Ministère de la Santé en partenariat avec la Commission Nationale SIDA et d'autres acteurs clés comme ONUSIDA, FOSAP, CCM et le réseau national des personnes vivant avec le VIH et le sida. Il y a aussi des organisations confessionnelles, organismes et réseaux religieux qui ont une influence au Tchad dans le cadre des services sanitaires, du VIH et du sida. L'implication de ces organisations confessionnelles comprend des efforts de coordination, le renforcement de capacité et le travail programmatique national. L'interaction va de l'implication et la consultation dans la conception des politiques nationales VIH et sida, et la supervision des activités de base confessionnelle, aux protocoles d'accord officiels avec les autorités sanitaires pour entreprendre des services sanitaires clés.

Au Tchad, ONUSIDA reconnaît l'importance de la contribution de base confessionnelle à la réponse au VIH et considère les responsables religieux comme un groupe cible important pour la collaboration à l'échelle nationale. La Commission Nationale SIDA considère les organisations confessionnelles comme des acteurs à part entière de la réponse au VIH et travaille avec les réseaux d'organisations confessionnelles et les églises, comme avec EEMET, par exemple. Les principales organisations confessionnelles travaillant sur le VIH qui ont été citées par la Commission Nationale SIDA sont la réponse catholique (sous les auspices de LINAP) et la réponse protestante (sous les auspices de l'EPJ). La Commission Nationale SIDA a estimé que la principale contribution des organisations confessionnelles était leur portée étendue dans les zones rurales reculées. La Commission Nationale SIDA a surtout travaillé avec des réseaux d'églises comme EEMET.

Dans les interviews avec le personnel local de santé, au niveau départemental d'une zone rurale reculée, il apparaissait que la seule organisation qui faisait un travail au niveau du VIH et du sida dans la zone était l'organisation confessionnelle PCAR. L'utilité du système de carte de santé, qui encourage les personnes à se rendre à l'hôpital pour le dépistage du VIH a été remarqué, mais les activités de prévention du VIH et les programmes de soins à domicile sont insuffisants. Le personnel local de santé a mentionné la nécessité de travailler davantage avec les responsables religieux pour que la collectivité locale accepte et comprenne le VIH et le sida. L'hôpital était financé par le gouvernement et offrait gratuitement la thérapie antirétrovirale ainsi que les services de conseil et dépistage volontaire. Il semble qu'il y ait eu une reconnaissance du progrès accompli au Tchad par la Commission Nationale SIDA, mais que cette région particulière ait été négligée.

Les réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH et le sida sont des acteurs importants de la réponse au VIH, au niveau tant local que national, en matière de coordination, de plaidoyer et de qualité des programmes. Au Tchad, on rencontre des degrés différents de développement aux deux niveaux, mais sans lien direct avec les responsables religieux. Le vice-président du réseau national de personnes vivant avec le VIH et le sida a dit qu'il pensait que le système de santé du Tchad était très faible. Il fait partie du comité du mécanisme qui coordonne nationalement le Fonds mondial et, récemment, une proposition du Fonds mondial a été conçue qui recommande le renforcement des systèmes de santé et, par ce biais, l'accroissement de la couverture par les programmes VIH et sida.³⁹ Il a également

39 Proposition pour le Tchad pour la Phase 9 du Fonds mondial

mentionné que le réseau avait commencé à travailler avec des prêtres et des pasteurs particuliers qui ont accepté de faire les funérailles pour des familles dont un membre était décédé d'une maladie liée au sida. Le réseau fait aussi un travail de plaidoyer auprès des responsables religieux pour améliorer la compréhension du VIH et du sida.

Dans les communautés religieuses, les organismes principaux et les responsables des différents groupes religieux sont importants pour la coordination du travail des organisations confessionnelles locales. Ce qui présente des avantages et des inconvénients, comme le montre la discussion ci-dessous. Différents responsables religieux de groupes appartenant à EEMET, comme EPJ et ACT, ont été interviewés.

EEMET est l'Entente des Églises et Missions Évangéliques au Tchad. BAC est une branche d'EEMET, responsable du développement de capacité des églises, du suivi des activités, et de l'évaluation et la conception des projets. BAC est aussi responsable de la gestion des hôpitaux et centres de santé faisant partie d'EEMET.

Éthique, Paix et Justice (EPJ) est une autre branche d'EEMET qui travaille dans le sud du Tchad et à N'Djamena et met en œuvre la plupart des activités communautaires VIH et sida. Celles-ci comprennent les soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH et le sida et le soutien aux orphelins (paiement des frais de scolarité, nourriture, soins de santé, alimentation, uniformes). Plus de cent personnes vivant avec le VIH et le sida sont soutenues par des programmes de petits crédits et le soutien est donné pour les médicaments et l'accès à la thérapie antirétrovirale. Il y a des liens avec les autorités sanitaires portant sur l'utilisation de l'hôpital pour le dépôt des fonds que l'hôpital utilise ensuite pour la prise en charge des orphelins. Des enfants très pauvres (actuellement au nombre de 595) ont été repérés par l'intermédiaire de l'église et sont soignés dans les centres médicaux de huit collectivités différentes.

SEM est la branche évangélisation et missions de l'EEMET. Le responsable de cette branche considère le VIH comme une question transversale et comme le principal problème sanitaire que l'église doit traiter. Il a mentionné que l'église travaille avec ASTBF (Association Tchadienne pour le Bien-être Familial) pour faire des présentations sur le VIH et le sida, comprenant le rôle du préservatif dans la prévention du VIH. Bien qu'une telle collaboration existe avec des organisations laïques non gouvernementales, il a aussi mentionné que la position de l'église est que le préservatif ne peut être utilisé que dans les couples discordants. Il pensait cependant qu'il y a maintenant un engagement pris pour traiter la question du VIH et du sida sans la spiritualiser. EPJ a conçu un livret qui a servi dans les programmes d'éducation VIH et sida. Il pense qu'un des changements significatifs qu'il a remarqué est que les gens ne plaisantent plus sur la prévention du VIH, parce qu'ils ont vu leurs propres amis tomber malades et mourir, et même des responsables d'église.

L'importance de la coordination entre les organisations confessionnelles, les responsables religieux et les organismes de coordination nationale pour la réponse au VIH est reconnue au Tchad même si les mécanismes de coordination ne semblent pas aussi bien établis qu'au Malawi. Les responsables religieux ont une forte influence au niveau tant national que communautaire, et une collaboration plus importante pourrait déboucher sur la mise en œuvre, par les organisations confessionnelles, de programmes VIH et sida plus complets et plus efficaces, en construisant sur les bons exemples existants comme celui du CEVIFA.

FINANCEMENT

Il est difficile de déterminer si le financement de base confessionnelle alloué aux programmes VIH détourne les ressources que les organisations confessionnelles auraient pu dépenser pour des programmes plus larges de santé au Tchad. Ce qui est clair, c'est qu'un niveau important de financement est investi dans les programmes VIH au niveau national, ainsi que dans les organisations confessionnelles pour les programmes VIH et sida.

Le financement pour les réseaux religieux varie, par exemple EEMET au Tchad reçoit un financement du CCM, de la Banque mondiale, de l'UNICEF, du gouvernement, de Tearfund et Vision Mondiale. La plupart de ce financement est destinée à des programmes VIH et sida et une petite partie à des programmes paludisme.

La proposition du Fonds mondial pour le Tchad est centrée sur des domaines clés pour qu'un programme complet VIH soit mis en œuvre à l'échelle du pays et sur le besoin de renforcement des systèmes de santé. Les bailleurs de fonds internationaux sont encouragés à suivre le cadre établi par la proposition du Fonds mondial quand ils envisagent de financer des programmes VIH au Tchad.

3 Réflexions et difficultés

L'accent sur le VIH, par l'intermédiaire de programmes financés verticalement, a été important dans la riposte mondiale au VIH et au sida, il en a résulté des avancées et des progrès significatifs dans la mise à disposition pour tous des services sanitaires VIH et sida. Il est difficile de dire si cela a détourné le financement du renforcement des systèmes de santé, étant donné que les bailleurs de fonds semblent appliquer à la fois des financements verticaux et horizontaux pour le VIH et le sida. Par exemple, au Malawi, l'Aide de l'Église Norvégienne a des voies de financement horizontales et verticales pour les programmes VIH et sida. Elle soutient des approches intégrées où les services VIH font partie des services sanitaires, ainsi que des programmes spécifiques VIH qui répondent à un besoin précis.

Au Malawi, la présence de l'AS souligne encore davantage le besoin d'une programmation beaucoup plus serrée pour renforcer les systèmes de santé et veiller à une couverture complète des programmes VIH. Au Tchad, le vice-président de l'association nationale des personnes vivant avec le VIH et le sida fait également partie du comité de Mécanisme de coordination nationale pour le Fonds mondial. Il a fait remarquer qu'il serait plus efficace que les bailleurs de fonds puissent soutenir la proposition existante du Fonds mondial qui vise le programme VIH et le renforcement des systèmes de santé. Pour veiller à une réponse complète au VIH et au sida, il y a un besoin très net de renforcement des systèmes de santé, en présence de la faiblesse des infrastructures de santé. Pour compléter cela, il y a aussi besoin d'un financement spécifique du VIH afin de répondre aux besoins de services VIH.

Évaluer si un programme confessionnel VIH contribue au système de santé d'une façon générale ou l'affaiblit est une question complexe. Dans le cas de CHAM au Malawi, l'organisation répond au VIH dans le cadre d'une mission de service sanitaire plus large. L'association fournit 40 pour cent des soins de santé du pays et utilise en partie le financement gouvernemental pour délivrer ses services. Dans ce contexte, on peut avancer que CHAM constitue une partie significative du système national de santé. Là où les organisations fournissent un éventail intégré de services VIH et de santé plus générale, elles peuvent être plus clairement considérées comme renforçant le système national de santé. C'est pourquoi le programme de CHAM peut également être considéré comme une approche partiellement diagonale, puisqu'il traite spécifiquement des questions de capacité par la formation de personnel infirmier. Les hôpitaux et dispensaires de CHAM existent en lieu et place d'infrastructure mise en place par le gouvernement et, par conséquent, leurs services VIH ne sont pas des services doublons parallèles qui détournent le financement qui devrait aller au système de santé.

La justification des services verticaux spécifiques au VIH demeure, étant donné les besoins exprimés par les membres de la collectivité. Les organisations communautaires existantes peuvent commencer à répondre au VIH ou de nouveaux groupes peuvent être formés. Cependant, ces programmes verticaux ne saperont pas obligatoirement le système plus large de santé. Les services que ces organisations communautaires fournissent peuvent avoir pour objectif principal de faire le lien entre les gens et les services sanitaires médicaux existants, de fournir aux personnes vivant avec le VIH ou touchées par le virus le soutien de leurs pairs, et d'aller au-devant de la population, aspects souvent hors de la capacité des infrastructures sanitaires formelles, par exemple pour les soins à domicile et la sensibilisation. Certaines de ces organisations communautaires peuvent être confessionnelles.

Considérées sous cet angle, les réponses de base confessionnelle au VIH réduisent la pression générale imposée par la demande faite aux systèmes sanitaires et, par conséquent, leur travail peut être considéré comme des facteurs qui ne contribuent pas à affaiblir les systèmes de santé. Pour de nombreuses raisons, il est difficile de quantifier la contribution que les organisations confessionnelles peuvent apporter au renforcement des systèmes de santé. L'une de ces raisons est que le renforcement des systèmes de santé peut être un résultat involontaire de leur travail et qu'il n'est explicite ni dans leurs objectifs ni dans leur suivi-évaluation.

Dans certains cas, les réponses confessionnelles au VIH peuvent n'avoir qu'un faible impact positif, par exemple : en pourvoyant un nombre limité d'aiguillages vers les structures sanitaires et en ne donnant guère d'informations sur celles-ci, parce qu'il n'y a pas de relation formalisée entre l'organisation confessionnelle et le dispensaire, et qu'il n'y a pas de suivi des patients par l'organisation confessionnelle. Dans d'autres cas, les programmes de base confessionnelle peuvent être eux-mêmes de mauvaise qualité à cause de l'insuffisance de l'infrastructure, de l'absence de processus de suivi-évaluation, d'une faible sensibilisation aux questions du VIH et du sida, et d'activités de programme limitées de la part du personnel et des responsables religieux. Ces points peuvent conduire à un éventail réduit de services fournis, à la discrimination à l'égard des membres d'autres dénominations et à l'accroissement de la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Dans ces cas-là, les organisations confessionnelles individuelles, qui mettent en œuvre des programmes soit horizontaux soit verticaux, peuvent involontairement accroître le fardeau des systèmes de santé et, par conséquent, contribuer à les affaiblir.

En dépit des quelques difficultés rencontrées par les organisations confessionnelles, les programmes qui ont fait l'objet de cette recherche montrent clairement que, d'une manière générale, ces organisations confessionnelles contribuent de façon significative tant à la réponse au VIH que, plus largement, aux réponses sanitaires, que ce soit au Tchad ou au Malawi.

Les organisations confessionnelles jouent un rôle important dans la gestion des hôpitaux et des centres de soins. Ceci peut servir de tremplin pour faire en sorte que la prévention, le traitement et les soins liés au VIH atteignent les populations les plus reculées qui n'ont souvent aucun autre accès à des services sanitaires. C'est aussi une occasion pour contribuer directement au renforcement des systèmes de santé, en veillant à une collaboration ouverte entre les structures sanitaires confessionnelles et le Ministère de la Santé, que d'autres acteurs clés pourraient aussi renforcer (p.ex. CHAM).

Il arrive que les organisations confessionnelles travaillent dans des zones où il y a une infrastructure sanitaire gouvernementale. Les liens entre les infrastructures sanitaires locales gérées par l'État et les organisations confessionnelles pourraient être renforcés pour veiller à ce que les collectivités reçoivent le maximum possible de leurs services sanitaires (p.ex. LISAP dans l'exemple de terrain tiré du Malawi). Une collaboration étroite et une coopération efficace créent une approche diagonale, comme nous l'avons vu dans la réponse de LISAP, qui vise la réduction des goulets d'étranglement et crée un continuum de soins pour les patients.

Les organisations confessionnelles ont une importante relation de confiance avec les responsables d'églises et ont un accès auprès d'eux que n'a peut-être aucune autre organisation laïque. On peut tirer le meilleur parti de cette opportunité en travaillant avec les organisations confessionnelles au développement de leurs capacités techniques VIH, de leurs capacités de plaidoyer et d'influence pour travailler avec les responsables religieux d'une façon qui puisse avoir une influence durable sur la prévalence du VIH dans les collectivités d'exercice des responsables religieux. Ceci peut aussi influencer sur les niveaux de stigmatisation et de discrimination concernant le VIH et le sida (p.ex. : influencer sur la façon de voir de certains des responsables religieux dans les collectivités où les partenaires travaillent et aussi à un niveau national au Tchad). Les responsables religieux sont très influents et s'expriment énergiquement, en particulier dans les deux pays visités.

Dans certaines collectivités, les organisations confessionnelles peuvent préférer travailler avec les infrastructures sanitaires gérées par les organismes religieux. Un travail approfondi pourrait avoir lieu entre les infrastructures sanitaires d'État et religieuses pour qu'elles travaillent selon les mêmes politiques et normes sanitaires de travail afin que certaines infrastructures sanitaires ne soient pas préférées à d'autres.

La capacité des organisations confessionnelles à élaborer les demandes, concevoir des programmes VIH de bonne qualité et effectuer le suivi-évaluation et un bon ciblage devrait être augmentée pour leur permettre d'accéder au financement, de mettre en œuvre des projets de qualité ainsi que de documenter leurs expériences et en faire part.

La capacité des organisations confessionnelles devrait être accrue pour leur permettre de mettre en œuvre des programmes VIH de qualité, étant donné que les organisations confessionnelles atteignent certaines des collectivités les plus pauvres et les plus reculées que, parfois, les autres organisations laïques n'atteignent pas.

3.1 Influence des croyances religieuses

Comme cela a déjà été présenté, les organisations confessionnelles fournissent une partie importante des services sanitaires en Afrique. Souligner à l'excès les conséquences négatives d'une minorité de croyances religieuses spécifiques desservirait les nombreuses personnes et organisations qui sont motivées pour pourvoir les soins et le soutien à d'autres en conséquence directe de leur foi et de leurs croyances religieuses. Il est cependant tout aussi important d'aborder les domaines où les croyances religieuses peuvent avoir ou ont un impact nuisible de manière à commencer à les traiter.

Le responsable religieux qui coordonne MANERELA+ est un pasteur vivant avec le VIH. Il apparaît que le réseau existe en partie à cause du besoin d'un travail approfondi à entreprendre avec les responsables religieux sur des domaines sensibles et controversés de politiques et de discours, comme les réponses de l'église à la prévention du VIH (c'est-à-dire centrées davantage sur les soins et le soutien que sur la prévention) et le rôle du préservatif dans la prévention.

Les programmes gérés par les organisations confessionnelles qui visent les aptitudes à la vie quotidienne des jeunes et le conseil avant le mariage contiennent souvent des éléments concernant le VIH et le sida (p.ex. la Ligue pour la lecture de la Bible et SCOM au Malawi, et PEDC au Tchad). Ceux-ci peuvent tourner autour de questions comme la fidélité dans le mariage, le test VIH avant le mariage et l'abstinence. Si ces stratégies peuvent être valables, l'impact des programmes dépend de la qualité de leur exécution, et aussi de l'étendue des messages clés concernant le VIH et le sida.

Là où être séropositif est considéré à tort comme un péché, cela a alimenté la stigmatisation et la discrimination dans les collectivités. Par exemple, au Tchad, une personne vivant avec le VIH a fait ce commentaire : « Les responsables religieux ne voulaient pas prier pour nous dans nos maisons. » C'était un souci majeur pour le petit groupe qui a participé à la recherche et une telle attitude de la part des responsables religieux continue à alimenter la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH dans la collectivité. Il n'est pas surprenant que dans le même groupe il y ait eu des commentaires comme : « Parfois les gens nous traitent de tous les noms ou ne veulent pas utiliser les toilettes après que nous les avons utilisées. »

On a la preuve qu'un groupe chrétien au Malawi avait encouragé les gens à arrêter de suivre la thérapie antirétrovirale parce qu'il croyait que Dieu guérirait directement quelqu'un du VIH. Ceci ne renforce pas l'optimisation de la thérapie antirétrovirale et malheureusement peut avoir de graves conséquences pour les personnes qui interrompent leur traitement ou qui ne vont jamais se faire dépister parce qu'elles ne croient pas dans l'importance d'avoir accès à la thérapie antirétrovirale.

Au Malawi, un membre des groupes de soutien a fait le commentaire qu'il est parfois difficile de recevoir le soutien et la formation destinés aux personnes vivant avec le VIH, parce qu'ils sont souvent centrés sur des membres particuliers d'une église spécifique. Une suggestion a été émise qu'il serait possible d'améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec le VIH (p.ex. les soins à domicile, le soutien psychologique) si les groupes de soutien étaient indépendants et renforcés par des églises différentes ou multiples et d'autres qui voudraient les soutenir.

Le travail d'organisations comme MANERELA+ est extrêmement important pour renforcer la réponse de base confessionnelle au VIH et au sida. MANERELA+ fait partie d'un réseau d'organisations de responsables religieux vivant avec le VIH et le sida ou affectés par le virus dans l'ensemble de l'Afrique, appelé ANERELA+ et créé en 2003. Sa raison d'être est d'équiper, d'encourager et d'engager les responsables religieux vivant avec le VIH et le sida ou personnellement touchés par le virus pour qu'ils vivent de manière positive et ouverte comme des porteurs d'espoir et de changement dans leur communauté de foi et leur pays.

Au Malawi, MANERELA+ compte environ 1 000 membres, alors que le réseau avait commencé en 2004 avec dix seulement. C'est l'un des plus vastes réseaux de son genre en Afrique et dans le monde. La majorité de ses membres sont des chrétiens (75 pour cent) et le reste est principalement formé de musulmans. Ils suivent le modèle de prévention « SAVE » mis au point par ANERELA+.⁴⁰

L'approche « SAVE » est un moyen holistique de prévention du VIH incorporant les principes de l'approche « ABC » [Abstinence, Be faithful and Condom use] (Abstinence, fidélité et utilisation du préservatif) tout en donnant des informations supplémentaires sur la transmission et la prévention du VIH, en pourvoyant le soutien et les soins aux personnes déjà infectées et en mettant activement en cause le déni, la stigmatisation et la discrimination si habituellement associés au VIH.

MANERELA+ fait office de système de soutien pour les responsables religieux vivant avec le VIH et le sida ou touchés par le virus et entreprend un plaidoyer et un renforcement de capacité significatifs avec les communautés religieuses et au-delà. Le réseau fait le lien entre les habitants et les personnes qui dispensent les services sanitaires dans les collectivités où il est présent, par exemple : en faisant la promotion du dépistage, en créant des groupes de soutien comme dans le district de Pedze au Malawi, en faisant fonctionner des soins à domicile, en aiguillant vers les centres de soins et en entreprenant le suivi pour l'adhérence au traitement.

Il y a des difficultés importantes à travailler avec les responsables religieux des différentes religions sur des questions comme la prévention du VIH. Cependant, comme INERELA+ (le Réseau international des responsables religieux vivant avec le VIH) le remarque par rapport à ses membres, il est vital que les responsables religieux voient « leur puissance renforcée pour utiliser leur position de respect au sein de leur communauté de foi d'une manière qui rompe le silence, mette en question la stigmatisation et donne la preuve que les services de prévention, de soin et de traitement sont effectivement apportés ». ⁴¹

3.2 Programmes de suivi-évaluation et de qualité

Le suivi-évaluation est crucial indépendamment du fait que l'organisation qui met en œuvre le programme soit confessionnelle ou laïque, or il y a un manque évident d'approches cohérentes et rigoureuses au sein de la

40 www.inerela.org/english/save-prevention-model

41 Selon le site Internet d'INERELA

communauté de base confessionnelle, y compris dans les organisations confessionnelles qui ont été interviewées. S'il y a un manque de ciblage clair dans les programmes reposant sur des critères programmatiques et un manque de cadre de suivi-évaluation par la suite, il est très difficile de déchiffrer si le programme a ou n'a pas d'impact. Il est important que les programmes VIH et sida fonctionnent dans le cadre du guide national concernant la programmation et les politiques et qu'ils utilisent les indicateurs de suivi reconnus nationalement.

Il y a de toute évidence quelques disparités dans les deux pays entre les politiques nationales concernant le VIH et le sida et celles que les différentes organisations confessionnelles et réseaux religieux suivent en pratique, surtout en ce qui concerne l'utilisation du préservatif. Les principaux organismes et réseaux religieux ont été consultés tant au Tchad qu'au Malawi quand les politiques VIH et sida ont été mises au point dans chaque pays respectivement, mais ils n'avaient pas toujours le même avis et n'adhéraient pas à tous les éléments des politiques. Il apparaît qu'il existe, dans chacun des deux pays, un certain degré de consultation avec les responsables religieux, ce qui est important pour la coordination au niveau de la mise en œuvre, même s'il y a des désaccords.

Mettre en œuvre des programmes de qualité qui traitent les domaines clés de l'épidémie du VIH est vital et il y a une richesse d'expérience qui atteste du genre de programmes qui fonctionnent. Quand on étudie les stratégies clés de réduction de la prévalence du VIH dans un pays, l'association de programmes de qualité avec le rôle influant des responsables religieux dans une collectivité, rend l'approche vraiment puissante.

3.3 Coordination au niveau tant local que national

COORDINATION LOCALE

La coordination locale peut être plus efficace que la coordination nationale, parce qu'elle peut être liée aux activités. Par exemple, LISAP, organisation confessionnelle du nord du Malawi, a un programme de soins à domicile dans une collectivité et travaille avec l'infrastructure sanitaire locale pour effectuer le programme de soins à domicile, en fournissant ou en entreposant les trousseaux de soin à domicile et en formant des adjoints de surveillance sanitaire qui sont ensuite impliqués dans le programme. Cependant, on a découvert que les rapports de suivi des soins à domicile n'étaient pas régulièrement soumis au centre de santé, il était donc difficile pour le centre de santé de suivre la trace de l'activité et des clients. Davantage de coordination locale permettrait de mieux prendre soin des patients.

Au Malawi, la surveillance sanitaire au niveau communautaire repose sur des adjoints de surveillance qui constituent souvent la seule présence de personnel de santé gérant les centres de santé. Par conséquent les adjoints sont surchargés de travail, et ne sont pourtant pas toujours pleinement informés des activités sanitaires qui ont lieu dans les districts où le travail se déroule. Si les adjoints étaient mieux informés des activités dans le district, cela soutiendrait la réponse sanitaire générale d'une façon plus efficace. Tant les groupes de jeunes que les groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et le sida ont dit qu'ils apprécieraient plus de soutien de la part des adjoints.

COORDINATION NATIONALE

Au plan national, il y a une coordination, à des degrés variables, entre les principaux acteurs, par exemple entre les organismes des Nations Unies, la Commission Nationale SIDA, le Ministère de la Santé, le secteur privé, la société civile, les organisations confessionnelles et les responsables religieux. Comme nous l'avons décrit ci-dessus, MIAA est au Malawi un exemple de coordination avec la communauté confessionnelle.

La coordination au niveau national pour MIAA pourrait être renforcée. L'un des rôles de MIAA est le suivi de la réponse de base confessionnelle. MIAA ne reçoit pas les rapports de toutes les organisations confessionnelles. Ceci est principalement dû au fait que les organisations ont tendance à faire leurs rapports de travail sur la base du financement reçu d'un bailleur de fonds particulier. Ce sont les mêmes difficultés que rencontre la Commission Nationale SIDA avec la société civile et les organisations confessionnelles. MIAA reçoit les rapports des organisations-mères religieuses qui couvrent ou ne couvrent pas toutes les activités liées à cet organisme religieux particulier. MIAA a commencé un exercice de cartographie pour créer une meilleure image du nombre d'organisations confessionnelles qui existent et qui opèrent nationalement dans différentes collectivités, parce qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, de base de données sur les organisations confessionnelles au Malawi.

La Commission Nationale SIDA a rapporté des difficultés similaires à celles de MIAA, l'envoi des rapports ayant tendance à ne répondre qu'aux exigences liées au financement des bailleurs de fonds spécifiques. Les organisations ne sont pas disposées à fournir des informations sur leurs activités, à moins qu'elles ne reçoivent un financement de la part de cet organisme. Il est donc difficile à un quelconque organisme central de collecter des données exactes sur les activités qui ont lieu, surtout de la part des organisations confessionnelles, quand celles-ci ne reçoivent pas de financement de la Commission Nationale SIDA.

La coordination des plans existants pour le VIH et le sida est une autre difficulté bien connue dans la réponse au VIH et au sida, pas seulement pour les communautés confessionnelles. Au Malawi, MIAA a essayé de coordonner les plans VIH et de les aligner sur les plans et politiques nationaux, mais, à cause de désaccords entre les groupes religieux, cela s'avère difficile. Même au niveau de MIAA, il y a un plan VIH MIAA et un plan pour chacun des organismes religieux affiliés. La Commission Nationale SIDA a aussi commenté le manque de capacité de nombreuses organisations confessionnelles à concevoir des programmes et des propositions VIH efficaces et à répondre aux critères des bailleurs de fonds pour recevoir un financement et un soutien technique. Le rôle de la Commission Nationale SIDA et de MIAA est en partie d'étendre la capacité des organisations confessionnelles dans ce domaine. La compétition pour les financements étant forte, les organisations confessionnelles ont besoin d'être en mesure de présenter des propositions et des demandes compétitives pour avoir accès au financement et au soutien, afin d'améliorer leurs programmes.

Au Tchad la coordination entre les différentes religions a commencé avec la création de l'Alliance, mais cet organisme n'a pas tenu de rencontre récemment. Chaque organisme affilié coordonne les activités avec ses membres et il n'y a guère de dialogue entre, par exemple, les différentes religions au niveau tant national que local.

La coordination tant au niveau national que local est essentielle. Ce point a été pris en considération et des mesures ont été prises pour traiter cette question dans toute l'Afrique par l'intermédiaire des Nations Unies, des conseils nationaux sida et d'autres institutions. Il est encore nécessaire de continuer à mettre l'accent sur l'amélioration de la coordination, particulièrement dans le contexte des organisations confessionnelles et de la contribution qu'elles apportent à la prestation des services de santé.

3.4 Collaboration

Dans chaque interview, il a été demandé aux participants leur degré de collaboration avec les autorités sanitaires, les infrastructures sanitaires locales, les organisations confessionnelles et les organisations laïques. Les résultats sont subjectifs, mais on peut relever certaines tendances.

Les groupes religieux, les bailleurs de fonds et les organisations confessionnelles au niveau national collaboraient moins avec les organisations laïques qu'avec des organisations confessionnelles. Au niveau des partenaires de Tearfund et au niveau local sur le terrain, la collaboration avec les organisations laïques était encore moindre. Parfois la collaboration était accrue si le financement avait été reçu de la part d'une organisation laïque. D'une manière générale, la collaboration entre les autorités sanitaires au niveau national et les responsables religieux et organisations confessionnelles au niveau national, était jugée plutôt élevée par les deux parties, tandis qu'au niveau local il y avait de grandes variations pour ce qui est du degré de collaboration avec les infrastructures sanitaires ou les autorités sanitaires locales.

Ces résultats ont été consolidés par le bureau de Tearfund UK, montrant que si la collaboration avec d'autres organisations confessionnelles pouvait être bonne, sur le terrain elle était sensiblement plus faible avec les organisations laïques et les autorités sanitaires. Au niveau des sièges, les relations avec les organisations laïques étaient jugées comme étant beaucoup plus élevées.

Ceci montre le besoin de trouver le moyen d'accroître la collaboration entre les organisations confessionnelles et les acteurs clés, ainsi que de trouver d'autres voies pour commencer si possible une programmation conjointe.

4 Conclusions et recommandations

Suite à la consultation documentaire et à la recherche qui ont été entreprises, les résultats montrent les succès et les difficultés de la réponse de base confessionnelle au VIH et au sida, et donnent quelques indications sur comment cette réponse peut renforcer les systèmes de santé. Au plan tant communautaire que national, les organisations confessionnelles ont contribué de façon importante aux services de santé que ce soit de façon indirecte ou directe. Il est tout aussi évident qu'il y a des barrières à franchir relativement aux croyances religieuses concernant le VIH et le sida, barrières qui pèsent particulièrement sur les services de prévention du VIH et qui sont également liées à la stigmatisation et à la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH et le sida. Grâce à de meilleures coopération, collaboration et programmation conjointe entre les organisations confessionnelles, les autorités et infrastructures sanitaires, et les organisations laïques, de telles barrières peuvent être franchies, les réponses confessionnelles au VIH peuvent être plus efficaces et les programmes sanitaires peuvent être renforcés pour avoir une influence plus forte sur les services de santé.

Les recommandations suivantes sont valables tant pour le Tchad que pour le Malawi, et peut-être pour d'autres contextes en Afrique où les réponses de base confessionnelle au VIH existent parallèlement à la prestation de services sanitaires laïques.

4.1 Recommandations aux organisations confessionnelles

- Accroître la capacité interne à élaborer des propositions et à délivrer et soutenir une prévention VIH efficace et des programmes de soins conformément aux politiques et cadres nationaux pour le VIH et le sida, avec un accent particulier sur la prévention du VIH.
- Chercher des réponses interconfessionnelles, en collaboration avec les services sanitaires et en appliquant les meilleures pratiques dans les programmes VIH et sida.
- Autonomiser et construire la capacité des responsables religieux pour leur donner les ressources, l'assistance technique et les finances suffisantes pour optimiser leur potentiel de travail sur les questions relatives au VIH et au sida dans leurs collectivités de résidence.
- Entrer en partenariat avec les réseaux confessionnels existants reliant les personnes vivant avec le VIH et le sida, comme ANERELA+, et les soutenir pour qu'ils étendent leur travail et forment des liens plus forts avec les responsables religieux.
- Inclure le renforcement des systèmes de santé dans les objectifs des programmes VIH et sida de manière à soutenir une collaboration plus étroite avec les services sanitaires gérés par le gouvernement.

4.2 Recommandations aux bailleurs de fonds et aux gouvernements

- Reconnaître les contributions directes et indirectes qui existent de la part des réponses confessionnelles et interconfessionnelles, ainsi que leur potentiel pour accroître leur influence sur le renforcement des systèmes de santé.
- Faciliter une inclusion significative des organisations confessionnelles dans le renforcement des systèmes de santé en veillant à ce qu'elles fassent partie des mécanismes de coordination des services de santé.
- Soutenir les organisations confessionnelles pour accroître la qualité et la capacité technique de leur prestation de services grâce à des initiatives de financement, de formation et de savoir-faire, ainsi que par l'intégration dans les priorités et les politiques nationales.
- Accroître les programmes et le financement pour soutenir les responsables religieux, les réseaux et les organisations confessionnelles dans la mise au point de stratégies VIH et sida conformes aux politiques et aux cadres nationaux concernant le VIH et le sida.
- Soutenir le travail permanent de renforcement de capacité des responsables religieux à travailler dans le domaine du VIH et du sida et à faire correspondre les réponses aux cadres nationaux concernant le VIH et le sida.
- Concevoir des politiques en faveur de la collaboration entre les cliniques locales, les hôpitaux et les organisations confessionnelles et encourageant une reconnaissance mutuelle et une coordination entre les services gouvernementaux et les programmes à base confessionnelle. Ce qui devrait comprendre le fait de veiller à renforcer des mécanismes efficaces de renvois mutuels.

- Soutenir les organisations confessionnelles pour accroître leur capacité de suivi-évaluation pour une meilleure qualité et pour optimiser le potentiel des programmes VIH et sida de base confessionnelle.
- Continuer à souligner l'importance que les organisations laïques et confessionnelles suivent un seul cadre national de suivi-évaluation, en les encourageant à contribuer à ces processus au niveau national indépendamment des exigences de financement.
- Consigner les bonnes pratiques de coordination confessionnelle et laïque, et faire en sorte que les leçons apprises dans la programmation concernant le VIH et le sida soient transmises à tous les niveaux, national et international.
- Encourager et renforcer la collaboration entre les organisations confessionnelles et les autorités sanitaires, nationales et locales, en concevant des stratégies de programmation conjointe pour veiller à ce qu'un programme complet VIH et sida soit fourni à toute la population.

4.3 Recommandations aux bailleurs de fonds

- Encourager les organisations confessionnelles à inclure de façon spécifique le renforcement des systèmes de santé dans les objectifs de leur programme et de leurs stratégies opérationnelles.
- Continuer à financer des programmes intégrés et verticaux pour le VIH et le sida au sein du contexte national spécifique, en veillant à ce qu'il soit fait référence aux priorités et aux politiques nationales et en tenant compte des cadres internationaux.
- Encourager le gouvernement et les organisations laïques à inclure les réponses des organisations confessionnelles dans leurs statistiques de suivi.
- Soutenir la recherche en vue d'une analyse plus poussée de l'impact du travail VIH et sida des organisations confessionnelles, par exemple sur le renforcement des systèmes de santé et sur les responsables religieux, ainsi que ses conséquences sur les programmes VIH et sida délivrés dans les collectivités.
- Fournir un soutien aux partenaires confessionnels, aux réseaux et aux responsables religieux pour confronter les attitudes qui stigmatisent les personnes vivant avec le VIH et le sida.

4.4 Recommandations aux gouvernements

- Continuer à soutenir et financer les structures de coordination existantes, comme MIAA au Malawi, afin de renforcer la coordination de la réponse confessionnelle au VIH et au sida.
- Promouvoir la conformité avec les priorités et cadres nationaux concernant le VIH et la santé, ainsi que les contributions à ces derniers auprès des bailleurs de fonds et des organisations confessionnelles.
- Reconnaître et souligner l'importance de la direction confessionnelle et interreligieuse dans la réponse nationale au VIH en développant le dialogue avec les réseaux nationaux confessionnels de personnes vivant avec le VIH et le sida, comme MANERELA+.



tearfund

www.tearfund.org

100 Church Road, Teddington, TW11 8QE, Royaume-Uni

Tel: +44 (0)20 8977 9144

Œuvre No. 265464 (Angleterre et Pays de Galles)

Œuvre No. SC037624 (Écosse)

20431-(0511)