

La riposte du secteur privé à l'épidémie :



Debswana – Une
référence mondiale



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

ONUSIDA
Etude de cas

Février 2003

Photo de couverture :
Des employés de Debswana assistent à
une présentation sur le VIH/SIDA

ONUSIDA/03.07F (version française, février 2003)
ISBN 92-9173-218-4

Version originale anglaise, UNAIDS/02.52E, septembre 2002 :

The private sector responds to the epidemic :

Debswana – a global benchmark

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2003.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
tél. : (+41) 22 791 36 66 ; fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

La riposte du secteur privé à l'épidémie :

Debswana – une référence mondiale



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Genève, Suisse
2003

Cette étude de cas a été préparée par Tony Barnett, Tsetsele Fantan,
Bekezela Mbakile et Alan Whiteside

Table des matières

Préface	4
1. Introduction	5
Le VIH/SIDA au Botswana	5
La riposte au VIH/SIDA	11
2. L'économie botswanaise	14
3. La Debswana Diamond Company	17
4. Les premières années	18
Sensibilisation et éducation en matière de SIDA	18
Nomination de coordinateurs du programme de lutte contre le SIDA à plein temps	18
Elaboration d'une politique de gestion du VIH/SIDA	19
Etude de prévalence	19
La société réalise un dépistage avant d'investir sur les jeunes	20
5. L'audit institutionnel	21
Généralités	21
L'audit institutionnel sur le VIH/SIDA : un processus en six étapes	22
Résultats de l'audit	27
Problèmes de collecte de données	30
Présentation des conclusions	30
Recommandations à l'attention du Comité exécutif	33
6. Les enseignements retenus	34
La fourniture de médicaments antirétroviraux	34
L'assurance des entreprises collaboratrices	37
Le processus d'identification des postes critiques	38
La nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/SIDA	40
L'élaboration d'une norme de compétence en matière de SIDA pour les directeurs	41
L'élaboration d'une norme de gestion du VIH/SIDA	42
7. Actualisation de l'étude 2001	43
8. L'avenir : quels sont les enseignements que les autres organisations et sociétés privées peuvent tirer de l'expérience de Debswana ?	45
9. Références	48

Préface

A de nombreux égards, le Botswana représente une réussite pour l’Afrique. C’est un pays pacifique, démocratique et prospère dans lequel le niveau et la qualité de vie se sont régulièrement améliorés au cours des dernières décennies grâce, dans une large mesure, à la bonne gestion politique et financière du pays. Au moment de l’indépendance, le Botswana comptait parmi les pays les plus pauvres du monde mais le taux de croissance de son économie a figuré parmi les plus élevés au niveau international ces 30 dernières années. Cette croissance rapide a été dynamisée à l’origine par les gisements miniers (les mines de diamant demeurant essentielles pour l’économie) mais grâce également à une diversification de l’activité économique.

En 2000, pratiquement tous les enfants recevaient une éducation primaire et secondaire et les taux d’alphabétisation étaient supérieurs à 70%. Près de 90% de la population avaient accès à des établissements de santé publique de proximité et 98% des nourrissons âgés d’un an étaient vaccinés contre le BCG. Les citoyens botswanais – au nombre de 1,6 million environ – jouissaient d’un revenu par habitant de US\$ 3 240.

Malgré ces progrès, le Botswana souffre de la plus importante épidémie de VIH/SIDA au monde. Selon le *Rapport sur l’épidémie mondiale de VIH/SIDA de juin 2000*, le taux de prévalence du VIH parmi les adultes était de 35,8% – soit supérieur de plus de 10% à celui du Swaziland, deuxième pays affichant le taux le plus élevé (25,25%). La dernière étude de surveillance sentinelle du gouvernement ne montre aucune amélioration de la situation. Le Tableau 1 fournit des données clés en la matière pour le Botswana et ses pays voisins.

Tableau 1 : Données clés sur le VIH/SIDA : le Botswana et ses pays voisins

	Personnes vivant avec le VIH/SIDA à fin 1999 (en milliers)		Orphelins du SIDA (en milliers)		Population (en milliers)	
	Adultes et enfants	Adultes de 15 à 49 ans	Taux de prévalence chez les adultes (%)	Nombre	Orphelins (%)	
Botswana	290	280	35,8	66	4,1	1 592
Namibie	160	150	19,54	67	3,9	1 689
Afrique du Sud	4 200	4 100	19,94	420	1,05	39 796
Swaziland	130	120	25,25	12	1,2	981
Zambie	870	830	19,95	650	7,2	8 974
Zimbabwe	1 500	1 400	25,06	90	7,8	11 509

Source : ONUSIDA, *Rapport sur l’épidémie mondiale de VIH/SIDA, juin 2000*

Pourquoi le Botswana est-il si durement touché et que peut-on faire ? Le présent document décrit la riposte contre le SIDA de la plus importante société du pays : Debswana, société d’exploitation de mines de diamant. Elle représente une lueur d’espoir dans un environnement plus que morose et a beaucoup à apprendre au secteur privé dans le reste de la région, voire du monde.

1. Introduction

Le VIH/SIDA au Botswana

Le premier cas de SIDA a été diagnostiqué au Botswana en 1985. Il a ensuite fallu plusieurs années avant que l'épidémie ne s'installe. En 1991, le nombre total de cas de SIDA déclarés n'était que de 178. Les signes de propagation du VIH étaient néanmoins très préoccupants. Les enquêtes menées auprès des donneurs de sang ont révélé que la prévalence du VIH augmentait parmi la population. Dans ce groupe non représentatif, la prévalence du VIH est passée de 0,93% en 1987 à 3,35% en 1989 (Ministère de la Santé, Rapport sur l'examen du Programme national de lutte contre le SIDA du Botswana, novembre 1990).

En 1990, la première étude de surveillance sentinelle du VIH effectuée sur les patientes des dispensaires prénatals a été entreprise dans la capitale Gaborone et dans la zone rurale de Boteti. Le taux de prévalence était de 6% à Gaborone et de 4,1% à Boteti (ONUSIDA, Fiche épidémiologique, Mise à jour 2000, http://www.unaids.org/hiv/aidsinfo/statistics/fact_sheets/pdfs/Botswana_en.pdf). Les études de surveillance sentinelle au niveau national ont débuté en 1992 et sont réalisées chaque année depuis lors. Leurs résultats sont présentés dans le Tableau 2. Il est important de noter que Gaborone et Francistown sont les deux principales villes qui ont fait l'objet d'un sondage chaque année. Toutefois, différents autres sites ont été sondés périodiquement pour donner une meilleure idée de l'évolution de la situation dans le pays.

Tableau 2 : Résultats de l'étude de surveillance sentinelle sur le VIH dans les dispensaires prénatals

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Francistown	23,7	34,2	29,7	39,6	43,1	42,9	43,0	42,7	44,4
Gaborone	14,9	19,2	27,8	28,7	31,4	34,0	39,1	37,1	36,2
Ghantsi		9,5		18,9			22,3		26,4
Kanye (région australe)			16,0		21,8		24,67		40,7
Molepolole (Kweneng est)		13,7		18,9			37,2		30,4
Selebi Phikwe			27,0		33,1		49,89		50,3
Tutume			23,1		30,0		37,45		35,4

Source : Agence nationale de coordination de la lutte contre le SIDA (NACA) du Botswana 2000. *Enquête de surveillance sentinelle sur la séroprévalence du VIH parmi les femmes enceintes et les hommes souffrant de maladies sexuellement transmissibles.* Rapport technique, Unité SIDA/MST, décembre 2000.

La surveillance est réalisée dans le respect des normes agréées au niveau international et l'on peut considérer qu'elle donne une image précise de la situation de l'épidémie dans le pays. Grâce aux investissements considérables réalisés par le Botswana dans son système de santé publique, elle couvre donc très bien la population. Concernant le Botswana, selon le *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, seuls 12% de la population n'ont pas accès à des soins de santé (Gouvernement du Botswana et Programme des Nations Unies pour le Développement, *Rapport sur le développement humain au Botswana*, « *Vers une génération sans SIDA* », Gaborone, 2000, p.66). Le Tableau 3 fournit une répartition de la séroprévalence médiane nationale et de la séroprévalence parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans.

Tableau 3 : Séroprévalence nationale et séroprévalence parmi les 15-19 ans

	Séroprévalence médiane nationale	Prévalence médiane du VIH selon l'âge (en %) (15-19-ans)
1993	22,5	21,8
1994	25,4	20,7
1995	32,4	32,4
1996	33,2	27,2
1997	35,2	28
1998	33,5	28,6
1999	35,9	21,5
2000	38,5	26,7

Source : Agence nationale de coordination de la lutte contre le SIDA (NACA) du Botswana 2000. *Enquête de surveillance sentinelle sur la séroprévalence du VIH parmi les femmes enceintes et les hommes souffrant de maladies sexuellement transmissibles*. Rapport technique, Unité SIDA/MST, décembre 2000.

En se basant sur les données de l'enquête 2000, la NACA a calculé que 277 000 Botswanais âgés de 15 à 49 ans étaient infectés – soit un chiffre légèrement inférieur à l'estimation de 290 000 faite par l'ONUSIDA en 1999, comme indiqué au Tableau 1. (La NACA ne fait aucune estimation quant au nombre d'orphelins ou d'enfants infectés.)

Les conclusions du rapport 2000 font état d'un chiffre alarmant : « Au Botswana, l'épidémie de VIH continue de se propager au vu de l'analyse de la tendance dans tous les sites à l'exception de Gaborone et Francistown où le taux de prévalence semble ne pas avoir augmenté au cours des deux à quatre dernières années. Les 15-19 ans et les 20-29 ans semblent les plus touchés par l'épidémie. Cela indique que l'épidémie continue de se développer [et] pourrait

bien annihiler tous les progrès économiques actuels et modifier en outre le profil démographique du pays » (NACA 2000, p.24).

Malgré la gravité de l'épidémie de VIH, l'impact de la maladie et des décès ne se fait pas encore sentir. En effet, l'étude démographique de 1997/98 a révélé que la mortalité des adultes n'avait pas atteint le niveau anticipé. Cela peut venir de la rapidité avec laquelle le VIH s'est propagé au Botswana et du fait que les taux de mortalité n'ont commencé à augmenter rapidement qu'après la finalisation de l'étude démographique. L'une des autres explications possibles est que le développement national, le niveau élevé des revenus et la grande qualité des services sociaux publics au Botswana permettent aux personnes infectées par le VIH de vivre plus longtemps.

Il est frappant que l'*Annexe du Rapport sur le développement humain concernant l'impact démographique de l'épidémie de SIDA* (publiée deux ans après l'étude précitée) inclue un encadré intitulé « Préparons les corps au repos éternel » dans lequel figure la citation d'un responsable de funérarium : « Il est clair que nous enterrons de plus en plus de jeunes ces derniers temps ». Le funérarium indique que le nombre de funérailles a augmenté, passant de 10-20 à 60-70 par mois (Gouvernement du Botswana et PNUD, 2000, p.60).

Entre 1971 et 1991, l'espérance de vie des Botswanais s'est très nettement allongée. Pendant cette période, elle est passée de 55,5 à 61,7 ans et l'enquête de 1997/98 l'estime à 66,2 ans. Il ne fait toutefois pas de doute que l'épidémie de VIH/SIDA aura des impacts socioéconomiques et démographiques, et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) prévoit une réduction significative de l'espérance de vie, comme l'indique le tableau ci-dessous, dans lequel l'Afrique du Sud et le Zimbabwe sont inclus à titre de comparaison.

Tableau 4 : Espérance de vie et rang dans l'Indicateur du développement humain (IDH)

	Rapport 1996 (données 1993)		Rapport 1997 (données 1994)		Rapport 1999 (données 1997)		Rapport 2001 (données 1999)	
	Espérance de vie	IDH (rang)	Espérance de vie	IDH (rang)	Espérance de vie	IDH (rang)	Espérance de vie	IDH (rang)
Botswana	65	0,741 (71)	52,3	0,673 (97)	47,4	0,678 (122)	41,9	0,577 (114)
Afrique du Sud	63,2	0,649 (100)	63,7	0,716 (90)	54,7	0,717 (89)	53,9	0,701 (94)
Zimbabwe	53,4	0,534 (124)	49,0	0,513 (129)	44,1	0,507 (130)	42,9	0,544 (117)

Source : PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain, 1996, 1997, 1999, 2001*

Ce tableau montre clairement que, selon le PNUD, l'espérance de vie s'est considérablement réduite ces dernières années et que cette tendance devrait se poursuivre. Le Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique avait quant à lui des prévisions encore plus pessimistes. En effet, il anticipait en 2000 que l'espérance de vie ne serait que de 39,3 ans cette année-là et qu'elle chuterait à 29 ans en 2010 (Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique, 2000).

Les taux de mortalité infanto-juvénile devraient augmenter, annulant progressivement les progrès enregistrés depuis l'indépendance. Entre 1971 et 1991, le taux de mortalité infantile était revenu de 92 à 54 pour 1 000. Le Tableau 5 présente les chiffres du PNUD. Le Bureau du Recensement des Etats-Unis d'Amérique estime que le taux de mortalité infantile devrait être de 59,3 pour 1 000 en 2000 et de 55,2 pour 1 000 en 2010.

Tableau 5 : Mortalité infanto-juvénile

	PNUD 1996		PNUD 1997		PNUD 1999		PNUD 2001	
	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infantile	Mortalité juvénile
Botswana	42	54	55	52	39	49	46	59
Afrique du Sud	52	68	51	67	49	65	54	69
Zimbabwe	67	81	70	74	53	80	60	90

Le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA de juin 2000* (p.26) de l'ONUSIDA fournit une autre indication sur l'impact potentiel de la maladie. Il estime en effet que le risque de décès lié au SIDA d'un jeune de 15 ans est supérieur à 80% si l'on prend pour hypothèse que le risque d'infection à VIH ne change pas. Même si celui-ci était réduit de moitié, le risque de décès dû au SIDA approcherait encore les 60%.

Certains travaux ont été réalisés sur l'impact macroéconomique du VIH/SIDA grâce à un rapport commandé par le Ministère des Finances et de la Planification du Développement (BIDPA, 2000) qui constitue l'une des nombreuses études sur l'impact du VIH/SIDA. Ce rapport s'est focalisé sur la croissance du PIB et sur le revenu par habitant de 1996 à 2021. Il estimait que la croissance du PIB pourrait tomber de 3,9% par an sans le SIDA à entre 2 et 3,1% par an avec le SIDA. En 25 ans, l'activité économique risque de se contracter de 24 à 38%. Les salaires devraient augmenter – les plus fortes hausses bénéficiant aux travailleurs qualifiés – alors que le taux de chômage baissera, reflétant le manque de main-d'œuvre à certains niveaux.

Le gouvernement botswanais a commandé une étude complète des conséquences du SIDA sur le budget de l'Etat. Cette étude a conclu que « le SIDA se

développe dans de telles proportions qu'il aura inévitablement un impact sur les recettes et les dépenses publiques et donc sur l'équilibre budgétaire et l'épargne ou l'emprunt publics. Le SIDA aura des effets directs sur certains secteurs clés des dépenses gouvernementales – le budget sanitaire en premier lieu – mais également toute une variété d'effets indirects dans la mesure où la capacité à lever des recettes fiscales en sera affectée » (BIDPA, 2000, p 58). Le Tableau 6 illustre l'impact du SIDA sur les dépenses publiques.

Tableau 6 : Estimations de l'impact sur les dépenses publiques de fonctionnement en 10 ans

Catégories budgétaires	Bas	Milieu	Haut
Santé	3,0%	7,5%	12,0%
Atténuation de la pauvreté	3,0%	3,5%	4,0%
Emploi	1,7%	2,3%	2,9%
Allocation aux orphelins	0,3%	0,6%	1,2%
Recrutement/Formation	0,2%	0,3%	0,5%
Allocation aux démunis	0,1%	0,1%	0,1%
Autres	-0,4%	-0,5%	-0,6%
Retraites	-0,5%	-0,6%	-0,8%
Education	-0,6%	-0,8%	-0,9%
Total	6,9%	12,5%	18,4%

Source : BIDPA 2000. *Impact macroéconomique du VIH/SIDA au Botswana*. Rapport de février/mars.

Le SIDA entraînera une augmentation des dépenses publiques de 7 à 18% d'ici à 2010 si l'on prend pour hypothèse un maintien des niveaux actuels de service. La plus grosse part des dépenses ira d'abord à la santé puis à l'atténuation de la pauvreté. L'estimation des dépenses de santé ne couvre toutefois pas les traitements antirétroviraux.

Mais ces chiffres sous-estiment néanmoins la demande de ressources publiques car :

- Ils ne prévoient pas d'augmentation du nombre de lits d'hôpitaux ou des établissements de soins de santé. L'on suppose donc que les services seront fournis dans le cadre des infrastructures existantes.
- Ils ne prennent pas en compte l'accroissement de la pauvreté et la perte d'emploi, ce qui signifie que, à mesure que les personnes épuiseront leurs propres ressources ou revenus, la demande de prise en charge publique augmentera.

Le Botswana est l'un des trois seuls pays de la région à effectuer des versements de prestations sociales (les autres étant l'Afrique du Sud et la Namibie). Ces prestations sociales sont versées mensuellement et incluent une allocation de US\$ 42 aux orphelins (plus une allocation annuelle de US\$ 74 pour l'habillement), une allocation de US\$ 20 pour les « démunis » des villages, une retraite de US\$ 27 pour les personnes âgées et une allocation de US\$ 49 pour les vétérans de la guerre mondiale (ces montants sont calculés au taux de change de mai 2000 de US\$ 0,1919 pour 1 pula, devise du Botswana).

Certaines économies devraient cependant être réalisées au niveau des dépenses publiques. En effet, les dépenses de retraite seront plus faibles car le nombre de personnes arrivant à l'âge de la retraite diminuera. La réduction du nombre de naissances et l'augmentation de la mortalité infanto-juvénile impliquent une diminution du nombre d'enfants scolarisés. Toutefois, ceci ne tient pas compte du fait que les dépenses pourraient augmenter pour que les enfants continuent d'aller à l'école. En effet, les orphelins et les familles affectées par le SIDA risquent, par exemple, de ne pas être suffisamment riches pour payer l'école, les uniformes et les livres. Ils devront donc être aidés par des subventions publiques.

Les demandes sur les dépenses publiques augmentant, les recettes diminueront (comme indiqué dans le Tableau 7). Le pays a cependant de la chance dans la mesure où l'essentiel des recettes publiques provient des diamants qui sont vendus en dehors du Botswana, ce qui signifie que ce marché ne sera pas spécifiquement affecté par le SIDA. (L'impact potentiel sur le coût de production n'est pas pris en compte.)

Tableau 7 : Impact du VIH/SIDA sur les recettes publiques

	% des recettes	Diminution des recettes
Recettes minières	49%	0%
Recettes douanières	19%	20%
Recettes fiscales	19%	20%
Intérêts sur réserves (BoB*)	8%	24%
Autres recettes	6%	0%
Total des recettes	100%	9,6%

* Bank of Botswana (banque centrale du Botswana)

Source : BIDPA (2000) *Impact macroéconomique du VIH/SIDA au Botswana*. Rapport de février/mars.

La riposte au VIH/SIDA

La riposte du Botswana à l'épidémie de VIH/SIDA peut être divisée en trois phases distinctes. La phase initiale (1987–1989) a été principalement axée sur l'examen systématique du sang pour éliminer le risque de transmission du VIH aux patients à l'occasion de transfusions sanguines, ainsi que sur la mise en place de programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC). Au cours de la deuxième phase (1989–1997), des cours sur le conseil ont été ajoutés à l'attention des agents de santé ainsi que des directives pour une approche syndromique du traitement des infections sexuellement transmissibles et pour le traitement des infections opportunistes. Pendant la troisième phase (1997–2002), la riposte s'est progressivement élargie pour inclure toutes les parties prenantes – ministères et secrétariats d'Etat, organisations non gouvernementales (ONG), organisations à assise communautaire, organisations religieuses, personnes vivant avec le VIH/SIDA et secteur privé. Cette troisième phase se distingue des autres par son caractère exhaustif et l'émergence de l'intérêt et de l'action de la part des leaders politiques. Au début de ce siècle, le choix se situait entre une stratégie privilégiant le « laisser-aller » et une autre axée sur la mobilisation nationale. Ayant choisi la seconde, le Botswana traite l'épidémie de VIH/SIDA comme une crise nationale.

La politique nationale de lutte contre le VIH et le SIDA fournit une riposte multisectorielle dans le cadre de laquelle on attend des différents organismes – privés et publics – qu'ils contribuent à l'effort collectif. Les principaux organismes se sont vu attribuer les responsabilités suivantes :

- Le Bureau du Président fournit le leadership politique pour la riposte nationale et s'assure que tous les secteurs sont bien mobilisés.
- Le Ministère de l'Information et de l'Audiovisuel, en collaboration avec le Ministère de la Santé, des ONG et des organisations à assise communautaire, joue un rôle actif dans la diffusion de l'information sur le VIH/SIDA.
- La Direction de la Gestion du Service public élaborera une politique pour la gestion du VIH/SIDA dans le service public et s'assurera que des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail sont bien mis en place dans tout le secteur public.
- Il incombe au Ministère de la Santé de « conduire l'élaboration et le perfectionnement des stratégies de prévention et de soins, impliquant d'autres organismes gouvernementaux, les ONG et le secteur privé » et de « fournir un appui technique aux autres ministères et secteurs lorsqu'ils élaborent et mettent en œuvre leurs propres activités de prévention et de soins du VIH/SIDA ».

- La mission du Ministère de l'Éducation est d'intégrer une éducation sur le VIH/SIDA et les IST à tous les niveaux et dans tous les établissements d'enseignement, et d'impliquer les parents plus activement dans ce processus.
- Il est demandé au Ministère de l'Emploi, des Affaires intérieures et de la Protection sociale de s'assurer que les droits des personnes infectées par le VIH, y compris les travailleurs, sont protégés, et d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH/SIDA pour les groupes concernés relevant de son champ d'action, lesquels incluent les détenus, les femmes et les jeunes.
- Le Ministère des Finances et de la Planification du Développement mobilisera les ressources nécessaires pour financer les activités en rapport avec le VIH/SIDA des ministères concernés et commissions de recherche sur certains aspects spécifiques du VIH/SIDA.
- Le Ministère du Gouvernement local assumera principalement la responsabilité de réaliser l'évaluation de l'éligibilité des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des orphelins à l'appui social.
- Les autres ministères élaboreront leurs propres politiques qui devront être cohérentes avec la Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA.
- Il est demandé aux sociétés privées 1) d'élaborer des programmes en rapport avec le VIH/SIDA pour leur personnel – qui soient cohérents avec la Politique nationale ; 2) de mobiliser les ressources du secteur privé pour lutter contre le VIH et le SIDA ; et 3) d'intégrer la question du VIH/SIDA dans leurs programmes de formation.
- Les ONG et les organisations à assise communautaire seront chargées de la sensibilisation et de la mobilisation sociale, de la conception et de la mise en œuvre de programmes de prévention et de soins novateurs ainsi que de la mobilisation des ressources pour assurer les soins à domicile dispensés au niveau communautaire.

Cette approche nouvelle et multisectorielle est soutenue par le Conseil national de lutte contre le SIDA présidé par le Président et coordonné par l'Agence nationale de coordination de la lutte contre le SIDA (NACA). Cette dernière assure le secrétariat du Conseil national de lutte contre le SIDA et constitue un lien entre les décideurs politiques et ceux qui mettent le programme en œuvre. Le Conseil national se réunit chaque trimestre et se compose de représentants de tous les secteurs précédemment mentionnés.

Au sein du Ministère du Président d'Etat, la NACA doit « conduire l'élaboration et le perfectionnement des stratégies de prévention et de soins, impliquant d'autres organismes gouvernementaux, les ONG et le secteur privé » et « fournir

un appui technique aux autres ministères et secteurs dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propres actions de prévention et de soins du VIH/SIDA ».

Le Programme de traitement antirétroviral a débuté en février 2002 à l'Hôpital Princesse Marina, hôpital central de Gaborone. Il sera élargi à d'autres sites tels que Francistown, Maun et Serowe, chacun d'entre eux étant responsable de sa propre circonscription hospitalière. Environ 19 000 patients devraient être traités d'ici à la fin 2002. Les critères d'éligibilité sont évalués cliniquement et incluent les catégories de patients suivants :

- tous les adultes atteints du SIDA hospitalisés,
- tous les patients hospitalisés en pédiatrie atteints du SIDA,
- toutes les personnes séropositives au VIH atteintes de tuberculose, et
- les mères enceintes et leurs partenaires, s'ils répondent aux critères cliniques.

Des travaux ont été entrepris sur le terrain pour évaluer et renforcer les capacités des laboratoires, la formation des agents de santé, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments ainsi que l'infrastructure des systèmes de gestion des services de conseil, des traitements et des informations. Il est prévu que ces travaux se poursuivront au fur et à mesure que le programme se développera. Un protocole de traitement antirétroviral a également été élaboré pour orienter les praticiens. A la fin 2002, le programme sera élargi à d'autres hôpitaux de district dès lors qu'ils répondront aux exigences de base pour sa mise en œuvre. Ce programme est l'un de ceux dans lesquels le gouvernement du Botswana s'est engagé mais il reçoit également un soutien considérable de différentes fondations et d'établissement médicaux américains.

Sa mise en œuvre fait suite à la signature d'une convention en octobre 2001 entre le gouvernement du Botswana et l'African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships Incorporated (ACHAP), organisation conjointement mise en place par la Fondation de la Société Merck et la Fondation Bill et Melinda Gates. Ses objectifs incluent : 1) améliorer l'accès à une prévention, des soins et un appui complets ; 2) prévenir et traiter les infections opportunistes ; et 3) mettre en œuvre les traitements antirétroviraux dans le secteur public.

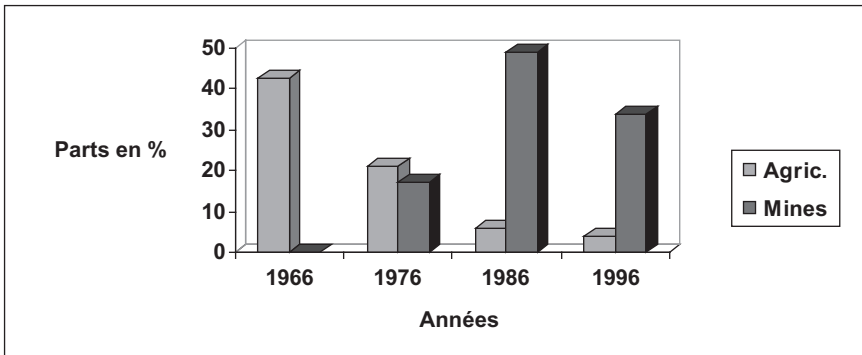
2. L'économie botswanaise

L'économie du Botswana a été considérée comme ayant enregistré les progrès les plus importants parmi les pays africains après être passée d'un système entièrement agraire à une économie en croissance rapide dominée par le secteur minier. Son taux de croissance a été exceptionnel au regard des normes mondiales. Entre 1981 et 1991, le produit intérieur brut du pays a augmenté à un rythme de croissance moyen annuel de 10%.

Au moment de l'indépendance, en 1966, le Botswana comptait parmi les pays les plus pauvres d'Afrique. Sa population était très majoritairement rurale et dépendait exclusivement de l'agriculture pour ses moyens d'existence. La production de bœuf constituait le pivot de l'économie en termes de production et de recettes à l'exportation. A cette époque, le secteur minier n'existait pas. La pauvreté était exacerbée par des sécheresses redoutables et longues qui ont décimé les troupeaux de bovins du pays.

En raison de l'absence d'emplois dans leur pays, plus de 30% des jeunes Botswanais travaillaient dans les mines sud-africaines. Les infrastructures de communication étaient à peine développées à l'exception de la ligne de chemin de fer reliant, à l'est du pays, l'Afrique du Sud à ce qui était alors la Rhodésie du Sud (aujourd'hui le Zimbabwe) qui appartenait aux chemins de fer rhodésiens et était gérée par ces derniers. Au moment de l'indépendance, le gouvernement comptait sur les aides étrangères pour financer une grande partie de ses dépenses de fonctionnement et l'ensemble de ses programmes de développement.

Figure 1 : Parts des secteurs agricole et minier dans l'économie



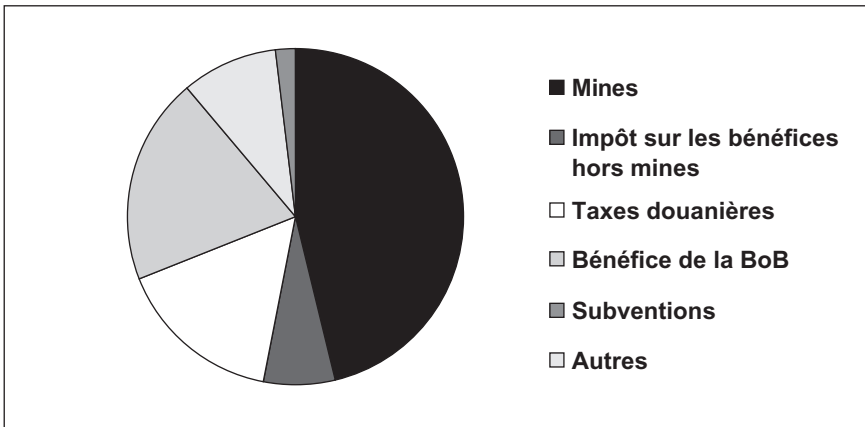
Source : Gouvernement du Botswana, 8ème Plan de développement national 1997–2003, Gaborone 1997

A la fin des années 1960 et au début des années 1970, des événements majeurs ont eu lieu qui ont transformé du tout au tout la situation économique et financière du pays. Des diamants ont été découverts à Orapa, une mine de nickel et de cuivre a été mise en exploitation à Selibe Phikwe, la Convention d'Union

douanière d'Afrique australe a été renégociée afin de favoriser davantage le Botswana, les exportations de bœuf se sont accrues et le bétail a été négocié à de meilleurs prix. Des gisements supplémentaires de diamant commercialement exploitable ont été découverts à Letlhakane à la fin des années 1970 et à Jwaneng au début des années 1980. Ces découvertes ont contribué à dynamiser davantage l'économie, notamment dans la mesure où la mine de Jwaneng est l'une des plus importantes mines productrices de diamant du monde en termes de potentiel.

Le secteur minier a enregistré une croissance considérable au cours des 25 dernières années. Son taux de croissance moyen annuel s'établit à 13% depuis 1975. Le secteur est celui qui contribue le plus au produit intérieur brut (33% en moyenne du total). Les recettes générées par les mines sont la composante la plus importante des recettes publiques (plus de 45%).

Figure 2 : Composition des recettes et subventions du gouvernement du Botswana



Source : 8^{ème} Plan de développement national 1997–2003

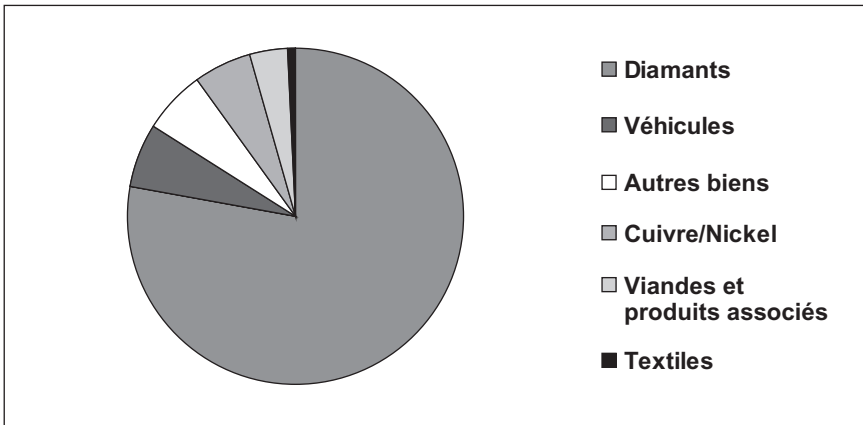
En 1966, le produit intérieur brut du Botswana s'élevait à US\$ 7,1 millions. Il est passé à US\$ 124,7 millions en 1979 et à pas moins de US\$ 2,9 milliards en 2000. Le revenu réel par habitant a progressé de US\$ 323 en 1966 à US\$ 1 005 en 1986 et à US\$ 1 802 en 2000, ce qui classe le Botswana dans les cinq premiers pays du continent.

Depuis l'indépendance, la politique du gouvernement a eu pour objectif d'améliorer le niveau de vie de la population dans tout le pays. Un programme gigantesque de construction a été mis en œuvre dans les années 1980 pour construire des écoles, des routes, des hôpitaux et des dispensaires à travers tout le Botswana. Les secteurs sociaux se sont très nettement améliorés avec le temps.

Des perfectionnements majeurs ont été apportés aux infrastructures : un accès accru à l'eau potable, des programmes d'électrification et la construction de bon nombre de nouvelles routes. Le Botswana est considéré comme ayant l'un des meilleurs programmes de soins de santé primaires au monde et plus de 85% de la population rurale disposent d'un établissement de santé dans un rayon de 15 km. L'éducation y est parmi les meilleures du continent, avec un enseignement de base gratuit pour tous. Ces développements sociaux ont été rendus possibles grâce aux produits financiers obtenus de la vente des diamants.

Le Botswana exporte peu. Les diamants constituent ses principales exportations et ont représenté 75% en moyenne des exportations annuelles totales pendant le 8^{ème} Plan de développement national – le dernier en date (1997–2003). Les 25% restants correspondent à des exportations de véhicules, de cuivre, de nickel, de viande et de produits à base de viande, de textiles et d'autres biens.

Figure 3 : Composition des exportations



Source : 8^{ème} Plan de développement national (1997–2003)

La balance commerciale du Botswana affiche un excédent depuis 1985, principalement grâce aux exportations de diamant. Le pays est également parvenu à accumuler des réserves considérables. Le gouvernement a profité des opportunités qui se sont présentées à lui et développé le pays de manière contrôlée et prudente. La stabilité politique et la régularité dans la mise en œuvre des politiques convenues ont joué un rôle majeur dans le succès du Botswana.

3. La Debswana Diamond Company

La Debswana Diamond Company (PTY Ltd) est détenue à parts égales par le gouvernement du Botswana et la société De Beers Centenary AG. Ses actionnaires sont aussi représentés de manière égalitaire au Conseil d'administration. La société exploite des mines de diamant sur trois sites au Botswana : les mines d'Orapa, de Letlhakane et de Jwaneng. Les deux premières, qui sont situées dans le District Central et éloignées de 50 km l'une de l'autre, sont placées sous une seule et même administration basée à Orapa. La mine de Jwaneng est située au sud du pays. En outre, la Botswana Diamond Valuing Company (BDVC), qui trie et évalue les diamants, la Teemane Manufacturing Company (TMC), qui taille et polit les diamants, et les fermes Morupule Colliery et Mesedi sont des filiales à 100% de la société Debswana dont le siège social est installé à Gaborone, capitale du pays.

Les mines de diamant emploient un peu plus de 5 000 personnes à elles trois et le nombre total de salariés (y compris ceux des filiales et du siège social) s'élevait à 6 169 à la fin décembre 2001. Depuis le début, la société a favorisé l'établissement de vraies communautés sur les sites des mines de diamant. Les logements étaient d'un très haut niveau de qualité, tant pour les salariés mariés que pour les célibataires, ainsi que les installations commerciales et de détente (piscines, gymnases, clubs de football, de golf et de tennis), les écoles primaires et deux hôpitaux bien équipés comptant 100 lits chacun dans chaque centre. Les salariés reçoivent des subventions pour payer les frais scolaires, les locations de logement et les services publics. Les écoles accueillent également les enfants des salariés d'autres sociétés qui résident dans les villes minières et les hôpitaux prennent en charge tous les résidents et servent d'hôpitaux centraux pour les zones avoisinantes.

La société s'est engagée à respecter les valeurs suivantes – lesquelles sont fondamentales au sein de sa philosophie d'entreprise :

- atteindre des normes internationales en matière de performance opérationnelle et d'utilisation du capital grâce aux meilleures pratiques de gestion ;
- favoriser une culture et un environnement d'innovation et de créativité ;
- favoriser le développement des personnes, y compris à travers la reconnaissance et la valorisation de l'effort ;
- réaliser toutes les opérations en visant à avoir l'impact minimum sur l'environnement,
- maintenir l'honnêteté et l'intégrité dans toutes les opérations ;
- maintenir la sécurité et la santé de tous les salariés ;

- encourager une communication honnête, ouverte, multidirectionnelle, opportune et claire ;
- veiller à ce que les uns et les autres se traitent avec respect ;
- encourager le travail d'équipe par le biais de l'engagement et de la participation de tous les salariés aux questions les affectant ; et
- remplir sa responsabilité sociale en tant que société citoyenne en maintenant des valeurs et une éthique de haut niveau.

4. Les premières années

Sensibilisation et éducation en matière de SIDA

Le programme d'éducation et de sensibilisation au SIDA de Debswana a débuté en 1988/89 en réaction aux premiers cas de SIDA diagnostiqués à l'hôpital de la mine de Jwaneng en 1987 et à l'hôpital de la mine d'Orapa en 1989. L'éducation a d'abord été dispensée par une équipe de médecins et d'infirmières à temps partiel et était principalement destinée aux autres agents de santé.

Une étude de « connaissances, attitudes et pratiques » (CAP) menée à petite échelle et conduite par l'un des médecins qui étudiaient pour obtenir un diplôme en santé communautaire à Jwaneng en 1990 a mis en lumière la nécessité d'étendre le programme d'éducation aux autres travailleurs. Une importante campagne d'éducation et de sensibilisation – qui comprenait l'utilisation de posters et de vidéos, la distribution de brochures, l'organisation de conférences faites par les personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'autres pour motiver les personnes sur la question, la tenue de séminaires et d'ateliers – a été lancée en 1991.

Nomination de coordinateurs du programme de lutte contre le SIDA à plein temps

La nécessité de formaliser le programme d'éducation et de l'étendre aux autres travailleurs a requis l'emploi de personnels à plein temps qui seraient chargés de la diffusion de l'information sur les initiatives nationales d'éducation et de prévention ainsi que de l'intégration de ces initiatives au sein des activités des sociétés. Cela a été fait par le biais de l'emploi à plein temps de coordinateurs du programme de lutte contre le SIDA à la mine de Jwaneng en 1991 et à la mine d'Orapa en 1992. Leur fonction était, entre autres, de fournir des informations, d'élargir l'éducation aux autres travailleurs, d'identifier des opportunités pour intégrer une éducation SIDA dans les autres secteurs du travail, et de coordonner

les activités des différentes structures d'appui – les éducateurs pour les pairs, les conseillers et les différents comités de lutte contre le SIDA.

Elaboration d'une politique de gestion du VIH/SIDA

Alors que les campagnes d'éducation et de sensibilisation étaient étendues à l'ensemble des travailleurs et à leur famille, la société a senti le besoin de définir une politique susceptible de servir de base pour le programme d'éducation et les activités liées. Le plus important est que la politique a été élaborée pour définir la position et les pratiques de la société à l'égard des salariés infectés par le VIH.

Cette politique a été élaborée parallèlement à la stratégie de la société en matière de santé et de sécurité et présentée à l'ensemble des travailleurs par le biais de pièces de théâtre. Elle respecte les normes internationales de non-discrimination et de non-dépistage avant l'embauche, et insiste sur l'éducation et la diffusion de l'information. Elle stipule également différentes responsabilités pour les directeurs et définit les rôles des services d'appui, y compris la fourniture de soins à domicile, le conseil, l'éducation par les pairs et un forum des praticiens.

Les autres politiques liées portent sur la santé au travail et sur la sécurité et la perte de contrôle. Elles cherchent à créer un environnement de travail plus sûr, à réduire le nombre d'accidents professionnels, à améliorer la santé des salariés et de leur famille, et à réduire l'incidence du VIH.

Etude de prévalence

Entre 1996 et 1999, la société a commencé à enregistrer une certaine morbidité et une certaine mortalité liées au VIH/SIDA parmi ses salariés. Un pourcentage important des absences liées à la maladie et à la santé pendant cette période était associé au SIDA (40% en 1996 et 75% en 1999). En 1996, 37,5% des décès étaient liés au SIDA et l'année suivante ce chiffre était monté à 48,3% avant d'atteindre 59,1% en 1999.

Pendant cette période, la société a pris conscience des progrès médicaux en matière de traitement du VIH/SIDA – en particulier le développement des médicaments antirétroviraux qui réduisent la charge virale et stimulent le système immunitaire, ce qui permet de prolonger la vie des personnes qui sont tombées malades. Compte tenu de ces évolutions, la société a cherché à établir le niveau de prévalence du VIH parmi son personnel afin de voir s'il était faisable de mettre des médicaments antirétroviraux à la disposition des salariés infectés par le VIH et quelle pourrait être sa contribution pour aider à financer leur achat.

Une étude anonyme et volontaire sur la prévalence – basée sur des tests de salive – a été réalisée en mai 1999 pour définir les niveaux de prévalence par catégorie de personnel et par âge dans les trois mines de diamant, à la BDVC et au siège social. Le taux de participation à l'étude a été très élevé. Ses résultats

ont montré que 28,8% des 5 261 salariés étaient séropositifs. La Section 7 du présent document fournit davantage d'informations sur l'étude de prévalence.

La société réalise un dépistage avant d'investir sur les jeunes

Bien que le premier objectif de l'étude de prévalence ait été d'envisager la faisabilité de la fourniture d'un traitement antirétroviral, il est évident que celui-ci n'a jamais été considéré comme la seule solution. La société a étudié un certain nombre de stratégies de réduction des risques et lorsqu'elle a examiné les résultats de l'étude de prévalence, le taux de 27,6% découvert parmi les travailleurs qualifiés a mis en évidence la nécessité d'instituer un dépistage du VIH chez les candidats au parrainage et à l'apprentissage.

Le programme de parrainage de la société a débuté en 1969 et son programme d'apprentissage en 1974. Les coûts du programme d'attribution de bourses d'études sont, à eux seuls, passés de US\$ 808 000 en 1996 à US\$ 2 100 800 en 1999 et à US\$ 3 555 200 en 2000 (chiffres hors inflation).

A partir de l'an 2000, la société a opté pour une politique de dépistage de tous les candidats aux bourses d'études et à l'apprentissage au début de leur formation et de nouveau dépistage deux ans plus tard. Cette politique a été adoptée au vu des taux élevés de prévalence dans la société et compte tenu du fait que les programmes d'apprentissage et d'attribution de bourses d'études sont les principales sources permettant à la société d'avoir une main-d'œuvre qualifiée. Outre la protection de l'investissement de la société, cette politique est considérée comme un moyen pour inciter les jeunes à rester non infectés.

Les résultats du dépistage du premier groupe de 56 candidats testés en mai 2000 ont révélé qu'un seul d'entre eux était séropositif. En juin 2001, 70 candidats ont fait l'objet d'un dépistage et étaient tous séronégatifs – ce qui constitue un résultat encourageant compte tenu du groupe d'âge concerné (18-24 ans). Ce dépistage a été pratiqué avec le consentement éclairé des intéressés et comprenait le conseil avant et après le test.

5. L'audit institutionnel

Généralités

Deux concepts renseignent l'audit institutionnel : la sensibilité et la vulnérabilité. Ils ont été étudiés et décrits amplement dans une autre publication de l'ONUSIDA (*Principes directeurs applicables aux études de l'impact social et économique du VIH/SIDA*, 2000). Dans ce contexte, l'idée de **sensibilité** décrit les caractéristiques d'une société qui font que ses travailleurs seront plus ou moins susceptibles de contracter une infection à VIH. Par exemple, l'emploi d'un grand nombre de travailleurs migrants ou la demande faite à certains salariés de sexe masculin de passer de longues périodes à voyager loin de chez eux pour le travail accroîtra la sensibilité de ces personnes. À l'opposé, la **vulnérabilité** décrit les aspects d'une société qui font que des niveaux de maladie ou de décès anormaux auront des effets négatifs sur ses résultats. Par exemple, dans le cas où la production implique des processus en chaîne étroitement coordonnés qui dépendent de travailleurs clés dotés de qualifications rares, leur maladie ou leur décès pourrait avoir un impact très préjudiciable sur l'ensemble du processus de production.

Dans les années 1990, des rumeurs ont circulé selon lesquelles un certain nombre de grandes sociétés internationales ayant réalisé d'importants investissements en Afrique étudiaient leurs programmes de développement en tenant compte de la propagation imminente de l'épidémie de SIDA. Des études précoces ont été entreprises dans les secteurs bancaire et minier en Zambie et dans celui des boissons non alcoolisées en Côte d'Ivoire. Toutefois, les résultats de ces études n'ont pas été publiés pour des raisons de sensibilité commerciale et leurs méthodes et conclusions n'ont jamais été divulguées. D'autres études de ce type ont sans doute également été réalisées mais à nouveau de manière totalement confidentielle.

Au milieu des années 1990, deux études sur les effets du VIH/SIDA sur le fonctionnement des entreprises ont été publiées. L'une portait sur l'étude de l'impact potentiel de l'épidémie sur une société de plantation et de traitement de sucre en Zambie, la Nakambala Sugar Estate (Barnett and Haslwimmer, 1993) et l'autre sur une plantation de thé au Malawi (Jones C, 1996, Les implications micro-économiques du SIDA, Thèse de maîtrise de la School of Development Studies, UEA, Norwich, Royaume-Uni). En outre, l'un des auteurs du présent document (Alan Whiteside) a participé à deux évaluations de l'impact du VIH/SIDA dont aucune n'a été publiée. La première portait sur l'impact du SIDA dans une plantation de sucre au Swaziland, finalisée en 1992, et la seconde concernait l'étude de l'effet du SIDA sur un certain nombre de divisions de la Commonwealth Development Corporation en Zambie. Toutes ces études ont contribué à l'élaboration de la méthode d'audit institutionnel utilisée par Debswana (voir ci-après).

Le principal enseignement tiré de ces premières études était que l'impact du VIH/SIDA ne pouvait pas être appréhendé seulement, voire essentiellement, en termes financiers. Les techniques conventionnelles de modélisation économique et financière apportent, bien entendu, une importante contribution. Les activités du secteur privé sont motivées par le profit. Une entreprise privée ne fournit généralement pas de services sociaux bien que les grandes sociétés aient pour la plupart conscience de la relation qui existe entre la satisfaction des salariés et la fourniture de prestations. Pour la majorité des hauts dirigeants d'entreprises, les questions auxquelles ils doivent s'attaquer face à l'épidémie de VIH/SIDA semblent très directes :

1. Quel est l'effet de cette maladie ?
2. Comment le mesure-t-on ?
3. Que peut-on y faire ?

Leur tendance naturelle est d'adopter une approche comptable en utilisant soit la facture salariale soit le bénéfice opérationnel comme principal indicateur de l'impact. Ils regardent ensuite les coûts et essaient d'attribuer les coûts liés au SIDA par département, activité ou centre de coût. Ces coûts sont ensuite additionnés pour fournir une estimation des coûts actuels, puis projetés dans l'avenir pour donner une estimation des coûts futurs.

Mais l'impact du VIH/SIDA sur une société est trop complexe pour n'être considéré qu'en ces termes. Outre le résultat final, le VIH/SIDA affecte, entre autres éléments, le moral du personnel, la perception que le public a de la société, la mémoire institutionnelle, les relations du travail et la communauté dans laquelle la société est située. Pour cette raison, la méthode utilisée lors de l'audit institutionnel de Debswana est considérablement plus étendue que l'approche comptable et permet à la société de riposter contre l'impact potentiel sur un plus large front. Les concepts sous-jacents à l'audit sont soulignés dans la prochaine section.

L'audit institutionnel du VIH/SIDA : un processus en six étapes

Un audit institutionnel est articulé autour des composantes suivantes qui forment une série d'étapes liées au sein du processus :

- profil du personnel
- analyse critique des postes
- évaluation des caractéristiques de la société

- estimation des engagements de la société
- productivité
- environnement général

Chacune de ces étapes est examinée l'une après l'autre.

Etape 1 : Profil du personnel : quels types de personnes sont employés ?

Cette question est traitée parallèlement à deux questions subsidiaires : quels groupes (le cas échéant) parmi les salariés sont les plus susceptibles d'être infectés ? Quels différents niveaux de qualification existent au sein de la société, quels sont leurs caractéristiques et quelle est leur importance stratégique au sein de la société ?

Groupes sensibles :

- Existe-t-il des groupes spécifiques parmi les salariés qui sont susceptibles d'être particulièrement exposés à l'infection ?
- Pourquoi sont-ils exposés ?
- La société peut/devrait-elle faire quelque chose pour réduire cette exposition ?
- La mise en œuvre de tels programmes bénéficiera-t-elle à la société ?
- Faut-il inclure tous les salariés ou uniquement ceux qui sont les plus difficiles à remplacer ?

Niveaux de qualification :

- Quels niveaux de qualification existe-t-il dans la société ?
- Combien de personnes y a-t-il à chacun de ces niveaux ?
- Quels sont les coûts de formation/de remplacement de ces personnes ?
- Etant donné les taux connus et prévus de séroprévalence, quel est le nombre de personnes dont on peut s'attendre à ce qu'elles deviennent malades ou décèdent au cours des x prochaines années dans chaque catégorie de poste ?

Facilité de formation et de remplacement :

- A quel point sera-t-il facile de former ou de recruter du personnel à chaque niveau de qualification, si l'on tient compte des coûts et du temps de formation ainsi que de l'état du marché de l'emploi national et régional ?

Etape 2 : Analyse critique des postes :

- Existe-t-il un personnel clé qu'il serait particulièrement difficile de remplacer et duquel dépend un processus de production ou administratif (par exemple, la « mémoire institutionnelle » ou la personne qui sait comment utiliser l'ordinateur) ?

Etape 3 : Caractéristiques de la société

Taille de la société et flexibilité des salariés

- A quel point sera-t-il facile de remplacer ou de fidéliser les salariés au sein de la société ?
- Existe-t-il un nombre suffisant de personnes pour permettre une formation interne ?
- La société devrait-elle mettre en place un système de « doublement des compétences » des salariés clés (c'est-à-dire, employer un salarié supplémentaire capable d'assurer chaque fonction critique) ?
- La société dispose-t-elle de ressources internes suffisantes pour pouvoir assurer le remplacement et/ou la formation ou le simple remplacement de salariés ?
- Est-elle assez importante pour déplacer des salariés pour qu'ils reprennent le poste d'autres salariés ?
- Quel est le délai nécessaire pour former ou recruter un remplaçant pour différents niveaux de qualification ?

Etape 4 : Engagements

Les engagements potentiels ou réels d'une société seront déterminés par certains ou l'ensemble des facteurs suivants :

- **Niveau et type d'avantages sociaux.** Cela concerne les contrats de travail et étudie les dispositifs de protection sociale.
- **Niveau de valeur ajoutée du travail.** Pour une société de production ou commerciale, ce facteur mesure la part du bénéfice brut attribuable au travail réalisé par les salariés. Les variables à considérer ici sont : la quantité/la qualité du travail (visibles dans les niveaux de rémunération), et le travail en proportion de tous les intrants de production. Dans une société de conception de logiciels, la valeur ajoutée du travail sera importante, mais dans une usine d'embouteillage, elle sera faible.

Etape 5 : Productivité

Il se peut que la qualité et la quantité du travail fourni par des salariés qui sont malades ou prennent soin de personnes à charge malades se réduisent. L'absentéisme peut se traduire par une baisse lente et à peine visible de la production d'une société. Comment cela sera-t-il détecté et géré ?

Substitution de la main-d'œuvre par des biens d'équipement :

- Peut-on utiliser des biens d'équipement pour remplacer des personnes qui sont malades ou décédées ?
- Un grand nombre de travailleurs non qualifiés peut-il remplacer la perte de travailleurs qualifiés ?

Sous-traitance et « multi-qualification » :

- Les fonctions non stratégiques (sécurité et nettoyage, par exemple) peuvent-elles être sous-traitées ? C'est une solution possible pour les entreprises mais il faut noter que bien qu'une telle option puisse déplacer le problème à l'extérieur de la société, cela ne le résoudra pas au niveau national.
- Les salariés peuvent-ils être formés à différentes qualifications leur permettant de faire leur propre travail ainsi que celui des autres dans le cas où cela s'avérerait nécessaire ?

Etape 6 : Environnement général :

- Quel est le cadre des relations entre les lois et les sociétés ?
- Que doit faire une société pour ses salariés en matière de prestations pour invalidité, les maintenir au travail alors qu'ils sont séropositifs au VIH mais pas malades, ou lorsqu'ils ont un SIDA déclaré mais sont trop malades pour travailler ?

Les étapes et activités d'un audit institutionnel sont résumées dans la Figure 4 (voir page suivante).

Figure 4 : Etapes et procédures d'un audit institutionnel¹

ACTIVITE	JUSTIFICATION	RESULTAT	RESSOURCES	OBSTACLES ET HYPOTHESES
1. Evaluation du fonctionnement interne (et si nécessaire externe)/de l'impact sur la société	<p>Accroître la productivité</p> <p>Définir une rentabilité de base</p> <p>Définir une pérennité de base</p>	<p>Identifier la nécessité et la nature de l'audit institutionnel. Il faut, en particulier, répondre à ces questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pourquoi envisagez-vous de réaliser un audit institutionnel ? 2. Vous faut-il passer par toutes les étapes de ce tableau ? 3. Parmi les étapes suivantes, quelles sont celles qu'il est approprié d'analyser ? 4. Que gagnerez-vous à le faire ? 5. Parmi les étapes suivantes, combien sont nécessaires ? 6. Combien des six étapes présentées dans le texte (voir Chapitre 5) est-il approprié d'analyser pour votre société et pour vos besoins ? 	<p>Relevé annuel des comptes, législation sectorielle, énoncé de mission, plan stratégique et budget précédent</p>	<p>Les outils de suivi/de gestion systématique de la société sont utilisés et les rapports sont disponibles</p>
2. Etablir le profil actuel de la société – ex : utiliser l'analyse « SWOT » (pour : Strengths, Weaknesses, Opportunities et Threats) (forces, faiblesses, opportunités et menaces)	<p>Identifier les nouvelles opportunités et les menaces éventuelles, minimiser l'impact des faiblesses et maximiser le potentiel des forces</p>	<p>Les sensibilités/vulnérabilités potentielles sont convenues et placées par priorité dans l'ordre de leur impact possible sur la productivité et/ou la pérennité de la société</p>	<p>Rapports consolidés du Système d'information pour la gestion [MIS]² et évaluations de la performance, et consultants extérieurs et arbitres indépendants</p>	<p>Les systèmes MIS et/ou de performance et/ou d'évaluation existent et peuvent être utilisés</p>

¹ Ce tableau est basé sur des idées développées par Dennis Bailey lors d'un atelier de recherche politique sur l'impact socioéconomique qui s'est tenu à Durban, Afrique du Sud, en 1999.

² MIS—Système d'information pour la gestion—est un système de collecte et d'organisation de données conçu pour fournir aux dirigeants des informations qui répondront aux questions stratégiques clés : combien de personnes, et à quels niveaux, arrêtent de travailler pour cause de maladie, de retraite anticipée, ou de congé de bienveillance ? Quels types de salariés prennent quelles périodes de congés maladie et pour quelle raison ? Aux niveaux actuels de maladie, de retraite anticipée et de décès pendant le service, combien d'années de travail peut-on attendre pour chaque année de formation ou coût unitaire de formation ? A quel point la société est-elle consciente que les absences, les retraites anticipées ou les décès pendant le service imprévus affecteront son bon fonctionnement ?

ACTIVITE	JUSTIFICATION	RESULTAT	RESSOURCES	OBSTACLES ET HYPOTHESES
3. Evaluation diagnostique détaillée	Définir et évaluer le coût de l'impact des vulnérabilités qui ont été recensées	Etablir des données de départ pour mesurer la productivité/la pérennité et/ou la croissance de la société à l'avenir	Résultats des étapes 1 et 2 ci-dessus	La société est arrivée à ce stade de son analyse et pense toujours qu'elle a un rôle, un marché potentiel et une main-d'œuvre efficace
4. Enquête environnementale	Quantifier le(s) marché(s) potentiel(s), convenir de stratégies pour la poursuite de l'activité sur le même marché (et des risques que cela implique), l'élargissement aux autres marchés ou la cessation de l'activité sur ce marché	Objectifs stratégiques, cibles et normes de performance convenus	Documents/ temps Consultants et autres spécialistes	On présume que les étapes précédentes ont été finalisées

Résultats de l'audit

Entre 1996 et 1999, la morbidité et la mortalité liées au VIH/SIDA ont augmenté parmi la main-d'œuvre de Debswana. Les hôpitaux de la société ont enregistré une augmentation du nombre de patients présentant des affections liées au VIH alors que, sur le lieu de travail, il y avait un nombre croissant de signes concrets montrant que les travailleurs étaient absents ou moins performants à cause du VIH/SIDA. C'est alors que la société a pris la décision audacieuse de réaliser une étude de séroprévalence parmi sa main-d'œuvre. Celle-ci a été facile à réaliser dans la mesure où les premiers tests de dépistage du VIH dans la salive commençaient à être disponibles à ce moment-là, ce qui a permis d'éviter les prises de sang.

Toutefois, la coopération des travailleurs et des syndicats au processus, et leur bonne compréhension de celui-ci, a été tout à fait essentielle pour sa réussite. A cette fin, les protocoles d'étude ont été très largement discutés avec les salariés et les syndicats. La société a clairement indiqué que, outre le fait qu'ils fourniraient une indication du taux de prévalence du VIH, les résultats aideraient la société à déterminer quelle forme de traitement elle pourrait et devrait fournir à ses salariés infectés et à leur famille. Le VIH se transmettant entre partenaires sexuels et de la mère à l'enfant, la société avait conscience dès le début qu'elle ne pourrait pas proposer des traitements uniquement à ses salariés mais qu'elle devrait également les mettre à la disposition de certaines personnes à charge et partenaires familiaux.

Le Dr Clive Evian, de AIDS Management and Support, s'est vu confier la mission de réaliser l'étude de prévalence. Celle-ci a été réalisée au moyen d'un test ELISA de dépistage du VIH dans la salive effectué en laboratoire, pour déterminer le statut sérologique de chaque salarié testé. L'opération était basée sur le test de quelques millilitres de salive recueillis auprès des salariés participants, et qui ont été réfrigérés et ultérieurement analysés par un laboratoire.

Les résultats de l'étude ont été complètement anonymes et aucun lien ne pouvait être fait avec les salariés. Les informations qui figuraient sur le prélèvement concernaient uniquement la fonction et l'âge. Il a été demandé aux responsables syndicaux de suivre le processus de collecte pour s'assurer du caractère anonyme de l'étude. Aucune tentative n'a été faite pour collecter la salive auprès d'un échantillon déterminé de salariés mais l'étude a plutôt cherché à collecter autant de prélèvements que possible dans chaque société et des arrangements ont été pris pour couvrir toutes les équipes de travailleurs fonctionnant par roulement.

L'étude a été finalisée en mai 1999. Le degré de coopération du personnel a été remarquable et le taux de participation s'est élevé à 74,6%. Certaines personnes avaient pris leur congé annuel et d'autres étaient en arrêt de maladie. Si cela n'avait pas été le cas, le taux de participation aurait sans doute même été supérieur. Etant donné que certains étaient en congé maladie, il est possible que l'échantillon ait légèrement sous-représenté le nombre de personnes séropositives au VIH.

Chaque salarié a indiqué sur son prélèvement son âge et, sauf dans le cas de la Botswana Diamond Valuing Company (qui est une société de très petite taille employant des personnes très spécialisées et facilement identifiables dans ses effectifs), leur catégorie de poste. Aucune autre information n'a été relevée. Le Tableau 8 indique les résultats de l'étude de séroprévalence.

Tableau 8 : Prévalence du VIH par société et catégorie de poste

Société	Total	Catégorie A : % VIH+	Catégorie B : % VIH+	Catégorie C : % VIH+	Catégorie D : % VIH+	Catégories E/F : % VIH+
Siège social	16,9	12,5	21,4	10,5	20	25
Letlhakane	25,9	30,6	25,6	27,8	33,3	0
Orapa	27,5	30,5	30	24,9	13,2	0
Jwaneng	32,2	31,8	33	30,8	21,9	33,3
BDVC	27,4					
Total/ moyenne	28,8	30,9	30,7	27,6	19,3	18,8

Source : Rapport Evian, mai 1999, Tableau 3.

Note : Les filiales TMC et Morupule de Debswana n'ont pas été incluses dans l'échantillon.

Ces résultats ont choqué. La prévalence moyenne du VIH parmi l'ensemble des salariés s'élevait à 28,8%. Le taux le plus élevé a été enregistré dans la mine de Jwaneng et le plus faible au siège social. Par catégorie de poste, la prévalence la plus élevée se situait dans les catégories A et B (dans lesquelles le personnel est le moins qualifié) et parmi le groupe d'âge 30-34 ans. Dans la mesure où ce taux était pratiquement le même que celui enregistré dans le pays à ce moment-là, cela signifiait que les campagnes d'éducation SIDA mises en place par la société n'avaient pas eu plus ou moins d'impact que les campagnes nationales.

Ces conclusions ont conduit la direction de Debswana à se décider à prendre des mesures d'urgence. Le Directeur des Ressources humaines du groupe s'est immédiatement vu confier la mission d'étudier la situation et de faire des recommandations sur la manière de riposter contre cet état de fait. La réponse a été l'organisation d'un audit institutionnel.

Il a d'abord été considéré comme suffisant de réaliser l'audit dans les trois mines, au siège social et à la BDVC dans la mesure où ce sont ces unités qui avaient participé à la première étude de séroprévalence. Toutefois, en raison de certains changements internes dans la structure et l'organisation de la société, il a ensuite été décidé d'inclure Morupule et TMC dans l'audit pour s'assurer que ces divisions bénéficieraient immédiatement des stratégies qui seraient élaborées plus tard.

Le processus d'audit a débuté par un atelier de deux jours organisé en septembre 1999 à Gaborone avec les responsables des unités d'exploitation. Cette réunion a permis d'expliquer les procédures et de définir les objectifs et les missions de chacun en consultation avec les dirigeants concernés. Sur cette base, le personnel de Debswana a commencé à collecter des données sur les éléments suivants :

Impact sur le personnel, y compris :

- absentéisme pour raison de congé maladie et de congé de bienveillance
- données sur la mauvaise santé, le départ à la retraite et le décès
- coûts de formation, de recrutement et de personnel

Impact sur la santé :

- coûts des soins de santé, taux d'occupation des lits d'hôpital (la société dispose de son propre hôpital), profil de la maladie

Postes critiques :

- recensement des postes qui étaient critiques pour le fonctionnement de la société et pour lesquels il pourrait être difficile de trouver des remplaçants.

Problèmes de collecte de données

Il est vite devenu évident que la collecte des données était confrontée à des difficultés. Le problème était que les systèmes d'information de la société n'étaient pas les mêmes dans toutes ses divisions, n'étaient pas toujours bien adaptés à ses besoins et, en particulier, ne pouvaient pas permettre de collecter des données pertinentes pour un audit sur le VIH/SIDA. Par exemple, les définitions de l'absentéisme variaient d'une unité à l'autre et celui-ci pouvait être mesuré de différentes manières. Les mesures de la productivité se révélaient encore plus difficiles à calculer. Néanmoins, un rapport préliminaire utilisant des méthodes rudimentaires a été finalisé en décembre 1999. Il a montré un certain nombre de tendances claires mais également souligné l'insuffisance des données.

Il a ensuite fallu sept mois pour collecter et analyser des données supplémentaires et pour organiser des discussions avec les parties prenantes. Bien que ce délai ait été plus long que ce qui avait été espéré ou prévu, un enseignement très important a été tiré du processus : une étude lente et impliquant tout le personnel sera plus facilement acceptée qu'une étude rapide mais n'a pas pour effet de faire que les parties prenantes se sentent impliquées. Ainsi, un principe important est apparu : l'inclusion de tous doit être le maître mot d'un audit sur le VIH/SIDA et ceci pourrait signifier qu'il requiert davantage de temps. En outre, la collecte et le tri des données ont souvent été des opérations sensibles, exigeant beaucoup de diplomatie dans la mesure où les intérêts inter-départementaux et inter-divisions étaient menacés par la nécessité de standardiser et de vérifier l'exactitude des données. En bref, l'audit a révélé des insuffisances banales dans les systèmes et le fonctionnement, ce qui est normal et tolérable dans toute société. Dans le cadre du processus d'audit, elles ont soudain semblé très marquées.

Ce travail a été réalisé par le personnel de Debswana, ce qui signifie qu'il a pris conscience des forces et des faiblesses du système d'information pour la gestion et acquis une bonne connaissance des objectifs de l'audit. Pendant cette période, bon nombre de concepts ont été clarifiés.

Présentation des conclusions

Lorsque le rapport d'audit a été finalisé après pratiquement 12 mois de travail, il a été présenté lors d'un atelier de deux jours aux cadres des unités d'exploitation de la société.

Les objectifs de cet atelier étaient de :

- partager les résultats de l'audit et favoriser les discussions sur les thèmes de la vulnérabilité et des implications au niveau des coûts, des politiques des ressources humaines et de la fourniture de soins de santé ; et

- faciliter les discussions sur les traitements. Cela signifiait s'intéresser à la question relative aux traitements que la société devrait fournir, notamment, fallait-il proposer des traitements antirétroviraux et, si oui, à qui – aux salariés, à leur famille ou plus largement encore ?

Les questions clés suivantes ont été identifiées comme exigeant une spécification claire si une stratégie efficace de lutte contre le VIH/SIDA devait être élaborée :

- **Stratégie de lutte contre le VIH/SIDA du groupe** : Sans une telle stratégie, la société ne pourrait pas survivre. Il fallait mettre en place de toute urgence un plan d'action.
- **Elaboration d'un système d'information pour le groupe** : Le système d'information pour la gestion (MIS) nécessiterait d'être restructuré pour permettre à la société de tirer des données précises et fiables sur la prévention, le traitement et l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA. Il faudrait que la base de données médicales ait une interface avec les données relatives aux questions financières et aux ressources humaines.
- **Provision pour les coûts futurs** : La société devait avoir conscience des coûts actuellement visibles et futurs probables, et être à même d'y faire face financièrement. Il est clairement apparu que les coûts devraient inclure les traitements antirétroviraux pour les salariés.
- **Amélioration de la planification en matière de main-d'œuvre** : Ceci était important pour la survie à long terme de la société. Elle devrait tout inclure, englobant la politique de formation de la société, et tenir compte des coûts.
- **Formation sur le mode de vie** : Ceci devrait faire partie du programme de prévention et impliquer l'éducation des salariés d'une manière qui soit novatrice et différente de la pratique actuelle. En particulier, certains ont pensé que la formation sur le mode de vie devrait toucher les communautés et contribuer à la création d'une culture qui encouragerait une communication plus ouverte au sujet des relations sexuelles.
- **Restructuration des prestations sociales** : Ce point a constitué une question clé dans la mesure où il était clair que les prestations sociales auraient besoin d'être restructurées pour permettre une certaine souplesse et pour tenir compte de la stratégie de formation de la société. L'une des possibilités était de donner aux salariés le choix entre une prime et une pension, en fonction de leurs besoins spécifiques. Cela requerrait un système indépendant de gestion des prestations et un système qui motive les individus à rester séronégatifs.

- **Questions médicales** : Le traitement, le test et le conseil dépendront de leur accessibilité financière pour les personnes et des capacités de la société en la matière. Il a été convenu que les personnes devraient être encouragées à se faire tester volontairement.
- **Capacité et aptitude institutionnelles** : La société devrait mettre en place des politiques et des instruments lui permettant de suivre en permanence l'adéquation et la disponibilité de ses ressources (humaines et financières) pour faire face à l'impact de l'épidémie.
- **Questions juridiques** : Le besoin s'est clairement fait sentir de sensibiliser les cadres et les salariés aux questions juridiques concernant la gestion du SIDA sur le lieu de travail.
- **Questions relatives à la productivité** : La société devrait établir des procédures lui permettant de suivre l'évolution de la productivité et donc d'identifier les baisses liées au SIDA. Cela impliquerait l'élaboration de nouveaux systèmes de collecte et d'analyse des données.

Pour répondre à cette foule de questions, trois groupes de travail ont été constitués et les missions suivantes leur ont été attribuées :

Groupe 1 : Elaborer des directives sur les fonctions clés/critiques de la société et faciliter l'établissement d'une liste de postes critiques pour chaque division.

Groupe 2 : Examiner les prestations sociales (y compris les traitements antirétroviraux) et recommander des pistes pour les restructurer afin de réduire l'impact lié au VIH/SIDA.

Groupe 3 : Elaborer une stratégie générale de lutte contre le VIH/SIDA.

La première tentative de recensement des postes critiques s'est révélée particulièrement intéressante. Il a d'abord été demandé à chaque section opérationnelle de la société de réaliser ce recensement avant la réunion. Chacune est venue avec une liste très longue et différente. Il a été intéressant de noter que chaque liste incluait les postes de ceux qui les avaient dressées ! Il est vite apparu évident que la conception de ce qui était **critique** devait être étudiée. A mesure que les discussions avançaient, il est devenu clair, et ce n'est peut-être pas si surprenant que cela, que le caractère critique ne faisait pas nécessairement référence soit au niveau d'éducation requis soit à la position d'encadrement dans la hiérarchie de la société. Par exemple, une visite à l'une des mines et les discussions avec la haute direction ont révélé que, dans ces divisions, les postes critiques étaient occupés par les chauffeurs de camions qui convoyaient les matériaux bruts de la mine aux concasseurs. Ces immenses camions, d'une capacité de 170 tonnes chacun, nécessitaient d'être conduits par des chauffeurs qualifiés et roulaient,

dans le meilleur des cas, 24 heures sur 24. Dans cette mine, il y avait 20 camions et 80 personnes capables de les conduire. Il est devenu évident que chacun de ces chauffeurs relativement mal payés était hautement qualifié et que leur rôle était critique pour la société.

Recommandations à l'attention du Comité exécutif

L'atelier a élaboré des recommandations pour le Comité exécutif de Debswana (Exco). C'est lors de cette réunion qu'ont été prises les décisions finales concernant la riposte de la société à l'épidémie. L'atelier et la réunion avec l'Exco ont eu lieu en août 2000. Les principales conclusions présentées devant le Comité exécutif ont été les suivantes :

- Debswana devait procéder rapidement à la formulation d'une stratégie ;
- il fallait prendre des décisions concernant la fourniture de médicaments antirétroviraux, y compris sur des questions telles que : à quel niveau, à qui et de quelle manière ?
- il fallait définir les fonctions critiques et entreprendre une planification à l'échelle du groupe pour les remplacements à court et à long termes ; et
- un système d'information pour la gestion devait être élaboré et perfectionné.

Le Comité exécutif de Debswana a approuvé l'ensemble de ces conclusions et convenu, en outre, ce qui suit :

- la question du VIH/SIDA et de ses effets sur les divisions devrait être incluse dans les points à étudier régulièrement dans les audits trimestriels de la société ;
- la société devrait élaborer des normes pour la gestion du SIDA similaires à la norme ISO 14000 ;
- un « test SIDA » – c'est-à-dire un examen des connaissances de chacun sur le VIH/SIDA avant l'embauche et la promotion à certains niveaux de responsabilité – devrait être mis en place ;
- la société Debswana devrait utiliser son positionnement sur le marché afin d'insister pour que les entreprises qui collaborent avec elle adoptent des normes d'assurance de la qualité concernant leurs propres politiques en rapport avec le VIH/SIDA (d'où il faudrait que ces entreprises suivent de bonnes pratiques au niveau de leurs propres salariés) ;

- la situation nationale et le rôle de Debswana dans la formulation du débat devraient être suivis de manière permanente – mesure nécessaire en raison du rôle très important joué par la société dans l'économie botswanaise ;
- une étude de prévalence du VIH par poste devrait être renouvelée tous les deux ans avec pour objectif d'améliorer la planification des ressources humaines ; et
- il était urgent de prendre une décision concernant le test avant et après l'embauche – décision particulièrement importante dans la mesure où les programmes de formation de Debswana faisaient partie du développement d'une norme nationale de qualification.

6. Les enseignements retenus

La fourniture de médicaments antirétroviraux

La décision d'aider les salariés à obtenir des traitements antirétroviraux ne dépendait pas seulement du processus d'audit institutionnel. Pour arriver à la décision finale de savoir si le Conseil devait approuver la fourniture des traitements antirétroviraux, la société avait également commandé deux études actuarielles pour établir :

- a. les coûts détaillés de la fourniture de traitements antirétroviraux aux salariés de Debswana, en prévoyant une subvention pour le personnel ;
- b. l'entité juridique que Debswana pourrait créer pour financer et administrer le protocole de traitement contre le SIDA ;
- c. l'impact financier du SIDA sur les prestations fournies par Debswana à ses salariés ;
- d. l'ampleur de l'évolution probable de ces coûts si la société fournissait des traitements antirétroviraux à ses salariés ; et
- e. à quel point la société pouvait-elle justifier d'un point de vue économique le financement de médicaments antirétroviraux destinés à ses salariés.

La principale conclusion est qu'il en coûterait à Debswana et à ses filiales 11,9% de la masse salariale totale pour fournir des traitements antirétroviraux à ses salariés et à leur conjoint, si les médicaments étaient achetés au prix de détail, et si le coût total était entièrement supporté par la société. Ce coût reviendrait à

10,7% si les salariés séropositifs au VIH contribuaient au paiement du prix des médicaments à hauteur de 10%.

Concernant le véhicule de financement, l'étude a recommandé la création d'un fonds fiduciaire qui serait géré par un Conseil d'Administrateurs fiduciaires composé de représentants de l'employeur et des salariés. La fonction des Administrateurs fiduciaires serait de gérer les coûts relatifs à la fourniture des médicaments et de suivre les charges virales et le nombre de T4.

La direction de Debswana pense que la fourniture de médicaments antirétroviraux est impérative parce qu'elle se traduit par une meilleure santé des personnes qui peuvent ainsi rester productives plus longtemps et soutenir leur famille. Elle se traduit aussi par une diminution de l'absentéisme/des congés maladie, une diminution des coûts d'hospitalisation et de soins aux patients, et une réduction des coûts de réembauche/remplacement et de maintien des personnels à leur poste ainsi que par une réduction des coûts d'assurance-groupe sur la vie et d'invalidité.

Malgré le fait que le coût financier de la fourniture de traitements antirétroviraux dépasse les économies de coûts pour la société, le Comité exécutif a accepté de recommander ce qui suit au Conseil :

- Une stratégie d'allongement de la durée de vie productive par la mise à disposition de traitements antirétroviraux.
- Une politique d'assistance aux salariés séropositifs au VIH et au **seul conjoint auquel ils sont légalement mariés**, tel que désigné par le salarié, pour mettre à disposition un minimum de bithérapie à partir du stade asymptomatique du VIH et une trithérapie au stade symptomatique du SIDA sur la base d'un paiement conjoint des coûts. La proposition de paiement conjoint représente pour le salarié 10% des coûts des médicaments et du suivi. Les salariés participant à des programmes de soutien médical bénéficieraient de cette subvention une fois que leur droit à bénéficiaire desdits programmes serait épuisé.
- La création d'un fonds fiduciaire pour gérer les coûts de la fourniture de médicaments et d'un suivi de la charge virale et du nombre de T4.

La recommandation susmentionnée, qui ne pourrait pas être justifiée par des considérations financières uniquement, a été considérée comme faisant partie d'une stratégie globale de prise en charge et d'appui des salariés infectés par le VIH et visant à améliorer leur qualité de vie. Elle a également été considérée comme une manière d'atténuer les coûts humains et systémiques, qui sont plus difficiles à quantifier. Ces coûts incluent une baisse de moral, de motivation, des performances de la main-d'œuvre et de cohésion, ainsi que la perte de la

mémoire institutionnelle et l'impact psychologique de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité.

Il est important de noter que la société a décidé de ne pas fournir de médicaments gratuitement mais de demander aux salariés de payer 10% de leur coût. Ce choix permet de garantir qu'ils ont un intérêt direct à poursuivre le programme. Le programme de prévention de la transmission mère-enfant est également ouvert gratuitement à tous par le biais du système de santé public national. La société a également indiqué clairement qu'elle ne fournirait un traitement qu'à un seul conjoint déclaré. Ceci est cohérent avec la fourniture d'autres prestations. La société ne proposera pas de traitement antirétroviral aux enfants des salariés.

En mars 2001, le Conseil a approuvé la proposition de politique et de véhicule de financement. La fourniture de traitements antirétroviraux se fait par l'intermédiaire d'un programme de gestion de la maladie pour s'assurer que le traitement est débuté au bon stade de la maladie, que les combinaisons de médicaments sont adéquates, que le personnel médical reçoit la formation appropriée et qu'il y a un suivi constant des patients pour s'assurer qu'ils respectent leur traitement.

Le programme a débuté le 14 mai 2001 et sept patients étaient inscrits à la fin de ce mois. A la fin avril 2002, 190 patients étaient inscrits au programme. Sur ceux-ci, 148 ont commencé un traitement et 42 seulement n'ont eu besoin que d'un suivi. Sur les personnes inscrites, 149 étaient des salariés et 41 des conjoints. Il est encourageant de constater que 27 salariés se sont inscrits au programme avec leur conjoint.

Les patients semblent en majorité s'inscrire lorsque leur système immunitaire a été gravement endommagé ; 56,2% des patients se sont en effet inscrits au stade symptomatique du SIDA.

Le suivi des patients est réalisé par téléphone et se déroule bien. Sur les patients inscrits, 95% sont suivis. Seuls deux patients ne participent pas au suivi et reçoivent des conseils. Les autres respectent leur traitement. Une seule personne a abandonné le programme et cinq sont décédées depuis sa création.

Le taux d'inscription est fonction de la connaissance que chacun a de son statut sérologique et de ce qu'il sait du traitement antirétroviral. Les défis du programme dans ce domaine sont de promouvoir de manière dynamique le conseil et le test volontaires (CTV) et une éducation sur les médicaments antirétroviraux de sorte que les salariés puissent prendre des décisions en connaissance de cause. Une fois que les personnes connaissent leur statut sérologique et les avantages du traitement, elles sont entièrement libres de choisir ou non de s'inscrire au programme.

L'Acte fiduciaire constitutif du fonds fiduciaire a été finalisé, ce qui a permis sa création. Le coût de financement a été révisé après la baisse significative du prix des médicaments antirétroviraux en mars 2001, ainsi qu'après la chute du taux de prévalence du VIH parmi les salariés de la société de 28,8% en 1999 à 22,6% en 2001. Le coût de financement représente maintenant 3,9% de la masse salariale totale à la suite de la baisse des taux de prévalence et des prix des médicaments.

L'assurance des entreprises collaboratrices

À la suite de la recommandation faite pendant l'atelier d'audit institutionnel selon laquelle il faudrait une assurance de la qualité des entreprises collaboratrices en matière de VIH/SIDA, la société a adopté comme stratégie d'obtenir l'engagement des parties prenantes qui sont importantes pour le succès de son programme de lutte contre le VIH/SIDA. Cet avant-projet de stratégie a été élaboré et adopté dans les deux mois qui ont suivi la réunion d'août 2000 du Comité exécutif.

Des directives ont été élaborées et approuvées qui demandaient à toutes les sociétés désireuses de travailler avec Debswana de « soutenir activement les politiques et les efforts de Debswana en matière de promotion de la santé et de la sécurité, et tout particulièrement, de lutte contre la propagation du VIH/SIDA ». Les directives stipulent ce qui doit être couvert par une politique de lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail, et les faits médicaux de base et les questions relatives au lieu de travail qui doivent figurer dans un tel programme d'éducation. Elles définissent également quelles sont les structures et les installations qui devraient être fournies aux salariés, telles que des opportunités pour assister à des conférences d'information, des rendez-vous dans les dispensaires pendant les heures de travail et la fourniture de préservatifs gratuits sur le lieu de travail.

Debswana demande également aux entreprises collaboratrices qu'elles participent à des comités SIDA multisectoriels et à des structures d'éducation par les pairs, et se réserve le droit de vérifier que ces sociétés se conforment à sa politique. À la suite de la publication de la politique au début 2001, les entreprises qui interviennent dans les mines de manière temporaire ont participé à l'étude de séroprévalence réalisée par la société. Cette participation a été importante dans la mesure où elle a permis de montrer que les taux de prévalence du VIH étaient nettement plus élevés parmi les entreprises collaboratrices que dans toutes les autres sociétés du groupe. Le taux de prévalence total était de 24,4% dans l'ensemble des salariés, de 22,6% parmi le personnel permanent et de 28,4% parmi le personnel des entreprises collaboratrices.

Ceci signifie que la politique est importante car elle permet à Debswana d'utiliser son influence pour faire avancer les choses en dehors de ses frontières immédiates. En outre, elle cible des employeurs dont les salariés sont nettement

plus sensibles à l'infection et ont besoin d'une attention supplémentaire. La politique est utilisée dans le cadre d'une documentation pour les procédures de soumission, ce qui garantit que chaque société qui désire faire des affaires avec Debswana doit « se conformer » à sa politique de lutte contre le VIH/SIDA.

Le processus d'identification des postes critiques

L'un des principaux résultats de l'audit a été l'élaboration de directives pour l'identification et l'analyse des postes critiques qui sont fondamentaux pour l'activité des mines et le traitement des diamants ainsi que pour l'activité de chacune des filiales. L'identification de ces emplois aidera à les cibler au sein des stratégies de réduction des risques spécifiques, y compris les stratégies de recrutement, de formation du personnel et de planification des remplacements. Le résultat de cette opération, qui a été finalisée à la fin octobre, est que sur les 5 814 emplois dans les mines de Debswana et ses filiales, 1 566 (soit 26,9% du total) ont été identifiés comme critiques. La majorité de ces emplois critiques dans l'ensemble des sociétés se situait dans la catégorie B.

Le point de départ de la procédure de recensement des postes critiques chez Debswana a été la définition des objectifs d'activité pour toutes les divisions à l'exception du siège social. C'est de ces objectifs que les chaînes critiques ont été tirées ainsi que leurs fonctions.

L'identification effective des postes critiques a débuté par le classement de toutes les fonctions de la société dans les trois grands groupes suivants :

Fonctions importantes — celles qui sont nécessaires sur le plan opérationnel pour un fonctionnement efficace de la société,

Fonctions essentielles — celles qui fournissent un appui au fonctionnement ou sont obligatoires dans une société du fait de la loi, et

Fonctions critiques — celles qui sont fondamentales pour la chaîne critique du processus d'activité.

Pour savoir si les fonctions étaient critiques, elles ont été soumises à un « dispositif de sélection des postes critiques ». C'était la première étape du test. Le dispositif impliquait les trois questions suivantes :

Y a-t-il un risque important pour que la fonction puisse :

- stopper la production ?
- interrompre le processus de production ?
- avoir un impact sur la qualité du produit ?

Si la réponse était « oui » à une au moins des questions ci-dessus, le poste était considéré comme critique.

La deuxième étape consistait à tester l'importance du caractère critique (ou « criticité ») sachant que tous les postes qui avaient passé le test susmentionné étaient critiques, mais n'avaient pas nécessairement la même criticité. Un « formulaire d'évaluation des postes » contenant quelques facteurs de criticité prédéterminés a été utilisé à cette fin. Chacun des facteurs critiques était multiplié par une « pondération en fonction du temps de reprise », qui correspondait au niveau de la difficulté liée à la reprise du travail normal lorsque les personnes chargées dudit travail étaient absentes.

Le niveau de criticité des postes était égal à la somme du produit des facteurs critiques et des pondérations en fonction du temps de reprise.

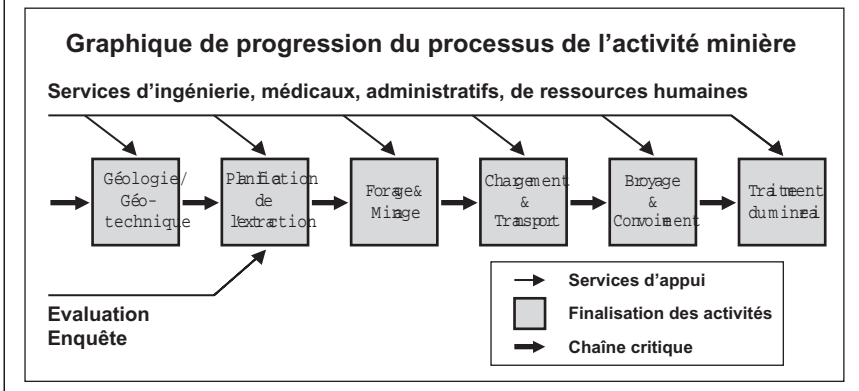
Exemple : Chaîne critique de Debswana Diamond Mining

La chaîne a été définie en fonction de l'objectif de la société : « extraire et produire des diamants » et utilisée pour déterminer les postes critiques dans les mines de diamant de Debswana. La chaîne décrit essentiellement le processus entre le moment où des sites potentiels d'extraction sont identifiés et le moment où les diamants sont transportés à la Botswana Diamond Valuing Company (BDVC).

Le point de départ est le prélèvement d'échantillons et l'étude de la minéralisation par des géologues. La planification de l'extraction constitue la fonction suivante à l'occasion de laquelle la conception des plans d'extraction est réalisée. Après approbation du plan d'extraction, celui-ci est remis aux divisions d'extraction qui le mettent en œuvre. C'est alors que les fonctions de forage, de minage, de chargement et de transport apparaissent. Viennent ensuite les fonctions de broyage et de convoiement puis la dernière fonction est le traitement du minerai qui inclut le tri, le lavage et la séparation des diamants des déchets. Les diamants sont ensuite transportés dans une unité d'évaluation où ils sont classés en fonction de leur qualité et de leur taille.

Les opérateurs miniers réalisent la majorité des fonctions de cette chaîne.

Chaîne critique de l'exploitation des diamants



Il faut noter que tous les emplois sont nécessaires dans une société. Ils sont pour la plupart importants et certains sont requis du fait de la loi. Les emplois critiques, qui englobent principalement un quart de l'effectif total de Debswana, sont fondamentaux pour les objectifs de la société et ne se situent que dans des chaînes critiques déterminées. Toutefois, pour qu'une société fonctionne efficacement, les emplois critiques sont insuffisants et les emplois importants et essentiels sont nécessaires pour donner une image complète et fonctionnelle de la société.

La nouvelle stratégie de lutte contre le VIH/SIDA

Avant l'an 2000, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA faisaient partie de la stratégie axée sur la santé et la sécurité. L'audit institutionnel a permis d'identifier la nécessité d'élaborer une stratégie distincte en rapport avec le VIH/SIDA afin de donner à cette question l'attention qu'elle méritait. Une équipe a été constituée pour élaborer la stratégie qui a été englobée dans la stratégie d'ensemble de la société lors de son examen en octobre 2000. La mission et l'objectif suivants ont été adoptés :

Mission : réduire l'impact du VIH/SIDA sur nos salariés, leur famille et la société par le biais de la prévention de nouvelles infections, les soins et l'appui aux personnes infectées et de la maîtrise des coûts.

Objectif : devenir une société de référence mondiale dans la lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail.

En outre, six stratégies ont été identifiées :

Maîtrise de l'épidémie — stratégie de prévention de nouvelles infections parmi les salariés et leur famille, en ciblant particulièrement les jeunes et la communauté.

Maîtrise de l'impact économique — stratégie visant à minimiser l'impact financier du VIH/SIDA sur la société pour assurer sa survie. Cela est fait grâce à une planification proactive des différents indicateurs de l'impact du VIH/SIDA tels que les décès, la maladie, les congés maladie et la planification ciblée des remplacements, particulièrement pour les postes qui ont été identifiés comme critiques pour l'activité d'extraction et de récupération de diamants, qui constitue l'objectif fondamental de la société.

Vivre avec le SIDA — stratégie visant à minimiser l'impact négatif du SIDA sur les salariés qui vivent avec la maladie par le biais de politiques habilitantes et par l'amélioration de leur qualité de vie et de leur productivité. L'accent est mis sur la promotion d'un mode de vie sain grâce à une alimentation équilibrée, un bien-

être physique, mental et spirituel et la fourniture d'un traitement antirétroviral aux salariés et à leur conjoint qui sont infectés par le virus.

Engagement des parties prenantes — stratégie visant à engager les parties prenantes qui sont importantes pour le succès du programme de lutte contre le VIH/SIDA de la société en fixant des normes et des directives à suivre pour ces- dites parties prenantes et par le biais de la collaboration et des partenariats.

Mesure d'évaluation et suivi — stratégie pour une évaluation régulière de l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH/SIDA de la société et mesure et suivi constants des indicateurs de l'impact du VIH/SIDA tels que les décès, l'absentéisme, les congés maladie, les coûts et les prestations.

Communication — stratégie d'appui aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA et pour sensibiliser davantage les parties prenantes à ces initiatives et à d'autres, de manière interne et externe. Cette stratégie a également pour but de promouvoir l'objectif de Debswana de devenir une société de référence mondiale dans la lutte contre le SIDA sur le lieu de travail.

L'élaboration d'une norme de compétence en matière de SIDA pour les directeurs

La gestion du SIDA est considérée chez Debswana comme faisant partie intégrante de la gestion des ressources humaines et financières. Il est demandé à tous les directeurs d'avoir un niveau de compétence dans la gestion des coûts et des ressources humaines, et il est donc tout naturel qu'ils aient aussi un niveau de compétence pour les questions liées au SIDA. La nécessité d'élaborer des normes de compétence en matière de SIDA pour les directeurs a été identifiée pendant l'atelier d'audit institutionnel. Bien que ces normes n'aient pas encore été mises en place, les domaines de compétence suivants ont été recensés et pourraient être légèrement modifiés/fusionnés à la suite d'une opération de test qui aura lieu avant l'application de la norme :

- a) faits médicaux, épidémiologie de base et sources de données ;
- b) déterminants de l'épidémie de VIH ;
- c) impact du VIH/SIDA sur les personnes, l'entreprise et la société ;
- d) questions liées au VIH/SIDA sur le lieu de travail ; et
- e) politiques et pratiques de Debswana en matière de VIH/SIDA et leur bien-fondé.

L'application de ces normes sera réalisée dans le cadre des objectifs 2002 et celles-ci seront utilisées pendant le processus de sélection pour déterminer la compétence des nouveaux directeurs rejoignant la société à des niveaux spécifiques.

L'élaboration d'une norme de gestion du VIH/SIDA

Parallèlement aux activités en place au Botswana, une nouvelle initiative a été élaborée en Afrique du Sud qui répond parfaitement aux objectifs et aux résultats que Debswana souhaite atteindre. Elle concerne l'élaboration d'une norme de gestion du VIH/SIDA – la « AIDS Management Standard Initiative (AMSI) » (initiative pour une norme de gestion du SIDA) par un groupe d'étudiants de l'Université du Cap.

La norme de gestion du SIDA (AMS) est une norme pour la gouvernance des sociétés qui fournira aux entreprises un moyen systématique pour lutter contre la pandémie de SIDA. La conformité aux critères fixés par la norme indiquera l'engagement de la société vis-à-vis d'une politique de lutte contre le SIDA sur le lieu de travail et aidera, à long terme, à réduire la propagation du VIH/SIDA parmi la population.

Comme les séries de normes ISO, l'AMSI fournira un cadre pour définir les stratégies de lutte contre le SIDA des sociétés. L'effet final prévu de l'AMSI sera une augmentation de la productivité et une meilleure information de la main-d'œuvre, ainsi que la minimisation des dommages causés par la non-prise de mesures en la matière. L'agrément d'un programme de lutte contre le SIDA par un audit indépendant sera la marque d'une bonne pratique de gestion montrant une image publique de l'engagement d'une société à maintenir la valeur des actifs de ses actionnaires. L'AMSI travaille pour atteindre une reconnaissance large qui donnera à la norme de gestion du SIDA sa légitimité et sa crédibilité.

Une fois qu'un organisme indépendant aura vérifié la conformité, l'agrément sera donné sous la forme d'une marque que la société sera invitée à afficher sur ses matériels promotionnels et autres. Cela aidera à propager la sensibilisation à travers le marché et indiquera également aux investisseurs, aux partenaires commerciaux potentiels et, en fait, aux parties prenantes, les normes de qualité et l'état de préparation qui existent au sein de la société.

L'AMS fournit aux sociétés des mesures efficaces et pratiques pour faciliter :

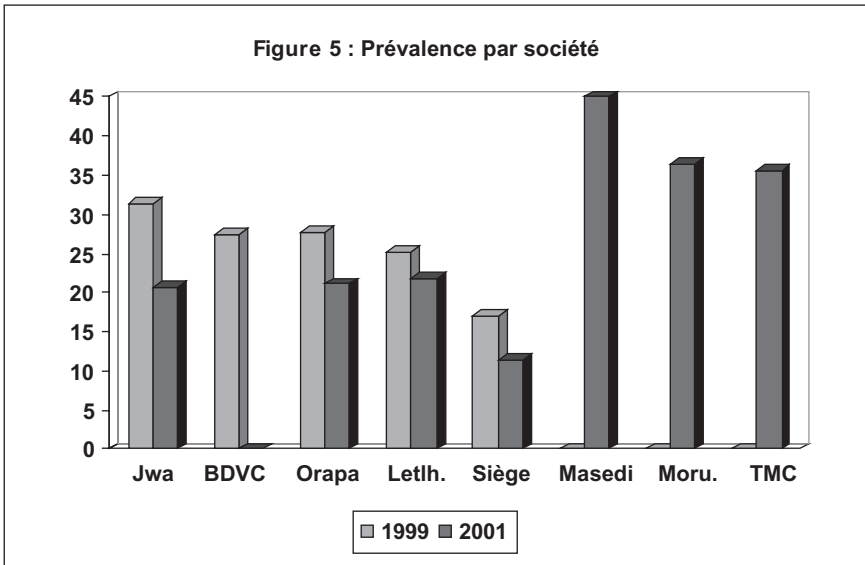
1) la connaissance par tous les directeurs des effets du VIH/SIDA sur leur société ; 2) l'analyse du risque par la société afin de vérifier l'étendue des effets du VIH/SIDA sur elle-même ; 3) le repositionnement stratégique de la société considérée dans son ensemble compte tenu des effets de la pandémie ; et 4) l'information de toutes les parties prenantes des mesures prises et des progrès enregistrés.

La norme devrait devenir non seulement un moyen pour gérer le problème mais également une source d'avantage concurrentiel pour la société et une référence pour les investisseurs.

7. Actualisation de l'étude 2001

Une étude de prévalence a été réalisée en juin et en juillet 2001 au siège social, aux mines de Jwaneng, d'Orapa et de Letlhakane et, pour la première fois, dans les sociétés Morupule Colliery, Teemane Manufacturing Company et Masedi. Le taux de participation à l'étude, de 74% des effectifs totaux de ces unités, a été élevé et correspond à 81% des salariés en activité. En raison de problèmes liés à l'emploi, le taux de participation chez BDVC a été faible, de 23% seulement. Les résultats de cette société n'ont donc pas été pris en compte pour éviter des distorsions au niveau du résultat global.

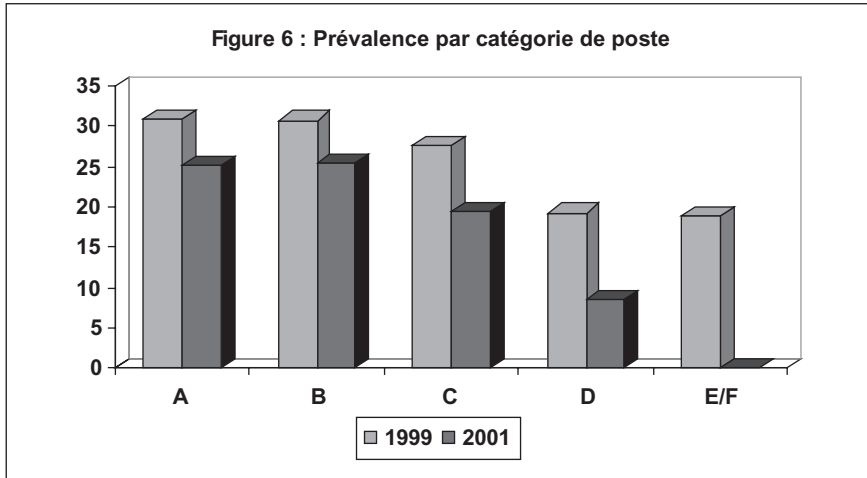
Figure 5 : Prévalence par société



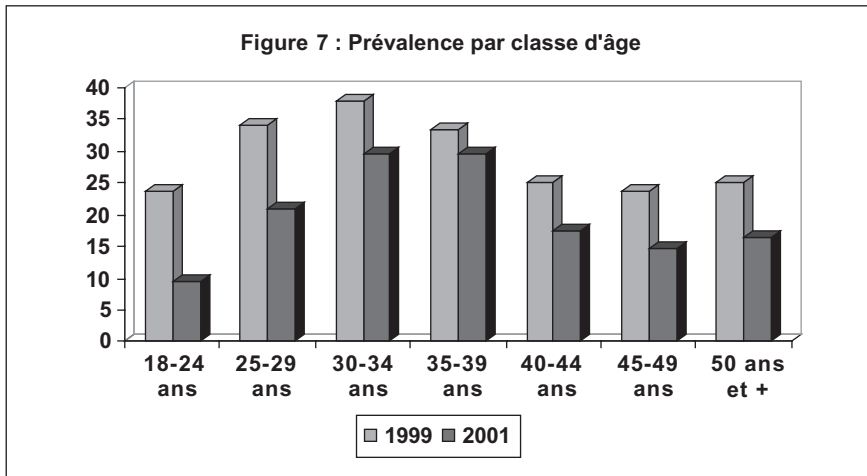
Par rapport aux résultats de 1999, l'on a constaté une diminution de 6,2% du taux de prévalence qui est passé de 28,8% en 1999 à 22,6% en 2001. Toutefois, les trois sociétés qui ont participé pour la première fois à l'étude affichaient toutes des taux de prévalence supérieurs à 30%. Ces sociétés sont des filiales, et contrairement aux sociétés d'exploitation des mines de diamant, elles ne bénéficient pas depuis longtemps d'actions de sensibilisation et d'éducation à la question du SIDA.

La Figure 5 montre les résultats de l'étude de prévalence du VIH par société.

Les taux globaux par catégorie de poste étaient également plus faibles en 2001 qu'en 1999. Cette année-là, les taux de prévalence des catégories A et B dépassaient 30% alors qu'ils étaient plus proches des 20% en 2001, comme indiqué dans la Figure 6 (voir page suivante).



La même caractéristique a été observée dans tous les groupes d'âge, comme le confirme la Figure 7.



Bien que cette baisse du taux de prévalence soit encourageante, les raisons de son origine ne sont pas évidentes et il faudra une série supplémentaire au moins de données pour définir des tendances claires. Bien qu'il soit nécessaire d'analyser les données de manière plus approfondie, il est toutefois peu probable que la fourniture de médicaments antirétroviraux ait influencé ces tendances. Il semble plus raisonnable de penser que l'ouverture d'esprit, le souci de la direction de faire reculer l'épidémie et les interventions permanentes ont toutes eu une influence.

8. L'avenir : quels sont les enseignements que les autres organisations et sociétés privées peuvent tirer de l'expérience de Debswana ?

L'audit institutionnel de Debswana sur le VIH/SIDA a fourni un certain nombre d'enseignements. Ils s'appliquent non seulement aux sociétés commerciales mais sont également pertinents pour les organisations non gouvernementales et, ce qui est peut-être plus important, pour les gouvernements. Ces enseignements sont résumés et brièvement commentés ci-dessous, ouvrant la voie vers l'avenir.

- Un audit institutionnel ne peut pas être considéré comme un simple exercice comptable. Il peut utiliser certaines des techniques comptables ou économiques (par exemple, l'actualisation des flux de trésorerie, l'analyse du rapport coût/efficacité et du rapport coûts/avantages), mais ses préoccupations sont beaucoup plus vastes.
- Pour être efficace, un audit institutionnel nécessite une consultation étendue des salariés. Les travailleurs doivent être convaincus que l'audit est entrepris dans leur intérêt ainsi que dans celui de la société/l'organisation.
- L'audit n'est pas un processus mécanique établi à partir d'une formule. L'expérience d'un certain nombre d'organisations ou de sociétés autres que Debswana a clairement démontré que chaque audit institutionnel sur le VIH/SIDA est unique. Ses préoccupations et ses processus reflètent les capacités, les aptitudes et les activités spécifiques de chaque société/organisation.
- La procédure de réalisation d'un audit sur le VIH/SIDA est pratiquement aussi importante que ses résultats. Dans certains cas, la procédure peut se révéler encore plus importante que le résultat lorsque les directeurs de la société ne parviennent pas à s'attaquer aux problèmes recensés avant d'avoir entrepris l'audit ensemble. De ce fait, l'audit lui-même a des fonctions importantes d'éducation et de renforcement des équipes.

Les activités d'une société – ce qu'elle fait et son positionnement sur le marché – influenceront inévitablement sa réaction aux résultats d'un audit sur le VIH/SIDA. De Beers et le gouvernement du Botswana détiennent chacun 50% de la société Debswana. En tant qu'entreprise minière, cette dernière est liée à une zone géographique particulière. Elle ne peut donc pas réagir en s'installant ailleurs. Une autre société qui ne présenterait pas ces caractéristiques spécifiques pourrait décider que les coûts supplémentaires associés à la lutte contre le VIH/SIDA dépassent ses avantages et choisirait de déplacer ses activités ailleurs dans un lieu où l'épidémie de VIH/SIDA ne constitue pas un problème. En outre, l'association étroite entre Debswana et le gouvernement signifie que cette

entreprise est peut-être plus encline à prendre la question de la protection sociale des travailleurs plus sérieusement que si elle était une société appartenant strictement au secteur privé.

Debswana occupe une place très importante dans l'économie locale et peut de ce fait persuader ses sous-traitants et fournisseurs de se conformer aux bonnes pratiques. Il est possible que d'autres sociétés intervenant sur différents marchés ne soient pas à même d'imposer de telles conditions.

Debswana a pu adopter une politique généreuse en matière de fourniture de médicaments antirétroviraux car la proximité de l'Afrique du Sud permet que les coûts pour le personnel soient inférieurs à ce qu'ils auraient été si la société exerçait ses activités dans un environnement moins favorable et moins riche. Dans la pratique, Debswana a pu sous-traiter la fourniture des traitements antirétroviraux et le suivi auprès du secteur privé en Afrique du Sud. Grâce à son envergure et à son influence, la société est également parvenue à négocier un bon prix pour les médicaments auprès de certaines grandes sociétés pharmaceutiques.

Les enseignements que les autres sociétés peuvent tirer de cette expérience sont étonnamment simples. Ils incluent ce qui suit :

- Il est difficile de mesurer et de suivre l'impact du VIH/SIDA sur une société sauf s'il existe un bon système d'information pour la gestion.
- Il n'est utile de connaître les taux de prévalence du VIH dans une société que si cette information est susceptible d'être utilisée pour atteindre les buts pratiques suivants :
 - planifier les besoins en ressources humaines,
 - évaluer les prestations, et
 - étudier les solutions de traitement.
- Il ne suffit pas de regarder les coûts ; une société doit également s'intéresser aux postes critiques – ceux pour lesquels le manque d'expérience, le manque de personnel qualifié ou les niveaux élevés d'absentéisme risquent de compromettre l'efficacité de la société.
- La « criticité » des postes peut être difficile à prévoir et l'identification des postes critiques peut impliquer une réflexion très complexe.
- Une société ne fonctionne pas de manière isolée ; elle doit s'intéresser à ses relations avec d'autres sociétés, le gouvernement et la communauté, et étudier comment ses décisions en matière de riposte au VIH/SIDA affectent – et sont affectées par – l'environnement au sens plus général.

- Il est nécessaire de s'engager dans le processus à tous les niveaux de la société et cela est particulièrement important si l'on veut que les conclusions d'un audit soient appliquées efficacement.
- La meilleure manière de s'assurer qu'une société « s'approprie » les résultats d'un audit est que son personnel entreprenne le travail plutôt que sa direction se contente simplement de commander un rapport à des consultants extérieurs. Cela a été particulièrement visible dans le cas de Debswana où la collecte et l'analyse des données ont impliqué la participation d'un large éventail de personnes à travers la société. Ceci signifie que lorsque l'audit a révélé des problèmes particuliers (par exemple, concernant le système d'information pour la gestion de la société), le bien-fondé du changement a été largement compris par les cadres au niveau intermédiaire.

Bien que l'audit institutionnel ait été une activité importante, il n'a pas eu lieu de manière isolée. Debswana avait déjà commencé à réfléchir à la question du SIDA et à élaborer des politiques de riposte parallèlement au processus d'audit.

Pour résumer, les résultats de l'audit sur le VIH/SIDA de Debswana se sont présentés comme suit :

- élaboration d'une stratégie de lutte contre le VIH/SIDA à travers toute la société ;
- élaboration de directives pour l'identification des postes critiques ;
- examen des prestations sociales et recommandations concernant la manière dont elles devraient être restructurées pour réduire l'impact lié au VIH/SIDA ;
- élaboration d'une stratégie pour fournir des médicaments antirétroviraux aux salariés ;
- élaboration d'une stratégie claire concernant le test avant et après l'embauche, notamment concernant les programmes de formation interne de la société ; et
- révision du MIS afin de prendre en compte la question du SIDA.

9. Références

Agence nationale de coordination de la lutte contre le SIDA (NACA) Botswana (2000) *HIV sero-prevalence sentinel survey amongst pregnant women and men with sexually transmitted disease. A technical report*. Unité SIDA/MST.

Barnett T, Haslwimmer M (1995) *The Impact of HIV/AIDS on Rural Livelihoods and Farming Systems in Eastern Africa*, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Rome.

Bureau de Recensement des Etats-Unis d'Amérique (sous presse) *Global Population Profile 2000*. Washington.

Gouvernement du Botswana (1997) 8^{ème} Plan de développement national, 1997–2003, Gaborone.

Gouvernement du Botswana et Programme des Nations Unies pour le Développement (2000) *Rapport sur le développement humain au Botswana, « Vers une génération sans SIDA », 2000*, Gaborone.

Institut du Botswana pour l'Analyse des Politiques de Développement (2000) *Macroeconomic Impacts of the HIV/AIDS Epidemic in Botswana, Final Report*, Gaborone.

Jones C (1996) The microeconomic implications of AIDS; MA dissertation in the School of Development Studies, UEA, Norwich, Royaume-Uni.

ONUSIDA (2000) *Principes directeurs applicables aux études de l'impact social et économique du VIH/SIDA*, Genève.

ONUSIDA (2000) *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, Juin 2000*, Genève.

ONUSIDA (2000) Fiche épidémiologique sur le Botswana, actualisation 2000. Disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/hivaidinfo/statistics/fact_sheets/pdfs/Botswana_en.pdf

Programme des Nations Unies pour le Développement (1996, 1997, 1999, 2001) *Rapport mondial sur le développement humain, 1996, 1997, 1999, 2001*, Oxford University Press, New York.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de huit organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation internationale du Travail (l'OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de ses huit organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH/SIDA sur tous les fronts et dans tous les domaines : médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

A de nombreux égards, le Botswana représente une réussite pour l'Afrique. C'est un pays pacifique, démocratique et prospère. Mais c'est également dans ce pays que l'épidémie de SIDA est la pire au monde, marquée par un taux de prévalence parmi les adultes estimé à 35,8%. Cette étude de cas décrit la riposte mise en place par l'une des plus importantes sociétés du Botswana – la société minière d'extraction et de traitement de diamant Debswana – pour lutter contre cette tragédie (qui menace d'annihiler tous les progrès enregistrés par le pays au cours des dernières décennies). La société a débuté par un programme d'éducation et de sensibilisation au SIDA, nommé des coordinateurs à plein temps pour son programme de lutte contre le SIDA et élaboré une politique de gestion du VIH/SIDA. Elle a réalisé un audit institutionnel de sensibilité et de vulnérabilité au VIH/SIDA, dont certains détails sont rapportés ici parallèlement aux conclusions et aux enseignements qui ont pu en être tirés.

Les travaux de Debswana en matière de lutte contre le VIH/SIDA apportent une lueur d'espoir dans un environnement plus que morose et ont beaucoup à apprendre au secteur privé dans le reste de la région, voire du monde.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse

Tél. (+41) 22 791 36 66 – Fax (+41) 22 791 41 87

E-mail : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>