



chapitre trois

## participation communautaire: sensibilisation & action

**On a vu dans le chapitre 2 comment l’OMS et ses partenaires galvanisent les énergies en vue d’étendre l’accès au traitement dans le cadre d’une action globale contre la pandémie. La constitution de partenariats étroits avec les communautés et certains groupes de la société civile, notamment les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, sera d’une importance capitale pour réaliser l’objectif des « 3 millions d’ici 2005 », garantir le succès de l’action d’ensemble et atteindre le but plus général que constitue le renforcement des systèmes de santé. Cette participation communautaire comportera une action de sensibilisation, des prestations de services et un soutien aux patients. Pour que les communautés participent à fond à cet effort, il faudra faire évoluer le mode de distribution des services de santé publique.**

Tout au long de l’histoire du VIH/SIDA, beaucoup de communautés et de groupes se sont attachés avec une énergie remarquable à aider ceux dont l’existence était affectée par la maladie. Parmi les exemples de ce dynamisme, le présent chapitre en rappelle quelques-uns des plus stimulants qui ont eu une profonde influence sur la perception de la maladie par la population et les responsables politiques et dont les effets bénéfiques pour la collectivité dans son ensemble se font profondément et durablement sentir. Aujourd’hui, cet engagement communautaire est un outil précieux qui peut être mis à contribution pour étendre l’accès au traitement antirétroviral. Au-delà de cet objectif essentiel, il sera un puissant moteur du progrès vers une amélioration plus générale de la santé publique et de l’accès aux soins.

Après avoir rappelé comment la participation communautaire a peu à peu pris la place qui lui est désormais reconnue dans l’action de santé

publique, ce chapitre passe en revue quelques-unes des étapes historiques qui ont marqué l’engagement de la société civile dans la lutte contre le VIH/SIDA. A cette occasion, il souligne les ressources qu’offre une démarche respectueuse des droits des personnes pour réaliser des objectifs de nature sanitaire. Enfin, le chapitre se penche sur la participation de la société civile et de la communauté à l’action menée en vue de l’extension du traitement, et plus particulièrement sur le rôle des agents de santé communautaires.

On entend par communauté des groupes de personnes vivant à proximité les unes des autres, ou qui ont établi divers liens sociaux, souvent du fait qu’elles partagent les mêmes motivations et les mêmes besoins.



Au sein d'une même communauté, il existe des groupes constitués autour du problème du VIH/SIDA et formés, par exemple, de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, de leurs amis, des membres de leurs familles et de leurs porte-parole. Ces « communautés VIH/SIDA » peuvent ou non se structurer sous la forme d'organisations officielles. Les organisations de la société civile – c'est-à-dire celles qui ne relèvent pas de la puissance publique ou de l'industrie privée – sont constituées d'associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et de leurs porte-parole, d'organisations confessionnelles ou d'autres groupes tels que les syndicats ou les associations patronales.

Pour atteindre l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 », il va falloir établir des partenariats entre les gouvernements nationaux, les organisations internationales, la société civile et les communautés et tirer parti des ressources propres à chacun pour obtenir des résultats sur le terrain. Il est indispensable que l'action soit conduite par les gouvernements car la société civile ne peut pas se substituer au secteur public. Toutefois, certaines instances gouvernementales pourront constituer des partenariats avec des

## Un chœur chante un adieu à Mzokonah



Gideon Mendel/Network

Mzokonah Malevu a été longtemps malade avant de découvrir qu'il était séropositif pour le VIH. Au début, il n'a voulu en parler qu'à sa mère mais après s'être entretenu avec un conseiller, il a décidé d'annoncer la nouvelle à tous les membres de sa communauté. Lors d'un service pour les victimes du VIH/SIDA, qui s'est déroulé dans la Township d'Enseleni (Afrique du Sud) en présence des orphelins et des soignants, Mzokonah a pris pour la première fois la parole devant un public de plusieurs centaines de personnes. Il souhaitait tout particulièrement s'adresser aux

jeunes pour leur raconter comment il avait contracté le VIH/SIDA, et il a insisté sur la nécessité de se protéger.

« J'espère que ma mort ne sera pas inutile, que ma famille et ma communauté en tireront la leçon », a déclaré Mzokonah. « Je souhaite que mes obsèques soient une occasion d'information au sujet du VIH/SIDA et permettent de diffuser largement mon message. » Son vœu a été exaucé.

groupes de la société civile et mettre en place des dispositifs permettant d'utiliser les compétences existant au sein des diverses communautés. L'OMS et d'autres organisations internationales sont en mesure de faciliter ce processus et de lui apporter leur soutien. Par cette collaboration avec les communautés, l'initiative des « 3 millions d'ici 2005 » exprime l'idéal de la santé pour tous proclamé en 1978 à Alma-Ata (une ville du Kazakhstan appelée aujourd'hui Almaty) selon lequel le droit à la santé est indissociable du droit des individus à participer aux décisions touchant leur existence.

### PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE À LA SANTÉ PUBLIQUE

La Constitution de l'OMS établie en 1948 précise qu'« Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations. », mais ce n'est qu'au cours des années 60 et au début des années 70 que l'utilité pratique de la participation communautaire à des projets sanitaires et de leur appropriation par la communauté ont commencé à faire l'objet d'une attention de plus en plus marquée. Les projets mis en œuvre dans certaines régions du Guatemala, du Niger et de la République-Unie de Tanzanie ont apporté la preuve qu'une participation accrue de la communauté pouvait se traduire par une amélioration de la santé des populations. L'apport de la communauté à ces projets a contribué à l'établissement des priorités programmatiques et les agents de santé communautaires y ont pris une part importante (1). En 1978, la pleine participation de la communauté aux activités multiformes menées en vue d'améliorer la santé est devenue l'un des piliers du mouvement en faveur de la santé pour tous. La Charte d'Ottawa, signée en 1986 à l'occasion de la Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, considère que le renforcement de l'action communautaire constitue l'une des cinq priorités essentielles en vue d'une action sanitaire fondée sur la prévention (2).

### Encadré 3.1 L'Association des Femmes africaines face au SIDA

L'Association des Femmes africaines face au SIDA (AFAFSI) est une organisation non gouvernementale panafricaine regroupant des citoyennes ordinaires, qui a été créée en 1988 pour apporter des réponses aux femmes et aux enfants d'Afrique confrontés au VIH/SIDA. Elle s'attaque aux facteurs responsables de l'inégalité des hommes et des femmes devant l'épidémie et veille à ce que ces dernières puissent profiter équitablement des programmes de prévention et de soins. L'AFAFSI opère dans 40 pays d'Afrique où elle concentre son action sur la création de réseaux, la recherche, la sensibilisation, les soins et le soutien aux malades, les questions juridiques et celles qui relèvent des droits de l'homme, les orphelins et les enfants vulnérables, ainsi que sur les différentes possibilités de prévention offertes à la femme. On trouvera ci-après quelques exemples de ses activités.

Au Burkina Faso, l'AFAFSI s'emploie activement à mieux sensibiliser la population

aux effets nocifs de la circoncision féminine, elle vient en aide aux orphelins et aux enfants vulnérables en distribuant des livres et autres fournitures scolaires et elle a mis en place un numéro téléphonique d'urgence. Elle gère également un projet de prévention du VIH/SIDA et d'autres infections sexuellement transmissibles à l'intention des personnes qui font commerce du sexe. L'Association organise et coordonne également une formation sous-régionale sur les problèmes d'égalité entre les sexes face au VIH/SIDA.

Au Kenya, son programme de sensibilisation, qui est axé sur le public masculin, a pour objectifs de favoriser une meilleure prise de conscience des relations entre le comportement masculin et le VIH/SIDA, d'encourager un débat public sur le comportement des hommes et le VIH/SIDA, d'inciter à l'adoption de pratiques sexuelles moins risquées et de faire en sorte que chacun se rende mieux compte du risque qu'il court à titre personnel.

Au Sénégal, l'Association distribue, avec le soutien de l'alliance nationale contre le SIDA, des fournitures scolaires aux enfants touchés par le VIH/SIDA. Elle organise également des activités rémunérées pour les femmes, encourage l'utilisation du préservatif féminin, participe à un programme national en vue de réduire la transmission de la mère à l'enfant et donne des conseils nutritionnels à côté d'autres formes de soutien psychosocial.

Au Ghana, l'Association met en œuvre un projet d'encouragement à l'utilisation du préservatif féminin, informe la population sur les questions relatives au VIH/SIDA, met en place des centres d'assistance aux femmes vivant avec le VIH/SIDA, leur prodigue des conseils et leur fournit nourriture et vêtements.

Au Nigéria, l'Association participe à l'organisation de services de conseil et à une formation dans ce domaine dans 28 provinces. Elle met également au point un manuel de formation au conseil.



Depuis lors, succès et échecs se sont succédés. La capacité effective des communautés à participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes sanitaires est limitée par le manque de moyens, la sclérose de l'organisation sociale et professionnelle, et des modèles de santé publique axés sur des comportements individuels et les interventions biomédicales curatives. La discrimination en fonction du sexe, de la race et de la classe sociale joue également un rôle. Les communautés participent néanmoins à un grand nombre de projets de santé publique fructueux, notamment des projets en matière d'assainissement, de nutrition, de vaccination ou de lutte contre la maladie (3). De récentes mises au point portant sur les soins de santé primaires montrent qu'il existe toujours une forte adhésion à la participation communautaire et il y a lieu de penser que cette participation a permis d'améliorer sensiblement la situation sanitaire (4).

### LA SOCIÉTÉ CIVILE RÉAGIT À LA TRAGÉDIE DU SIDA

Partout dans le monde, la réaction de la société civile à la pandémie de VIH/SIDA constitue l'un des exemples les plus éclatants de la participation communautaire et de son autodétermination. L'insistance avec laquelle la Déclaration d'Alma-Ata évoque la participation communautaire « dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination » entre dans les idées des premiers militants de la lutte contre le VIH/SIDA, telles qu'ils les expriment par exemple dans les Principes de Denver (5). Rédigés en 1983 lors d'une réunion de militants organisée à Denver (États-Unis d'Amérique), ces Principes affirment le droit des personnes vivant avec le VIH/SIDA de vivre et de mourir dans la dignité et de participer à toutes les décisions concernant leur bien-être.

Aux États-Unis d'Amérique, où les premiers cas d'infection à VIH/SIDA ont été signalés en 1981, puis en Europe, au Canada et en Australie, les associations d'homosexuels et de lesbiennes ont été les premières à réagir. Le Terrence Higgins Trust a été créé au Royaume-Uni en 1982. Helseutvalget for Homofile (association des homosexuels norvégiens pour la santé) a été créée en 1983. Ces groupes et d'autres du même genre ont mis à profit les stratégies et le capital social créés au cours des décennies précédentes par les mouvements pour les droits des homosexuels et les mouvements féministes.

Des groupes tels que AIDS Coalition to Unleash Power (association ACT UP), constitué aux États-Unis d'Amérique en 1987, associent une stratégie de sensibilisation efficace à l'élaboration d'une imposante base de données scientifiques qui permet à ses membres de participer en toute connaissance de cause à la recherche médicale et à l'élaboration des politiques. Au cours des années 80 et 90, ces groupes ont réussi à obtenir un accroissement des fonds destinés à la recherche sur les antirétroviraux, une augmentation du budget des services de lutte contre le SIDA au niveau fédéral, au niveau des États et au niveau local, une accélération des procédures d'essai relatives aux nouveaux médicaments et l'extension de l'accès aux médicaments expérimentaux pour les personnes exclues des essais cliniques.

Des organisations internationales appartenant à la société civile, comme la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ont commencé à travailler sur le VIH/SIDA dès le début des années 80. Dans les pays africains dont le système de santé était en proie à des difficultés, de nombreuses organisations communautaires et non gouvernementales se sont portées en première ligne. Dans beaucoup de communautés, l'action était essentiellement animée par des femmes. L'Organisation d'Assistance aux Malades du SIDA (TASO) a été créée en Ouganda en

1987. Son travail consiste à sensibiliser et éduquer la communauté et offre également toutes sortes de services aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et à leurs familles. La TASO, qui travaille en collaboration étroite avec les pouvoirs publics, d'autres organisations non gouvernementales ou confessionnelles et le secteur privé, est un élément de premier plan du programme ougandais de lutte contre le VIH/SIDA. En 1988, un groupe de femmes africaines a créé l'Association des Femmes africaines face au SIDA (AFAFSI) qui, sur la base des priorités et des sujets de préoccupation définis au niveau local, travaille avec et pour les femmes et les membres de leurs familles touchés par l'épidémie. L'AFAFSI dispose désormais d'un réseau qui s'étend à l'ensemble du continent et opère dans 40 pays (voir Encadré 3.1).

Il existe d'autres associations dirigées par des femmes qui ont une grande influence aux niveaux national et local. Au Kenya, par exemple, « Les femmes en lutte contre le SIDA » (*Women Fighting AIDS*) est une association fondée en 1993 par un groupe de femmes de Nairobi dont beaucoup étaient séropositives pour le VIH. Outre leur action pour la défense de la cause des femmes et des enfants touchés par la pandémie, les membres de cette association proposent aux femmes et à leurs familles toute une série de services, notamment une information relative au VIH, un conseil et un soutien individuels, des soins à domicile, ainsi qu'une formation à l'exercice d'activités lucratives. Les organisations confessionnelles se sont engagées de bonne heure dans un certain nombre d'activités importantes liées à la prévention de l'infection à VIH et elles s'attachent à éduquer, soigner, traiter et soutenir les membres de la communauté (voir Encadré 3.2).

### Encadré 3.2 Le rôle des organisations confessionnelles

Les organisations confessionnelles ont un rôle capital à jouer dans la généralisation des traitements contre le VIH/SIDA en raison de leur influence au sein des communautés et de leur audience qui s'étend aux campagnes et aux zones reculées. De concert avec les institutions religieuses, les organisations confessionnelles sont au cœur de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Elles représentent environ 20 % de l'ensemble des organisations qui combattent le VIH/SIDA. Elles sont bien placées pour apporter un soutien psychosocial moral et spirituel aux personnes en difficulté et elles interviennent désormais de plus en plus dans l'extension de l'accès au traitement.

C'est ainsi par exemple que le Groupe des Veuves de l'Église anglicane Saint-Stephen de Kisumu, au Kenya, participe à la gestion d'un dispensaire mobile où sont pratiqués des tests VIH et où sont donnés des conseils sur la base du volontariat. Cette structure distribue également des médicaments essentiels contre les infections opportunistes et organise des

activités rémunérées à l'intention des femmes et des jeunes. Bien que n'ayant pas jusqu'ici participé directement à la distribution d'antirétroviraux, cette association, par les efforts qu'elle déploie, représente un élément essentiel du succès de la stratégie d'extension de l'accès au traitement.

Certaines organisations confessionnelles ont mis au point un système pour lutter contre l'inégalité et l'inégalité d'accès des hommes et des femmes au traitement antirétroviral. Elles veillent à ce que certains individus ou groupes ne bénéficient pas d'un accès privilégié au traitement, mais que les critères d'accès soient établis par les communautés elles-mêmes.

D'autres organisations confessionnelles participent directement à la distribution des médicaments. C'est le cas par exemple de la mission pour les médicaments et fournitures essentiels organisée conjointement par l'Association sanitaire chrétienne du Kenya et la Conférence épiscopale kényane/Secrétariat catholique, dont le but est de fournir des mé-

dicaments essentiels abordables et notamment des antirétroviraux. Ces organisations confessionnelles importent à prix réduit des médicaments génériques pour le compte de la mission et d'autres organisations non gouvernementales. L'action sanitaire de la mission comporte une composante soins à domicile qui veille à l'observance de la prise d'antirétroviraux et d'antituberculeux et apporte également un soutien aux ménages et aux communautés sur le plan nutritionnel et socio-économique.

On pourrait inciter les organisations confessionnelles à participer à l'extension de l'accès au traitement afin de profiter de ce qu'elles savent faire mieux que d'autres – c'est-à-dire mobiliser les communautés, assurer les activités de soins, convaincre les malades d'observer leur traitement et créer un climat de confiance parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA pour qu'elles se fassent soigner – tout en formant aux techniques médicales appropriées les membres de leur personnel qui n'ont pas de formation médicale.

### FORCE DE LA DÉMARCHE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME

Les arguments sur lesquels se fonde l'action de sensibilisation s'inscrivent dans le contexte des droits de l'homme. Autrement dit, ils s'inspirent à la fois des principes fondamentaux de la morale et des obligations légales de l'Etat qui est tenu de respecter, protéger et garantir les droits de l'homme, et notamment le droit à la santé. Ces obligations découlent du droit international, d'accords régionaux sur les droits de la personne humaine, ainsi que de diverses législations nationales (6). Cette approche du VIH/SIDA sous l'angle des droits de l'homme stimule, dans un nombre de plus en plus important de pays, la mobilisation sociale par le canal de groupes appartenant à la société civile.

Au Brésil, l'Association interdisciplinaire contre le SIDA, créée en 1986, s'attache à défendre les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA par la recherche, l'éducation et l'analyse des politiques. En Bolivie, au Venezuela et dans d'autres pays d'Amérique latine, les organisations de la société civile intentent avec succès des actions en justice fondées sur les conventions relatives aux droits de l'homme pour ouvrir l'accès au traitement dans le cadre des systèmes nationaux de santé (7).

La campagne d'action pour le traitement qui est menée en Afrique du Sud défend les droits des personnes infectées ou touchées par le VIH/SIDA par l'éducation et la mobilisation de la communauté, des protestations de masse, des campagnes médiatiques, des actions en justice et des alliances avec d'autres organisations non gouvernementales et syndicales. Ce combat national pour l'accès au traitement contre le VIH/SIDA a débouché sur la création en août 2002 du Mouvement panafricain pour l'accès au traitement.

Les droits de l'homme reposent sur des valeurs et des principes qui doivent également guider la planification et la mise en œuvre des politiques et des programmes de traitement. La démarche fondée sur les droits de l'homme considère que ces droits sont universels et donne plus de poids à la participation pleine et entière de tous les membres de la société. Elle exige également une plus grande transparence de la part des décideurs et davantage d'équité dans les politiques de soins de santé.

Ces impératifs sont de plus en plus reconnus par les pays. Lors du Sommet mondial sur le SIDA qui s'est tenu à Paris en 1994, 42 gouvernements ont déclaré que le renforcement de la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou touchées par la maladie était déterminant pour la conduite d'actions efficaces contre l'épidémie qui soient respectueuses des règles de l'éthique. Ce principe d'un plus grand engagement est fondamental pour garantir l'impartialité des politiques et des programmes en matière de VIH/SIDA (8). En 1998, le Bureau du Haut Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'Homme et l'ONUSIDA ont établi conjointement des directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme, instrument qui a pour but d'appliquer les principes juridiques relatifs aux droits de l'homme au contexte particulier du VIH/SIDA et qui précise ce que les Etats peuvent et doivent faire pour remplir leurs obligations vis-à-vis de ces principes (9). L'engagement en faveur de ces principes a été encore appuyé par la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée en 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (10).

Les organisations non gouvernementales et les associations de la société civile ont pris des initiatives pour que les principes des droits de l'homme soient appliqués à la question de l'accès des populations défavorisées aux médicaments (voir Encadré 3.3).

Les efforts déployés dans le cadre de mouvements tels que la campagne pour l'accès aux médicaments essentiels et l'initiative sur les médicaments pour les maladies négligées de Médecins Sans Frontières ont attiré l'attention de la communauté internationale sur la situation de crise que connaît le monde en développement en matière de médicaments et ont contribué à alimenter le débat public sur les conséquences éventuelles des dispositions législatives relatives aux droits de propriété commerciale et intellectuelle pour l'accès au traitement de très nombreuses maladies (11-13).

Un collectif international de militants et d'associations de la société civile a travaillé avec des représentants de pays en développement avant et pendant la Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) qui s'est tenue à Doha, au Qatar, en novembre 2001. Cet engagement de la société civile a impulsé la Déclaration de Doha qui précise officiellement que l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) « peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments » (14) (voir Encadré 2.5). En avril 2002, le Haut Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'Homme s'est félicité de la Déclaration de Doha et a invité instamment la communauté internationale à rechercher sans délai les moyens de faire en sorte que tous les pays profitent des dispositions de cette Déclaration (15).

### LA SOCIÉTÉ CIVILE ET L'EXTENSION DU TRAITEMENT

L'action de sensibilisation menée par la société civile a été utile pour ouvrir la voie à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». En 2001, l'ONUSIDA et l'OMS ont estimé qu'il devrait être possible d'assurer le traitement antirétroviral de trois millions de personnes vivant dans des pays en développement d'ici fin 2005, mais l'engagement international, le financement et le recrutement des patients tardent à venir. L'action énergique de groupes de militants qui participaient à des forums tels que la Conférence internationale de Barcelone sur le SIDA a permis de faire déboucher l'idée d'une extension de l'accès aux antirétroviraux sur un engagement politique précis de la part des gouvernements nationaux, des Nations Unies et d'autres grandes institutions internationales.

## Encadré 3.3 Un effort communautaire couronné de succès au Suriname

Au Suriname, comme dans beaucoup de pays en développement, les médicaments contre le VIH/SIDA ne sont pas remboursés par le système d'assurance-maladie, qu'il soit public ou privé ; il n'est pas non plus prévu de subventions publiques pour ces produits. Le Suriname est en mesure de se procurer des médicaments relativement bon marché au Brésil et en Inde, mais le coût du traitement (environ US \$60 par malade et par mois) est trop élevé pour la plupart des personnes vivant avec le VIH/SIDA, ce qui entraîne un grand nombre de décès.

Un fonds d'urgence pour le traitement du VIH/SIDA a été créé au Suriname afin d'éviter que la mortalité ne s'accroisse, en collaboration, entre autres, avec l'Organisation panaméricaine de la Santé. Ce fonds a également bénéficié d'une contribution initiale de US \$15 000 versée par le Fonds canadien pour l'Afrique et il a commencé en septembre 2002 à acheter des médicaments. On a également sollicité l'aide de donateurs privés en leur demandant d'« adopter » deux enfants ou un adulte pour la somme de US \$600 par an. Au cours des six premiers mois, 50 personnes ont bénéficié de l'aide de ce fonds, mais les res-

sources initiales se sont révélées insuffisantes pour faire face à la demande.

En collaboration avec un comité chargé de collecter des fonds, cet organisme a lancé une campagne dans les médias en vue de recueillir US \$70 000, ce qui a paru à beaucoup une tâche impossible compte tenu de la situation économique précaire du pays et des préjugés soulevés par la nature du projet. Malgré tout, US \$150 000 ont pu être recueillis. Depuis lors, le total des dons a dépassé US \$200 000. Cette somme est suffisante pour que le fonds puisse poursuivre son action pendant une à deux années.

Après la déclaration sur l'urgence d'un traitement du SIDA à l'échelle mondiale, des représentants de personnes vivant avec le VIH/SIDA originaires d'Afrique, d'Asie, des Caraïbes, d'Europe, d'Amérique latine et d'Amérique du Nord ont été parmi les principaux partenaires consultés au sujet de la conception de la stratégie OMS des « 3 millions d'ici 2005 ». La poursuite de la collaboration est capitale. Pour changer la manière de réfléchir et de travailler à l'amélioration de la santé dans le monde, on peut, entre autres, créer des partenariats novateurs jouant un rôle de catalyseur. L'initiative en faveur du traitement fait de la participation communautaire un élément mesurable du processus programmatique et de ses résultats : on s'est fixé comme objectif intermédiaire de créer dans le monde d'ici décembre 2004, 3000 partenariats regroupant des centres de traitement antirétroviral officiels et des associations communautaires (16).

### De l'action de sensibilisation aux prestations de services

L'action de sensibilisation, l'éducation de la communauté et la défense des droits des malades vont conditionner le succès de l'extension de l'accès au traitement. Le rôle capital des communautés dans le domaine de la prévention et des soins à long terme est largement reconnu (17). Dans nombre de pays qui s'efforcent d'améliorer la couverture du traitement antirétroviral malgré une grave pénurie de personnel sanitaire, les membres des collectivités locales participeront aussi directement à la fourniture et à l'appui des prestations de services (18). Les informations en provenance des programmes novateurs de traitement montrent de plus en plus que les membres de la communauté et leurs organisations sont également capables d'assurer un grand nombre de tâches essentielles touchant les prestations de services en matière de traitement antirétroviral.

D'après des études rapides menées sur des sites de traitement dans un certain nombre de pays gravement touchés et au vu des quelques programmes sur lesquels on possède la documentation voulue, il apparaît que la fonction essentielle des communautés et des familles consiste à aider le malade à bien observer son traitement.

## Encadré 3.4 Des partenariats pour le traitement en Ouganda

En Ouganda, dans le district de Masaka, l'initiative « Uganda Cares », partenariat qui associe le Ministère de la Santé, la Coalition des Entreprises ougandaises contre le VIH/SIDA ainsi que l'International AIDS Healthcare Foundation/Global Immunity, permet aux personnes démunies d'accéder au traitement antirétroviral.

Ce programme fonctionne dans les locaux de l'hôpital du district de Masaka et propose des soins ambulatoires. Le bureau de la TASO (Organisation d'Assistance aux Malades du SIDA) pour le district de Masaka, organisme national de services créé par des personnes vivant avec le VIH/SIDA, a également son siège dans cet hôpital. La TASO-Masaka s'occupe aussi de la prévention, des soins et du traitement en associant deux systèmes, l'un

constitué d'employés rémunérés, par exemple des conseillers communautaires, et l'autre, plus décentralisé, constitué de bénévoles qui ont été formés pour prendre en charge un certain nombre de ménages de leur quartier. Des réunions sont régulièrement organisées entre les bénévoles, le personnel de la TASO et celui de l'établissement de soins.

La TASO assume diverses responsabilités importantes sur le plan du traitement, à savoir :

- Elle sélectionne (sur la base de critères convenus), conseille et oriente initialement en vue du traitement les personnes inscrites à son programme de soins communautaires et de soins à domicile. Les patients sont ainsi préparés dans les meilleures conditions à recevoir leur traitement avant leur première

visite à l'établissement de soins pour un conseil et un examen clinique. Le service mobile de Kitovu (organisation professionnelle qui assure également des soins à domicile) joue un rôle analogue dans l'orientation des malades.

- Elle assure le suivi des patients à domicile et dans la communauté, ce qui permet de réduire au minimum les défections.
- Elle organise le transport des malades à leur lieu de rendez-vous dans l'établissement de soins lorsque ceux-ci sont trop faibles pour s'en occuper eux-mêmes.
- Elle apporte un soutien nutritionnel aux personnes qui en ont besoin.

Après une année de fonctionnement, le taux d'adhésion global au programme de traitement est de 97 % (22).

## Traiter les enfants avec sollicitude



Jodi Bieber/Network

Situé à Johannesburg, en Afrique du Sud, Sparrow Village est une communauté villageoise qui offre traitement et conseil aux personnes atteintes d'un SIDA au stade terminal. Il héberge des enfants qui s'amuse sur des terrains de jeu décorés de couleurs vives. Sparrow Village n'est pas seulement un asile, c'est aussi un centre de formation et une structure éducative destinée à informer le public sur le VIH/SIDA.

« La plupart de nos malades étaient rejetés et humiliés », déclare le Dr Duncan McAulay. « Mais ici, ils ont quelques instants de répit et

retrouvent un peu de dignité avant de mourir. »

Pour que l'extension de l'accès au traitement soit couronnée de succès, il est nécessaire d'obtenir une large participation d'organisations et de communautés de la société civile telles que celle-ci. Un certain nombre d'organisations communautaires et confessionnelles se chargent d'importantes activités en rapport avec la prévention et le traitement du VIH/SIDA, ou encore des soins aux malades.

Dans certains programmes thérapeutiques, les organisations communautaires assurent dans leurs propres locaux des tâches traditionnellement effectuées dans des établissements de soins par des agents de santé officiels. C'est ainsi, par exemple, qu'en Haïti et au Rwanda, des membres de la communauté ont été formés à surveiller les effets secondaires du traitement et à vérifier que les malades prennent bien leurs comprimés (19, 20).

Dans certaines situations où l'accès au traitement est limité, quelques associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA ont, par simple réflexe de survie, créé leurs propres services avec l'appui d'organisations situées dans des pays plus riches. Ces associations ne s'adressent au système officiel de soins que pour des actes médicaux essentiels. De nombreuses tâches en rapport avec le traitement, comme la gestion du contrôle en laboratoire, sont effectuées par des membres de la communauté (21).



Un autre exemple du passage de certaines fonctions du secteur médical officiel à la communauté nous est donné par l'association TASO d'Ouganda dont la branche de Masaka se charge de procéder à la sélection et au conseil initiaux des patients en vue d'un traitement antirétroviral, puis les transfère à l'hôpital de district où fonctionne un programme de traitement (voir Encadré 3.4).

Dans certains cas, les membres de la communauté travaillent sur les lieux mêmes des établissements de soins. En Thaïlande, par exemple, on a créé des centres de soins ambulatoires dans des établissements publics de soins, où les personnes vivant avec le VIH/SIDA peuvent se rencontrer et participer à diverses activités. Les organisations communautaires font partie intégrante du système de soins et de traitement. A Khayelitsha (Afrique du Sud), le centre de soins de santé primaires accueille des non-professionnels comme conseillers. Ils aident les patients à établir leurs plans de traitement afin d'améliorer l'observance (23).

Il ressort de l'expérience acquise dans plusieurs centres de traitement antirétroviral que la relation entre un établissement de soins et la communauté peut et doit se structurer sous la forme d'un véritable partenariat. Ce partenariat autorise un dialogue régulier, permet de confier certaines tâches à ceux qui sont les plus à même de les assumer, quel que soit leur statut professionnel, et encourage également l'échange d'informations. Cela suppose des investissements considérables en termes de formation, d'heures de personnel consacrées à l'encadrement et d'assistance complémentaire. La question de savoir quelle est la part des uns et des autres dans la maîtrise du programme thérapeutique est délicate : les agents de santé, qui sont généralement habitués à avoir la haute main sur les prestations de services, tout particulièrement en ce qui concerne le traitement, peuvent être peu disposés à partager la responsabilité du programme avec les communautés, voire à accepter que des membres de cette communauté participent à la prise en charge de leur clientèle.

Employer des personnes vivant avec le VIH/SIDA en tant que membres rémunérés du personnel constitue une autre stratégie susceptible de permettre aux établissements de soins de tirer profit des compétences et des connaissances particulières de ces personnes et d'aider à lever les barrières qui existent entre les services de santé, les communautés et les clients. Selon certains programmes de lutte contre la maladie, les professionnels de la santé s'opposent souvent, au début, à la participation de membres de la communauté aux soins et au traitement, mais finissent par l'accepter lorsqu'ils en constatent les effets positifs (24, 25).

Les établissements de première ligne – c'est-à-dire les centres de santé – sont tous les jours en contact direct avec les familles et les clients et donc à même d'établir des partenariats fonctionnels avec les communautés. On est cependant fondé à croire que cette occasion unique est souvent négligée. Les professionnels de la santé méconnaissent souvent les organisations communautaires et bien souvent, le système de soins lui-même n'apprécie pas à sa juste valeur la contribution qu'elles peuvent apporter à la santé (26).

La maîtrise partagée des services et un contrôle plus important des communautés et de la clientèle sur les prestations de services est non seulement souhaitable du point de vue des droits de l'homme mais c'est également une nécessité si l'on veut que les populations démunies puissent bénéficier du traitement antirétroviral et d'autres prestations de santé. Il y a beaucoup de réussites dans ce domaine. En Zambie, l'hôpital de district de Chikankata, qui est un établissement confessionnel, a mis en œuvre un système de participation communautaire qui permet un excellent travail commun dans le domaine de la prévention et des soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA (27).

## Education des professionnelles du sexe à Dacca



Shahidu Alam/Drik/Network

A Dacca, au Bangladesh, Hajera a créé une coopérative de professionnelles du sexe afin d'obtenir pour ses camarades de meilleures conditions de travail. Tous les soirs, elle va distribuer des préservatifs à ces prostituées et les informe sur le VIH/SIDA.

La participation communautaire est un élément reconnu de l'action de santé publique. CARE Bangladesh, une organisation non gouvernementale, a mis en place un programme visant à faire évoluer les

comportements. Ce programme est axé sur des groupes cibles et il a pour but d'éduquer les populations vulnérables, de leur permettre de se procurer des préservatifs et d'encourager la création de points de distribution. Les distributeurs reçoivent un pécule, on leur apprend à lire et à écrire et ils bénéficient d'une éducation élémentaire concernant le VIH/SIDA.

Dans l'une des communautés les plus pauvres de Haïti, les clients et d'autres membres de la communauté contribuent désormais activement aux prestations de services en matière de traitement antirétroviral (19). En Afrique du Sud, le réseau des communautés en lutte contre le SIDA mobilise l'aide extérieure et a créé un large partenariat pour mettre en place et gérer un centre de traitement à KwaZulu-Natal (28).

Pour les petits programmes, il est clair que le système des partenariats est un succès ; le problème est donc de passer à l'échelle supérieure. A mesure que les pays élargiront l'accès au traitement, les services sanitaires existants pourront être utilisés pour faciliter l'établissement de partenariats avec la communauté. Bien souvent, ceux qui seront le mieux à même de le faire pourraient être les structures de première ligne assurant les soins de santé primaires.

Pour que la participation communautaire s'inscrive dans la pratique normale des établissements de soins choisis pour l'extension de l'accès au traitement antirétro-

viral, il faut s'attacher à modifier la nature des relations entre les communautés et le personnel sanitaire. Cela implique que l'on encourage les bonnes attitudes et les dispositions que peuvent avoir les professionnels de la santé à travailler de concert avec les communautés et que l'on prévoie des mesures incitatives allant dans ce sens. Il importe que les ressources soient allouées de manière à renforcer les établissements de première ligne qui constituent l'interface avec les communautés. Il est également nécessaire de donner aux communautés les moyens de s'engager davantage et il faut prendre des dispositions particulières pour leur assurer une plus grande maîtrise du processus.

### LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ET LE TRAITEMENT

Pour renforcer la participation active des communautés au développement sanitaire, on peut par exemple donner à certains de leurs membres une formation d'agents de santé communautaires et les déployer sur le terrain. Jusqu'ici, les programmes de traitement antirétroviral mis en place là où les ressources sont limitées n'ont guère eu recours aux programmes existants de formation d'agents de santé communautaires, mais il est bon que les pays fassent le point de l'expérience qu'ils ont pu acquérir dans ce domaine et voient quelles sont les possibilités qui s'offrent à eux de collaborer avec des agents de santé communautaires et des membres d'associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA (voir Encadré 3.5).

La collaboration des agents de santé communautaires avec les programmes à petite échelle des organisations non gouvernementales est un succès, de même qu'avec les programmes nationaux de grande envergure intégrés au système de santé publique. Dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, par exemple, les organisations confessionnelles assurent des soins de qualité depuis 20 ans. Nombre de centres de soins dépendant d'une organisation confessionnelle disposent d'un grand nombre d'agents extérieurs, d'agents de soins à domicile et d'agents de santé communautaires qui opèrent sous la forme de réseaux très spécifiques (29). D'autres organisations possédant le même genre de réseaux jouent également un rôle important dans la prévention du VIH/SIDA et les soins aux malades. Ces infrastructures auront leur part dans la mise en œuvre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » en utilisant les moyens et les réseaux existants.

### Encadré 3.5 Utiliser l'expérience des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA : le cas d'Hellen

Hellen est employée de bureau dans un dispensaire pour le VIH/SIDA d'une région rurale de l'Ouganda. Comme elle vit avec le VIH et qu'elle a commencé son traitement antirétroviral il y a neuf mois, Hellen connaît très bien les vicissitudes du traitement. Forte de cette expérience, elle est capable de répondre à bien des préoccupations des malades qui viennent consulter au dispensaire.

Hellen joue également un rôle actif au sein de la National Community of Women living with

AIDS (NACWOLA), c'est-à-dire la communauté nationale ougandaise des femmes vivant avec le SIDA. A ce titre, elle organise le soutien nutritionnel des patients en traitement et participe également à l'éducation thérapeutique de la population sur le terrain. En tant que membre de la troupe locale de théâtre sur le VIH/SIDA, Hellen contribue également à l'éducation de la communauté. Voilà donc un membre de la société civile parfaitement qualifié pour établir des passerelles efficaces entre le secteur sa-

nitaire officiel, la communauté au sens large et les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, et également pour associer l'effort préventif à l'action thérapeutique.

Comme le dit Hellen au sujet de son travail au sein de la communauté : « *Agir sur le terrain est une chose très importante. Les gens ne savent pas grand-chose du traitement. Au fond, à cause de votre traitement, ils ne veulent pas croire que vous avez le SIDA. Ils pensent que vous souffrez d'autre chose.* » (22).

La participation des agents de santé communautaires est très importante pour les modalités pratiques d'extension de l'accès au traitement. Même si les données tirées de l'expérience présente sont loin d'être complètes, ce que l'on en sait est déjà suffisant pour permettre aux planificateurs et aux agents d'exécution de passer immédiatement à la mise en place progressive des programmes, en axant ceux-ci sur la résolution des problèmes et en s'attaquant aux obstacles à mesure qu'ils se présentent. La recherche opérationnelle sera d'une importance capitale si l'on veut tirer rapidement les leçons de la participation des agents de santé communautaires au fur et à mesure de la montée en puissance des programmes. Cette recherche doit être planifiée et un budget prévu à cet effet.

Il ne faut pas voir dans les agents de santé communautaires de simples collaborateurs locaux à qui l'on peut confier des tâches temporaires que le système officiel de santé n'a pas les moyens d'exécuter. Ils ne constituent en aucun cas un moyen bon marché de s'affranchir des contraintes en matière de ressources humaines. Bien au contraire, les programmes impliquant les agents de santé communautaires peuvent et doivent être considérés comme un élément stratégique plus large d'autonomisation des communautés qui leur permettra de se prendre davantage en charge sur le plan sanitaire et d'améliorer la santé de leurs membres.

Les points suivants sont d'une importance capitale pour que l'entreprise réussisse :

**Intégration des soins curatifs** : les communautés ont généralement des besoins immédiats de soins curatifs. Si l'on ne fait pas participer des agents de santé communautaires à ce secteur d'activité, la population s'en désintéressera et sera moins encline à leur apporter son soutien (30). C'est ainsi que l'expérience acquise au Népal montre que lorsque l'on met en place une politique permettant aux agents de santé communautaires de distribuer des médicaments, ceux-ci se sentent plus motivés et sont mieux accueillis par l'ensemble de la communauté (31). Le mauvais fonctionnement des programmes impliquant des agents de santé communautaires est souvent lié à un approvisionnement insuffisant en médicaments (32, 33).

**L'encadrement et l'établissement de liens solides avec les professionnels de la santé et les systèmes d'orientation-recours** : l'expérience récente montre que, moyennant un encadrement adéquat, les programmes de traitement du VIH/SIDA qui font largement appel aux agents de santé communautaires sont en mesure d'assurer des soins de qualité (34). L'expérience acquise en Haïti, au Rwanda et en Afrique du Sud en matière de traitement antirétroviral montre que cet encadrement peut être efficacement assuré en organisant des réunions régulières et en utilisant de simples formulaires qui facilitent la rédaction de rapports et la remontée de l'information, et qu'en outre, l'efficacité de cet encadrement dépend de la volonté des professionnels de la santé de travailler avec les communautés (19, 20). Tout programme impliquant des agents de santé communautaires doit s'intégrer dans un système d'orientation-recours comportant des centres de soins plus spécialisés capables de traiter les problèmes qu'on ne peut résoudre aux niveaux inférieurs.

**Rémunération** : lorsqu'une compensation financière est accordée aux agents de santé communautaires, on observe à la fois des effets bénéfiques (fidélisation des agents) et des effets négatifs (les agents sont considérés comme des fonctionnaires par la communauté) (28). Les agents de santé qui travaillent comme bénévoles ne peuvent généralement accorder au programme qu'une fraction de leur temps chaque semaine.

On a mis en place des systèmes novateurs pour indemniser les bénévoles. Par exemple, les bénévoles participant au programme de lutte contre l'onchocercose dans

le district de Kabarole, en Ouganda, ont été également chargés de la distribution de médicaments antionchocerciens et de la vente de préservatifs, ce qui a fini par constituer pour eux une activité rémunératrice (35). Dans plusieurs pays, les bénévoles ne sont pas payés, mais ils reçoivent une compensation en nature, par exemple une bicyclette qu'ils peuvent utiliser pour d'autres activités. A long terme, cependant, il est nécessaire d'accorder une compensation financière aux agents de santé communautaires pour maintenir le niveau de participation requis lorsque leurs heures de travail sont comparables à celles du personnel sanitaire professionnel. Il n'existe pas de programme employant des agents de santé communautaires, qu'ils soient bénévoles ou rémunérés, dont le coût soit nul, et tout programme de ce genre a besoin d'un certain budget pour être efficace et s'inscrire dans la durée.

**Relations avec la communauté :** un soutien et une reconnaissance de la part des organisations et des responsables communautaires, de même que l'appréciation témoignée par les membres de la communauté sont des encouragements très importants pour les agents de santé communautaires (36). Pour favoriser l'établissement de bonnes relations, il faut obtenir l'adhésion des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'autres organisations et responsables communautaires dont le soutien sera déterminant. Par l'intermédiaire de leurs réseaux, les organisations communautaires pourraient compléter l'indemnisation des agents de santé communautaires par des prestations alimentaires ou un complément de revenu, par exemple. Il est par conséquent important de veiller à ce que ces agents restent attachés aux organisations communautaires. On peut y parvenir en s'appuyant sur les organisations communautaires pour mettre sur pied un programme de formation d'agents de santé communautaires et en assurer le suivi. A cet égard, il est capital de prévoir des dispositions qui garantissent la transparence. Entre autres solutions, on peut faire en sorte que ce soient les organisations communautaires plutôt que le système officiel de santé qui aient la haute main sur les compensations financières ou en nature destinées aux agents communautaires.

### RESPONSABILISATION DES COMMUNAUTÉS ET SANTÉ PUBLIQUE : FAÇONNER L'AVENIR

L'engagement communautaire est essentiel à tous les stades de l'action d'ensemble contre le VIH/SIDA : prévention, traitement, soins, soutien – et recherche (voir chapitre 5). Dans le processus d'élargissement du traitement pour atteindre et dépasser les objectifs de l'initiative des « 3 millions d'ici 2005 », la société civile se doit d'être exigeante quant à la performance du secteur public, privé et non gouvernemental. Si l'extension de l'accès au traitement ne peut aboutir sans un engagement des pouvoirs publics, la société civile est en mesure de lui apporter son concours par son action de sensibilisation.

Le succès de cet effort mené dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA aura des conséquences importantes sur le programme général de santé publique. La nécessaire participation de la communauté à l'extension des programmes de traitement fournit l'occasion de renforcer les compétences et de stimuler entre les communautés, les dispensateurs de soins et les planificateurs une collaboration susceptible de s'étendre à d'autres secteurs de la santé publique et de contribuer à un renforcement général des systèmes de santé. Les communautés formées et mobilisées en vue de lutter contre le VIH/SIDA, de fournir des prestations de services et de soutenir les malades seront ainsi mieux à même de prendre part à la promotion de la santé, à la

lutte contre la maladie et aux efforts déployés pour le traitement d'autres maladies. Il s'agit notamment de la tuberculose et du paludisme, de la santé maternelle et infantile ainsi que des maladies chroniques de l'adulte dans les pays à revenu faible ou moyen. La reconnaissance et le renforcement des compétences dont font preuve les communautés sont un élément du processus de renforcement des systèmes de santé. Il se pourrait que l'accélération de ce processus soit l'un des apports durables de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » à l'amélioration de la santé dans le monde.

---

On a vu dans ce chapitre que les communautés et les organisations de la société civile jouent un rôle capital dans la lutte contre le VIH/SIDA et le succès de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Les gouvernements ainsi que les organisations internationales, y compris l'OMS et ses partenaires, vont stimuler ce processus. On verra dans le chapitre suivant comment tous ces partenaires collaborent étroitement à une action d'ensemble visant à renforcer les systèmes de santé et, par voie de conséquence, à améliorer durablement les prestations de santé dans l'intérêt de tous.



## Bibliographie

1. Newell KW. *Participation et santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975.
2. *Charte d'Ottawa. Première Conférence internationale pour la Promotion de la Santé : Vers une nouvelle santé publique, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; [http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO\\_HPR\\_HEP\\_95.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf), consulté le 20 février 2004).
3. Kahssay HM, Oakley P. *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (Public Health in Action, No 5).
4. *A global review of primary health care: emerging messages*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (WHO/MNC/OSD/03.01, p. 17).
5. Advisory Committee of People With AIDS. *The Denver Principles*. 1983 (<http://www.actupny.org/documents/Denver.html>, consulté le 20 février 2004).
6. *25 questions réponses sur la santé et les droits humains*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (Série Santé et Droits de l'Homme. N° 1, juillet 2002).
7. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, 2002.
8. *De la théorie à la pratique : une participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 1999.
9. *Le HIV/SIDA et les droits de l'homme. Directives internationales. Directive 6 révisée. Accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui*. Genève, Nations Unies, Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 2002.
10. *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*. New York, Nations Unies, 2001 (Vingt-sixième session extraordinaire sur le VIH/SIDA, paragraphe 58).
11. Trouiller P, Olliaro P, Torreele E, Orbinski J, Laing R, Ford N. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. *Lancet*, 2002, 359:2188-2194.
12. Kindermans JM, Matthys F. Introductory note: the Access to Essential Medicines Campaign. *Tropical Medicine and International Health*, 2001, 6:955-956.
13. *DNDi: an innovative solution (working draft)*. Genève, Drugs for Neglected Diseases Initiative, 2003 ([http://www.dndi.org/cms/public\\_html/images/article/268/InnovativeSolutioncolour.pdf](http://www.dndi.org/cms/public_html/images/article/268/InnovativeSolutioncolour.pdf), consulté le 20 février 2004).
14. *Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la Santé publique*. Genève, Organisation mondiale du Commerce, 2001 ([http://www.wto.org/french/thewto\\_f/minist\\_f/min01\\_f/mindecl\\_trips\\_f.pdf](http://www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.pdf), consulté le 20 février February 2004).
15. *Accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celle du VIH/SIDA*. Genève, Haut Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'Homme, 2002 (Commission des droits de l'homme 2002/32 ; [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.RES.2002.32.Fr?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.RES.2002.32.Fr?Opendocument), consulté le 20 février 2004).
16. OMS/ONUSIDA. Treating 3 million by 2005: making it happen. The WHO strategy. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003:55.
17. Community mobilization and AIDS: technical update. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997.
18. *Emergency scale-up of antiretroviral therapy in resource-limited settings: technical and operational recommendations to achieve 3 by 5. Draft report from the WHO/UNAIDS Zambia Consultation, 18-21 November 2003, Lusaka, Zambia*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://www.who.int/3by5/publications/documents/zambia/en/>, consulté le 20 février 2004).
19. Farmer P, Léandre F, Mukherjee J, Gupta R, Tarter L et Kim JY. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy) [Traitement communautaire des stades avancés de l'infection à VIH : introduction du DOT-HAART (traitement antirétroviral hautement actif sous surveillance directe)]. *Bulletin of the World Health Organization* 2001;79 (12): 1145-1151 (résumé en français).
20. Essengue S. *Human resources and service delivery issues in antiretroviral treatment services: report of treatment site visits in Rwanda, October 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (Département Prestation des Services de Santé, rapport non publié).
21. De Gagné D. Community capacity for treatment: the solidarity in treatment project. In: Goede H, Ansari W. *Partnership work: the health service-community interface for HIV/AIDS prevention, care and treatment. Report of a WHO consultation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590963.pdf>, consulté le 20 février 2004).
22. Goede H, Matsiko C. *Human resources and service delivery issues in antiretroviral treatment services: report of treatment site visits in Uganda, October 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (Département Prestation des Services de Santé, rapport non publié).
23. *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha Programme in South Africa*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment Series ; [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/South\\_Africa\\_E.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/South_Africa_E.pdf), consulté le 16 février 2004).
24. Programme spécial de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales. *Community-directed treatment of lymphatic filariasis in Africa. Report of a multicentre study in Ghana and Kenya*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2000 (TDR/IDE/RP/CDT1/00.02).
25. Kironde S, Nasolo J. Combating tuberculosis: barriers to widespread non-governmental organisation involvement in community-based tuberculosis treatment in South Africa. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2002, 6:679-685.
26. Kahssay HM, Baum F. The role of civil society in district health systems: hidden resources. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (à venir).
27. Williams, G. *From fear to hope*. St Albans, Teaching Aids at Low Cost, 1990 (Strategies for Hope Series).
28. *Ithembalabantu «People's Hope» Clinic KwaZulu-Natal, South Africa: first year progress report, July 2003*. Amsterdam, AIDS Healthcare Foundation Global Immunity, 2003 ([http://www.ahfqi.org/global\\_pdf/SARreport\\_a4.pdf](http://www.ahfqi.org/global_pdf/SARreport_a4.pdf), consulté le 20 février 2004).
29. *The role of faith-based organizations in the fight against HIV/AIDS*. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (à venir).
30. Walt G, Ross D, Gilson L, Owuor-Omondi L, Knudsen T. Community health workers in national programmes: the case of the family welfare educators of Botswana. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1989, 83:49-55.
31. Curtale F, Siwakoti B, Lagrosa C, LaRaja M, Guerra R. Improving skills and utilization of community health volunteers in Nepal. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1117-1125.
32. Parlato M, Favini M. *Progress and problems: an analysis of 52 A.I.D. assisted projects*. Washington, D. C., American Public Health Association, 1982.
33. Stekelenburg J, Kyanamina SS, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo district, Zambia. *Health Policy*, 2003, 65:109-118.
34. Uys LR. The practice of community caregivers in a home-based HIV/AIDS project in South Africa. *Journal of Clinical Nursing*, 2002, 11:99-108.
35. Kipp W, Burnham G, Bamuhiiga J, Weis P, Buttner DW. Ivermectin distribution using community volunteers in Kabarole district, Uganda. *Health Policy and Planning*, 1998, 13:167-173.
36. *Strengthening the performance of community health workers: interregional meeting of principal investigators, 12-16 November 1990*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (SHS/DHS/91.1).