

Collection de pratiques
liées au VIH



Dialogue médical :

Comment initier une réponse commune au sida
impliquant le personnel des services de santé
et les guérisseurs traditionnels

Table des matières

La « Collection de pratiques liées au VIH »	3
Résumé.	4
Introduction	6
Méthodes.	8
L'origine de la méthode du dialogue médical	8
Le dialogue médical au Malawi	10
Résultats.	13
Résultats des discussions en groupes de réflexion	13
Résultats immédiats des ateliers de dialogue.	15
Résultats au bout d'un an.	16
Perspectives d'avenir.	17
Évaluation VIH allemande par les pairs.	18
Outils.	20
Références bibliographiques	21
Glossaire.	22
Contacts et crédits	23

Remerciements

Nous voudrions exprimer notre gratitude envers :

- Marion Baumgart, responsable du projet germano-malawien « Combattre la violence liée au genre » pour avoir pris l'initiative de la collaboration avec les guérisseurs et avoir coordonné l'étude en coopération avec l'initiative BACKUP et le projet suprarégional de lutte contre le sida de la GTZ ;
- Venencia Kabwila, consultante locale de projet, pour avoir organisé et coordonné les discussions en groupes de réflexion et les ateliers de dialogue avec beaucoup de dévouement et de sensibilité aux spécificités liées au genre de même qu'à Mabvuto Bowa et Vincent Jumbe, de l'université du Malawi, pour leur contribution en matière scientifique et de coordination ;
- l'équipe d'intervention au Kasungu pour avoir pris l'initiative de passer des ateliers de dialogue à une coopération systématique et durable ;
- l'initiative BACKUP, et en particulier Johanna Knoess, pour avoir soutenu et financé une part considérable de cette initiative, et envers le projet de santé germano-malawien, et en particulier Andreas Stadler, pour avoir soutenu et financé son suivi et son évaluation ;
- Hansjörg Dilger et Matthias Rompel, membres du groupe allemand d'évaluation du VIH par les pairs (HIV Peer review Group), pour leurs précieux commentaires sur les versions préliminaires de ce rapport.

La « Collection de pratiques liées au VIH

Peer-reviewed

La Collection allemande de pratiques liées au VIH est publiée par le groupe d'évaluation par les pairs (« HIV Peer Review Group - PRG ») mis en place en septembre 2004 à l'initiative d'experts du sida travaillant dans le cadre de la coopération allemande et internationale au développement. Le but poursuivi par ce groupe est de gérer sur une base collaborative les connaissances sur les bonnes pratiques et les enseignements recueillis dans le cadre des contributions de l'Allemagne à la riposte au sida dans les pays en développement.

Sur la base d'un ensemble de critères conjointement définis s'appliquant aux « bonnes pratiques » (voir encadré), les membres du PRG évaluent les différentes approches de riposte au sida qui leur ont été soumises pour évaluation. Les approches qui remplissent la majorité des critères seront documentées, publiées et largement diffusées en tant que partie intégrante de cette collection de pratiques. Tandis que certaines des pratiques documentées ne peuvent pas encore remplir les critères de « bonnes pratiques » (à savoir notamment plusieurs évaluations externes et une transposition répétée dans différents pays), toutes représentent des exemples de « pratiques prometteuses » susceptibles d'informer et d'inspirer d'autres acteurs dans le domaine complexe et dynamique de la prévention du VIH, du traitement du sida, de la réduction de son impact, des mesures de soins et de prise en charge psychosociale.

Les membres du PRG considèrent la gestion collaborative des connaissances comme un moyen

de « réunir les bonnes personnes, au bon moment, pour traiter les bonnes questions ». L'évaluation par les pairs, la discussion et la diffusion d'approches novatrices sont les instruments dont se sert la coopération allemande au développement pour soutenir les principes essentiels du renforcement des capacités.

- Le processus est organisé sous forme d'expériences d'apprentissage mutuel et transparent impliquant les experts du sida des organisations allemandes, de leurs institutions partenaires dans les pays en développement et leurs confrères travaillant pour des organisations multilatérales.
- Il fournit aux planificateurs et aux praticiens une série de modèles de programmation pratiques, fondés sur des données probantes.
- Il met l'accent sur les résultats des approches évaluées et tient compte à cet effet de ce qui a été accompli, des défis restant à relever et des leçons apprises.

L'adhésion au PRG est ouverte aux experts du sida et aux planificateurs et praticiens de la coopération au développement s'intéressant aux contributions de l'Allemagne à la lutte contre le sida dans les pays en développement. Pour plus d'informations, veuillez contacter le secrétariat du groupe d'évaluation par les pairs à l'adresse aidsprg@gtz.de ou consulter le site Internet : <http://hiv.prg.googlepages.com/home>.

Critères de sélection

- efficacité ;
- reproductibilité ;
- approche participative et responsabilisante ;
- sensibilisation aux spécificités du genre ;
- qualité du suivi et de l'évaluation ;
- innovation ;
- rapport coût-efficacité ;
- durabilité.

Résumé

Dans de nombreux pays en développement, les populations ont recours à la médecine traditionnelle, non seulement parce qu'elles croient en son efficacité, mais aussi parce que celle-ci est disponible sur-le-champ et peu coûteuse. En revanche, l'offre en services médicaux ou biomédicaux modernes est souvent insuffisante et le recours à ces services exige des dépenses effectives que la plupart ne peuvent se permettre. Pour ces raisons, l'OMS et l'ONUSIDA recommandent depuis longtemps une collaboration entre les professionnels de la santé et les guérisseurs traditionnels ainsi que l'intégration de la médecine traditionnelle dans les soins de santé publique, y compris dans les programmes de lutte contre le sida.

Le Malawi est l'un des neuf pays au monde les plus fortement touchés par le sida, mais jusqu'à présent il n'a pas mené à bien la collaboration et l'intégration recommandée par l'OMS et l'ONUSIDA. Les mesures nationales officielles de lutte contre le sida au Malawi reposent uniquement sur des idées biomédicales concernant la manière d'éviter et de gérer la maladie et ne tiennent pas compte des conceptions de la population malawienne, basées non seulement sur la biomédecine mais aussi sur la médecine traditionnelle.

Depuis 2004, la GTZ a soutenu les efforts visant à encourager la collaboration et l'intégration en appliquant la méthode du « dialogue médical » dans un district, celui du Kasungu. Cette méthode facilite le dialogue respectueux d'autrui, sans idées préconçues, entre les guérisseurs traditionnels, les professionnels de la santé publique et les personnes qui ont recours à l'une ou l'autre de ces pratiques, ou aux deux, en matière de prévention, diagnostic et traitement. Au Kasungu, comme dans l'ensemble du Malawi, les personnes ayant recours aux deux types de médecine prédominent, y compris parmi celles ayant de l'instruction et de l'argent.

La présente publication fournit un aperçu général du dialogue médical, une méthode qui est basée sur l'idée que les traditions ne sont pas statiques mais sont constamment réinterprétées et adaptées à un contexte donné. La mise en œuvre de la méthode au Kasungu a débuté par la formation de modérateurs locaux. Ces facilitateurs ont permis d'animer une série de discussions en groupes de réflexion au cours desquelles les guérisseurs traditionnels et les professionnels du secteur biomédical parlaient des pratiques, croyances et tabous locaux en matière sexuelle et de leurs idées en matière de maladie, prévention, diagnostic et traitement. Ils étaient encouragés, des deux côtés, à faire part mutuellement de leurs doutes et préoccupations de manière à ce que chacun se sente respecté dans ses points de vue.

Les groupes de discussion ont fourni des informations servant de base à des ateliers de dialogue médical de trois jours. Les participants comprenaient un nombre égal de guérisseurs traditionnels et de professionnels du secteur médical, choisis en fonction de leur savoir et de leurs capacités de communication et dans le but de créer un mélange d'âge, de genre et de domaines de travail dans le cadre de la médecine traditionnelle et de la biomédecine. Le premier jour, les guérisseurs traditionnels et les professionnels du secteur médical se sont rencontrés séparément pour se préparer. Le second jour, ils se sont rencontrés pour faire connaître leur différentes idées et opinions et en discuter. Le troisième jour, ils ont travaillé ensemble pour élaborer un plan d'action, accepté de part et d'autre, ainsi que pour répartir les responsabilités entre les deux groupes.

L'équipe d'intervention du Kasungu avec des accoucheuses traditionnelles





Transport d'un patient à l'hôpital de Kasungu

Au cours des semaines suivantes, les guérisseurs traditionnels et les professionnels du secteur médical ont mis en place une équipe d'intervention, se sont mis d'accord sur un système d'aiguillage mutuel des patients, sur un formulaire d'orientation et sur une zone pilote (Kasungu Ouest) de taille gérable. Une évaluation effectuée au bout d'un an a permis de constater que la collaboration entre les guérisseurs traditionnels et les professionnels du secteur médical se passait harmonieusement et que leurs patients en récoltaient les bénéfices. Ainsi par exemple, la mortalité maternelle dans la région du projet avait été réduite à zéro pendant la période du projet, parce que les accoucheuses traditionnelles aiguillaient maintenant les cas critiques vers l'hôpital en temps utile. De même, l'hôpital de district leur fournissait désormais les gants en latex dont elles avaient besoin pour se protéger elles-mêmes et protéger leurs patients d'une infection par le VIH.

Le succès au Kasungu Ouest a été tel que l'officier de santé du district envisage d'utiliser la méthode du dialogue médical dans tout le district et une importante organisation de guérisseurs traditionnels souhaite tester la méthode dans un milieu urbain avec une population mixte au plan ethnique et religieux. La Commission nationale de lutte contre le sida et le ministère de la Santé ont tous deux fait part de leur intérêt pour la méthode du dialogue médical en tant qu'outil qui pourrait les aider à développer les compétences pour faire face au sida et à d'autres maladies par la formation, le développement institutionnel et l'établissement d'un cadre politique et légal. Le Malawi dispose déjà d'un projet de politique de médecine traditionnelle et le succès de la méthode du dialogue médical pourrait inciter le parlement à ratifier ce projet.

Introduction

J'aimerais vous rappeler la circulaire des Nations unies, qui recommande que la science médicale et les guérisseurs traditionnels coopèrent dans la lutte contre le sida.

(Guérisseur à l'atelier de dialogue du Kasungu, 2006)

La fracture entre la « médecine moderne » ou « biomédecine » et la « médecine traditionnelle » a une longue histoire. Au cours de la période coloniale, de nombreux gouvernements accusèrent les guérisseurs traditionnels de sorcellerie et prirent des mesures législatives contre eux. Depuis, la plupart des gouvernements post-coloniaux ont continué à soutenir la biomédecine et un grand nombre s'est déclaré hostile à la médecine traditionnelle. Dans les pays où des organisations de guérisseurs ont obtenu le soutien du gouvernement, cette coopération échoue souvent à cause de désaccords internes entre différentes organisations de guérisseurs, entraînant parfois des poursuites judiciaires engagées par un groupe contre un autre (Last et Chavunduka, 1986).

Quelles sont les différences entre les deux catégories de médecine ? Le terme « biomédecine » renvoie aux fondements de cette catégorie sur la biologie humaine et les domaines étroitement liés de la physiologie et de la pathophysiologie (Hahn et Kleinman, 1983). Étant donné qu'il s'agit de la médecine la plus souvent reconnue et soutenue par le gouvernement, il y est souvent fait référence comme étant le secteur officiel de la médecine. La médecine traditionnelle est souvent évoquée comme étant le secteur officieux et peut être définie comme « la totalité des connaissances, des compétences et des pratiques s'alimentant des théories, croyances et expériences propres à diverses cultures, explicables ou non, qui sont utilisées pour prévenir, diagnostiquer et soigner les maladies physiques et mentales, ainsi que pour le maintien et l'amélioration de la santé en général » (OMS 2000).

Quelles sont les similitudes entre ces deux catégories de médecine ? Les deux sont hétérogènes et hiérarchiques, avec divers types de praticiens et un classement hiérarchique des types. Les professionnels de la santé du Malawi comprennent les médecins, les officiers de santé (clinical officer), les sages-femmes et les assistants de surveillance épidémiologique. Les guérisseurs traditionnels du Malawi comprennent les accoucheuses traditionnelles ou « matrones » (TBA), les guérisseurs spirituels, les herboristes et d'autres guérisseurs. Alors que

le terme « traditionnel » semble impliquer une continuité ininterrompue depuis le passé jusqu'à nos jours (Hobsbawn, 1992), la médecine traditionnelle est rarement statique. Au lieu de cela, elle change constamment grâce à une réinterprétation et une adaptation aux nouvelles circonstances.

Dans de nombreux pays en développement, il y a une pénurie grave de professionnels du secteur médical et des infrastructures, équipements et fournitures dont ils ont besoin pour travailler. En outre, les coûts de la biomédecine sont couverts dans une large mesure par les dépenses effectives des patients et de leurs familles et beaucoup ne peuvent se permettre ces dépenses. De ce fait, les gens ont recours à la médecine traditionnelle non seulement parce qu'ils croient en son efficacité, mais aussi parce qu'elle est disponible sur-le-champ et qu'elle est abordable pour eux.

En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, réunie à Alma-Ata, a reconnu ces réalités et appelé à une collaboration entre les personnels de santé et les praticiens traditionnels et à l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins de santé publique. En 1990, le Programme de médecine traditionnelle de l'Organisation mondiale de la santé et le Programme mondial de lutte contre le sida ont plaidé en faveur d'une collaboration similaire dans la lutte contre le sida. En 2000, ONUSIDA a appelé au respect mutuel, à un échange ouvert d'informations et d'idées et à la mise en œuvre de partenariats entre les autorités gouvernementales, les professionnels du secteur médical et les institutions et guérisseurs traditionnels (ONUSIDA, 2000).

Le Malawi fait partie des neuf pays, tous situés en Afrique australe, qui ont les taux d'infection au VIH les plus élevés du monde. En 2005, 14 pour cent des adultes malawiens (15 à 49 ans) étaient infectés par le VIH. Seulement 31 pour cent des femmes et 38 pour cent des hommes utilisaient des condoms pour protéger leurs relations sexuelles avec des partenaires de rencontre, et seulement 21 pour cent des femmes et 20 pour cent des hommes pratiquaient l'abstinence pour éviter le VIH (ONUSIDA, 2006). Les services de conseil et de dépistage volontaire (VCT) étaient rarement utilisés et, quand c'était le cas, principalement en milieu urbain par des personnes plus aisées et plus instruites (Office national des statistiques, 2005).



Au Malawi, comme ailleurs, le premier objectif de la prévention contre le VIH est de changer le comportement sexuel. Les campagnes de prévention sont souvent fondées sur des conceptions biomédicales et partent du principe que des informations d'origine scientifique sur les modes de transmission du VIH et les méthodes de prévention entraîneront automatiquement des changements de comportement. Une telle supposition ne prend pas en compte le fait que le sexe est lié à la fécondité et à la reproduction (Rompel 2006) et qu'il existe des attitudes culturelles et des croyances à ce sujet. Il existe également des attitudes culturelles et des croyances sur la manière dont la maladie, y compris le VIH, est transmise et comment la prévenir ou la guérir, et nombre d'entre elles correspondent à des conceptions biomédicales (Green, 1999 ; Wolf, 2001 ; Wolf, 2003).

Les campagnes de dépistage et de traitement sont également souvent fondées sur des conceptions biomédicales et supposent que les personnes suivent ensuite les conseils des professionnels de la santé. Ce postulat oublie de prendre en compte que des familles entières peuvent être concernées par des décisions s'appliquant à des personnes et peuvent décider du type d'institution ou de praticien, biomédical ou traditionnel auquel cette personne aura recours pour un diagnostic ou un traitement (Janzen, 1978 ; Dilger, 2005).

Indépendamment de leur niveau d'instruction ou de leur situation économique, la plupart des Malawiens consultent à la fois des professionnels de la santé et des guérisseurs traditionnels. Les approches biomédicales et traditionnelles du VIH et du sida cohabitent et ne sont pas considérées comme contradictoires en soi. Elles peuvent même être considérées comme complémentaires ou, au moins comme étant deux approches de même valeur qui doivent, par mesure de sécurité, être utilisées toutes les deux. De nombreux professionnels de la santé désapprouvent ces considérations et il se peut même que, ayant plus de pouvoir, ils parlent avec condescendance tant aux guérisseurs qu'à leurs patients. Une attitude plus constructive consisterait cependant à accepter ces idées comme une réalité et à reconnaître les guérisseurs traditionnels comme des alliés potentiels dans la lutte contre le sida. Il en est d'autant plus ainsi que le Malawi à un système de soins de santé publique faiblement développé et manque cruellement de praticiens, d'installations, de fournitures et d'équipements médicaux.

Alors que l'OMS et l'ONUSIDA recommandent fortement une collaboration entre les professionnels de la santé et les guérisseurs traditionnels et l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins de santé publique, rien de tout cela ne s'est fait au Malawi. Un projet de politique en matière de médecine traditionnelle a été rédigé mais il doit encore être ratifié par le parlement. Cependant, trois phénomènes constituent des motifs d'espoir d'une amélioration des dispositions au cours des années à venir :

- L'OMS dispose désormais de directives en matière de recherche et d'évaluation de la médecine traditionnelle (OMS 2000) et d'une stratégie pour soutenir la médecine traditionnelle.
- La concurrence entre les guérisseurs traditionnels malawiens a été atténuée par la mise en place d'une organisation faitière au sein de laquelle les présidents des trois principales organisations de guérisseurs traditionnels du pays occupent des positions clés.
- Le gouvernement du Malawi a chargé le ministère de la Santé d'inscrire la médecine traditionnelle sur son agenda.

Ces trois phénomènes ont permis d'apporter un soutien au travail décrit dans cette publication. En favorisant la communication et la collaboration entre le secteur formel (biomédical) et le secteur informel (traditionnel) de la médecine, la méthode du dialogue médical peut apporter des contributions importantes aux programmes nationaux de lutte contre le sida au Malawi. Cela pourrait aboutir à des programmes de prévention nouveaux et appropriés au plan culturel et à une meilleure acceptation des possibilités de conseil, dépistage et traitement volontaires grâce à une amélioration du système d'orientation des patients. Cela pourrait également influencer sur l'aggravation de l'hémorragie des soins de santé, étant donné que les professionnels de la santé partent à l'étranger, où les attendent des emplois plus lucratifs, en permettant aux guérisseurs traditionnels de combler une partie de l'écart grandissant entre l'offre et les besoins en matière de soins de santé.

Méthodes

L'origine de la méthode du dialogue médical

La méthode du dialogue médical remonte à 2002, en Guinée, où de nombreuses campagnes d'information du gouvernement ont informé la population sur les répercussions négatives sur la santé des mutilations génitales féminines depuis le milieu des années 1980. Malgré ces efforts, une proportion importante de toutes les filles est encore soumise à ces mutilations. S'inspirant du Projet de conversations publiques (Projet de conversations publiques, 1999), des représentants d'organisations locales, avec le soutien du projet GTZ « Appui aux initiatives pour l'abandon des mutilations génitales féminines (MGF) », ont décidé d'essayer une approche différente. Ils se sont donné pour objectif de tenter un dialogue respectueux, exempt de tout préjugé, avec les partisans des mutilations génitales féminines, afin que les raisons sociales et culturelles de sa persistance soient mieux comprises dans le cadre d'un processus de recherche-action et afin que les interventions soient alors adaptées en fonction.

Veillez trouver l'outil 1 : **Boîte à outils pour le dialogue PCP** en cliquant sur <http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

Un grand nombre de représentants communautaires ont pris une part active à ces forums de discussion, qui étaient organisés pour des groupes distincts spécifiques aux générations et au genre. Les questions ouvertes posées par les modérateurs et leur mode opératoire, qui insistait sur le respect des gens et de leurs valeurs, ont conduit les hommes et femmes plus âgés à ouvrir le dialogue et à exprimer, en plus des nombreux avantages « des jours d'autrefois », leurs sentiments mêlés concernant les mutilations génitales, qui, ils le savent très bien, constituent un risque important pour la santé. Un grand nombre de femmes jeunes, quant à elles, exprimèrent leur désir de participer à cette forme de forum de discussion, animé avec respect, en même temps que leurs parents et grands-parents, qu'elles considéraient comme les gardiens des us et coutumes traditionnels.

C'est ainsi que le concept de dialogue intergénérationnel, impliquant à la fois les générations jeunes et plus âgées, a pris naissance. Cette méthode permet aux organisations locales non seulement d'encourager une convergence des points de vue traditionnels et « modernes » et de respect et d'intérêt mutuels, mais aussi d'obtenir que ces groupes adhèrent à des résolutions concrètes concernant la façon de réagir face à des sujets controversés comme les mutilations génitales féminines, la prévention du sida et l'éducation sexuelle moderne des jeunes (Roenne, 2003 ; GTZ, 2005). Depuis la première expérimentation de cette méthode en Guinée, le dialogue intergénérationnel a également été utilisé au Mali et au Kenya et pour aider à la fois les jeunes et les personnes plus âgées de l'est du Congo à faire face aux traumatismes de guerre.

La forme et les méthodes utilisées dans les ateliers de dialogue intergénérationnel sont choisies avec l'idée de permettre aux connaissances et aux expériences spécifiques des deux générations de s'exprimer de manière égale. Cela signifie que dans des pays comme la Guinée, le Kenya et le Congo, où la majorité de la génération plus âgée n'a pas ou pratiquement pas été scolarisée, le dialogue ait lieu dans la langue locale et qu'aucun moyen écrit ni matériel d'instruction ne puisse être utilisé. La pièce dans laquelle le dialogue a lieu est décorée avec des tissus locaux et meublée à la fois avec des chaises et des tapis en paille fabriqués sur place, de manière à créer une ambiance confortable, avec des objets familiers, en particulier pour les membres de la génération plus âgée, pour lesquels la participation à un séminaire de ce genre est quelque chose d'entièrement nouveau et étranger. Des instruments de musique locaux sont également disponibles pour faire de la musique et danser.



Femmes jeunes et plus âgées à Conakry, Guinée, en train de discuter du rôle des femmes dans le passé et actuellement.

Les exercices sont présentés par des modérateurs originaires des communautés respectives, qui ont été formés à la méthode de dialogue. Ils comprennent des discussions par petits groupes, des jeux de rôles et une discussion plénière. De son côté la génération plus âgée contribue constamment au dialogue par des dictons, des chansons et des danses. L'exercice « cours de l'existence » met en lumière, à l'intention de tous les participants, les principales différences caractérisant le cours de la vie des gens ainsi que les valeurs et les défis se posant aux deux générations. Les deux groupes d'âge recourent à cet effet à des objets symboliques, à des scènes de théâtre, à des chansons et à des danses qui illustrent le comportement typique de leur génération aux différentes étapes de la vie.

Selon une étude menée par la GTZ en 2003, les résultats concrets du dialogue intergénérationnel, auquel des personnalités connues et des faiseurs d'opinion sont spécialement invités, sont, non seulement des relations nettement meilleures entre les générations dans les familles qui y ont participé, mais aussi un meilleur investissement dans le dialogue entre générations dans les domaines dans lesquels les participants sont concernés (écoles, mosquées, églises, autorités locales).

Veillez trouver l'outil 2 : Dialogue intergénérationnel sur les MGF et le VIH/sida en Guinée. Méthode, expériences de terrain et évaluation de l'impact
 expériences de terrain et évaluation de l'impact en cliquant sur
<http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>



Fille à Labé, Guinée, en train d'interviewer sa mère sur l'initiation des filles à son époque.



*Equipe de modérateurs de dialogue et la consultante
A. Wolf, août 2005*

Le dialogue médical au Malawi

Au Malawi, la méthode du dialogue a d'abord été expérimentée entre des représentants du système de santé officiel et les guérisseurs. Comme dans de nombreux autres pays, les soins de santé généraux du Malawi sont divisés en deux secteurs, le secteur de la santé publique et le secteur traditionnel. Certains guérisseurs ont prétendu à de nombreuses reprises être capables de guérir le sida, ce qui a entraîné une tension considérable entre les administrations publiques et les guérisseurs (Probst, 1999). En raison des affirmations des guérisseurs d'une part et des revendications à l'autorité universelle et au pouvoir d'interprétation de la part des représentants du secteur biomédical d'autre part, le lancement de la méthode du dialogue était un défi particulièrement ambitieux au Malawi.

Il existe actuellement trois associations importantes de guérisseurs au Malawi : le International Traditional Medicines Council of Malawi dans le sud du pays, dirigé par le guérisseur Chipangula ; le International Traditional Health Practitioners and Research Council of Malawi près de la capitale, Lilongwe, présidé par le guérisseur Yohane, et la Herbalist Association of Malawi, au centre et au nord du pays, dirigée par le guérisseur Gangire. Dernièrement ces trois organisations, après des années de conflit, ont uni leurs efforts dans le cadre d'une organisation nationale, la Malawian Traditional Healers Umbrella Organisation (MTHUO) et ont convenu de répartir des centres de soins dans le cadre de celle-ci. S.D. Yohane a finalement été accepté comme président de cet organisme de coordination, W.G. Chipangula comme vice-président, et Gangire Phiri comme conseiller principal.

En raison des contacts existants de la GTZ avec le président de la Herbalist Association of Malawi, l'association de guérisseurs de la région centrale du Kasungu, représentée par Joseph Gangire Phiri, a été choisie comme organisation partenaire pour cette intervention. En outre, le Kasungu, où 91 pour cent de la population n'ont pas subi de test de dépistage du VIH, est également classé dernier dans le pays pour ce facteur clé de prévention efficace du VIH (Office national des statistiques, 2005).

La méthode du dialogue a été lancée au Kasungu en cinq étapes :

- préparation d'animateurs pour le dialogue
- préparation d'assistants pour les discussions en groupes de réflexion ;
- discussions en groupes de réflexion ;
- atelier de dialogue ;
- identification d'un public prêt à participer à la nouvelle coopération.

Avec l'accord du commissaire de district, le personnel clinique de l'hôpital de district a été informé du projet de dialogue et on lui a demandé d'y participer. En plus des deux officiers de santé (CO) et de plusieurs infirmières, des sages-femmes et des assistants de surveillance épidémiologique (HSA) ont également été inclus. Les ONG locales qui s'occupaient de problèmes médicaux ont également été informées et invitées. Des herboristes et accoucheuses traditionnelles (TBA) faisant partie du groupe des experts traditionnels ont été inclus dans les discussions en groupes de réflexion, de même que des guérisseurs spirituels et des experts en rites. En l'espace de deux semaines, 18 discussions en groupes de réflexion ont été menées de cette façon, avec un total de 140 experts traditionnels. Il y avait 40 participants dans les cinq discussions en groupes de réflexion qui ont eu lieu avec le personnel médical.

Les discussions au sein de groupes de réflexion ont permis aux gens d'exprimer leurs convictions au sujet des risques liés au sida et du comportement de prévention. Afin d'utiliser ces informations par la suite pour une campagne de prévention adaptée au plan culturel, les discussions ont été enregistrées, transcrites et en partie traduites en anglais. Les participants aux ateliers de dialogue ont également été sélectionnés dans les rangs des participants aux discussions en groupes de réflexion.

Veuillez trouver l'outil 3 : [Recueil sur les compétences en matière de communication](http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue) en cliquant sur <http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

Il faudrait limiter un atelier de dialogue à 15 à 20 personnes. L'idéal serait de constituer des ateliers de 8 participants de chaque catégorie professionnelle. Les modérateurs peuvent choisir les participants en fonction des recommandations d'assistants de recherche et en tenant compte de ce qui suit :

- de larges connaissances en matière de santé et de traditions ;
- de bonnes compétences en matière de communication ;
- une répartition équilibrée entre les âges et les sexes ;
- une représentation de tous les domaines de travail au sein des deux groupes professionnels.

Chaque atelier de dialogue a lieu sur trois jours successifs. Le premier jour, la préparation des participants se fait dans le cadre de leur propre catégorie professionnelle. À ce stade, ils doivent examiner leurs propres forces et leur potentiel. Le second jour, les deux groupes professionnels se rassemblent pour se familiariser avec le point de vue de l'autre groupe et apprendre à respecter leur travail. Le troisième jour est dévolu à l'élaboration d'un consensus et à trouver un terrain d'entente pour travailler ensemble. Chaque journée suit un programme imposé. Cependant, il importe de conserver une certaine flexibilité pour laisser du temps à une discussion imprévue lorsqu'elle se présente.

- Premier jour : préparation du dialogue avec les participants de chaque groupe professionnel.
- Deuxième jour : dialogue entre les deux groupes professionnels.
- Troisième jour : trouver un consensus et déterminer un plan commun d'action, plan of action

Une séance de l'atelier de dialogue au Kasungu



Les exercices prévus pour les trois jours, en partie spécialement mis au point à cet effet et en partie inspirés du dialogue intergénérationnel, sont les suivants :

- introductions polyvalentes ;
- exercice de curiosité (« une invitation à être curieux ») ;
- exercice de sensibilisation ;
- exercice de mise au défi ;
- exercice de « visions » ;
- exercice de consensus.

Pour le premier exercice, les participants sont groupés par deux, avec un représentant de chaque catégorie professionnelle. Les personnes qui constituent chaque paire s'interrogent mutuellement sur leurs noms, origines et activité principale et sur leur participation à la lutte contre le sida de leur communauté. Au bout de 10 minutes, chacun est alors à même de présenter l'autre partenaire à l'ensemble du cercle. Cet exercice permet d'établir le premier contact personnel et montre l'implication personnelle et les préoccupations de chacun à l'égard du problème du sida.

Veillez trouver l'outil 4 : **Rapport de mission complet: Dialogue médical entre experts traditionnels et professionnels de santé du secteur biomédical** en cliquant sur <http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

« **L'exercice de curiosité** » a pour objectif de rendre compréhensible la gestion de la question du sida de l'autre groupe professionnel. Au cours de cet exercice, les représentants des deux groupes se posent mutuellement les questions qu'ils ont à l'esprit depuis un certain temps, mais qu'ils ne se sont jamais posées réciproquement auparavant.

« **L'exercice de sensibilisation** » sert à vaincre les préjugés au sujet de l'autre groupe. Les préjugés sur l'autre groupe et la façon dont le groupe est perçu font l'objet d'une discussion franche afin de pouvoir trouver un terrain d'entente en temps utile.



Lecture d'un poème au cours de l'exercice de mise au défi

« L'exercice de mise au défi » est destiné à illustrer la contribution de chaque groupe professionnel à la lutte contre le sida. C'est une bonne occasion de part et d'autre de susciter le respect et l'attention de l'autre et d'être entendu. Il est possible d'apporter et présenter les équipements variés utilisés par chaque profession : herbes, tambours, aiguilles hypodermiques, trousse de dépistage. Il est demandé à chaque groupe de préparer une présentation. Cela peut prendre la forme d'un jeu de rôles, de poèmes, de chansons ou d'autres techniques d'illustration. La présentation est ensuite suivie d'un tour de questions et d'une discussion plénière.

« L'exercice de visions » qui clôt l'atelier de dialogue offre la possibilité aux deux groupes d'explorer ensemble d'éventuelles formes de coopération. Cela à l'aide d'études de cas concrets, qu'ils présentent sous forme de jeux de rôles et discutent en séance plénière. À cet effet les représentants des deux groupes sont répartis en groupes mixtes plus petits. Ensuite, dans le cadre des jeux de rôles, ils travaillent ensemble sur des cas concrets - des cas où, par exemple, des patients ont recours en même temps au système de guérison traditionnel et aux services hospitaliers et doivent donc, le cas échéant, trouver leur voie, tant bien que mal, entre des instructions contradictoires.

Au cours du processus de jeux de rôles, il est possible de mettre au point et d'expérimenter des modèles d'orientation réciproque des patients, des idées nouvelles de prévention ou d'autres formes concrètes de coopération. Chaque présentation est suivie d'une discussion en séance plénière. Les possibilités de coopération ainsi développées lors des jeux de rôles sont finalement converties en résolutions contraignantes et en un plan d'action au cours de « l'exercice de consensus ».

Grâce à ces exercices, les ateliers de dialogue favorisent un échange entre les secteurs biomédical et traditionnel de traitement médical et de soins aux patients. Ils permettent d'envisager des modalités potentielles de coopération et ensuite de les discuter, de les planifier et de les évaluer. Le regard sur un problème aussi pressant que le sida rend la communication plus aisée et facilite la voie pour que le dialogue ait effectivement lieu. L'élément essentiel de son succès réside dans le fait que la méthodologie est adaptée aux mondes dans lesquels les deux groupes vivent et se caractérise par le respect et l'estime mutuelle.

La méthode du dialogue médical constitue une démarche qui recherche un **équilibre entre les sexes** et veille à ce que les voix des femmes soient entendues. Lors de la formation des équipes de discussion pour les groupes de réflexion, les guérisseurs et les sages-femmes doivent être représentés à égalité. Bien que les praticiens hommes soient en nombre supérieur dans les organisations de santé du Malawi, les guérisseuses et les accoucheuses traditionnelles soignent un grand nombre de patients. Elles jouent souvent un rôle dans l'éducation sexuelle des femmes jeunes. Il est possible de leur accorder au départ plus de moyens de s'exprimer lors du choix des participants par les assistants et modérateurs de la discussion. Cela s'applique également au groupe biomédical, parce que les infirmières et sages-femmes sont généralement les subordonnées de médecins ou agents de santé (clinical officers) hommes. Au cours de la sélection des assistants et modérateurs de discussion, il faut également veiller à ce que les deux sexes soient représentés à égalité dans toutes les catégories d'âge.

À la fin de chaque atelier de dialogue, il est crucial que les accords entre les guérisseurs et les professionnels de santé du secteur biomédical soient présentés en public. Ceci afin que les personnes ayant autorité dans chaque communauté soient informées et intégrées et que les deux groupes prennent ouvertement acte de leur projet de coopération au-delà des limites sûres de l'atelier, de sorte qu'ils soient obligés de rendre des comptes. Au Malawi, ce public a été constitué à trois niveaux : dans la mairie de la capitale de district du Kasungu, dans les zones rurales du Kasungu avec une large participation de la population rurale et la participation de compagnies de théâtre et d'associations de masques locales, ainsi que dans la capitale, Lilongwe, avec une présentation des résultats aux représentants du ministère de la Santé et de la faculté de médecine.

Veillez trouver l'outil 5 : **Présentation du dialogue médical** en cliquant sur <http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

Résultats

Résultats des discussions en groupes de réflexion



Sages-femmes lors d'une discussion en groupe de réflexion

Les discussions en groupes de réflexion qui ont lieu avant les ateliers de dialogue, avec des groupes d'herboristes et de sages-femmes, d'une part, et des représentants du système public de santé, d'autre part, ont eu un impact significatif sur la forme prise par le dialogue et sur son orientation définitive. L'intérêt réel montré par les modérateurs et le respect qu'ils ont accordé aux deux groupes ont eu pour effet que les guérisseurs ainsi que les employés des services de santé officiels ont eu le sentiment d'être pris au sérieux et d'être acceptés. Cela les a rendus ouverts à un dialogue, ainsi modéré, avec l'autre groupe.

Veillez trouver l'outil 6 : Texte intégral du rapport sur les discussions en groupes de réflexion en cliquant sur <http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

En outre, ces discussions ont attiré l'attention des modérateurs sur les deux principaux points névralgiques de conflit potentiel pour le dialogue ainsi que sur les questions sur lesquelles la coopération entre les deux groupes pourrait être utile et qui pourraient constituer une base de campagnes de prévention appropriées au plan culturel :

Les préjugés des deux groupes

Les discussions en groupes de réflexion ont fait apparaître un fossé profond entre les praticiens de santé traditionnels et de biomédecine. Il n'existait aucune coopération entre eux. Leurs relations se caractérisaient par la méfiance, les préjugés et l'incompréhension. Le personnel de santé considérait les guérisseurs comme peu fiables, des personnes qui s'enrichissent sur la propagation des infections. Ils étaient particulièrement indignés par la prétention de certains guérisseurs d'être capable de guérir le sida. Les guérisseurs, de leur côté, considéraient que le personnel médical était condescendant et manquait de respect à leur égard : ils disaient qu'on leur criait souvent après lorsqu'ils conduisaient des patients à l'hôpital. Les discussions de groupe de réflexion ont fourni des informations importantes sur les préjugés qu'il faudrait démanteler pas à pas au cours du processus de discussion.

Le lien traditionnel entre comportement sexuel et maladie

Au cours des discussions avec les guérisseurs, il est apparu que ce groupe utilisait le terme « mdulo » pour les symptômes typiques du sida tels que la toux, la diarrhée, les maux d'estomac et la perte de poids et que cela était considéré comme un ensemble de maladies ayant des causes variées toutes liées au fait que des tabous sexuels avaient été brisés. Le magawagawa, une autre maladie transmissible, était également comparée au sida. Les guérisseurs estimaient pratiquement à l'unanimité que les maladies sexuelles indigènes pourraient être empêchées par l'abstinence sexuelle à des moments donnés et avec des personnes données. Compte tenu de cela, l'abstinence sexuelle est importante pour la protection de la famille et de la communauté. Cette notion locale fournit un excellent point de départ d'un concept de la maladie et de la prévention auquel les deux parties peuvent souscrire, puisqu'il est fondé sur une compréhension au moins partiellement commune de l'abstinence en tant que moyen de prévention de la maladie.

Les préjugés concernant les condoms

La question selon laquelle les condoms ne peuvent pas être utilisés par les couples qui désirent avoir un enfant a été soulevée dans plusieurs discussions. De plus, au Malawi on attribue au sperme du père un effet positif sur la santé tant de la mère que de l'enfant (Kaspin, 1996 ; Wolf, 2001). Les campagnes de prévention au Malawi devraient tenir compte de ces questions en présentant des solutions aux couples qui désirent avoir des enfants et en discutant avec les femmes enceintes des avantages par rapport aux inconvénients de contacts sexuels avec des partenaires dont on ne connaît pas l'état sérologique (FNUAP/OMS, 2006).

Omission des notions traditionnelles utiles dans la discussion « officielle » sur le sida

Les discussions ont montré une fois de plus qu'aux yeux d'un certain nombre de Malawiens les « modes de vie modernes » et l'incapacité d'observer les règles traditionnelles en matière de sexualité sont les principales causes de la propagation du sida. Les notions traditionnelles, telles que « magawagawa », qui signifie « quelque chose de partagé » et qui est utilisée pour désigner les infections sexuellement transmissibles, et « kanyera », qui est la conséquence de rapports sexuels pendant les règles ou trop précocement après l'accouchement et qui ressemble à beaucoup d'égards au sida, ont été abordées à de nombreuses reprises.



Guérisseuse du Kasungu avec plantes médicinales

Au lieu de se fonder sur ces notions, on a traduit, du côté officiel, « virus » par le terme Chichewa « kachiroambo », qui signifie « petite bête sauvage ». Cela conduit à la supposition qu'il est facile de « chasser » ou simplement faire disparaître le virus VIH, et qu'on est ensuite de nouveau en bonne santé (Wolf, 1996). De manière générale, il apparaît que le terme peu ordinaire d'EDZI (SIDA), introduit du côté des pouvoirs publics, a été difficile à communiquer au plan culturel (Luanda, 2004). Bien que le modèle de virus biomédical aille de pair avec d'autres interprétations de maladie, et que les différentes notions des personnes, familles, guérisseurs et communautés sont utilisées conformément au milieu dans lequel elles apparaissent ou sont traitées conformément à la situation, le système de santé national a, jusqu'à présent, laissé échapper l'occasion d'utiliser ces concepts de la maladie dont on disposait déjà sur place pour s'attaquer à la prévention contre le VIH.

Résultats immédiats des ateliers de dialogue

Les dialogues ont abouti à des résultats immédiats dans trois domaines importants :

Les deux groupes sont parvenus à s'entendre sur le principal conflit concernant leur capacité respective à soigner ou guérir le sida :

Certains guérisseurs prétendent qu'ils peuvent guérir le sida, étant donné que le sida est compris comme étant équivalent à l'ensemble de symptômes connu localement sous le nom de Kanyera, qui peut se traiter. Cette assertion n'est pas acceptée par les professionnels du secteur biomédical. Dans l'atelier de dialogue, il a été possible de s'entendre sur le traitement de la toux, de la diarrhée, des maux d'estomac et de la perte de poids. Les deux parties reconnaissent la compétence de l'autre pour ce qui est de soulager les souffrances des patients grâce à une thérapie qui traite les symptômes et les infections opportunistes.

L'intérêt et la motivation montrés par chacune des parties pour communiquer et collaborer avec l'autre se sont considérablement accrus :

Les deux groupes ont exprimé leur regret concernant l'absence de communication entre eux. Le personnel médical a critiqué le fait que les guérisseurs n'aiguillent pas les patients sur l'hôpital en temps utile, par exemple en cas de suspicion de tuberculose ou de sida ou en cas de complications liées à l'accouchement. Les guérisseurs ont observé

que l'absence de moyens de transport appropriés des patients et le dédain avec lequel ils étaient traités par le personnel hospitalier constituaient des facteurs qui faisaient obstacle à une orientation au bon moment.

Le personnel du système public de santé a reconnu le rôle important des accoucheuses traditionnelles :

Au cours du processus de dialogue, grâce à des conversations personnelles sur les conditions dans lesquelles se passent les naissances en milieu rural, les membres du personnel médical sont parvenus à adopter une meilleure attitude à l'égard des accoucheuses traditionnelles. Une discussion a été entamée sur l'idée que le respect pour le secteur traditionnel fasse partie des cursus de formation des professions de soins de santé.

Les résultats du dialogue se sont traduits facilement en accords de coopération probants au cours des semaines qui ont suivi. Les deux groupes ont décidé de coopérer et de mettre en œuvre les étapes suivantes :

- une équipe d'intervention constituée de cinq guérisseurs et de cinq membres du personnel hospitalier a été mise en place dans le district ;
- il a été convenu d'organiser régulièrement des réunions ;
- un système d'aiguillage mutuel des patients, comprenant un formulaire d'orientation, a été mis au point ;
- on s'est mis d'accord sur une zone pilote de taille gérable (Kasungu Ouest) pour la coopération.



Accoucheuse traditionnelle examinant une patiente

Veillez trouver l'outil 7 : Présentation des discussions en groupes de réflexion en cliquant sur <http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

Accoucheuse avec gants en latex fournis par l'hôpital de district



Résultats au bout d'un an

Un an après les ateliers de dialogue, une évaluation sur place a été mise en œuvre pour suivre l'évolution des résultats de cette initiative (GTZ, 2006b). L'équipe chargée de l'évaluation a organisé des interviews et des discussions en groupes de réflexion avec les guérisseurs et le personnel de santé officiel, avec des assistants de surveillance de la santé (HSA) au niveau des villages et avec l'officier de santé de district à l'hôpital de district. L'équipe a également participé à une réunion d'une équipe d'intervention et a visité un certain nombre de maternités rurales tenues par des accoucheuses traditionnelles.

L'évaluation a révélé que la coopération dans la zone pilote de Kasungu entre les 44 accoucheuses et guérisseurs, d'une part, et les officiers de santé (clinical officers), infirmières, sages-femmes et assistants de surveillance de la santé (HSA), d'autre part, est désormais bien en place et se passe harmonieusement. En particulier trois points illustrent cet impact positif :

- les deux groupes confirment lors d'entretiens et d'interviews brefs que depuis les ateliers de dialogue, les guérisseurs et les accoucheuses traditionnelles aiguillent fréquemment les patients vers les services de conseil et dépistage volontaire du service public de santé ;
- depuis l'intervention, l'hôpital de district a fourni gratuitement des gants jetables aux accoucheuses traditionnelles et guérisseurs afin qu'ils puissent se protéger eux-mêmes et protéger les patients contre les infections par le VIH ;
- les services publics de santé voient un effet particulièrement positif de l'amélioration de la coopération avec le « secteur traditionnel » dans le fait que depuis le début de cette coopération, il n'y a pas eu de cas de mortalité maternelle dans la zone d'intervention, parce que les accoucheuses orientent désormais tous les cas critiques vers l'hôpital en temps voulu.

Les visites de contrôle concertées auprès des accoucheuses et des guérisseurs par les équipes d'intervention, qui étaient constituées de membres des deux groupes, ont créé un impact qui a dépassé

le champ d'observation des ateliers de dialogue et a renforcé la coopération entre les deux groupes. Ces visites concertées ont permis d'accroître le respect du côté du personnel des services publics de soins de santé pour le travail des accoucheuses traditionnelles, en particulier. Elles ont compris la nécessité de porter des gants jetables et s'y sont pliées. Le personnel des services publics de soins de santé, pour sa part, a suggéré aux sages-femmes de creuser des trous pour enterrer les placentas et autres tissus corporels : les sages-femmes ont accepté cette recommandation et l'ont appliquée.

L'équipe d'intervention a organisé des réunions au cours desquelles elle a défini à la fois les maladies relevant de la biomédecine et de la médecine traditionnelle selon leurs symptômes respectifs en vue d'un aiguillage réciproque ; elle a rédigé un formulaire d'orientation des patients à cet effet.

Malgré cette évolution généralement positive, des questions ont été soulevées avec l'équipe d'évaluation sur la manière d'améliorer la coopération :

Alors que les guérisseurs orientaient fréquemment des patients vers l'hôpital, la réciproque n'était pas vraie. Les guérisseurs ont également exprimé le regret que le suivi chez les guérisseurs dont il avait été convenu lors du dialogue après un traitement réussi dans le centre de santé public, devait encore avoir lieu. Dans la plupart des cas, la partie inférieure du formulaire mis au point à cet effet est restée jusqu'à présent dans le dossier du patient ou au bureau des admissions de l'hôpital.

Malgré ces faiblesses, toutes les parties considèrent que la coopération est fructueuse. La baisse de la mortalité maternelle dans la zone d'intervention a été corroborée dans l'Audit sur la mortalité maternelle, qui a été organisé dans tout le pays. Le Malawi détient le taux de mortalité maternelle le plus élevé de la région. Suite à la baisse de ce taux dans la zone du projet et le succès des orientations, l'officier de santé du district est désormais favorable à une extension de l'approche par le dialogue à l'ensemble du district.

Veillez trouver l'outil 8 : [Rapport sur l'évaluation à mi-parcours du projet « Dialogue »](http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue) en cliquant sur <http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

Perspectives d'avenir

Extension de cette approche à l'ensemble du district du Kasungu

La zone pilote choisie pour la coopération entre les guérisseurs traditionnels et le personnel médical était le Kasungu de l'ouest. L'officier de santé du district aimerait maintenant voir s'étendre le concept de dialogue pour couvrir l'ensemble de la région du Kasungu. Une demande de financement du projet est actuellement en cours de décision entre le district et la Commission nationale de lutte contre le sida.

Introduction de l'approche par le dialogue dans les soins de santé en milieu urbain à Blantyre

Le concept de dialogue médical a jusqu'à présent été testé dans la région homogène à prédominance rurale du centre du Malawi. À l'heure actuelle toutefois, l'administration des soins de santé en milieu urbain et le président du Conseil international des médecines traditionnelles du Malawi, la plus grande organisation de guérisseurs du sud du pays, ont montré leur intérêt pour une expérimentation de ces méthodes dans un contexte urbain avec une population mélangée au plan ethnique et religieux ; une intervention adaptée est actuellement en préparation, de nouveau avec le soutien de la GTZ.



Des membres de l'équipe d'intervention rencontrent des collègues intéressés à Blantyre

Création d'un cadre législatif pour la coopération entre l'État et le secteur traditionnel

Au Malawi il n'a pas encore été établi de cadre législatif ni de politique nationale concernant les relations avec les guérisseurs. Le Parlement n'a pas encore ratifié le projet d'une politique en matière de médecine traditionnelle. Le problème est que sans une réglementation de ce type, de nombreux membres du personnel hospitalier ne sont pas préparés à entamer une forme quelconque de coopération qui comprend l'orientation des patients vers des guérisseurs. Étant donné que ce sont les guérisseurs qui travaillent de plus en plus sur le plan national dans le domaine des soins à domicile des victimes du sida et apportent ainsi une contribution majeure au programme national de lutte contre le sida, il est de plus en plus important de légiférer dans ce domaine. Les deux parties comptent sur un cadre législatif de ce type pour réglementer leurs relations avec l'autre groupe. Les pouvoirs publics souhaitent surtout exercer un certain contrôle des pratiques des guérisseurs, alors que les guérisseurs recherchent une reconnaissance de leurs activités et de leur statut comme une profession. Des réunions avec les représentants du ministère de la Santé et du Comité national de lutte contre le sida nous donnent des raisons d'espérer que la politique en matière de médecine traditionnelle sera ratifiée dans un avenir proche.

Intégration de l'approche par le dialogue au programme national de lutte contre le sida

Suite à l'évaluation positive, l'approche par le dialogue a été présentée aux représentants de la Commission nationale de lutte contre le sida et au ministère de la Santé, qui l'ont accueillie avec intérêt. Dans le cas présent, c'était la question du futur financement de l'intervention qui était en cause. Il a été mentionné deux possibilités : pour ce qui concerne l'introduction de l'approche par le dialogue dans de nouveaux districts, des demandes pouvaient être faites directement à la Commission nationale de lutte contre le sida. Les dépenses effectuées au cours de la coopération ainsi établie seraient couvertes par le budget de l'administration de la santé du district.

Le groupe allemand d'évaluation du VIH par les pairs a énoncé un certain nombre de critères (voir

Évaluation VIH allemande par les pairs

p. 3) auxquels il faut répondre pour que des initiatives soutenues par la GTZ entrent en ligne de compte pour sa « Collection de pratiques liées au VIH ». L'approche du dialogue médical mérite d'être appelée une « pratique prometteuse » parce qu'elle a fait preuve de toutes les qualités suivantes :

Efficacité

Dans la zone du projet, la méthode du dialogue médical a abouti à la première coopération fructueuse entre des guérisseurs traditionnels et des sages-femmes, d'une part, et le personnel de santé médical, d'autre part, et cela une année entière après l'intervention initiale. Une équipe d'intervention constituée de représentants des deux groupes accomplit un travail constructif et organise des rencontres fréquentes et il y a de nombreux aiguillages de la part des guérisseurs et des accoucheuses traditionnelles vers les services de conseils et dépistage volontaires. Enfin, le personnel hospitalier attribue à l'unanimité le mérite de la forte baisse de la mortalité maternelle due aux complications lors de l'accouchement à cette bonne coopération.

Reproductibilité

La méthode est fondée sur le « dialogue intergénérationnel » qui a été adapté pour pouvoir servir dans quatre pays différents et à la fois dans les zones rurales et urbaines. Sa reproductibilité est donc claire. Les outils (manuels) pour les discussions en groupes de réflexion et ateliers de dialogue du dialogue médical sont disponibles et doivent être prochainement adaptés à un usage dans le contexte urbain du Malawi.

Approche participative et responsabilisante

La contribution apportée par les guérisseurs traditionnels aux soins de médecine générale parmi la population et plus particulièrement les personnes atteintes par le VIH ou le sida n'a pratiquement donné lieu, jusqu'à présent, à aucune reconnaissance publique dans la plupart des pays d'Afrique. Bien qu'il soit de notoriété générale que la grande majorité de la population soit attachée et ait recours à ces services, le « secteur traditionnel » reste « invisible » et est marginalisé en raison d'une absence de cadre législatif et parce qu'il est tout simplement

exclu du planning, du financement et de la mise en œuvre des programmes de santé publique.

Le dialogue médical a pour objectif de créer des synergies entre deux systèmes parallèles et, dans une certaine mesure, antagoniste en donnant la parole aux deux parties sous la forme d'un dialogue à égalité.



Patients attendant en face d'un centre de soins traditionnel

Rapport coût-efficacité

Les coûts immenses de l'épidémie du sida pour des pays gravement affectés comme le Malawi sont une lourde charge pour les systèmes publics de santé. Les hôpitaux et les services de santé décentralisés sont souvent presque totalement pris par les soins prodigués aux victimes du sida. Dans une telle situation, l'intégration du « secteur traditionnel » serait indiquée ne serait-ce que pour des raisons économiques : avec l'aide des guérisseurs, il est possible pour beaucoup de ménages de soigner à domicile des membres de la famille atteints du sida, ce qui apporterait une aide significative, y compris une aide économique, aux services de l'état. En faisant le diagnostic des risques (c'est-à-dire d'une infection par le VIH ou d'une naissance à haut risque) et en aiguillant les patients en temps utile, les guérisseurs contribuent à réduire les coûts occasionnés à l'économie par des décès pouvant être évités. Enfin, les patients paient les guérisseurs et les accoucheuses traditionnelles directement et

souvent en nature, selon un système de rémunérations traditionnel qui ne grève en aucune manière le budget de santé de l'État. Pour résumer, la promotion d'une coopération entre le système de santé de l'état et les guérisseurs traditionnels est payante à tous égards.

Sensibilisation aux spécificités liées au sexe

Le dialogue médical s'emploie à rendre plus visible le savoir et les compétences des guérisseuses, qui sont moins actives dans les associations officielles de guérisseurs que leurs collègues hommes et à en tirer un meilleur profit. Pour y parvenir, on a pris soin de faire en sorte que les guérisseurs des deux sexes jouissent d'une représentation égale au plan numérique dans les discussions en groupes de réflexion et les dialogues.

La méthode de la modération, qui favorise le respect mutuel et l'attention, permet aux femmes de rompre avec le modèle culturel qui consiste à laisser les hommes parler en leur nom. Un des résultats les plus importants du dialogue médical dans le district de Kasungu a été la reconnaissance par les services publics de santé du rôle important joué par les accoucheuses traditionnelles.

Durabilité

L'évaluation positive une année après l'intervention effective indique que la coopération est durable. Pour créer une coopération durable au plan national entre le système public de santé et les guérisseurs, de nouvelles démarches sont cependant nécessaires et celles-ci ont pris naissance dans le cadre de ce projet. La Commission nationale de lutte contre le sida s'est dite en principe prête à financer les interventions de dialogue médical dans d'autres parties du Malawi. Le ministère de la Santé soutient également le projet au Kasungu et recommande que les dépenses en cours de la coopération (c'est-à-dire les réunions de l'équipe d'intervention, les gants stériles pour les guérisseurs, le contrôle) fassent partie des programmes de santé des districts et soient intégrés à leurs budgets.

Le processus de ratification d'une réglementation légale concernant les guérisseurs traditionnels gagne du terrain une fois de plus. Tout cela constitue des contributions importantes pour créer des améliorations durables dans les relations entre les deux secteurs de soins de santé, public et traditionnel, au Malawi.

Équipe d'intervention rendant visite à un guérisseur



Outils

Les outils et documents d'information ci-dessous ont été élaborés ou utilisés dans le cadre de ce projet ; ils peuvent être téléchargés en cliquant sur

<http://hiv.prg.googlepages.com/toolbox-medicaldialogue>

- Outil 1 : « PCP Dialogue Outilbox » (Boîte à outils pour le dialogue PCP), Public Conversations Project (1999), Watertown, Massachusetts
- Outil 2 : « Generation Dialogue about FGM and HIV/AIDS in Guinea. Method, experiences in the field and impact assessment » (Dialogue intergénérationnel sur les MGF et le VIH/sida en Guinée. Méthode, expériences de terrain et évaluation de l'impact.), GTZ (2005), v. Roenne, A., Manguet, J., Eschborn.
- Outil 3 : « Reader on Communication Skills. Developed for the Research Assistants of the Pilot Project Integration of Traditional Beliefs and Gender Roles in the HIV/AIDS Prevention Campaigns in Malawi » (Recueil sur les compétences en matière de communication. Élaboré pour les assistants de recherche du projet pilote d'intégration des croyances traditionnelles et des rôles attribués au genre dans les campagnes de prévention du VIH/sida au Malawi), GTZ (2005), recueil non publié compilé par Marion Baumgart dos Santos, Lilongwe.
- Outil 4 : Full mission report : « Medical Dialogue between Traditional Medical Experts and Biomedical Health Workers in Kasungu, Malawi » (Texte intégral du rapport de mission « Dialogue médical entre des experts en médecine traditionnelle et en biomédecine à Kasungu, Malawi »), GTZ (2006a), rapport non publié de Angelika Wolf, Eschborn.
- Outil 5 : « Medical Dialogue Presentation » (Présentation du dialogue médical) d'Angelika Wolf, le 13. 9. 2005 à Lilongwe
- Outil 6 : « Full report on focus group discussions » (Texte intégral du rapport sur les discussions en groupes de réflexion), GTZ (2005a), rapport non publié établi par Mabvuto Bowa et Vincent Jumbe, Lilongwe.
- Outil 7 : « Study presentation » (Présentation des discussions en groupes de réflexion) par Mabvuto Bowa et Vincent Jumbe, 13. 9. 2005 à Lilongwe
- Outil 8 : « Report on the Mid-Term Evaluation of the Dialogue Project » (Rapport sur l'évaluation à mi-parcours du projet « Dialogue »), GTZ (2006b), rapport non publié établi par Angelika Wolf, Eschborn.

Références bibliographiques

Baumgarten I, Finke E, Manguet, J, von Roenne A (2004). « Intergenerational dialogue on gender roles and female genital mutilation in Guinea », dans : *Sexual Health Exchange*, 3-4/2004, pp. 17-20.

Dilger H (2005). *Leben mit AIDS. Krankheit, Tod und soziale Beziehungen in Afrika*. Frankfurt, New York.

Dos Santos M B (2005). Reader on Communication Skills. Élaboré pour les assistants de recherche du projet pilote d'intégration des croyances traditionnelles et des rôles attribués au genre dans les campagnes de prévention du VIH/sida au Malawi. Recueil non publié compilé par Marion Baumgart dos Santos, Lilongwe.

Green E C (1999). *Indigenous Theories of Contagious Disease*, Walnut Creek: Altamira Press.

GTZ (2005). Generation Dialogue about FGM and HIV/AIDS in Guinea. Method, experiences in the field and impact assessment, v. Roenne, A., Manguet, J., Eschborn.

GTZ (2006a). Medical Dialogue between Traditional Medical Experts and Biomedical Health Workers in Kasungu, Malawi. Rapport non publié de la GTZ établi par Angelika Wolf, Eschborn. Disponible sur le CD-ROM joint au présent rapport.

GTZ (2006b). Report on the Mid-Term Evaluation of the Follow-Up of the Pilot Project Medical Dialogue between Traditional Medical Experts and Biomedical Health Workers in Kasungu, Malawi. Rapport non publié de la GTZ établi par Angelika Wolf, Eschborn. Disponible sur le CD-ROM joint au présent rapport.

Hertzog M (2003). « Starting a new conversation when debate is fruitless ». Constructive Conversations. Public Conversations Project.

Hobsbawm E (1992). Inventing Tradition, dans : Hobsbawm, E. and T. Ranger (Eds.), *The Invention of Tradition*. Cambridge, pp. 1-14.

Janzen J (1978). *The Quest for Therapy. Medical Pluralism in Lower Zaire*. Berkeley. Kaspin D (1996). « A Chewa cosmology of the body », *American Ethnologist*, 23 (1996) 3: 561-78.

Kaspin D (1996). « A Chewa cosmology of the body », *American Ethnologist*, 23 (1996) 3: 561-78.

Last M and Chavunduka G L, eds (1986). *The Professionalisation of African Medicine*. Manchester.

Lwanda J L (2004). « Politics, Culture, and Medicine: An Unholy trinity? Historical Continuities and Ruptures in the HIV/AIDS Story in Malawi », dans : Kalipeni, E. et al. (Eds.), *HIV & AIDS in Africa*. Oxford, pp. 29-42.

National Statistical Office and ORC Macro (2005). Enquête démographique et sanitaire du Malawi 2004. Calverton.

OMS (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Genève, Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf

OMS (2002). *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Genève, Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf

OMS (2003). *Resolution of the Executive Board of WHO, 24 janvier 2003*. Genève, Organisation mondiale de la santé. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/eeb111r12.pdf

ONUSIDA (2000). *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa*. UNAIDS Best Practice Collection. Genève. Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/sida.

ONUSIDA/OMS (2005). *AIDS epidemic update: Décembre 2005*. Genève. Programme conjoint

des Nations unies sur le VIH/sida. Disponible à l'adresse : http://www.unaids.org/epi2005/doc/EPIupdate2005_html_en/epi05_04_en.htm

ONUSIDA (2006). 2006 AIDS Epidemic Update. Genève. Programme conjoint des Nations unies sur le VIH/sida. Disponible à l'adresse : <http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/04-Sub-Saharan Africa 2006 EpiUpdate eng.pdf>

WHO (2003). Resolution of the Executive Board of WHO, 24 January 2003. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/eeb111r12.pdf

Probst P (1999). « *Mchape '95*, or, the Sudden Fame of Billy Goodson Chisupe: Healing, Social Memory and the Enigma of the Public Sphere in Post-Banda Malawi. » *Africa* 67 (1): 108-38.

Public Conversations Project (1999). « PCP Dialogue Toolbox », Watertown, Massachusetts. Disponible à l'adresse : <http://www.publicconversations.org/pcp/page.php?id=270> et sur le CD-ROM joint au présent rapport.

von Roenne A (2003). « Empowerment of girls in Africa », dans : E+Z, Février, 30(2), Février 2003, pp. 64-66.

Rompel M (2005). « Prevention is like telling people: Eh, stop loving » *Ansätze und Problem-*

felder massenmedial vermittelter Aids-Prävention im südlichen Afrika, dans : Drescher M und Klaeger S (Eds.), *Kommunikation über HIV/AIDS. Interdisziplinäre Beiträge zur Prävention im südlichen Afrika*. Münster: 219-235.

UNFPA/OMS (2006). « Sexual and Reproductive Health of Women living with HIV ». Genève, Fonds des Nations Unies pour la population et Organisation mondiale de la santé.

Wolf (1996). « Essensmetaphern im Kontext von Aids und Hexerei in Malawi ». Dans: Wolf, A. and M. Stürzer (Publ.): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. pp. 205-221. Berlin.

Wolf A (2001). 'AIDS, morality and indigenous concepts of sexually transmitted diseases in Southern Africa'. Dans: *Africa spectrum* 01 (1), 97- 108.

Wolf A (2003). « Aids und Kanyera in Malawi: lokale Rezeption eines globalen Phänomens ». Dans: Wolf, Angelika and Viola Hörbst (Publ.): *Medizin und Globalisierung: Universelle Ansprüche – lokale Antworten*. pp. 203-229. Münster.

Wolf A (2005). *Medical Dialogue Presentation*. Document non publié présenté le 13.09.2005 à Lilongwe.. Disponible sur le CD-ROM joint au présent rapport.

Glossaire

HSA : Health Surveillance Assistants (Assistants de surveillance de santé)

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation non gouvernementale

sida : Syndrome d'immunodéficience acquise

VCT : Voluntary Counselling and Testing (conseil et dépistage volontaire)

VCT: Voluntary Counselling and Testing

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Contacts et crédits

Auteurs et experts responsables de l'approche

Angelika Wolf et Anna von Roenne

Publié par :

Groupe HIV allemande d'évaluation par les pairs

Projet « Renforcer la contribution allemande
à la riposte mondiale contre le sida »

Responsable: Dr. Thomas Kirsch-Woik

Deutsche Gesellschaft für

Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

Dag-Hammerskjöld-Weg 1-5

65760 Eschborn / Allemagne

E aidsprg@gtz.de

I <http://hiv.prg.googlepages.com/home>

Responsable à la GTZ

Division Santé, Éducation, Protection Sociale

Projet « Renforcer la contribution allemande à
la riposte mondiale contre le sida »

Deutsche Gesellschaft für Technische

Zusammenarbeit (GTZ) GmbH

E aids.ms@gtz.de

I www.gtz.de/aids

**Interlocuteur au ministère fédéral allemand de la
Coopération économique et du Développement
(BMZ)**

Dr. Jochen Böhmer, section 311

E Jochen.Boehmer@bmz.bund.de

Photographies

Angelika Wolf,

Huzeifa Bodal (page de titre, p. 16),

Anna von Roenne (p. 9)

Conception et production

Metzgerdruck, 74847 Obrigheim/Allemagne

Eschborn, première édition: Juillet 2007;

cette édition: Décembre 2007

La Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH est une entreprise de la coopération internationale pour le développement durable qui opère sur tous les continents de la planète. Elle propose des solutions d'avenir pour le développement politique, économique, écologique et social dans un monde globalisé. Dans des conditions parfois difficiles, la GTZ soutient des processus complexes de changement et de réforme, son objectif étant d'améliorer durablement les conditions de vie des populations dans les pays de coopération.

