

L'intégration, une réponse pour l'Afrique?

Depuis la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD), on a beaucoup parlé et peu agi sur l'effort d'intégration du planning familial et des services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/sida. Dans certaines régions du monde en développement, l'intégration peut être à la fois faisable et appropriée. En Afrique subsaharienne toutefois, l'effort d'intégration ne réussira peut-être pas; il présente du reste des risques dont il faut considérer soigneusement les implications. D'une grande fragilité, les programmes prestataires de la région se trouvent confrontés à de sérieux défis. L'Afrique subsaharienne est la seule grande région du monde où la majorité des pays ne présentent pas encore de déclin significatifs de la fécondité et où l'indice synthétique de fécondité reste à peine inférieur à six naissances vivantes par femme.¹ Il s'agit aussi de la région qui abrite 70% de la population du monde atteinte du VIH/sida.² La moitié de la population mondiale infectée appartient ainsi aux 4% de la population mondiale vivant dans l'est et dans le sud de l'Afrique.³

CONTEXTE

Le Programme d'action de la CIPD favorisait l'intégration des services sous l'égide de la santé génésique, non que l'efficacité de l'approche eût été démontrée dans la pratique, mais plutôt parce qu'elle renforçait la logique interne du programme de la CIPD. Ce programme cherchait en effet à réduire l'emphase démographique, par trop impersonnelle, de la limitation du nombre d'enfants en mettant l'accent sur l'amélioration de la condition des femmes et en assurant l'inclusion de la fourniture de contraceptifs dans le cadre plus large de la prestation de services de santé génésique.

L'arrangement proposé s'étendrait certainement à l'identification et au traitement des IST et embrasserait peut-être même aussi les programmes de lutte contre le VIH/sida et les questions de comportements sexuels. La fourniture de services complets—santé génésique comprise—sous la coupole commune des soins de santé primaire, telle que préconisée par la Déclaration d'Alma Ata en 1978, ne semblait pas réalisable, les pays pauvres d'Afrique subsaharienne, et d'ailleurs, ne disposant pas des ressources nécessaires à l'offre d'une gamme complète de services de santé adéquats. C'est du reste à cette faiblesse que les programmes spécialisés du planning familial, de prise en charge des IST et de lutte contre le VIH/sida, partiellement soutenus par les donateurs internationaux, doivent leur existence. Les programmes d'assistance technique et ceux financés par des fondations privées ont cherché, dans le sillage de la

CIPD, des raisons pour le maintien de la cohérence interne des efforts internationaux. L'intégration des services impliquait du reste une direction commune, une plus grande efficacité et une meilleure rentabilité. En Afrique subsaharienne, la réalité pourrait bien différer de la théorie pour des raisons que seules peuvent expliquer l'histoire et la nature des programmes concernés.

Planning familial

Les programmes de planning familial d'Afrique subsaharienne se sont lentement et péniblement améliorés en dépit de la pauvreté, d'un système de production rural qui n'offre aucun avantage aux familles peu nombreuses, de l'inefficacité et du manque d'engagement des gouvernements à l'égard d'une fécondité réduite, des incertitudes individuelles quant à la sagesse de la contraception et de la prédominance masculine dans les décisions de nature sexuelle. Certains de ces obstacles commencent à s'effacer, mais la transition vers des familles moins nombreuses n'est marquée que dans le sud de l'Afrique, au Kenya et au Ghana.

Les services de planning familial en Afrique subsaharienne sont offerts dans les cliniques, cherchant probablement à imiter les programmes d'Asie, qui ont été couronnés de succès car ils répondent principalement aux besoins des femmes mariées au sein de couples désireux de ne plus avoir d'enfants. En Afrique, les cliniques servent principalement les femmes mariées dont le plus jeune enfant est suffisamment âgé pour que sa mère puisse redevenir sexuellement active en toute respectabilité. Le personnel prestataire et la clientèle sont presque exclusivement des femmes, car l'activité sexuelle et la contraception ne se discutent pas facilement entre personnes de sexe différent. En partie pour les mêmes raisons, la plupart des femmes recherchent une méthode contraceptive qu'elles puissent gérer discrètement elles-mêmes et qui soit réversible (afin d'éviter les querelles de ménage ou la dissolution du couple). La plupart des femmes choisissent les méthodes hormonales: la pilule ou, un peu moins souvent, les injectables. Les clientes désirent un service de bonne qualité, rapide et discret. Au Brésil, au Honduras et en Jamaïque, par contre, les programmes expérimentaux de la Fédération Internationale de Planning Familial (IPPF) offrent des services de planification familiale et IST/VIH/sida intégrés à travers «l'exploration de la sexualité, des relations, des conditions de vie et d'autres aspects contextuels [propres aux clientes]...»⁴ En Afrique, les clientes du planning familial seraient très vraisemblablement heureuses de voir leurs IST diagnostiquées et traitées, mais elles seraient tout aussi peu dispo-

Par John C. Caldwell et Pat Caldwell

John C. Caldwell est professeur émérite de démographie et Pat Caldwell est professeur associé au Health Transition Centre, Australian National University, Canberra, Australie.

sées à rechercher la personne responsable de l'infection ou à devoir assumer la responsabilité d'encourager leurs partenaires à utiliser le préservatif.

La demande de contraception en Afrique n'est pas seulement motivée par le désir des couples mariés de contrôler la taille de leur famille. Bien que la moitié au moins de la demande émane bel et bien de femmes mariées, la plupart d'entre elles désirent pratiquer la contraception pour espacer les naissances—dans un but précédemment atteint par l'abstinence sexuelle du post-partum. Une autre partie importante de la demande provient des adolescents des deux sexes et des hommes adultes. Ces groupes ne désirent toutefois pas être vus dans les cliniques, et les adolescents sont peu susceptibles de recevoir la moindre attention malgré les politiques gouvernementales qui la dictent pourtant. Il en résulte que près de la moitié de la population qui pratique la contraception dans des pays comme le Nigeria ou le Cameroun se procurent leurs contraceptifs au marché, même si cette méthode d'approvisionnement est loin d'être efficace. Beaucoup de femmes mariées préfèrent aussi l'anonymat du marché aux intrusions dans leur vie privée que représentent les salles d'attente et l'enregistrement de leur nom et d'autres détails personnels par les prestataires des cliniques. Les leçons données sur le sida et l'offre de préservatifs à utiliser avec leurs partenaires pourraient aussi être perçues comme des intrusions et la plupart des femmes africaines mariées en seraient offensées. Cela sans compter que les femmes pauvres qui se prostituent pour subvenir aux besoins de leur famille connaissent généralement les risques qu'elles courent et ont souvent des partenaires extraconjugaux qui les connaissent suffisamment bien pour qu'elles se sentent dans l'impossibilité de leur imposer l'usage du préservatif.

Il existe donc en Afrique un vaste marché d'utilisateurs de la contraception que les programmes de planning familial touchent à peine. Ces personnes ne seront pas atteintes par les programmes de planning familial gouvernementaux existants. Les adolescents, et surtout les jeunes filles qui courent un risque élevé de grossesse et d'infection au VIH, pourraient probablement être atteints par les efforts de conseil et de distribution de préservatifs par des groupes qui seraient eux-mêmes organisés et gérés par des adolescents. Beaucoup de parents et d'organisations religieuses, ainsi que la plupart des gouvernements, s'y opposent toutefois. La solution serait peut-être de subventionner et de soutenir le secteur de l'économie de marché dans l'offre de services anonymes et non intrusifs, sachant toutefois que ce type de services ne peut pas être un véhicule efficace de sensibilisation au sida.

PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

A ce jour, l'Afrique s'est montrée mieux armée pour s'occuper des malades du sida—généralement par le biais des familles—que pour prévenir l'infection au VIH. Les programmes efficaces de lutte contre le sida en Afrique visent principalement à réduire les rapports sexuels à hauts risques et à distribuer des préservatifs à utiliser lors de tels rapports.

Les cibles principales doivent être les hommes, en partie parce que ce sont eux qui décident de l'usage ou non du préservatif, et les adolescents—soit précisément les groupes absents des cliniques du planning familial.

Le temps des simples programmes de sensibilisation expliquant le mode de transmission du VIH est révolu. Presque tous les Africains susceptibles d'être infectés savent désormais que dans la région, les rapports sexuels sont la cause principale de l'infection. Les messages doivent être présentés sous différents angles. Par exemple:

- La sécurité réside dans la connaissance de l'ampleur de la maladie et du fait que le VIH/sida est une maladie, pas un péché ou une cause de honte familiale. Aussi faudrait-il que les personnes contaminées mentionnent clairement leur condition, que les parents révèlent la véritable cause du décès de leurs morts aux enterrements et que les médias identifient avec sympathie les personnes connues ayant succombé à la maladie.
- Chaque vie est précieuse et ne devrait pas être gaspillée, car la mort est la tragédie ultime. Les Africains non infectés au VIH jouissent de l'espoir d'une vie raisonnablement longue.
- La maladie et la mort ne sont pas une question de sort, encore moins de sorcellerie. Elles dépendent de la volonté individuelle de protéger sa propre santé et sa propre vie, ainsi que la santé et la vie de ses proches.
- Les hommes peuvent maîtriser la force du désir qui les pousse à rechercher les rapports sexuels; à défaut, s'il y a le moindre risque, ils peuvent utiliser le préservatif pour se protéger eux-mêmes et protéger leurs partenaires.
- Les partenaires non conjugaux, indépendamment de l'amour qu'ils se portent, ont probablement d'autres partenaires sexuels et l'usage du préservatif n'est pas une insulte.
- Les relations sexuelles sont source de plaisir mais elles ne devraient pas mener à la mort.
- Le préservatif n'est pas un mal: il vaut mieux l'utiliser que ne rien faire.

Il s'agit là de messages plutôt que d'une éducation factuelle. Ces messages constituent une philosophie centrée sur l'importance primordiale de valoriser la vie et de différer la mort, et sur la pleine conscience des dangers environnants. Le contenu en est parfois sombre, loin du message définitivement positif que le planning familial devrait apporter. Une telle philosophie ne peut être disséminée par les prestataires seuls: pour être efficace, elle doit émaner des chefs d'état, des ministres gouvernementaux, des médias et de l'élite, et doit être répétée de manière urgente et continue. Une campagne africaine contre le VIH/sida ne peut prendre que cette forme. Ce n'est pas par hasard que l'Ouganda, où la prévalence est élevée, a été le premier pays d'Afrique à enregistrer un déclin: il s'agit du seul pays dont le chef d'Etat a véritablement pris la tête du mouvement.

Les gouvernements peuvent aussi faire face à la maladie en essayant de rompre la chaîne de l'infection au VIH. L'instrument de cette rupture doit être le préservatif, dont la fourniture peut être assurée en grandes quantités et, au besoin, de manière discrète. Les chauffeurs et les voyageurs, de

même que les militaires et les policiers, en ont de toute évidence besoin. L'approche la plus efficace, telle qu'adoptée en Thaïlande, serait probablement de faire en sorte que l'usage du préservatif soit le plus fréquent possible dans les relations sexuelles commerciales, en particulier dans celles qui sont purement commerciales. Il faudrait exercer une pression constante pour assurer l'usage du préservatif, comme cela a été le cas en Thaïlande. Les faits semblent indiquer que la plupart des prostituées africaines accueilleraient volontiers un système de ce type,⁵ où la pression est mise sur les clients et sur les propriétaires des établissements de prostitution. Cette pression, et l'autorité pour l'appliquer, impliquent l'établissement d'un programme gouvernemental spécial, plutôt qu'une responsabilité à ajouter aux programmes de planning familial, d'autant plus que l'une des activités requises aurait trait à l'encadrement de la force de police chargée de l'exécution.

La situation africaine diffère largement du contexte asiatique. Dans le sud de l'Asie, les femmes pauvres recourent rarement à une activité de prostitution à temps partiel, peut-être parce que la sanction sociale en serait terrible. En Afrique subsaharienne, beaucoup de relations sexuelles revêtent un aspect commercial, et les prostituées à temps plein sont généralement indépendantes, louant leur propre chambre plutôt que de travailler au service d'un employeur. Le ciblage des relations qui interviennent dans les contextes les plus commerciaux—celles qui ont lieu dans les chambres louées d'immeubles largement utilisés à des fins de prostitution ou celles payées sur le champ—pourrait remporter un succès surprenant dans la réduction de la transmission du VIH, au point d'affaiblir l'épidémie.

ARGUMENTS CONTRE L'INTÉGRATION

L'absence relative, depuis l'appel à l'intégration de la CIPD, d'une vaste action programmatique en regard de l'abondance des écrits chargés d'abstraction est significative.⁶ Une telle lenteur dans la progression des choses est généralement le signe non d'un manque de résolution, mais d'une faiblesse du plan de base. Il n'est pas exclu d'étendre les services de santé génésique offerts dans les cliniques de planning familial en y ajoutant la détection et le traitement des IST; le problème est que le type d'équipement et le personnel nécessaires au diagnostic de nombreux cas de gonorrhée et de la plupart des cas de chlamydia ne sont pas disponibles dans la plupart des cliniques de planning familial africaines. Le test de détection du VIH est différent de celui des autres IST, ses symptômes n'étant pas visibles avant l'apparition de ceux du sida, qui ne sont du reste pas de nature génitale. Une autre solution serait d'absorber le planning familial dans les services de santé communautaires, selon l'exemple du système de soins de santé primaire instauré en Afrique du Sud, mais cet arrangement n'entre pas dans les moyens de la plupart des nations africaines.⁷

Au centre du problème se trouve le fait que les programmes de planning familial et ceux de lutte contre le sida répondent à deux groupes et types de besoins distincts en Afrique. Les programmes de planning familial opèrent prin-

cipalement dans les cliniques au service des femmes mariées demandeuses, pour la plupart, de méthodes contraceptives hormonales. Les clientes impliquées dans l'industrie du sexe ont pour la plupart quelques relations de type commercial à temps partiel les aidant à nourrir leur famille et à éduquer leurs enfants. Elles connaissent les risques qu'elles courent et sont prêtes à les prendre pour éviter la misère. Il est d'ailleurs peu probable qu'elles puissent persuader leur mari ou leurs partenaires semi-commerciaux et semi-permanents d'utiliser le préservatif. Quand bien même elles en recevraient dans les cliniques, elles risqueraient d'être punies pour en posséder. Beaucoup de femmes mariées sont certes séropositives, mais certaines l'étaient déjà lorsqu'elles se sont mariées et les autres n'ont pas toutes été infectées par leur mari.

En Afrique, l'accent des programmes de lutte contre le sida porte principalement sur les hommes et les jeunes célibataires des deux sexes. Ces individus doivent être protégés dans les relations sexuelles dont le but est rarement de causer une grossesse. Ces groupes ne fréquentent pourtant presque jamais les cliniques de planning familial. Lorsqu'il s'agit du sida, la plupart des éducateurs et des fournisseurs de préservatifs sont du reste des hommes. Ils doivent parler un langage très différent de celui des prestataires du planning familial. Leur audience principale se compose de jeunes hommes adultes, parfois agressifs et susceptibles d'intimider de nombreuses prestataires féminines du planning familial.

Les deux programmes partagent bien quelques points d'intérêt commun. Ils nécessitent tous deux d'être fréquemment soutenus publiquement par les politiciens, sans toutefois que les messages de planning familial et de lutte contre le sida soient inclus dans un même discours. Tous deux doivent aussi apporter aux adolescents la connaissance dont ils ont besoin sur la santé génésique et sur le sida, y compris en ce qui concerne l'usage du préservatif et, peut-être aussi, d'autres contraceptifs. La réponse aux besoins des adolescents n'en exigera pas moins une stratégie fort différente de celle actuellement suivie par les deux types de programmes. Sans doute ces besoins pourront-ils être le plus efficacement satisfaits par un troisième programme spécialisé, opérant peut-être à travers des organisations d'adolescents.

Les programmes de planning familial et de lutte contre le sida en Afrique subsaharienne présentent des structures différentes; ils emploient des types de personnel distincts et ils ont chacun une motivation et une histoire qui leur sont propres. Il ne faudrait pas les sacrifier au profit d'une conformité aux idéologies des donateurs internationaux et d'attentes peu réalistes en termes d'efficacité et de rentabilité accrues. Les pays moins démunis peuvent peut-être intégrer les deux programmes dans le cadre de services de soins globaux que la plupart des pays d'Afrique n'ont pas encore les moyens d'offrir. Cela sans compter que dans les pays moins démunis, la condition des femmes pauvres n'est probablement pas aussi désespérée et n'échappe pas autant à leur propre contrôle. En fin de compte, la poursuite de ser-

vices intégrés en Afrique pourrait faire plus de tort que de bien, et le coût s'en mesurera en vies, en grossesses non désirées et en argent.

RÉFÉRENCES

1. Population Reference Bureau, *2001 World Population Data Sheet*, Washington, DC: Population Reference Bureau, 2001.
2. Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS) et Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *AIDS Epidemic Update—December 1999*, Geneva: WHO, 1999.
3. Ibid.
4. Becker J et Kirberger E, Integrating HIV prevention, STD, and family planning services: a sexual and reproductive health approach in Latin America and the Caribbean, *American Journal of Public Health*, 1997, 87(4):692–693.
5. Varga CA, The condom conundrum: barriers to condom use among commercial sex workers in Durban, South Africa, *African Journal of Reproductive Health*, 1997, 1(1):74–88.
6. Lush L et al., Integrating reproductive health: myth and ideology, *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77(9):771–777; Lush L et al., The role of MCH and family planning services in HIV/STD control: is integration the answer? *African Journal of Reproductive Health*, 2001, 5(3):29–46; Mayhew SH, Integration of STI services into FP/MCH services: health service and social contexts in rural Ghana, *Reproductive Health Matters*, 2000, 8(16):112–124; Mayhew SH et al., Implementing the integration of component services for reproductive health, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(2):151–162; Mbitzvo MT et Bassett MT, Reproductive health and AIDS prevention in Sub-Saharan Africa: the case for increased male participation, *Health Policy and Planning*, 1996, 11(1):84–92; Shelton JD, Prevention first: a three-pronged strategy to integrate family planning program efforts against HIV and sexually transmitted infections, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(3):147–152; et Stein Z, Family planning, sexually transmitted diseases, and the prevention of AIDS—divided we fail? editorial, *American Journal of Public Health*, 1996, 86(6):783–784.
7. Lush L et al., 1999, op. cit. (voir référence 6).

Pour contacter l'auteur: Jack.Caldwell@anu.edu.au