



L'APPROCHE CULTURELLE DE LA PRÉVENTION ET DU TRAITEMENT DU VIH/SIDA

PROJET DE RECHERCHE UNESCO/ONUSIDA

L'EXPÉRIENCE DE L'OUGANDA

RAPPORT NATIONAL

Études et rapports, série spéciale
Commission de la recherche et de la gestion du VIH

UNESCO 1999

Série spéciale sur Prévention et traitement du VIH/SIDA : Une approche culturelle

Depuis le milieu des années 80, la lutte contre le VIH/SIDA a progressivement mobilisé les gouvernements ainsi que les institutions internationales et organisations non gouvernementales. Cependant, il est devenu évident qu'en dépit des efforts massifs entrepris pour informer le public sur les risques encourus, des changements de comportement n'ont pas suivi comme prévu. La contagion a continué à s'étendre rapidement, et des questions ont surgi sur l'efficacité des efforts entrepris dans la lutte contre la maladie. L'expérience a démontré que l'épidémie du VIH/SIDA est un phénomène complexe, avec de multiples facettes et qui exige une étroite coopération et des stratégies sur de multiples dimensions.

L'établissement du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), en 1994, a initié l'adoption d'une nouvelle façon d'aborder la prévention et le traitement de la maladie. En effet, la définition des tâches de l'ONUSIDA a insisté sur le besoin urgent d'assurer une plus grande coordination entre les institutions concernées. La nécessité d'accorder une égale importance à la prévention qu'au traitement, tout en prenant en considération les facteurs sociaux jouant un rôle significatif, a été également soulignée. En conséquence, l'ONUSIDA a entrepris des travaux en vue de l'élaboration de nouvelles stratégies susceptibles de répondre à ce besoin.

Faisant suite à une proposition faite par le Secteur de la culture de l'UNESCO dans le cadre du Programme ONUSIDA, un projet commun a été lancé en mai 1998 sur "L'approche culturelle de la prévention et le traitement du VIH/SIDA pour un développement durable". Ce projet a comme objectif de promouvoir la réflexion et la discussion en la matière en vue de reconsidérer les outils existants dans une approche culturelle.

L'adoption d'une approche culturelle signifie que les caractéristiques des populations – y compris leurs modes de vie et croyances – sont prises en compte comme des références essentielles dans la formulation des plans d'action. Cela est indispensable pour obtenir à long terme les changements de comportement qui conditionnent le succès des efforts entrepris pour freiner ou arrêter l'expansion de l'épidémie.

Dans la première phase du projet (1998-1999) des rapports nationaux ont été réalisés dans neuf pays de trois régions : Afrique australe (Angola, Malawi, Afrique du Sud, Ouganda, Zimbabwe) ; Asie et Pacifique (Thaïlande et pays limitrophes) et les Caraïbes (Cuba, Jamaïque, République dominicaine). Les résultats de ces études ont été examinés lors de trois ateliers sous-régionaux qui ont eu lieu à Cuba, au Zimbabwe, et en Thaïlande entre avril et juin 1999. Tous les rapports nationaux ainsi que les actes des ateliers seront publiés dans la présente série spéciale des Etudes et des Rapports de la Section de la recherche et de la gestion culturelles.

TABLE DES MATIERES

	Page
CHAPITRE 1 : L'EPIDEMIE DE SIDA EN OUGANDA.....	1
1.1 Introduction	1
1.2 La politique gouvernementale	2
1.3 La composante culturelle de la transmission, de la prévention et du traitement du VIH/sida.....	3
1.4 Objectif de l'étude	4
1.5 Cadre conceptuel du problème.....	5
1.6 Enoncé du problème	6
1.7 Méthodologie.....	6
CHAPITRE 2 : EXAMEN DE LA LITTERATURE : UNE PERSPECTIVE QUI TIENT COMPTE DES DEUX SEXES	7
2.1 Vulnérabilité des femmes	8
2.1.1 La vulnérabilité physiologique.....	8
2.1.2 L'âge au moment du mariage.....	8
2.1.3 La polygamie	8
2.1.4 Le partage des épouses.....	9
2.1.5 L'instabilité conjugale.....	9
2.1.6 Le lévirat	10
2.1.7 Les femmes et les rapports sexuels extraconjugaux	10
2.1.8 Les hommes et les rapports sexuels extraconjugaux	10
2.2 Facteurs incitatifs	11
2.2.1 L'acool	11
2.2.2 La migration.....	11
2.2.3 La stérilité	11
2.2.4 Le sexe pour le plaisir	12
2.2.5 Le sexe pour l'argent	12
2.2.6 Le sexe rituel.....	12
2.3 La violence sexuelle	13
2.3.1 Le viol.....	13
2.3.2 Rapports sexuels avec les enseignants.....	13
2.3.3 La violence contre les enfants	13

	Page
2.4 Prévention.....	14
2.4.1 Le dépistage sanguin	14
2.4.2 Les séropositifs et les sidéens disent la vérité sur leur état	15
2.5 Les soins aux sidéens.....	15
2.6 L'Initiative ONUSIDA pour faciliter l'accès aux médicaments.....	16
2.7 L'hospitalisation des malades.....	16
2.8 L'incidence du VIH/sida sur la famille.....	17
CHAPITRE 3 : LES ORGANISMES ASSURANT DES SOINS : POLITIQUES ET PROGRAMMES.....	19
3.1 Introduction	19
3.2 Organismes internationaux.....	20
3.2.1 La Stratégie du PNUD pour la coopération en matière de VIH/sida et le programme de développement.....	20
3.3. Politique d'intervention.....	20
3.4 L'incidence économique et sociale.....	21
3.5 Les aptitudes fondamentales : le modèle de l'UNICEF et du Ministère de l'Education et des Sports	21
3.5.1 Les techniques d'auto-évaluation.....	22
3.5.2 Le questionnaire	22
3.5.3 La discussion de groupe	23
3.5.4 Evaluation d'autres personnes	25
3.5.5. Notation par les représentants de la communauté.....	26
3.5.6 Observation directe des comportements.....	27
3.6 Le modèle de réseau d'éducation sanitaire de l'UNICEF et du Ministère de la Santé.....	27
3.7 Les organisations non gouvernementales (ONG).....	28
3.7.1 Le modèle de planification familiale du projet DISH (Delivery of Improved Services for Health)	28
3.7.2 La campagne DISH "Pratiques sexuelles plus sûres" pour les jeunes en Ouganda	30

	Page
3.8 Le Centre d'information sur le sida (AIC).....	32
3.8 Guérisseurs traditionnels et praticiens modernes ensemble contre le sida (THETA).....	33
3.10 Les services intégrés du NSAMBYA.....	34
3.11 La TASO (The AIDS Support Organization – Organisation de soutien aux sidéens).....	34
3.12 L'Association ougandaise de planning familial (FPAU).....	35
3.13 L'approche agricole de la planification familiale.....	36
3.14 L'Institut ougandais de recherche sur les virus (UVRI).....	36
CHAPITRE 4 : L'EVOLUTION DES CROYANCES ET DES PRATIQUES TRADITIONNELLES	37
4.1 La polygamie.....	37
4.2 La multiplicité de partenaires sexuels.....	37
4.3 L'âge des premiers rapports sexuels.....	39
4.4 Le lévirat.....	40
4.5 Les ultimes rites funéraires.....	40
4.5 Les rites des jumeaux.....	40
4.7 La nuit pré-nuptiale (<i>Akasiki</i>).....	41
4.8 Les tabous.....	41
4.9 L'acquisition de connaissances.....	41
4.10 Fécondité et VIH/sida.....	42
4.11 Les soins aux personnes vivant avec le sida.....	32
CHAPITRE 5 : OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS	44
ANNEXE I : Mandat spécifique	46
ANNEXE II : Définitions du concept de compétences nécessaires à la vie courante	47
ANNEXE III : Documents consultés	50

LISTE DES TABLEAUX

	Page
3.1 Moyennes des notes que filles et garçons se sont attribuées, par aptitude fondamentale.....	23
3.2 Notation des aptitudes des élèves lors de la discussion de groupe.....	24
3.3 Notes moyennes données par les directeurs d'établissements à des élèves des zones urbaines et des zones rurales, par aptitude fondamentale	25
3.4 Notes moyennes attribuées aux élèves par eux-mêmes, par les directeurs d'établissement, par les représentants de la communauté, par les enseignants et par les chercheurs, par aptitude fondamentale	26

LISTE DES ENCADRES

	Page
2.1 Le coût de la prévention des infections secondaires par le VIH au moyen du dépistage sanguin en Ouganda.....	14
4.1 Un agent de police surpris en flagrant délit d'adultère.....	38
4.2 Les Bagandas et l'élongation des petites lèvres chez les adolescentes.....	41

CHAPITRE 1

L'ÉPIDÉMIE DE SIDA EN OUGANDA

1.1 Introduction

Près de vingt ans depuis la mise en évidence, en 1981, d'un nouveau syndrome, le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), et l'identification, en 1983, de son agent étiologique, le virus de l'immunodéficience humaine, il n'y a toujours ni remède ni vaccin contre cette maladie. Les initiatives visant à modifier les comportements restent le principal moyen dont on dispose pour enrayer la propagation et le conseil l'outil essentiel permettant de remédier aux conséquences néfastes de la maladie.

Comme d'autres pays d'Afrique centrale et orientale, l'Ouganda est l'une des nations les plus durement touchées. A la fin 1997, l'ONUSIDA estimait qu'entre 400.000 et 500.000 Ougandais, sur une population totale de 20 millions, étaient déjà décédés du fait de maladies liées au sida.

A l'heure actuelle, le VIH/sida est la première cause de mortalité chez les adultes de 25 à 44 ans, seul le paludisme faisant plus de ravages dans la population générale (Ministère de la Santé). On estime à 1,8 million environ le nombre d'Ougandais infectés par le VIH, le virus responsable du sida, soit 9 % de la population totale.

En Ouganda, l'épidémie de VIH/sida est caractérisée par sa propagation dans le temps, dans l'espace et dans toutes les catégories socio-démographiques. Dans ses phases initiales, elle était en effet limitée au seul croissant situé autour du lac Victoria et se concentrait le long de la route transnationale qui relie le Kenya au Rwanda, en traversant l'Ouganda et la République démocratique du Congo. Certains groupes de la population tels que les jeunes, les femmes célibataires, les "travailleurs du sexe", les routiers, les soldats et les citadins étaient considérés comme des "groupes à haut risque".

Les données épidémiologiques disponibles montrent que le VIH/sida n'est plus concentré autour de quelques agglomérations urbaines, mais qu'il touche désormais les régions rurales reculées et toutes les couches de la société ; la notion de "groupes à haut risque" n'est plus valide.

Selon les données recueillies par les sites "sentinelles" de surveillance du VIH et par les AIC (Centres d'information sur le sida), les taux de prévalence vont de 5 % dans la plupart des districts ruraux, comme celui de Moyo, à 30 % dans certains quartiers de Kampala et dans le Sud-Ouest du pays, les deux secteurs initialement les plus touchés ; le Nord du pays est depuis peu l'une des régions où l'épidémie fait le plus de ravages. Les données de l'UNICEF (1993) montrent que sur les douze districts où l'on dénombre plus de 90 cas de sida pour 100.000 habitants, six sont dans le Nord du pays ; Gulu vient actuellement en troisième place, après Kampala et Masaka, où les premiers cas ont été signalés. Les taux de prévalence sont plus élevés dans les centres d'échanges commerciaux situés le long des principaux axes routiers. Toutefois, sur la base des données recueillies depuis 1995, l'épidémiologie de l'infection est en train de changer, à la ville comme à la campagne. Un certain nombre d'agglomérations ont vu baisser les taux d'infection, alors que la tendance dans les campagnes est à la stagnation ou à la hausse, d'où une convergence des

niveaux de prévalence. On constate une convergence analogue des taux entre zones urbaines à forte prévalence. Selon les données épidémiologiques recueillies par les sites de surveillance entre 1991 et 1996, les taux de prévalence sont tombés de 30,2 % à Mbarara et 13,2 % à Tororo en 1992 à 15,0 % et 8,2 % respectivement en 1996.

La répartition par âge et par sexe de la prévalence du VIH/sida est restée inchangée. Les taux d'infection varient considérablement selon l'âge et le sexe, quoique de manière prévisible. Les femmes sont généralement plus nombreuses (parfois 4 à 6 fois) que les hommes à contracter le virus au moment de l'adolescence (12-19 ans). Chez les hommes, les taux de prévalence augmentent régulièrement avec l'âge et rejoignent pratiquement ceux des femmes dans la tranche des 25-30 ans, les dépassant le plus souvent au-delà de 35 ans. L'explication en est que les filles ont leurs premières relations sexuelles plus tôt que les garçons et que ceux-ci ont ensuite tendance à avoir des réseaux de partenaires plus vastes que les femmes du fait de la polygamie et des rapports extraconjugaux, autant de facteurs qui augmentent le risque d'infection.

1.2 Politique gouvernementale

Dès les premiers stades de l'épidémie, le gouvernement ougandais a compris la menace réelle et sérieuse qu'elle représentait pour la vie et le développement socioéconomiques du pays. Depuis 1982, date à laquelle le premier cas de sida a été signalé, l'action gouvernementale s'est caractérisée par une politique d'ouverture et a été menée aux échelons supérieurs du gouvernement. Ainsi, la Commission ougandaise de lutte contre le sida (Uganda AIDS Commission, UAC) s'appuie depuis sa création sur un personnel de haut niveau. Le gouvernement est par ailleurs conscient de la nature pluridimensionnelle du défi que le VIH/sida représente.

La Stratégie nationale pluri-sectorielle de lutte contre le sida (Multi-sectoral Approach to the Control of AIDS, MACA) est née de la conscience que les causes et les conséquences du problème du VIH/sida vont au-delà du seul secteur de la santé. Les pouvoirs publics ont compris que l'épidémie touchait divers aspects de la vie individuelle, familiale, communautaire et nationale et qu'il fallait donc y faire face dans sa globalité. La Commission ougandaise de lutte contre le sida et son secrétariat, créés en 1992, sont expressément chargés de formuler et de mettre en œuvre la Stratégie nationale pluri-sectorielle.

Le problème du VIH/sida est l'objet d'une grande attention et diverses sources appuient activement les programmes mis en œuvre pour le combattre. Un récent inventaire des activités liées à la lutte contre le VIH/sida dans le pays a permis de recenser plus d'un millier de projets en cours concernant divers aspects du problème. Ces projets sont menés à divers niveaux : communauté, district, pays tout entier. Les principaux acteurs en sont les familles, les collectivités, les ONG locales et les organisations internationales ou bilatérales.

Dans le cadre de l'action gouvernementale contre le VIH/sida, un Plan opérationnel national (NOP) a été élaboré pour lutter contre l'épidémie, lequel comporte trois volets :

- (i) la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle ;
- (ii) la prévention de la transmission mère-enfant ; et
- (iii) la prévention de la transmission par voie sanguine.

Ces stratégies ont été mises en œuvre par les moyens suivants : campagnes d'information, d'éducation et de communication(IEC) ; modification des comportements ; dépistage et traitement des MST et du VIH ; prévention de la transmission par voie sanguine et de la transmission mère-enfant.

Il convient de noter que chacune de ces activités tenait compte du contexte culturel et de nombre de ses impératifs. Le NOP a donc permis d'atteindre les objectifs suivants :

- (i) **information, éducation et communication (IEC) et modification des comportements** : formation d'une vaste gamme de prestataires de soins de santé ; élaboration de guides de formation ; organisation de campagnes régulières d'IEC par l'intermédiaire des médias et services visant à conseiller l'abstinence sexuelle avant le mariage, la fidélité pendant le mariage et l'utilisation de préservatifs, en particulier lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels.
- (ii) **dépistage et traitement des MST et du VIH** : coordination des efforts d'organismes tels que Delivery of Improved Services for Health (prestation de services de santé améliorés ou DISH), Programme for Enhancing Adolescent Reproductive Life (Programme d'amélioration de la santé génésique des adolescents ou PEARL) ; formation de prestataires de services tels que les sages-femmes traditionnelles ; projet STI au Ministère de la Santé, etc.
- (iii) **prévention de la transmission par voie sanguine** : les Services ougandais de transfusion sanguine ont réussi à limiter la transmission du virus par voie sanguine :
 - ▶ en continuant de n'accepter que des donneurs à faible risque ;
 - ▶ en procédant à des dépistages systématiques du VIH et du virus de l'hépatite ;
 - ▶ en assurant pour les hôpitaux le stockage, la distribution et le contrôle de stocks de sang ne présentant aucun danger ; et
 - ▶ en sensibilisant les donneurs de sang, le personnel médical et le public aux dangers du recours excessif à la transfusion et du partage d'instruments de percings non stérilisés ;
- (iv) **prévention de la transmission mère-enfant** : réalisation de nombreux travaux de recherche ; certains médicaments (comme l'AZT) sont en cours d'expérimentation. Cette méthode est menée sous les auspices de l'UNICEF, d'ONUSIDA et du Ministère de la Santé.

1.3 La composante culturelle de la transmission, de la prévention et du traitement du VIH/sida

La culture peut aujourd'hui être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances¹. La culture comporte deux éléments essentiels :

- (i) elle n'est pas la propriété ou l'œuvre d'un seul individu, mais définit une façon d'être ensemble avec les autres ; elle est essentiellement sociale ;
- (ii) elle n'est pas composée d'un groupe donné d'activités, mais consiste dans l'ensemble de celles par lesquelles une société se définit et s'identifie à l'exclusion de toutes autres (UNESCO, 1997).

Il s'ensuit qu'une approche culturelle de l'épidémie de VIH/sida identifie toutes les activités de prévention et de traitement de la maladie entreprises par la société en fonction de leur contribution à la lutte contre ce fléau, ce qui est conforme à la vision de la culture comme point focal permettant à la société de se retrouver pour réfléchir sur elle-même, déterminer ce qu'elle est et décider ce qu'elle veut être (UNESCO 1997).

Dans le contexte de la présente étude, la culture, telle qu'elle se manifeste dans les valeurs, les normes, les croyances et les pratiques, positives ou négatives, joue un rôle déterminant dans l'état de santé d'une population. Entre autres exemples anthropologiques négatifs, on peut citer l'infanticide et le traitement préférentiel réservé aux enfants de sexe masculin. De même, certaines croyances dictent les maladies qui peuvent être soignées et comment. Ainsi, les Bagandas classent les maladies en trois catégories :

- (i) *olumbe* - affection incurable et susceptible d'entraîner la mort (fatalisme) ;
- (ii) *endwaddde* - maladie curable, de préférence par des médecins traditionnels ;
- (iv) *obulwaddde* - maladie curable, par la médecine traditionnelle comme par la médecine occidentale.

Dans la première catégorie figurent toutes les affections pour lesquelles il n'existe aucun remède connu, notamment les maladies dégénératives associées aux cancers et à la vieillesse ; dans la deuxième, la plupart des troubles mentaux, dont l'épilepsie, associés au non-respect des ancêtres et d'autres normes sociales (par ex. avoir des relations sexuelles avec un membre de sa famille proche) ; dans la troisième, les maladies les plus courantes telles que le paludisme, la fièvre et la diarrhée pour lesquelles il existe des remèdes connus.

Un certain nombre d'études montrent que des pratiques traditionnelles telles que le lévirat, la polygamie et le partage d'épouses sont autant de facteurs qui jouent un rôle étiologique dans la transmission du VIH. Les comportements sexuels irresponsables et la consommation d'alcool lors des enterrements, des rites funéraires et autres cérémonies traditionnelles sont courants.

¹ Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles : Préambule de la Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico, 1982.

Un atelier a été organisé à Kampala en 1992 dans le but d'examiner les facteurs socioculturels intervenant dans la propagation de la maladie et le traitement des sidéens (Olowo-Fleers, 1992). L'une de ses principales conclusions était qu'il existait dans toutes les cultures étudiées, des impératifs culturels positifs et négatifs à cet égard.

Il fallait donc encourager les aspects positifs et éliminer les aspects négatifs.

1.4 Objectif de l'étude

L'objectif précis de la présente étude est indiqué à l'Annexe I. En bref, il s'agissait :

- (i) d'évaluer l'évolution de l'épidémie (séropositifs et sidéens) et son incidence culturelle et sociale dans le contexte et la perspective du développement durable ;
- (ii) de déterminer comment et dans quelle mesure dans laquelle la culture, les caractéristiques et les ressources de la population sont prises en considération lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des mesures de lutte contre le VIH/sida ;
- (iii) de relater les initiatives réussies et les expériences originales menées jusqu'à présent et dont on pourrait tirer des enseignements en matière d'approche culturelle.

La présente étude fait suite à une étude pilote antérieure concernant le lien entre la culture, les traditions et le VIH/sida en Ouganda et s'en inspire largement (Sengendo *et al*, 1998). Ce premier travail portait sur les trois districts de Mpigi, de Hoima et de Kumi, représentant respectivement les cultures ganda, nyoro et iteso. Il a mis clairement en évidence, dans chacune de ces trois cultures, un fort attachement aux pratiques traditionnelles, dont beaucoup influent sur le comportement sexuel et, partant, sur la transmission du VIH. Toutefois, l'étude n'a pas permis de comprendre pourquoi certaines institutions culturelles comme le mariage et la famille élargie perdent du terrain, alors que d'autres perdurent. Cette information permettrait d'élaborer des actions culturellement pertinentes en vue de modifier les comportements sexuels dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.

La présente étude vise à analyser plus précisément les liens entre culture et traditions d'une part, et VIH/sida, d'autre part, s'agissant de la propagation de la maladie et du traitement et de la prise en charge des malades. Elle concerne la famille, la collectivité et les institutions.

1.5 Cadre conceptuel du problème

En Ouganda, le problème du VIH/sida est loin d'être résolu. Les données recueillies par les sites "sentinelles" et communiquées au Programme de lutte contre le sida (ACP) du Ministère de la Santé font état de 51.344 cas de sida à la fin décembre 1996². Sur ce nombre, 47.555 (92,6 %) et 3.789 (7,4 %) concernaient respectivement des personnes âgées de 12 ans et plus et des enfants de moins de 12 ans. Les informations disponibles sur l'ampleur de l'épidémie à l'échelle nationale indiquent qu'elle fait des ravages parmi les éléments les plus productifs de la population, non

² Source : *Uganda HIV/AIDS Surveillance Report*, rapport du Programme de lutte contre les MST et le SIDA, Ministère de la Santé, mars 1997, p. 1.

seulement parmi les techniciens qualifiés formés à grands frais mais aussi dans la robuste population paysanne dont dépend la productivité d'une économie essentiellement agricole. La tranche d'âge des 15-40 ans est durement touchée.

L'épidémie contribue à accroître le nombre des orphelins – 1.197.000 actuellement –, puisqu'elle aurait emporté les parents d'environ la moitié d'entre eux. Un chiffre aussi élevé ne peut qu'avoir des conséquences graves sur la vie socioéconomique de la société, ce phénomène créant de nombreuses formes de comportements qui ne sont pas nécessairement conformes aux modes de vie traditionnels. Ainsi, les familles sont beaucoup moins à même de s'occuper des orphelins. En fait, la pauvreté semble constituer un facteur important qui pousse ces enfants à fuir le milieu familial pour aller vivre dans la rue. Des études montrent que nombre d'entre eux souffrent de problèmes psychologiques et émotionnels non résolus et que la société ne fait pas grand chose pour leur apporter le soutien affectif nécessaire.

Beaucoup d'enfants sont donc livrés à eux-mêmes du fait de l'éclatement de la famille, processus de socialisation imputable dans une large mesure à l'épidémie de sida.

1.6 Enoncé du problème

En Ouganda, les rapports hétérosexuels constituent le principal mode de propagation du VIH, puisqu'ils sont à l'origine de quelque 80 % des cas recensés. Les pratiques sexuelles, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille, sont étroitement liées à la culture de la société et à ses traditions. Les comportements hétérosexuels sont un élément majeur du problème. Toutefois, le rôle de la culture traditionnelle et son incidence sur une société en mutation rapide n'ont pas encore fait l'objet d'études approfondies en Ouganda.

Deuxièmement, comme nous l'avons déjà laissé entendre, l'épidémie de sida en Ouganda décime les couches les plus productives de la population, en particulier chez les 13-40 ans. A l'intérieur de ce groupe d'âge, les plus vulnérables sont les jeunes filles âgées de 13 à 20 ans et les hommes de 16 à 35 ans. Ces groupes sont également au cœur d'une culture dynamique, et leur comportement évolue constamment en fonction de nouveaux ensembles de normes, de valeurs et de croyances. A cet égard, il nous est apparu nécessaire d'étudier les liens existant en Ouganda entre culture et traditions, d'une part et VIH/sida, d'autre part.

1.7 Méthodologie

La présente étude a été réalisée en deux grandes phases. La première a consisté à recueillir des données sur les liens entre culture et VIH, de janvier à avril 1998. Un certain nombre de sources secondaires ont alors été soumises à une analyse critique. En d'autres termes, l'examen et la compilation des documents matériels portant sur les liens entre la culture, la prévention et le contrôle du VIH/sida ont précédé le travail sur le terrain.

Nous avons résumé les matériels existants préparé une bibliographie énumérant les plus récents rapports de recherche, documents d'orientation et autres sources.

Nous avons utilisé un modèle transversal d'étude approfondie pour intégrer les unités d'analyse comme participants plutôt que comme répondants (au sens traditionnel du terme). Cette méthodologie de recherche a été utilisée avec succès pour des études traitant de sujets sensibles comme la sexualité. Dans le cadre de cette étude transversale, nous avons aussi recouru à l'analyse

descriptive pour déterminer l'existence et la variabilité de facteurs culturels ayant une incidence sur le VIH/sida dans les régions étudiées. Trois districts ont été passés en revue : Hoima dans l'Ouest du pays, Mpigi dans le centre et Kumi à l'Est. Ces trois districts étaient représentatifs de différences régionales dans les tendances culturelles constatées à l'échelle du pays.

La base de sondage a été le premier niveau du système des conseils locaux (LC1). Ainsi, en passant par les membres de ces conseils, nous avons utilisé toute une série de procédures d'échantillonnage. Le plan de sondage reposait sur le principe de l'auto-pondération qui permettait et donnait une efficacité optimale compte tenu des ressources financières, logistiques et humaines disponibles.

L'échantillonnage stratifié a été réalisé en fonction de critères liés à l'âge ou à la génération, aux ménages et à la religion, afin d'obtenir une représentation aussi large que possible. Un seul groupe ethnique a été interrogé dans chacun des trois échantillons : les Gandas dans le district de Mpigi, les Nyoros dans celui de Hoima et les Itesos dans celui de Kumi.

Au cours de cette phase, nous avons rassemblé la documentation pertinente sur l'interface entre facteurs sociaux et culturels d'une part, et VIH/sida, d'autre part, auprès de plusieurs centres d'information disposant de collections consacrées à ce sujet, notamment AIDS line, Medline et Popline. Des informations locales ont été recueillies auprès de la Bibliothèque de l'Université (Section concernant l'Afrique de l'Est) et du Centre de santé et de développement de l'enfant, entre autres. Nous avons également recueilli des renseignements par contacts personnels.

Une liste partielle des documents consultés figure à l'Annexe III au présent rapport.

La mesure dans laquelle les organismes de lutte contre le VIH/sida se réfèrent à des facteurs culturels a été évaluée en examinant les descriptifs de projets et les rapports périodiques exposant les stratégies de mise en œuvre, puis en discutant avec les acteurs clés, en général les responsables des organismes consultés.

Les "informateurs clés" ont été la troisième source d'information. Douze (12) personnes (toutes Bagandas) ont été interrogées en détail. Six hommes et six femmes âgés de 40 à 65 ans ont été retenus afin de recueillir le point de vue des deux sexes. Quant à la tranche d'âge, elle a été choisie en raison du rôle important qu'elle joue. Elle regroupe en effet les principaux interprètes et exécutants des traditions culturelles, puisque les personnes en question ont un pouvoir sur leurs enfants et que leur opinion prime sur celle de leurs propres parents qui n'ont pas les moyens matériels de faire ce qu'ils veulent. Les membres de ce groupe ont par ailleurs une expérience très diverse des problèmes liés au VIH/sida : ils ont perdu des pairs ou des enfants et sont eux-mêmes encore très exposés à la maladie.

Les entrevues approfondies se sont articulées autour de quatre domaines thématiques : les croyances et les pratiques liées au comportement sexuel ; l'éducation sexuelle ; les questions de fécondité ; et les soins à donner aux sidéens. Pour chacun de ces thèmes, il a été demandé aux personnes interrogées d'indiquer si elles adhéraient ou non à certains dogmes culturels et sinon, pour quelles raisons. On a cherché à savoir pourquoi certaines traditions néfastes (s'agissant du sida) n'avaient pas été abandonnées.

CHAPITRE 2

EXAMEN DE LA LITTÉRATURE : UNE PERSPECTIVE QUI TIENT COMPTE DES DEUX SEXES

Le présent chapitre recense les travaux de recherche déjà effectués sur le VIH/sida en Ouganda. Il porte plus particulièrement sur les savoirs et pratiques traditionnels dans les cultures ougandaises et leur impact sur l'épidémie.

2.1 Vulnérabilité des femmes

Les études relatives à la sexualité dans les différentes cultures du pays montrent que les femmes courent, plus que les hommes, le risque de contracter le VIH et autres MST. Un certain nombre de facteurs ont été identifiés à cet égard.

2.1.1 *La vulnérabilité physiologique*

Il a été scientifiquement démontré que le risque de contracter le VIH lors d'un rapport non protégé est au moins deux fois plus élevé pour une femme que pour un homme (OMS, 1995). Le sperme, porteur d'une forte concentration de virus, demeure dans le conduit vaginal pendant une période relativement plus longue. Les femmes sont également plus exposées, le vagin et le col de l'utérus étant constitués de muqueuses perméables aux virus. Chez l'homme, ces muqueuses ne sont présentes qu'à l'entrée de l'urètre et, s'il n'est pas circoncis, sous le prépuce. Les jeunes femmes sont plus vulnérables que leurs aînées, les cellules protectrices étant moins nombreuses à l'intérieur du vagin et le col de l'utérus plus fragile, ce qui accroît le risque d'infection par le VIH. Forcer les fillettes à se marier dès l'âge de 12 ans est une pratique non seulement traumatisante mais aussi dévastatrice sur le plan physiologique.

2.1.2 *L'âge au moment du mariage*

L'âge est une variable majeure dans la transmission du VIH. Dans l'Ouest de l'Ouganda, chez les Bakigas, on considère que les jeunes filles sont prêtes pour le mariage dès la puberté, voire avant (Yeld, 1973). Dans le Nord, les jeunes Lugbaras sont souvent mariées à 13 ou 14 ans (Middleton, 1973). Dans l'Est, les adolescentes se marient à 14 ou 15 ans et les garçons entre 23 et 25 ans. Or, à un âge aussi précoce, le corps de la femme n'est pas encore pleinement développé (OMS, 1997). Les jeunes filles qui épousent des hommes beaucoup plus âgés risquent d'aller chercher ailleurs la satisfaction sexuelle et la fécondité. Chez les Bakigas (Ouest de l'Ouganda), les aînés ont le droit de "se baigner avec leur mère", c'est-à-dire d'avoir des rapports sexuels avec les jeunes épouses de leur père, sauf avec leur mère biologique (Moodie *et al.*, 1991).

2.1.3 *La polygamie*

En Ouganda, tous les hommes qui se marient n'ont au départ qu'une seule épouse, mais optent par la suite pour la polygamie, pour diverses raisons, notamment lorsque leur première femme ne leur donne pas d'enfants (Ankole - Mushanga 1973), Ntozi 1986, Bunyoro-Beathie 1973). Il y a également polygamie en cas de mauvais rapports ou de conflits

entre les époux, ou lorsque la femme est âgée, faible et incapable de s'acquitter de travaux agricoles ou de fabriquer des produits laitiers (Ntozi et Kabera 1991 ; Omongole 1983). Parfois, la polygamie résulte aussi d'une amélioration du statut économique de l'homme (Bond et Vincent, 1991 ; Kyewalyanga, 1976, Arya *et al* 1973). Les études montrent que la polygamie officielle est relativement moins répandue chez les Baganda (région du Centre), du fait notamment de l'influence de l'éducation, de la religion (christianisme) et de la monétarisation de l'économie.

La polygamie officieuse existe aussi, à des degrés divers, dans la société ougandaise. Il s'agit d'une pratique conjugale en vertu de laquelle un homme peut avoir plusieurs partenaires sexuelles et qui est plus courante en ville où les "épouses extérieures" sont plus stables que les petites amies, sans que l'engagement financier soit aussi important que dans le mariage (Larson, 1983). Olowo-Freers et Barton (1992 : 8) estiment que la majorité des hommes du centre de l'Ouganda (Bugandas) ont, outre leur épouse officielle, des relations durables avec une ou plusieurs femmes assimilées à des concubines (Kisekka, 1973).

2.1.4 *Le partage des épouses*

Traditionnellement, une nouvelle épouse était considérée chez les Bahimas (Nkore) comme une nouvelle venue dans la famille et le clan. Le père du marié avait le droit de "savoir où ses vaches étaient allées" en ayant les premiers rapports sexuels avec la jeune mariée (Oberg, 1938 ; Elam, 1974). Chez les Bakigas, il arrivait souvent qu'une famille mette en commun ses ressources pour étoffer la dot et trouver une épouse à l'un des frères. Le père du marié, et ses autres fils, avaient le droit d'avoir des rapports sexuels avec la nouvelle épouse. Cette tradition permettait notamment de garantir la descendance si le marié était stérile (Yeld, 1973 ; Kubahire, 1981)

2.1.5 *L'instabilité conjugale*

Le divorce serait rare à Ankole car les anciens le découragent et font tout pour préserver les unions (Ntozi et Kabera, 1991, Elam 1973). Les femmes divorcées sont généralement remariées (Ntozi *et al*, 1991). Chez les Bakigas, instabilité conjugale et foyers brisés sont monnaie courante, la raison en étant actuellement la peur de contracter le VIH (Van der Meeren, 1990). A Kigezi, une femme qui quitte le domicile conjugal par désespoir doit le regagner, alors que l'homme peut impunément amener une autre femme à la maison (Brown, 1988).

Chez les Bagandas, le divorce et la séparation sont fréquents. Le mariage officiel conserve un certain prestige, et les jeunes filles sont censées en "devoir" au moins un à leurs parents.

Beaucoup estiment cependant que mettre un terme à un mariage qui n'est plus satisfaisant est l'une de leurs coutumes les plus sensées (Mandeville, 1975). Les femmes Bagandas quittent facilement les hommes par insatisfaction, même lorsqu'elles sont mariées ; leur départ peut être motivé par la mésentente, la négligence ou les mauvais traitements (Southall, 1960 ; Mandeville, 1975 ; Obbo, 1991). La stérilité et l'impuissance peuvent également conduire à la discorde conjugale et à la séparation des époux chez les Bugandas (Southwold, 1973). Les séparations pour l'une quelconque de ces raisons sont suffisamment fréquentes pour expliquer le nombre de familles monoparentales dans la région (Bennett,

Saxton et Junod, 1968). L'un des problèmes pour la célibataire Muganda tient au fait que les hommes ont tendance à la considérer comme sexuellement disponible et les femmes comme "facile" (Kisekka, 1973).

2.1.6 *Le lévirat*

Il existe une pratique selon laquelle, à la mort de son époux, une femme est "léguee" à l'un des proches du défunt, en général un frère ou le fils plus âgé d'une autre épouse, dans bien des régions de l'Ouganda, comme Acholi (Kisekka 1989), Ankole (Ntozi et Kabera, 1991), Basoga (Kisekka, 1989) et chez les Itesos (Kisekka, 1989). Cependant les veuves ont de plus en plus tendance à choisir elles-mêmes celui qui hérite d'elles - Bakiga (Kubahire, 1981), Lango (Kisekka, 1989) et Japadhola (Kisekka, 1989).

2.1.7 *Les femmes et les rapports sexuels extraconjugaux*

D'une manière générale et dans une grande partie de l'Ouganda, on attend des femmes qu'elles soient fidèles à leur mari, bien que l'inverse ne soit souvent pas vrai. Un homme qui s'en tient à une seule épouse risque de se faire reprocher son manque de vigueur sexuelle par ses pairs. Mais, traditionnellement, l'adultère a toujours été sévèrement réprimé dans nombre de tribus, tant pour l'homme que pour la femme. Chez les Bahimas, cependant, l'adultère était interdit aux femmes, mais pas aux hommes (Oberg, 1940). Dans la région de Buganda, les normes sociales voulaient que les femmes mariées s'abstiennent de rechercher des partenaires sexuels en-dehors des liens du mariage (Kisekka, 1973 ; McGrath *et al*, 1990). Mais si elles le faisaient, on attendait de leurs partenaires qu'ils leur apportent une aide matérielle (McGrath *et al*, 1990). On note également que les femmes Bagandas ont parfois des liaisons lorsque leur mari est lui-même polygame ou travailleur migrant, et donc absent pendant longtemps ; pour justifier leur comportement, elles invoquent la nécessité de satisfaire leurs besoins sexuels (Kisekka, 1989).

2.1.8 *Les hommes et les rapports sexuels extraconjugaux*

Les hommes sont plus enclins que les femmes à avoir des relations extraconjugales ; jusqu'à 80 % des femmes en milieu rural disent que leur mari ont plusieurs partenaires (Forster, 1989). Il existe cependant certaines limites et variations : ainsi, un Munyankole n'est pas censé avoir la moindre relation sexuelle extraconjugale quand il se construit une maison, sème ou prépare un brassin (Mushanga, 1973). Sa femme commence à avoir des doutes s'il n'a pas de rapports sexuels avec elle pendant une semaine (Kisekka, 1989). Pendant la grossesse, toutefois, la continence est de rigueur pour les deux partenaires, homme et femme (Mushanga, 1973).

Dans la région de Buganda, les rapports extraconjugaux sont considérés comme normaux pour l'homme ; un homme qui ne va pas "voir ailleurs" s'expose à des railleries sur son manque ou son peu de "force" (Kisekka, 1973). Même les adolescents attendent des hommes mariés qu'ils aient des liaisons, ce qu'ils n'attendent pas des femmes (Kisekka, 1976).

2.2. Facteurs incitatifs

2.2.1 L'alcool

L'alcool a plusieurs effets néfastes. Premièrement, il attire les clients, hommes et femmes, dans les bars. Il fausse le jugement et nuit à la maîtrise de soi, ce qui peut conduire à des rapports sexuels. Deuxièmement, les bars favorisent les rencontres et donc les rapports sexuels avec plusieurs partenaires et ils sont même étroitement associés à la prostitution. Troisièmement, Van der Meeren (1990) fait état d'une tendance relativement courante chez les jeunes Bakigas séropositifs à boire puis à séduire des jeunes filles ou à les agresser sexuellement.

Chez les Bagandas, les hommes ont davantage tendance à boire que les femmes, ces dernières vendant généralement l'alcool (Seeley, Malamba *et al*, 1992). Dans cette région du pays, on boit en particulier à l'occasion des mariages, précédés de nuits entières de festivités ("*akasiki*"), et des rites funéraires ("*okwabya ohumbe*"), où les rapports sexuels dans de petites huttes temporaires ("*ensisira*") sont fréquents (Ongom, Lwanga *et al*, 1971 ; Bennett, Saxton, Mugalula-Mukibi, 1973 ; Olowo-Freers 1992). Les rapports sexuels en état d'ébriété avec des étrangers lors de ces cérémonies constituent l'un des modes de transmission de MST les plus couramment cités en région rurale (Arya, Ongom, Tomusange, 1974).

2.2.2 La migration

La migration constitue encore un autre facteur de risque. Elle résulte de pratiques pastorales qui forcent les bergers à se déplacer selon les saisons avec leurs bêtes à la recherche d'eau fraîche et de bons pâturages. De même, hommes et femmes choisissent souvent d'émigrer vers les villes à la recherche d'un emploi (Bennett, 1962). Certaines études montrent que les "veuves du sida" désertent la campagne pour la ville, afin d'échapper à l'opprobre et de trouver un moyen de survivre. Les échanges transfrontaliers sont un autre facteur propice à la propagation du VIH ou des MST, hommes et femmes d'affaires voyageant à l'intérieur ou à l'extérieur du pays pour vendre ou acheter des marchandises. Les rapports sexuels qu'ils ont lors de leurs déplacements en font un important groupe à risque (Bond et Vincent, 1991). Les commerçants et les routiers dans cette région du pays ont de longue date la réputation d'avoir plusieurs partenaires sexuels. Dans les centres commerciaux situés le long des grands axes routiers, hommes et femmes sont particulièrement exposés au risque de contracter le VIH ou des MST. (Serwadda *et al*, 1985 ; Bond et Vincent, 1991). Le Centre et l'Ouest de l'Ouganda ont également accueilli un nombre considérable de travailleurs migrants en provenance de Tanzanie, du Rwanda, du Burundi et d'autres régions du pays ; parmi les autres groupes de population particulièrement mobiles, citons les militaires, les réfugiés et les enseignants (Bond et Vincent, 1991 ; Seeley et Nabaitu, 1990).

2.2.3 La stérilité

On sait que la stérilité incite à avoir des rapports sexuels pour tenter d'avoir des enfants. Normalement, c'est à la femme que l'on reproche d'être stérile, l'une des raisons invoquées étant qu'elle a eu trop de rapports sexuels pendant sa jeunesse (Bennett, 1965). Chez les Bagandas, l'explication locale la plus courante est ce que l'on appelle "*ekigalanga*", la stérilité étant associée à l'aérophagie et à une perte de poids (Bennett, 1965).

Nombreux sont donc ceux qui sont à la recherche de médicaments et de traitements contre la stérilité et contre l'impuissance chez les Bugandas (Southwold, 1973). Parfois, la quête désespérée d'un remède peut s'avérer dangereuse : certains guérisseurs préconisent aux femmes stériles d'avoir des rapports sexuels avec eux.

2.2.4 *Le sexe pour le plaisir*

Certains éléments donnent à penser qu'il existe un lien entre le sexe et le plaisir qu'on en tire (ainsi, Kisekka, 1989 ; Moodie *et al*, 1991). Forster (1989) a constaté que le sexe est assimilé à un jeu : "jouer au sexe" est l'expression locale la plus courante pour désigner le coït. On dit des normes sexuelles chez les Bagandas qu'elles mettent l'accent sur le plaisir mutuel, les préliminaires, la sensualité féminine et la participation active des deux partenaires (Kisekka, 1991). Nombreuses sont les cultures en Ouganda qui considèrent souhaitable et normal d'avoir au moins un rapport sexuel avec pénétration vaginale par nuit (Kisekka, 1989).

La modification des organes génitaux féminins par l'élongation des petites lèvres, traditionnelle dans le pays, est considérée comme un moyen d'exacerber le plaisir des deux partenaires (Kisekka, 1973 ; Kisekka, 1989).

2.2.5 *Le sexe pour l'argent*

Le sexe pour l'argent (ou prostitution) est l'expression généralement employée pour désigner le fait de monnayer des relations sexuelles. Toutefois, cette même expression désigne également les personnes, généralement des femmes, dont on sait qu'elles ont plusieurs partenaires, même s'il n'y a pas échange d'argent. A Ankole, par exemple, une prostituée est une femme qui a des rapports sexuels en dehors du mariage ou en échange d'argent ou de faveurs (Kisekka, 1989). Cette expression s'emploie aussi en signe de réprobation ou de désapprobation. Ainsi, les femmes d'un certain âge peuvent traiter les adolescentes de "prostituées" parce qu'elles leur reprochent de vouloir plus d'un partenaire (Seeley *et al*, 1991).

Forster (1989) établit une distinction entre différents concepts de la prostitution et fait valoir qu'il arrive aux femmes Bagandas et Bakigas de se vendre pour échanger, ou pour recevoir des cadeaux de leur partenaire stable. Toutefois, Bennett (1962) a distingué quatre classes de prostituées à Kampala : les Bahayas qui se prostituent dans certains bidonvilles, les serveuses de bar, les prostituées bien habillées et éduquées de la bourgeoisie et les homosexuels qui ont surtout des Européens pour clients.

2.2.6 *Le sexe rituel*

Le sexe est une expérience très intense et peut souvent être lié à d'autres événements importants auxquels il confère une signification supplémentaire. Chez les Ankoles, à l'Ouest, on ne dénombre pas moins de 33 occasions spéciales censées donner lieu à des rapports sexuels à caractère rituel entre mari et femme, comme les moissons, la construction d'une nouvelle maison et la naissance d'un enfant (Ntozi, 1990 ; Ntozi, Kabera, Mukiza-Gapere *et al*, 1991). A Bunyoro, des actes rituels symbolisant le sexe, et parfois l'acte sexuel, servent à "dire au revoir au défunt" après une période de deuil ; ils doivent être pratiqués par la veuve et parfois par les autres parents de sexe masculin et avoir lieu avec des étrangers

(Beattie, 1973). Les actes sexuels rituels font également partie des activités d'initiation dans le culte de guérison Mbandwa chez les Banyoros (Beattie, 1957). Pendant le rituel d'initiation, on dit que les dieux s'excitent et que l'initié court un grand danger ("mahano").

Chez les Bugandas, la Ssenga (tante paternelle) de la jeune mariée devait être présente le soir des noces pour lui expliquer, voire lui montrer, ce qu'il convenait de faire (Kisekka, 1973 ; McGrath 1990.)

Les rapports sexuels sont parfois exigés dans le cadre des rituels concernant la mort et le lévirat. Chez les Sebeis, l'héritier légal est tenu d'avoir des rapports sexuels avec la veuve pour "nettoyer les cendres", "*erandet*", et ce trois jours après la mort (Goldschmidt, 1973 ; Muhumuza et Tajjuba, 1990).

2.3 La violence sexuelle

2.3.1 Le viol

La violence contre les femmes, en particulier le viol, constitue un facteur majeur de risque. Les femmes (et parfois des hommes) sont victimes de viols, à l'intérieur comme à l'extérieur des liens du mariage. La société ne comprend pas toujours le problème du viol conjugal. Chez les Karamojongs, par exemple, le viol n'est absolument pas considéré comme un délit (Laughlin, 1973). Dans le Nord, on disait de l'enlèvement, souvent synonyme de viol, qu'il était plus courant et plus répandu que l'adultère (Southall, 1970). A l'Est, les Sebeis se marient après s'être enfuis, ce qui revient parfois à un viol (Muhumuza et Tajjuba, 1990).

Dans la région centrale de Buganda, 22 % des femmes ont dit avoir été forcées à avoir des relations sexuelles contre leur gré à un moment ou à un autre de leur vie d'adulte (Okongo, 1991).

2.3.2 Rapports sexuels avec les enseignants

La pratique qui consiste pour les enseignants à contraindre leurs étudiantes à avoir des rapports sexuels avec eux est en train de prendre des proportions catastrophiques. Il s'agit d'enseignants qui courtisent leurs étudiantes, voire d'enseignantes qui cherchent à obtenir les faveurs de leurs étudiants, notamment parce qu'elles pensent que ces garçons n'ont pas contracté le VIH ou des MST (Onyango, 1991).

2.3.3 La violence contre les enfants

Les abus sexuels dont les enfants sont victimes en milieu familial sont souvent niés et très peu documentés sur le plan scientifique. Cette situation s'explique en partie par l'opprobre et la crainte d'être étiqueté à vie. Ndyakira (1992) fait valoir qu'un grand nombre des cas d'incestes passent inaperçus ou qu'aucune mesure juridique n'est prise par crainte d'une comparution publique devant les tribunaux. A Kampala, une étude de 1991 a montré que certains enfants avaient été contraints à avoir des relations sexuelles dès l'âge de quatre ans (Kaharuzza, 1991), et qu'une autre étude à Kasangati a mis en évidence des cas de viols chez de très jeunes enfants, parfois dès l'âge de deux ou trois ans (Ongom *et al*, 1971).

2.4 Prévention

Plusieurs moyens sont utilisés en Ouganda pour prévenir l'infection par le VIH : choix sexuels plus sûrs, dépistage sanguin, accouchement dans de meilleures conditions, utilisation de matériel stérilisé. Le Manuel des formateurs publié par le Centre d'information sur le sida (AIC) fait de la discussion de groupe l'une des principales méthodes de formation de ses agents et autres personnels des ONG qui s'occupent du sida. Grâce à la discussion de groupe, les stagiaires apprennent les méthodes de prévention du VIH, de même que les avantages et les limites de chacune d'entre elles.

2.4.1 Le dépistage sanguin

La transfusion sanguine étant l'une des principales sources d'infection par le VIH, l'Ouganda mène une politique de dépistage sanguin systématique. L'encadré n° 1 ci-dessous décrit le processus et le coût de ce dépistage à la Banque du sang de Nakasero.

Encadré 2.1 - Le coût de la prévention des infections secondaires par le VIH au moyen du dépistage sanguin en Ouganda

QUELLE EST LA RENTABILITE DU DEPISTAGE SANGUIN s'agissant de la prévention des infections secondaires par le VIH? Les résultats du Service ougandais de transfusion sanguine (UBTS) pour 1993 apportent des éléments de réponse à cette question. Après avoir prouvé en 1991 qu'il était capable de fournir du sang "propre" à Kampala, l'UBTS s'est efforcé en 1993 de desservir le pays tout entier. Cette année, le service a transfusé 20.156 patients dans le pays, pour un coût moyen d'environ 38 \$ par unité de sang et une moyenne de 1,2 unité par patient, soit un budget total d'approximativement 929.900 \$. L'encadré 4.2 donne le détail des avantages du service s'agissant de la prévention du VIH et montre que son utilisation a évité une infection par le VIH à quelque 1.863 transfusés.

Mais pour mesurer les externalités positives du programme et, partant, le bien-fondé des subventions gouvernementales, il convient de regarder au-delà de ces infections primaires pour prendre en considération les infections secondaires. Les enfants contaminés lors d'une transfusion ne vivront probablement pas suffisamment longtemps pour contaminer d'autres personnes, mais certains adultes peuvent être encore assez jeunes et sexuellement actifs pour avoir plus tard des comportements sexuels dangereux. Etant donné que

nombre d'entre eux sont malades, l'étude d'évaluation a permis d'estimer que le risque de contamination par chacun de ces adultes n'était que de 50 % (Commission européenne, 1995). Ainsi, le nombre total d'infections secondaires évitées serait de 415¹. Si la seule raison d'être du service est de prévenir ces infections secondaires, sa rentabilité est de 929.900 \$ divisée par 415, soit 2.240 \$ par infection évitée. A supposer que l'Ouganda dispose un système durable d'approvisionnement en sang, le coût de la prévention de ces 415 infections n'aurait été que de 319.894 \$, soit 771 \$ par infection. Ce montant nettement inférieur reste encore largement supérieur au coût de la prévention des infections secondaires par d'autres méthodes (voir encadré 2.6).

¹ Les auteurs font remarquer que les conseils prodigués aux donneurs de sang auraient pu éviter d'autres infections primaires (Commission européenne, 1995). Toute infection secondaire évitée par ce moyen doit être ajoutée aux 415 déjà citées pour calculer les externalités totales positives du programme.

Effacité de la transfusion sanguine pour éviter l'infection par le VIH, Ouganda, 1993

Effets des transfusions sanguines	Avantages		
	Enfants	Adultes	Total
Patients transfusés	11.515	8.641	20.156
Patients condamnés sans transfusion	5.758	3.898	9.656
Patients décédés en dépit de la transfusion	3.801	2.592	6.393
Nombre de décès évités	1.957	1.296	3.253
Nombre d'infections primaires par le VIH évitées	1.033	830	1.863
Nombre d'infections secondaires par le VIH évitées	0	415	415

Source : Résultats obtenus par le Service ougandais de transfusion sanguine, cités dans Beal, Bontinck et Fransen (1992), Commission européenne (1995a) et Fransen (1997), communication personnelle. Cité dans le rapport de la Banque mondiale "Confronting AIDS Public Priorities in a Global Epidemics", Oxford University Press, 1997 : 189.

2.4.2 Les séropositifs et les sidéens disent la vérité sur leur état

Cette méthode s'adresse à un public de formateurs appelés à former des personnes vivant avec le VIH/sida et qui sont à dire la vérité sur leur état. Elle pourrait également être utilisée par d'autres formateurs qui s'occupent de la prévention du VIH/sida. Elle est principalement destinée aux formateurs ayant bénéficié de l'Initiative Philly Lutaaya (PLI) de formation des personnes vivant avec le sida et ayant accepté de révéler leur maladie. Elle traite des thèmes suivants : l'analyse de la situation en matière de VIH/sida, les interventions sociales, la modification des comportements, la problématique hommes/femmes par rapport au VIH/sida. Elle met essentiellement l'accent sur la procédure qu'un formateur peut suivre pour associer les intéressés aux activités de formation en utilisant des méthodes participatives. Cette méthode complète le Manuel qui contient les matériels utilisés pour former les personnes vivant avec le VIH/sida et désireuses de faire connaître leur état.

Cette méthode est culturellement acceptée comme un moyen efficace de communiquer avec le public grâce au courage dont fait preuve une personne contaminée en faisant part de son expérience pour aider les autres à ne pas connaître le même sort.

2.5 Les soins aux sidéens

Les soins à donner aux sidéens sont de trois ordres : les premiers sont les soins palliatifs (SP) destinés à soulager des symptômes tels que maux de tête, douleur, diarrhée, essoufflement, desquamation d'éruptions cutanées, démangeaisons, fièvre et nausées.

Les deuxièmes consistent à prévenir et soigner des maladies opportunistes telles que tuberculose, pneumonie à *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose, candidose, septicémie et maladies fongiques (cryptococcose), dont la méningite à *Cryptococcus* et le virus de l'herpès simplex.

La troisième catégorie est celle des traitements anti-rétroviraux (ARV) qui luttent contre le VIH lui-même (Banque mondiale, 1997, p. 174-183). Ce traitement suppose actuellement l'association de trois médicaments qui, s'ils sont pris correctement, font baisser le niveau de VIH dans le sang en deçà du niveau auquel il est détectable par les tests de laboratoire. Malheureusement, ces médicaments sont chers et compliqués à administrer, leurs bénéfices à long terme incertains et leur efficacité extrêmement variable d'un individu à l'autre. Ils sont classés comme suit :

<i>Groupe 1</i>		
<i>Inhibiteurs TI Nucléosidique</i>	Dose quotidienne (mg)	Coût quotidien ou unitaire
Zidovudine (AZT)	500	2.738
Didanosine (ddl)	400	2.099
Zalcitabine (ddC)	2,25	2.486
Stavudine (d4T)	80	2.900
Lamivudine (3TC)	300	2.690
 <i>Groupe 2</i>		
<i>Inhibiteurs de la protéase</i>		
Saquinavir (SQV)	1.800	6.820
Ritonavir (RTV)	1.200	8.010
Indinavir (IDV)	2.400	4.320

Source : Banque mondiale, 1997, "Confronting AIDS ; Public Priorities in a Global Epidemic", tableau 4.2, p. 180.

Il faut noter que la trithérapie consiste à administrer quotidiennement deux des médicaments du premier groupe du tableau 1 plus un médicament du second groupe, sous surveillance. La nature exacte des médicaments à associer fait actuellement l'objet de recherches et varie probablement selon les patients. Par exemple, les trois médicaments associés peuvent être l'AZT, le ddI et l'IDV ou l'AZT, le ddI et le RTV. Banque mondiale (Confronting AIDS, 1997 : 180).

2.6 L'Initiative ONUSIDA pour faciliter l'accès aux médicaments

Les progrès de la médecine qui ont permis de mettre au point la trithérapie antivirale ont conduit ONUSIDA à réfléchir à la manière dont l'accès à ces nouveaux médicaments pourrait être facilité dans les pays en développement. Un dispositif pilote a donc été établi dans quatre pays participant à l'Initiative ONUSIDA, à savoir l'Ouganda, la Côte d'Ivoire, le Vietnam et le Chili. C'est donc ONUSIDA qui dirige la mise en œuvre de l'Initiative en Ouganda.

Cette Initiative est le fruit d'une série de réunions tenues par ONUSIDA à Genève en 1997 avec des fabricants de produits pharmaceutiques en vue de réfléchir aux questions de faisabilité et aux conséquences de l'Initiative, aux stratégies à mettre en œuvre dans la phase pilote ainsi qu'aux problèmes de durabilité.

Avec l'aide d'ONUSIDA, le gouvernement ougandais a créé un Conseil consultatif de l'Initiative ONUSIDA composé de 14 membres. Entre autres responsabilités, cet organe choisit les institutions médicales appelées à participer au système de distribution de médicaments et qui sont classées en trois grandes catégories : dans la Catégorie A, les centres d'orientation ; dans la catégorie B, les cliniques de suivi et dans la catégorie C, les centres de soins de santé primaires. Le Conseil fixe également les critères à respecter pour la sélection des patients qui bénéficient de l'Initiative, la mise au point de protocoles de gestion et de traitement des infections opportunistes, la prise en charge et le traitement des patients suivant la trithérapie antirétrovirale et la supervision de la gestion de la société à but non-lucratif (Medical Access Ltd Ouganda) qui est chargée de l'achat et de la distribution des médicaments.

Dans le cadre du projet STI, le gouvernement ougandais utilise des fonds publics pour le financement de médicaments ciblés sur les infections opportunistes et les MST et fournit le cadre nécessaire pour une prescription et une utilisation rationnelles des antirétroviraux. Des lignes directrices relatives à la gestion clinique ont été mises au point.

2.7 L'hospitalisation des malades

Il existe trois formules en Ouganda : les services de consultation externes pour les sidéens, les hospices (soins en établissements, sans grands moyens technologiques, pour les malades en phase terminale) et les soins à domicile. Les études sur le coût de chacune de ces formules sont rares. Toutefois, des informations en provenance de Zambie montrent que les programmes de soins à base communautaire sont plus efficaces et beaucoup moins coûteux que les programmes en milieu hospitalier (Chela *et al*, 1994) ; Martin, Van Praag et Msiska, 1996).

Le Manuel du Centre d'information sur le sida recense six principaux aspects de la prise en charge et du traitement des personnes touchées par le VIH/sida :

- (i) les effets du VIH/sida sur l'intéressé(e), sa famille et la collectivité ;
- (ii) la définition des soins ;

- (iii) la définition de la notion de gestion des sidéens et autres personnes touchées par le VIH/sida ;
- (iv) les facteurs influant sur le mode de prise en charge des sidéens et des séropositifs ;
- (v) la nature des soins (médicaux et non médicaux) ;
- (vi) la gestion des situations liées au VIH/sida.

La formation met l'accent sur les cinq points suivants :

- (i) l'incidence du VIH/sida sur l'intéressé(e), sa famille et la collectivité ;
- (ii) les problèmes liés aux divers stades du VIH : crise, adaptation et acceptation ;
- (iii) les expériences personnelles de ce qui aide les malades à surmonter la crise et à faire face ;
- (iv) les mécanismes de soutien psychologique, médical et social ;
- (v) les différents types de soins et d'aide (traitement, soutien matériel et psychosocial).

2.8 L'incidence du VIH/sida sur la famille

La capacité de la famille et de la collectivité dans son ensemble de prendre soin des sidéens dépend dans une large mesure des niveaux de revenu et des réseaux sociaux. Le sida décimant le groupe d'âge le plus productif, les 20-50 ans, ce sont les membres les plus productifs de la famille qu'il emporte. Dans certains cas, ce sont précisément les personnes dont on attend qu'elles assurent à la famille revenus, nourriture et logement.

Le sida a pour effet de priver la famille de son revenu et de laisser dans le besoin un grand nombre de personnes dépendantes (enfants et personnes âgées), qui deviennent alors plus vulnérables.

Des études antérieures ont été citées montrant que les personnes appartenant à des groupes à revenu élevé sont plus susceptibles que les autres d'attirer un plus grand nombre de partenaires sexuels et d'avoir davantage d'argent pour les dédommager. Les riches ont donc tendance à être plus exposés que les pauvres (Banque mondiale 1997 : 207). De même, alors qu'on pourrait penser que les personnes instruites sont plus au courant des modes de transmission du VIH, ce sont malheureusement elles qui sont les plus menacées étant donné qu'elles font aussi partie des groupes à revenus élevés.

Les études ont également montré que la mort d'un adulte dans la force de l'âge, outre qu'elle constitue une tragédie pour la famille, a une incidence à long terme sur les survivants à plusieurs égards.

Premièrement, le stress psychologique et le traumatisme affectif des survivants constituent des problèmes dont on ne s'est guère préoccupé pour l'instant. Dans le contexte ougandais, il semble que la plupart des communautés ne disposent pas de centre de traitement psychologique et de conseils spécifiquement créés pour faire face à ce type de situation (Sengendo et Nambi, 1997).

Deuxièmement, le sida est synonyme de frais médicaux très élevés avant la disparition du malade, ainsi que de grosses dépenses au moment des funérailles. Dans le contexte culturel ougandais, la famille doit aussi trouver de l'argent pour financer les rites funéraires, la plupart du temps trop chers pour elle. Tous ces facteurs se conjuguent pour faire du sida une maladie dévastatrice pour la famille.

Troisièmement, avec l'apparition de l'épidémie de VIH/sida, les femmes qui, traditionnellement, dispensent des soins, ont dû aussi assurer un soutien personnel et financier. C'est la femme qui prend soin de son mari malade jusqu'à sa mort. Une femme malade peut être ramenée dans la maison de son enfance afin que sa vieille mère puisse s'occuper d'elle. Parfois, lorsqu'une femme est malade, l'une de ses sœurs ou de ses filles vient prendre soin d'elle. Lorsqu'une femme survit à son mari mort du sida, elle devient entièrement responsable de la famille. Si elle est ostracisée, elle peut décider d'aller vivre là où personne ne la connaît.

Il peut même arriver qu'elle se remarie pour assurer sa survie et celle de ses enfants ou qu'elle se vende contre de l'argent ou d'autres faveurs, surtout si elle est peu instruite ou peu qualifiée (Van der Meeren, 1990).

Dans les régions rurales, il arrive souvent que les gens refusent d'admettre l'existence du sida et des maladies qui lui sont associées et qu'ils y voient le résultat de la sorcellerie. On attend de la famille et des proches qu'ils prennent soin des malades. Mais lorsque l'existence du sida est admise, la maladie est le plus souvent associée à la promiscuité et l'on attend du responsable de la contamination qu'il s'occupe du malade. Si la femme tombe malade, on suppose automatiquement qu'elle a été contaminée par son mari, qui doit donc la soigner et la soutenir. De même, si c'est l'homme qui est malade, on conclut que c'est sa femme qui l'a contaminé et que c'est à elle de lui prodiguer les soins nécessaires. Lorsqu'on pense que le malade a eu de multiples partenaires sexuels, il doit de l'avis général prendre à sa charge le coût des soins et des traitements médicaux (Ankrah *et al* 1989 : 116).

Dans sa grande majorité, la population attend effectivement de la famille et des proches qu'ils prodiguent au malade les soins nécessaires. En laissant entendre que c'est au patient d'assumer la charge financière de son traitement, elle montre qu'elle sait bien que certains sidéens ne sont pas démunis, bien au contraire puisqu'il y a parmi eux des hommes ou des femmes d'affaires, des membres des professions libérales, des fonctionnaires et autres personnes ayant des revenus moyens à élevés.

CHAPITRE 3

ORGANISMES ASSURANT DES SOINS : POLITIQUES ET PROGRAMMES

3.1 Introduction

La Commission ougandaise de lutte contre le sida (UAC) a été spécialement créée en 1992 pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie gouvernementale pluri-sectorielle de lutte contre le sida (MACA). Cette politique résulte de la conscience que le problème du VIH/sida a des causes et des conséquences qui vont au-delà du seul secteur de la santé. On a compris que l'épidémie avait des répercussions sur divers aspects de la vie individuelle, familiale, collective et nationale qui devaient être abordés dans leur globalité. Le document définissant la Stratégie a été finalisé en février 1993 et la Commission est chargée depuis d'en surveiller l'application. Par la suite, un Plan opérationnel national pour la prévention du VIH/sida/MST et la prise en charge des malades (1994-1998) a été élaboré pour concrétiser la Stratégie pluri-sectorielle. Il est maintenant remplacé par le Cadre stratégique national pour les activités liées au VIH/sida en Ouganda (1998-2002), qui énonce les principes directeurs et fixe les priorités nationales s'agissant de la formulation des interventions destinées à empêcher la propagation du sida et à lutter contre les effets néfastes de la maladie.

Dans le cadre de son mandat de coordination, l'UAC recense régulièrement les organismes ayant en Ouganda des activités liées au VIH/sida. Elle les classe en fonction de leur localisation, de la nature de leur intervention, de leur groupe-cible et du niveau administratif de leur action (pays, district ou collectivité).

Elle a ainsi recensé plus de 1.020 organismes engagés dans la lutte contre le VIH/sida en Ouganda en 1997. Ces organismes interviennent à divers niveaux : district (32 %), comté (23 %), sous-district (16 %), échelle nationale (21 %), région et plusieurs districts (7 %). Environ 6 % de ces organismes opèrent à l'échelon international.

La sensibilisation et l'éducation sont les principales formes d'intervention et elles ont été citées par 14,9 % d'entre eux. Les organismes ont été moins nombreux (154) à mentionner comme principale forme d'intervention les soins aux malades et leur prise en charge que l'aide et le soutien apportés aux orphelins (183). Les problèmes propres aux femmes constituent le principal axe d'action de 156 organismes, contre 73 pour les questions concernant plus particulièrement les hommes. La culture, les pratiques de santé traditionnelles et le soutien aux clans constituent des domaines d'intervention mentionnés par un total de 208 associations.

Quelques organismes ont fait l'objet d'une étude détaillée. Ils ont été choisis en fonction de la nature de leur intervention (prévention, traitement et soins) et pour des raisons de commodité. Faute de temps, l'échantillon a été limité aux seuls organismes basés à Kampala, auxquels l'Equipe pouvait rendre visite. L'analyse qui suit repose sur l'examen des descriptifs de projet fournis par la direction de ces instances, ainsi que sur l'information collectée lors d'entretiens avec le personnel. En outre, les Consultants se sont servis de leurs propres connaissances du problème du VIH/sida dans le pays et des organismes en question.

3.2 Les organismes internationaux

3.2.1 La Stratégie du PNUD pour la coopération en matière de VIH/sida et le programme de développement

La Stratégie VIH/sida du PNUD pour 1993-1996 a été élaborée dans le cadre de la Stratégie nationale, axée sur deux grands domaines :

- (i) prévenir la propagation du VIH ;
- (ii) faire face aux conséquences de l'épidémie.

Prévenir

L'accent est mis sur la transmission verticale, les jeunes non scolarisés, les jeunes adultes et les donneurs de sang. Les politiques visent à promouvoir des pratiques médicales sûres, la lutte contre d'autres MST, le rôle des organisations religieuses, le dépistage sanguin et la recherche pluridisciplinaire sur les questions de prévention.

Faire face aux conséquences de l'épidémie

L'accent est mis sur le traitement des maladies liées au VIH, la confidentialité pour les personnes atteintes du VIH/sida, les conseils, l'acceptation humaniste, le soutien, les soins et le traitement dispensé aux personnes atteintes du VIH/sida, le soutien aux soignants et l'incidence socio-économique de l'épidémie.

Dans le cadre de son mandat, la Stratégie du PNUD était essentiellement destinée à appuyer les efforts déployés pour enrayer l'épidémie, et par le gouvernement et par des organismes internationaux comme l'USAID, la GTZ (Agence allemande de coopération technique), la DANIDA (Agence danoise pour le développement international), la CEE, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS ou la Banque mondiale.

3.3 Politique d'intervention

La Politique d'intervention du PNUD était donc axée sur des activités pluridimensionnelles contribuant au renforcement des capacités. Dans des conditions de forte séroprévalence, les objectifs d'ensemble en la matière étaient les suivants :

- (i) améliorer le fonctionnement des institutions existantes en les aidant à tirer un meilleur parti de leurs moyens ;
- (ii) générer des idées et des aptitudes permettant de mieux comprendre les problèmes posés par l'épidémie ;
- (iii) encourager et soutenir des approches novatrices et des changements d'organisation, dans les secteurs public et privé ;
- (iv) reproduire dans d'autres institutions et régions du pays les approches et les structures institutionnelles qui ont fait la preuve de leur efficacité.

La stratégie de prévention du VIH était axée sur les points suivants :

- (i) améliorer la prise de conscience du VIH/sida, encore très faible dans certaines régions comme Lira et Apac, où le PNUD a convenu d'aider le gouvernement et d'autres organismes à identifier les régions ayant le plus besoin d'IEC (information, éducation et communication) et les programmes appropriés ;
- (ii) même si l'on a des raisons de penser que les comportements changent, cette évolution est très lente. Pour l'encourager, le PNUD s'est attaché à soutenir les ONG et autres organismes qui se préoccupent des facteurs socioculturels propices à la propagation du VIH ;
- (iii) le PNUD a entrepris d'appuyer des programmes visant à aider les femmes à se protéger. Dans ce contexte, il a encouragé des recherches sur les conditions sociales, culturelles et économiques prédisposant les femmes à être infectées par le VIH plus jeunes que les hommes. Il fallait étudier non seulement les changements de comportements, mais aussi la formation des comportements spécifiquement risqués pour les femmes ;
- (iv) le PNUD a entrepris d'appuyer les efforts déployés pour enrayer la prévalence du VIH chez les militaires, les prisonniers et les réfugiés, qui sont particulièrement vulnérables.

3.4 L'incidence économique et sociale

Les efforts du PNUD en matière de renforcement des capacités ont également eu pour objectif d'atténuer les conséquences économiques et sociales de l'épidémie et portaient notamment sur les projets suivants :

- (i) les "micro-projets" ciblés sur les groupes et groupes de ménages et sur les communautés considérés comme étant les plus vulnérables ;
- (ii) les interventions sectorielles dans l'agriculture, la santé et l'éducation.

La principale composante culturelle de la stratégie du PNUD consistait à associer activement la collectivité au suivi et à l'évaluation de l'impact de l'épidémie et des méthodes utilisées par la société pour faire reculer la maladie. C'est cette composante qui a étayé d'autres volets de l'initiative comme les soins à base communautaire, l'aide aux orphelins et autres groupes vulnérables, le développement communautaire et la mise en place de structures telles que les gouvernements locaux, la Commission ougandaise de lutte contre le sida (UAC), le Ministère des Finances et du Développement économique et plusieurs organisations non gouvernementales (ONG).

3.5. Les aptitudes fondamentales : modèle de l'UNICEF et du Ministère de l'Education et des Sports

Le modèle des aptitudes fondamentales fait appel à un large éventail de méthodes pour inculquer aux enfants certaines aptitudes nécessaires à l'évolution des comportements et à une vie active et constructive au sein de la société (Edward de Bono). Selon le TACADE (Royaume-Uni), il faut des compétences personnelles et sociales. Le modèle a été élaboré en Ouganda après que des

lacunes ont été détectées dans le programme de sciences fondamentales et d'éducation sanitaire pour 1990-1995, puisqu'en dépit de ce programme, les élèves n'avaient pas modifié leur comportement pour adopter des modes de vie plus sains. On a déterminé que les aptitudes fondamentales étaient le chaînon manquant entre les sciences fondamentales et l'éducation sanitaire, d'une part, et un changement positif de comportement, d'autre part. D'où l'initiative lancée par le gouvernement ougandais et l'UNICEF dans ce domaine.

Les aptitudes suivantes ont été recensées à partir d'un rapport sur le niveau et la nature des aptitudes des élèves du primaire en Ouganda (pour plus de détails, voir l'Annexe II).

L'étude de base (1996) portait sur les aptitudes suivantes : affirmation de soi, capacité de gérer ses émotions, capacité de se faire des amis, relations avec les autres, sens de la négociation, résolution non violente des conflits, imagination, résistance aux pairs, conscience de soi, esprit critique, capacité de décision, résolution de problèmes, capacité de communiquer efficacement, capacité de gérer le stress et empathie. Ces différentes notions sont expliquées en détail dans l'Annexe I au présent chapitre.

3.5.1 *Les techniques d'auto-évaluation*

Deux instruments ont été mis au point pour permettre aux élèves de s'auto-évaluer, à savoir :

- (i) un questionnaire ;
- (ii) une discussion de groupe.

Ces instruments et, plus particulièrement, le second, s'inscrivaient dans le contexte culturel d'une société au sein de laquelle un petit groupe de personnes au niveau de la communauté ou à tous les niveaux de la famille discutent et s'efforcent de décortiquer un phénomène pour le comprendre en profondeur.

3.5.2 *Le questionnaire*

Dans le questionnaire, on a utilisé une échelle de Likert (Ministère de l'Education et de la Culture, Zimbabwe, 1993, 1994, OMS, 1994). La réponse de chaque enfant à une question devait refléter la manière dont il se percevait, sur une échelle à 5 niveaux ; l'élève commençait par se situer par rapport à l'énoncé en indiquant s'il était d'accord, pas d'accord ou indifférent. S'il était d'accord ou s'il ne l'était pas, il lui était demandé d'indiquer dans quelle mesure. Voici ce que signifiaient les cinq options possibles :

- 5 = entièrement d'accord ;
- 4 = d'accord ;
- 3 = partiellement d'accord ;
- 2 = pas d'accord ;
- 1 = pas du tout d'accord.

Les moyennes des notes que les élèves se sont attribuées figurent au tableau 3.1 ci-dessous :

Tableau 3.1
Moyennes des notes que filles et garçons se sont attribuées, par aptitude fondamentale

Aptitudes fondamentales	Moyennes des notes		
	Total	Filles	Garçons
Résolution des conflits	3,6	3,6	3,6
Capacité de se faire des amis	3,4	3,4	3,4
Résistance aux pairs	3,4	3,5	3,4
Affirmation de soi	3,4	3,5	3,4
Capacité de décision	3,9	4,0	3,9
Capacité de gérer le stress	3,3	3,3	3,3
Conscience de soi	3,5	3,6	3,5
Empathie	3,4	3,5	3,4
Résolution des problèmes	3,4	3,5	3,4
Esprit critique	3,2	3,3	3,2
Relations avec les autres	3,8	3,9	3,7
Imagination	2,9	2,9	2,9
Capacité de communiquer efficacement	3,6	3,7	3,5
Capacité de gérer ses émotions	3,4	3,4	3,4
Sens de la négociation	3,4	3,5	3,4
Moyenne	3,4	3,5	3,4

Source : "The Level of Life Skills of Uganda's Primary School Children" A Baseline Study Report - Ministère de l'Éducation / UNICEF, octobre 1996 ; p.25.

Les fourchettes suivantes ont été retenues pour l'interprétation des niveaux moyens d'aptitudes des élèves :

- 1,0 à 1,4 très faible
- 1,5 à 2,4 faible
- 2,5 à 3,4 moyen
- 3,5 à 4,4 élevé
- 4,5 à 5,0 très élevé

3.5.3 La discussion de groupe

Il s'agissait de tenter d'évaluer le niveau des aptitudes des élèves dans le cadre d'une discussion de groupe, en écoutant leurs arguments et en observant leur comportement et leurs expressions. Pendant la discussion d'un sujet, chaque chercheur prenait des notes de ce que disait chaque enfant et de la manière dont il se comportait, en vue d'établir une relation entre ses attitudes, ses mots et son niveau de compétence.

Le chercheur devait noter chaque aptitude sur une échelle à cinq points. Compte tenu des arguments invoqués par l'élève, de ses expressions, de son langage corporel, etc. pendant la discussion de groupe, la signification des notes était la suivante :

- 5 = l'élève est excellent : il constitue un modèle sur lequel ses camarades pourraient prendre exemple pour acquérir l'aptitude en question. Les réponses et les comportements de l'élève ont convaincu le chercheur que l'aptitude est bien développée et peut être considérée comme très élevée ;
- 4 = l'élève est bon : il n'a que peu de progrès à faire, le niveau de l'aptitude étant déjà élevé ;
- 3 = des comportements correspondant à l'aptitude sont présents, mais ils ne sont pas suffisamment développés. La manifestation en est faible, mais perceptible. Le niveau de l'aptitude est moyen ;
- 2 = aptitude peu présente. Elle est de niveau faible ;
- 1 = l'aptitude n'est que très faiblement présente. Le comportement de l'élève montre qu'il évite généralement de s'en servir. La développer signifierait partir pratiquement de zéro, puisque le niveau est très faible.

Les résultats figurent au tableau 3.2 ci-dessous :

Tableau 3.2
Notation des aptitudes des élèves lors de la discussion de groupe

Aptitudes	Elèves			Chercheurs			Enseignants		
	T	F	G	T	F	G	T	F	G
Résolution des conflits	3,6	3,5	3,7	2,4	2,5	2,5	3,0	3,1	3,0
Capacité de se faire des amis	3,4	3,4	3,4	2,7	2,8	2,7	3,4	3,7	3,2
Résistance aux pairs	3,4	3,5	3,4	3,0	3,1	3,0	3,2	3,4	3,1
Affirmation de soi	3,5	3,6	3,5	2,6	2,6	2,6	3,1	3,1	3,1
Capacité de décision	3,7	3,8	3,6	2,7	2,8	2,7	3,0	3,1	3,0
Capacité de gérer le stress	3,3	3,3	3,4	2,4	2,4	2,4	3,1	3,2	3,0
Conscience de soi	3,5	3,4	3,6	2,6	2,6	2,6	3,2	3,2	3,2
Empathie	3,4	3,5	3,4	2,7	2,8	2,7	3,3	3,4	3,3
Résolution des problèmes	3,4	3,3	3,4	2,9	3,0	2,8	3,1	3,1	3,0
Esprit critique	3,3	3,3	3,3	2,5	2,4	2,5	3,1	3,2	3,1
Relations avec les autres	3,9	4,1	3,8	2,7	2,8	2,6	3,4	3,5	3,3
Imagination	2,9	3,0	2,9	2,0	2,1	1,9	3,1	3,1	3,0
Capacité de communiquer efficacement	3,6	3,6	3,6	2,9	3,0	2,9	3,3	3,4	3,3
Capacité de gérer ses émotions	3,5	3,4	3,5	2,5	2,6	2,5	2,9	3,1	2,8
Sens de la négociation	3,5	3,5	3,4	2,3	2,5	2,0	3,0	3,1	2,9
Moyenne	3,5	3,5	3,5	2,6	2,6	2,6	3,1	3,2	3,1

Légende : T = Total, F = Filles ; G = Garçons.

Source : "The Level of Life Skills of Uganda Primary School Children" A Baseline Study Report - Ministère de l'Éducation/ UNICEF, octobre 1996 ; p. 34.

Note : La note moyenne que les élèves se sont attribuées est élevée (3,5) par rapport à celle que les chercheurs et les enseignants leur ont donnée (2,6 et 3,1 respectivement). Les élèves se sont attribués les meilleures notes pour, dans l'ordre, les relations avec les autres, la capacité de décision et la capacité de communiquer efficacement. En revanche, les chercheurs leur ont attribué des notes moyennes pour la résistance aux pairs, la capacité de décision, l'affirmation de soi et la conscience de soi.

3.5.4 Evaluation d'autres personnes

(i) Notation des enseignants

Les enseignants participant à la discussion de groupe étaient aidés par les chercheurs à noter chacun des élèves. La notation a été effectuée sur une échelle à cinq points telle que décrite plus haut.

(ii) Notation des directeurs d'établissements

Il a été demandé aux directeurs d'établissement de noter les élèves sur un certain nombre de points, dont leurs aptitudes fondamentales. Aucun terme technique n'a été utilisé pour décrire ces aptitudes auxquelles correspondaient trois niveaux :

- 3 = élevé. Le directeur d'établissement estime qu'il reste très peu à faire pour améliorer le niveau ;
- 2 = les élèves dans leur ensemble montrent souvent qu'ils possèdent l'aptitude en question, mais à un niveau insuffisant. Il faudrait encore un certain effort pour atteindre un niveau plus élevé ;
- 1 = l'aptitude n'est pas présente ou ne se manifeste que rarement. Il faudrait beaucoup d'efforts pour passer d'un niveau aussi faible à un niveau élevé.

Les résultats sont présentés au tableau 3.3.

Tableau 3.3
Notes moyennes données par les directeurs d'établissement
à des élèves des zones urbaines et des zones rurales, par aptitude fondamentale

Aptitudes fondamentales	Notes moyennes		
	Total	Régions urbaines	Régions rurales
Résolution des conflits	-	-	-
Capacité de se faire des amis	4,2	4,2	4,2
Résistance aux pairs	3,3	3,3	3,3
Affirmation de soi	3,0	3,0	3,2
Capacité de décision	2,7	2,7	2,8
Capacité de gérer le stress	3,3	3,3	3,2
Conscience de soi	2,7	2,8	2,6
Empathie	3,7	3,8	3,5
Résolution de problèmes	3,2	3,0	3,4
Esprit critique	2,2	2,2	2,2
Relations avec les autres	3,5	3,3	3,8
Imagination	2,8	2,8	2,8
Capacité de communiquer efficacement	3,4	3,1	3,4
Capacité de gérer ses émotions	3,7	4,0	3,2
Négociation	-	-	-
Moyenne	3,2	3,2	3,2

Source : "The level of Life Skills of Uganda's Primary School Children" A Baseline Study Report - Ministère de l'Éducation / UNICEF, octobre 1996 : p. 31

3.5.5 Notation par les représentants de la communauté

Les représentants de la communauté ont été invités à noter les élèves sur un certain nombre de points.

Leur notation reposait sur une échelle à trois points et portait sur tous les élèves, comme celle des directeurs d'établissement. Les représentants de la communauté ont discuté de leur notation pour chaque aptitude jusqu'à ce qu'ils parviennent à un consensus. Les résultats figurent au tableau 3.4 ci-dessous.

Tableau 3.4
Notes moyennes attribuées aux élèves par eux-mêmes, par les directeurs d'établissement, par les représentants de la communauté, par les enseignants et par les chercheurs, par aptitude fondamentale

Aptitudes fondamentales	Notes moyennes					Moyenne
	Élèves *	Directeurs d'établissement **	Communauté **	Chercheurs ***	Enseignants ***	
Résolution des conflits	3,6	-	3,1	2,4	3,0	3,0
Capacité de se faire des amis	3,4	4,2	-	2,7	3,4	3,4
Résistance aux pairs	3,4	3,3	3,0	3,0	3,2	3,2
Affirmation de soi	3,4	3,0	3,4	2,6	2,1	2,1
Capacité de décision	3,9	2,7	3,6	2,7	3,0	3,2
Capacité de gérer le stress	3,3	3,3	-	2,4	3,1	3,0
Conscience de soi	3,5	2,7	3,4	2,6	3,2	2,1
Empathie	3,4	3,7	-	2,7	3,3	3,3
Résolution des problèmes	3,4	3,2	3,7	2,9	3,1	3,3
Esprit critique	3,2	2,2	3,2	2,5	3,1	2,8
Relations avec les autres	3,8	3,5	4,8	2,7	3,4	3,6
Imagination	2,9	2,8	4,1	2,0	3,1	3,0
Capacité de communiquer efficacement	3,6	3,4	4,3	2,9	3,3	3,5
Capacité de gérer ses émotions	3,4	3,7	3,8	2,5	2,9	3,3
Négociation	3,4	-	-	2,3	3,0	2,9
Moyenne	3,4	3,2	3,7	2,6	3,1	3,2

Source : "The Level of Life Skills of Uganda's Primary School Children" A Baseline Study Report - Ministère de l'Éducation / UNICEF, octobre 1996 ; p. 39

Légende : * Tous les élèves ayant répondu au questionnaire.
** Tous les élèves dans les écoles retenues.
*** Les élèves participant au groupe de discussion.

On peut noter que les élèves se sont attribués un niveau d'aptitude moyen (3,4), proche de celui que leur ont donné les directeurs d'établissement (3,2) et les enseignants (3,1).

Seuls les représentants de la communauté ont jugé élevé le niveau des aptitudes fondamentales des élèves (3,7).

Dans l'ensemble, les élèves ont des notes élevées pour les relations avec les autres (3,6) et la capacité de communiquer efficacement (3,5). Les aptitudes fondamentales les plus faibles sont l'esprit critique, le sens de la négociation et la résolution des conflits, pour lesquelles les notes sont inférieures à la moyenne (3,2).

Les filles ont tendance à avoir une vision d'elles-mêmes plus positive que les garçons, surtout pour la résistance aux autres, l'affirmation de soi, l'empathie, la résolution des problèmes et le sens de la négociation. Ainsi, l'opinion des parents selon laquelle les jeunes filles s'affirment moins que les garçons par timidité et parce qu'elles sont élevées dans le respect d'autrui ne correspond peut-être pas à l'idée que les jeunes filles ont d'elles-mêmes ("The Level of Life Skills of Uganda's Primary School Children", octobre 1996)

3.5.6 *Observation directe des comportements*

Il s'agit ici d'observer le comportement des élèves et des enseignants directement en classe et pendant les pauses. Le but était d'étudier la manière dont l'enseignant transmet des aptitudes fondamentales ou en renforce le développement, ainsi que la manière dont les élèves s'encouragent les uns les autres à renforcer ces aptitudes. Cette capacité d'observation est profondément ancrée dans les cultures où parents et autres aînés observent les schémas de comportement des jeunes et décident de la manière dont ces schémas peuvent être modifiés pour être conformes au système de valeurs de la société.

3.6 Le modèle de réseau d'éducation sanitaire de l'UNICEF et du Ministère de la Santé

Ce modèle, mis au point par le Ministère de la Santé avec l'aide de l'UNICEF est présenté en détail dans le Manuel de formation des facilitateurs, 1998. Il tient compte de la valeur culturelle des discussions individuelles et de groupe et utilise des matériels et des études de cas localement disponibles pour présenter des concepts nouveaux au public cible. Il met également l'accent sur la participation du public à l'identification des questions de santé et l'explication des problèmes de santé communautaires. Ainsi, par la participation, le public interprète la santé d'un point de vue local et comprend ce que l'absence de souffrance et d'inconfort signifie pour la collectivité et les individus.

Le Manuel donne des indications sur l'utilisation de facteurs environnementaux qui jouent un rôle important dans certaines maladies et souligne que les individus et la famille ont la responsabilité de leur santé et doivent choisir leur style de vie en conséquence. Il montre aussi comment aider la collectivité à comprendre les déterminants de la santé qui ne dépendent pas de l'individu ou de la famille, par exemple les maladies congénitales ou héréditaires.

(i) L'éducation sanitaire, un processus d'apprentissage

Le modèle met en évidence les relations entre les facteurs sociaux, culturels, politiques et environnementaux qui influent sur l'état de santé d'une société. Il souligne aussi que l'éducation sanitaire est une étude permanente des comportements, dont la plupart dépendent de l'individu lui-même. L'éducation sanitaire est donc un processus d'apprentissage qui aide les gens à prendre des décisions adaptées à leur propre situation.

(ii) Les principes de l'éducation sanitaire

En inculquant les principes de l'éducation sanitaire, le Manuel aborde la question des valeurs culturelles d'une société où l'ordre règne et où les gestionnaires rendent compte de leurs actes. Il forme donc les agents sanitaires aux principes de l'éducation sanitaire en insistant sur l'apprentissage mutuel, sur la nécessité d'apprendre par la pratique plutôt que par la

théorie, et met en lumière des notions de base, des compétences, des expériences, des attitudes et des idées en matière de santé. Il montre, en outre, comment inciter la communauté à prendre sa santé en charge.

(iii) La réflexion stratégique

Le Manuel indique à la communauté comment engager une réflexion stratégique sur sa santé et planifier et de mettre en œuvre stratégiquement des activités visant à améliorer la qualité de sa vie. Ces stratégies sont axées sur les organisations communautaires existantes telles les écoles, les églises, les clubs, les coopératives, etc. et insistent sur l'importance de la participation de la collectivité. Elles montrent comment renforcer la capacité de sauver des vies au niveau des ménages en leur apprenant à doser les sels de réhydratation orale ou de simples gestes de premiers secours.

3.7 Les organisations non gouvernementales (ONG)

3.7.1 *Le modèle de planification familiale du projet DISH (Delivery of Improved Services for Health)*

Sengendo et Iga (1997) ont décrit un modèle de planification familiale utilisé dans le district de Masaka pour rendre les méthodes de planification familiale plus acceptables et plus accessibles. Le problème à résoudre était qu'en Ouganda, 8% seulement des femmes mariées en âge de procréer utilisaient des méthodes de planification familiale. A Kampala, le taux d'utilisation de contraceptifs était de 25 %, alors que près de 100 % de la population était au courant des méthodes modernes ; on ne savait pas vraiment pourquoi ces méthodes n'étaient pas utilisées. Parmi les femmes ne souhaitant pas une grossesse, environ 20 % ont dit ne pas utiliser de méthodes modernes de planification familiale par crainte de problèmes de santé et d'effets secondaires, par manque d'information quant à l'emplacement des services en question ou faute de soutien de la part de leurs maris.

La campagne de planification familiale "Planifier aujourd'hui, profiter de demain" a été mise en œuvre dans 10 districts ougandais dans le cadre du projet DISH. Ce projet visait à améliorer la qualité des services de santé génésique, les comportements, les connaissances et les attitudes en matière de planification familiale, de prévention du VIH et du sida, de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de santé maternelle et infantile.

Y ont participé les éducateurs sanitaires des 10 districts, qui ont conçu les messages et la stratégie médiatique de la campagne de planification familiale à l'intention des hommes et des femmes des zones rurales. Le groupe a décidé de se concentrer d'abord sur les femmes mariées de 18 à 35 ans n'utilisant pas de méthodes modernes de planification familiale et ne souhaitant pas immédiatement une nouvelle grossesse, puis sur leurs maris.

L'ensemble des activités et matériels de la campagne visait à convaincre les couples que s'ils utilisaient des méthodes modernes de planification familiale, ils pourraient jouir d'une plus grande tranquillité. Le slogan utilisé était "Planifier aujourd'hui, profiter de demain". Les principaux messages de la campagne étaient les suivants :

- ▶ les méthodes modernes de planification familiale sont sans danger ;
- ▶ les méthodes modernes de planification familiale permettent aux couples d'avoir des enfants quand ils le décident. Ils ont ainsi davantage de temps à consacrer à leur famille, à leur travail et à leurs loisirs, en fonction de leurs obligations culturelles ;
- ▶ les utilisateurs de méthodes modernes de planification familiale sont satisfaits de leurs choix. Ils sont en bonne santé, heureux de vivre et recommandent ces méthodes à d'autres.

Les facteurs suivants ont apporté une contribution unique au succès de la campagne :

- ▶ participation active du public cible à la recherche et à la mise en œuvre ;
- ▶ thème et messages de campagne spécifiques, bien définis et cohérents ;
- ▶ vaste campagne de publicité à base d'affiches, de messages radio et de communication interpersonnelle ;
- ▶ soutien et participation active de DISH et du Ministère de la Santé ;
- ▶ formation de comités d'action de district (CAD) responsables de la campagne, ce qui a conduit le district à "s'approprier" celle-ci ;
- ▶ participation de la collectivité.

La campagne s'est appuyée sur une autre activité culturelle, les jours de marché, qui attirent généralement en Ouganda des foules de plus de 10.000 personnes. Des stands y ont donc été installés, pour informer, conseiller, organiser des animations et des projections vidéo et vendre des préservatifs et des pilules contraceptives. Cette méthode a été jugée efficace pour les raisons suivantes :

- ▶ les jours de marché ont permis de toucher le principal public cible (femmes de 18 à 35 ans) dont on pense que le travail les retient souvent à la maison, de même que le public secondaire, à savoir leurs maris ;
- ▶ les messages de planification familiale ont atteint des foyers auxquels les éducateurs sanitaires n'avaient ordinairement pas accès ;
- ▶ la campagne a bénéficié d'un public tout fait, ce qui a permis de consacrer moins de temps et d'argent à la mobilisation du public cible. Le coût par personne s'est avéré modique, et la campagne a touché 500 personnes par jour de marché ;

- ▶ il y a eu réaction immédiate du public et certaines questions ont pu être éclaircies sur-le-champ ;
- ▶ le climat amical et détendu du marché a donné aux femmes la possibilité de discuter ou de parler à leurs maris de questions de santé génésique et de planification familiale en particulier.

L'évaluation de cette activité a montré qu'il y avait eu modification des comportements compte tenu des indicateurs suivants :

- ▶ le taux d'utilisation de moyens de contraception a augmenté dans les régions touchées par la campagne ;
- ▶ le nombre de personnes fréquentant pour la première fois un établissement de santé a augmenté ;
- ▶ les femmes ont eu accès à des services de planification familiale ;
- ▶ les femmes ont pu discuter planification familiale avec leurs maris.

3.7.2 La campagne DISH "*Pratiques sexuelles plus sûres*" pour les jeunes en Ouganda

Gamurorwa *et. al* (1998) ont décrit la manière dont la campagne "*Pratiques sexuelles plus sûres*" a été mise en œuvre dans le cadre du projet DISH financé par USAID et mis en œuvre dans 10 districts en Ouganda. Ce projet vise à améliorer la qualité des services de santé génésique, les comportements, les connaissances et les attitudes en matière de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de santé maternelle et infantile. La composante IEC (information, éducation et communication) du projet est mise en œuvre au niveau du district par les éducateurs sanitaires, avec l'assistance technique de coordonnateurs IEC basés à Kampala.

En 1994, lorsque le projet DISH a démarré en Ouganda, les jeunes de 15 à 19 ans représentaient le groupe le plus exposé au risque d'infection par le VIH. Il a donc été décidé d'examiner les travaux de recherche, d'organiser des groupes de discussion et d'interroger les jeunes de manière détaillée pour déterminer certains des facteurs contribuant à l'infection. On a constaté que les jeunes avaient un comportement très fataliste, même s'ils savaient que l'abstinence et la monogamie pouvaient les protéger.

Peu de jeunes voyaient dans le préservatif un moyen efficace ou acceptable d'éviter une infection par le VIH. Nombre d'entre eux ont reconnu être sexuellement actifs. La plupart avaient plusieurs partenaires et rares étaient ceux qui avaient parlé "protection" avec elles. Conformément à nos cultures, la plupart des jeunes hommes sont soumis à une pression énorme de la part de leurs camarades et parents, qui les incitent à "prouver" leur virilité dès le stade de l'adolescence. Beaucoup pensaient que l'abstinence pourrait leur nuire physiquement et porter atteinte à leur capacité d'avoir des rapports sexuels dans l'avenir. La stratégie s'adressait essentiellement aux adolescents non mariés de 15 à 19 ans, vivant dans les 10 districts du projet et, accessoirement, à leurs partenaires potentiels, de jeunes célibataires âgées de 12 à 19 ans. Pour ces jeunes filles, les hommes faisaient généralement les avances sexuelles et devaient donc aussi prendre l'initiative d'utiliser un préservatif.

Les messages de prévention ont été conçus autour des thèmes suivants :

- ▶ résistez à la pression des autres en décidant vous-même de la manière dont vous allez vous protéger du VIH ;
- ▶ l'abstinence ne vous fera pas de mal, abstenez-vous de tout rapport sexuel tant que vous n'aurez pas trouvé l'homme ou la femme "de votre vie" ;
- ▶ utilisez des préservatifs à chaque rapport sexuel.

Outre ces messages, la campagne s'est appuyée sur un ensemble d'activités médiatiques dont la publication de matériels écrits, des émissions et des spots radiophoniques, un concours de musique (Hits for Hope) et des jeux de questions-réponses. Par ailleurs, un certain nombre de concours de théâtre, de projections vidéo et de rallyes à vélo ont été organisés.

L'impact de la campagne sur les jeunes

L'enquête de suivi réalisée en octobre 1996 montre que la campagne a donné d'excellents résultats : elle a touché le public cible et contribué à modifier les comportements. Ainsi,

- ▶ le taux de participation des jeunes a été très élevé : plus de 90 % des jeunes interrogés ont vu ou entendu au moins un message dans les médias, la moyenne citée par les personnes interrogées a été de cinq ou de six ;
- ▶ plus des trois quarts des répondants ont indiqué que les messages de la campagne les avaient incités à modifier leur comportement sexuel à certains égards ;
- ▶ la majorité a dit avoir décidé de s'abstenir de tous rapports sexuels et une grande partie a commencé à utiliser des préservatifs ;
- ▶ la proportion de répondants sexuellement actifs est restée stable à environ 50 % ;
- ▶ la radio s'est avérée être le média le plus efficace et elle l'a été plus encore dans les régions où des activités locales avaient été organisées ;
- ▶ l'expérience acquise dans le cadre de la campagne a montré que la radio constituait un moyen important de diffuser des messages en matière de pratiques sexuelles plus sûres.

Les facteurs culturels ayant contribué au succès de la campagne étaient les suivants :

- ▶ participation active du public visé à la recherche et la mise en œuvre ;
- ▶ thèmes et messages de campagne bien définis et cohérents ;
- ▶ soutien, mobilisation et participation active des dirigeants locaux au niveau communautaire ;
- ▶ campagne publicitaire vigoureusement efficace, à base d'affiches, de messages radio et de communication interpersonnelle ;

- ▶ distribution participative des matériels de la campagne au public visé au niveau communautaire ;
- ▶ travail en réseau avec d'autres organisations et professionnels en vue de la formation de comités d'action aux niveaux des districts pour organiser les activités liées à la campagne ;
- ▶ campagne participative.

3.8. Le Centre d'information sur le SIDA (AIC)

Le Centre d'information sur le sida a été fondé en 1990 par un consortium de services gouvernementaux, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de bailleurs de fonds en réponse à la demande croissante de services de dépistage du VIH. Avant la création du Centre, quelques services de dépistage étaient assurés dans certains établissements sans que les intéressés soient consultés ou conseillés. De plus, les organisations qui s'occupaient des sidéens n'étaient pas en mesure d'assurer des services de dépistage aux personnes ayant besoin de soins et de soutien.

La stratégie de l'AIC en matière de conseil et de dépistage librement consenti du VIH comprend six éléments de base. Premièrement, l'AIC a formé un certain nombre de conseillers, de laborantins, d'analystes de données, de formateurs et d'administrateurs.

Deuxièmement, il a mis au point des protocoles pour le conseil et pour le dépistage. Troisièmement, des services de soutien ont été créés (avec des organismes collaborateurs) en vue de fournir des soins de longue durée aux séropositifs et de créer des "clubs post-dépistage" destinés à assurer des modifications des comportements à long terme. La diffusion du principe du conseil et du dépistage librement consentis (CDLC) est assurée grâce à la mobilisation de la collectivité dans le but de renforcer l'acceptation et la demande de ces services dont les médias vantent les mérites.

Le principal intérêt du CDLC pour les séronégatifs est de les inciter à modifier leur comportement compte tenu des résultats de leur test de dépistage, à prendre des décisions éclairées en matière de mariage et de grossesse et à les tranquilliser. Le CDLC permet en outre de repérer et de soigner des MST. Pour les séropositifs, les infections opportunistes et autres MST sont soignées plus tôt et mieux gérées. Les intéressés peuvent également être orientés vers des services spécialisés de prise en charge et de soutien. En outre, ils font l'objet d'un dépistage de la tuberculose et peuvent bénéficier d'une thérapie préventive.

Le CDLC se trouve face à un certain nombre de défis, notamment et avant tout, le problème des "faux séronégatifs" dus à une erreur technique (Downing *et al*, 1998 : 386). Ce genre de situations risque d'entamer la confiance du public dans ces services. Le deuxième défi concerne l'existence de couples sérodifférents (environ 11 %), difficile à expliquer. Se posent aussi divers problèmes liés à la dangerosité de l'allaitement, à la transmission mère-enfant et à l'accès aux médicaments contre le VIH. L'amélioration des services de CDLC en zone rurale et l'intégration des services de MST, de planification familiale et de lutte contre la tuberculose sont autant d'autres défis à relever.

Bien que les descriptifs du projet ne mentionnent pas expressément les valeurs culturelles à prendre en compte, les conseillers sont formés dans ce domaine et censés adapter leurs techniques aux divers contextes culturels. Le manuel de formation contient un chapitre sur l'éthique et les attitudes, dans lequel le rôle de la culture est souligné.

Ainsi, les conseillers savent que la communication au sein du couple varie selon les cultures et qu'il peut exister des construits culturels comme le lévirat et le partage des épouses. Ils savent aussi que lors de leurs contacts avec les divers clients, ceux-ci, en tant que garants de leur culture, s'expriment selon leurs croyances. Un bon conseiller doit donc être attentif à ces croyances et pratiques culturelles, et le projet est conçu de manière suffisamment souple pour tenir compte de la diversité culturelle.

La mise en œuvre du projet dépend dans une large mesure de la volonté des clients de venir consulter et subir des tests. De toute évidence, il s'agit d'une décision individuelle prise après avoir évalué les services offerts en comparant les avantages perçus et les inconvénients tels que l'intrusion dans la vie privée, compte tenu des antécédents de chacun. Le succès du programme CDLC, notamment l'introduction du partage des coûts en 1994, est manifeste : fin 1996, plus de 300.000 clients avaient subi un test de dépistage.

3.9 Guérisseurs traditionnels et praticiens modernes ensemble contre le sida (THETA)

L'association THETA (Guérisseurs traditionnels et praticiens modernes ensemble contre le sida) a commencé en 1992 à étudier l'efficacité des traitements locaux de phytothérapie pour certains symptômes liés au sida tels que le zona et la diarrhée chronique. L'étude a révélé que le traitement traditionnel à base de plantes donnait de meilleurs résultats que les médicaments modernes dans le traitement du zona ; aucune différence notable n'a été constatée s'agissant de la diarrhée chronique.

Il a donc été décidé, notamment pour cette raison, de créer une organisation qui rapprocherait phytothérapeutes traditionnels et praticiens modernes.

La THETA reconnaît que les guérisseurs ont un rôle à jouer en matière de soins de santé, y compris dans la lutte contre le sida. Ils sont généralement respectés dans la société et, dans certaines régions, ils sont assimilés à des chefs culturels, ce qui les place en bonne position pour peser sur les comportements. Les guérisseurs traditionnels sont autonomes, ne dépendent pas de fonds extérieurs pour survivre et leurs plantes constituent souvent une solution plus économique que les médicaments modernes. Toutefois, ils ont parfois tendance à s'adonner à l'exploitation sexuelle de leurs patientes et au charlatanisme. Ils sont aussi méfiants et ne révèlent pas facilement le contenu de leurs préparations.

Les guérisseurs traditionnels suivent une formation au moment de leur recrutement dans le cadre du projet sida de la THETA. Cette formation vise à leur inculquer les compétences nécessaires pour faire office d'éducateurs, de conseillers et de distributeurs de préservatifs au sein de la collectivité. En outre, elle met en lumière les pratiques néfastes répandues chez les guérisseurs. La formation s'étale sur 18 mois pour permettre aux intéressés de continuer à s'acquitter de leurs tâches. Un rythme d'enseignement plus lent est en outre préférable pour des apprenants adultes.

Au terme de cette formation, la THETA continue d'assurer un suivi permanent des guérisseurs traditionnels. Le programme lancé à Kampala a été progressivement étendu à six (6) autres

districts : Kiboga, Soroti, Mbarara, Mukono, Kamuli et Hoima. Ce suivi prend la forme de réunions mensuelles au cours desquelles on met à jour les connaissances et on discute de nouveaux problèmes.

Le programme est un bon exemple de la manière dont on peut utiliser les institutions culturelles pour lutter contre le VIH/sida. Les guérisseurs traditionnels proposent un large éventail de services dont l'éducation, le conseil et le traitement des infections opportunistes. Ils sont respectés dans les communautés où ils travaillent et ont une assez bonne connaissance des questions de santé.

3.10 Les services intégrés de NSAMBYA

L'objectif d'ensemble de ce projet consiste à remédier aux conséquences néfastes du VIH/sida pour les sidéens et les personnes à leur charge. Il s'agit de dispenser des soins médicaux et infirmiers aux sidéens, chez eux et dans des dispensaires centraux. Outre les conseils prodigués aux séropositifs, aux sidéens et aux membres de la famille, le projet leur assure un soutien spirituel et religieux. Des cours d'éducation sanitaire et d'initiation aux soins infirmiers sont proposés aux membres de la famille, ainsi que du matériel de protection. Un soutien complémentaire est apporté aux familles des sidéens grâce à l'organisation d'activités génératrices de revenus. Le projet vise par ailleurs à compléter le régime alimentaire des malades et de leur famille et à donner des conseils d'ordre juridique aux clients.

Le projet commence à partir du moment où un malade vient consulter, envoyé par le Centre d'information sur le sida (AIC) ou tout autre organisme capable de confirmer sa séropositivité. Le premier contact avec le programme se fait généralement par le biais des services de soins à domicile. En cas de maladie grave, le patient est adressé à un centre spécialisé où il est hospitalisé ; parfois, il lui est conseillé de s'orienter vers une clinique spécialisée dans la prise en charge des sidéens.

Ce projet est mis en œuvre en collaboration étroite avec d'autres groupes de soutien aux sidéens et programmes communautaires qui en complètent l'action. La collectivité est consultée et profondément impliquée. Les patients sont reçus plus rapidement que s'ils devaient se rendre d'abord dans un centre spécialisé. On estime que le fait d'être soigné et traité à la maison est bénéfique sur le plan psychosocial ; le patient peut aussi exercer quelques activités, aussi limitées soient-elles.

Ce projet a notamment permis de comprendre que la réussite d'un programme de soins aux malades du sida passe par le soutien du gouvernement et de la collectivité.

Il est également apparu que les soins médicaux et infirmiers ne constituent qu'une petite partie de tous les soins requis lorsqu'un membre de la famille est atteint du sida. Atténuer la douleur est un aspect très important des soins à donner aux sidéens. Tout aussi important est le rôle de la collectivité et la présence, l'attitude et l'approche du personnel concerné et des amis.

3.11 La TASO (The AIDS Support Organization – Organisation de soutien aux sidéens)

La TASO a été créée en 1987 par des Ougandais en vue d'apporter un soutien psychologique aux personnes vivant avec le sida et d'aider à redonner espoir et à améliorer la qualité de la vie des gens et des communautés touchées par la maladie. En 1994, la TASO avait étendu son action à sept

districts en Ouganda et fournissait conseils, soins médicaux et soutien social à un total de 22.795 personnes atteintes du VIH/sida et à leurs familles. Outre les soins qu'elle dispense, la TASO offre une formation au conseil, apporte une aide matérielle à ses clients et à leurs familles et appuie les efforts de la collectivité face à l'épidémie de sida.

La TASO constitue un exemple excellent de l'utilisation d'une approche culturelle du problème du VIH/sida. Le soutien psychologique et social de l'organisation est très fortement marqué par la participation populaire. Toutes les parties prenantes, les clients, la collectivité et le personnel contribuent à la conception, à la planification et à la mise en œuvre des activités du programme. L'approche participative donne aux intéressés le sentiment de s'approprier le programme, de renforcer leurs capacités, de définir des concepts et méthodes liés à la vie avec le VIH/sida et permet d'associer la population au processus d'évaluation.

(i) Services de conseil

Les méthodologies de la TASO donnent aux gens les moyens de faire face au problème. Cela implique toutefois que les malades acceptent leur séropositivité et gardent une attitude positive face à la perspective d'une espérance de vie écourtée. Ainsi, le conseil aide les clients à accepter la maladie et à y faire face.

Les conseillers et les clients discutent de sujets liés aux mécanismes d'adaptation. C'est ainsi que les personnes aidées, leurs familles et la communauté finissent par très bien accepter la maladie.

(ii) Services médicaux de soutien et de soins à domicile

Dans le cadre de cette entreprise, la TASO traite les infections opportunistes. Elle offre notamment des services médicaux, des conseils et des soins infirmiers. L'évaluation de 1993-1994 a montré que, sur les quatorze groupes de discussions, douze étaient satisfaits des services médicaux de la TASO. La majorité des clients ont consulté très rapidement, soit dans les deux semaines après l'apparition des symptômes.

(iii) Services d'aide sociale

Il s'agit pour l'essentiel d'apporter un soutien matériel aux personnes vivant avec le sida et à leurs familles (nourriture, vêtements, médicaments, activités dans des centres de jour, activités génératrices de revenus et aide aux enfants nécessiteux dans le cadre de programmes de parrainage scolaire). Ces services partent d'une bonne intention mais pâtiennent parfois d'un manque de fonds.

3.12 L'association ougandaise de planning familial (FPAU)

La FPAU (Association ougandaise de planning familial) est une organisation nationale non gouvernementale, bénévole et à but non lucratif. Membre de la FIPF, la FPAU est non discriminatoire et apolitique et fait œuvre de pionnière en matière de planification familiale en Ouganda.

La FPAU estime que l'éducation sexuelle, l'information en matière de santé génésique et l'accès aux services constituent un droit fondamental de la personne. Elle est résolue à faire en sorte que les intéressés puissent prendre des décisions libres, éclairées et responsables en matière de sexualité et de santé génésique.

Par l'information, l'éducation, le militantisme et les services, l'Association, en collaboration avec d'autres organismes, s'efforce de répondre aux besoins et aux demandes des particuliers et des couples en matière de sexualité et de santé génésique, en particulier des adolescents et des groupes dont on a constaté qu'ils étaient mal desservis.

Les services proposés par la FPAU comprennent des conseils concernant le VIH/sida, la prise en charge des MST et le traitement de maladies bénignes dans les dispensaires de l'Association ainsi que des services de dépistage du cancer du col de l'utérus dans tous les dispensaires, des services d'information, de conseil et d'orientation en cas de stérilité.

Pour accroître et améliorer l'accès et la qualité des services dans les communautés mal desservies, la FPAU fournit notamment des services par l'intermédiaire de centres de distribution à base communautaire, sensibilise aux questions liées à la sexualité et à la santé génésique, recrute et forme des agents de distribution dans la communauté.

3.13 L'approche agricole de la planification familiale

Bamutiire (1997) a utilisé une approche agricole pour promouvoir la planification familiale et faire connaître différents moyens de contraception dans les régions rurales. En Ouganda, la culture de la banane repose sur un grand nombre de croyances et de pratiques traditionnelles, dont la conviction qu'une bananeraie bien tenue, désherbée, correctement paillée, sans trop de drageons donnera de plus gros régimes de bananes.

Cette analogie a été utilisée pour illustrer les difficultés d'une famille non planifiée dont les ressources physiques, affectives et financières sont mises à rude épreuve par de nombreux enfants, et qui vit donc moins bien. Le projet a permis de communiquer avec des paysans qui n'avaient pas accès aux médias et ne pouvaient comprendre ni la fonction des dispositifs de contraception moderne, ni la terminologie s'y rapportant. Cette approche repose sur des concepts agricoles simples et connus des paysans, qui parlent à leur imagination. Des analogies agricoles ont été utilisées pour illustrer l'expérience des familles non planifiées. Ainsi, on dit en Ouganda "*ekita ekitava kusengejero, ye wankindo*", ce qui signifie qu'une gourde à bière utilisée sans arrêt finit par se fissurer de toutes parts. De même, l'utérus d'une femme qui enchaîne les grossesses finit souvent par être en très mauvais état.

3.14 L'Institut ougandais de recherche sur les virus (UVRI)

L'UVRI a été fondé il y a plus de soixante ans. Au départ, ses activités étaient surtout centrées sur l'épidémiologie de la fièvre jaune et la propagation de ce virus d'Afrique de l'Ouest vers l'Afrique de l'Est. Le mandat de l'Institut a évolué au fil des ans, et l'UVRI s'occupe désormais de recherches scientifiques sur les principales maladies contagieuses (en particulier virales) ayant une importance pour la santé publique. Une partie essentielle de l'effort de recherche de l'Institut consiste à étudier les MST en vue de prévenir le sida et la dynamique démographique de la transmission du VIH - 1. Bien que l'axe essentiel de la recherche soit d'ordre biomédical, l'Institut consacre aussi de nombreuses études aux facteurs socioculturels influant sur la propagation du VIH/sida.

CHAPITRE 4

L'EVOLUTION DES CROYANCES ET DES PRATIQUES TRADITIONNELLES

L'objectif principal de notre enquête consistait à demander à chaque informateur clé d'indiquer quels étaient les préceptes de la culture ganda (normes, valeurs, croyances et pratiques) étroitement associés aux comportements sexuels, de déterminer la mesure dans laquelle ceux-ci ont évolué dans le temps et d'étudier les incidences de ces changements pour la propagation du VIH et le traitement des malades. L'interaction avec les informateurs clés s'est articulée autour des quatre thèmes suivants :

- (i) la multiplicité de partenaires sexuels (en même temps ou non) ;
- (ii) l'acquisition de connaissances en matière de sexualité (sources et qualité de l'information) ;
- (iii) les préférences quant au nombre et au sexe des enfants ;
- (iv) les soins aux sidéens (qui est concerné).

4.1 La polygamie

Les répondants ont été invités à comparer la prévalence actuelle de la polygamie par rapport au passé. Dans leur grande majorité, les réponses ont montré que les choses n'avaient pas beaucoup évolué du point de vue quantitatif – "les hommes sont par nature polygames et il est "normal" pour eux d'avoir plus d'une épouse". A leur avis, un homme ne saurait se contenter d'une seule épouse. En revanche, les différentes épouses vivent aujourd'hui séparément et il arrive qu'elles ne se connaissent pas entre elles. La réalité leur apparaît souvent à la mort du mari lorsque le testament fait état d'enfants qui leur sont inconnus. Pour les répondants, la monogamie absolue (une épouse un mari, ni amant, ni maîtresse) est très rare et il serait aberrant pour un homme de ne pas avoir une femme "à l'extérieur". Même lorsque l'homme n'est pas officiellement polygame, les répondants sont d'avis qu'il peut le devenir "s'il le décide ou s'il en a l'occasion". S'agissant des autres unions monogames, "on n'a pu constater aucun élément de preuve", c'est-à-dire qu'aucun enfant n'est né de relations illégitimes ou n'a été déclaré.

Ces constatations vont dans le sens d'une étude antérieure (Sengendo *et al* 1998 : 45) qui avait montré que chez les Bagandas du district de Mpigi, seules 44,4 % des personnes interrogées désapprouvaient la polygamie. Les données indiquent donc que la majorité des répondants dans le district de Mpigi (56 %) sont encore très attachés à cette pratique. De même, l'étude a montré que 54 % des répondants désapprouvaient la polygamie officielle dans la culture nyoro du district de Hoima et chez les Itesos du district de Kumi. Cette tendance est raisonnablement significative. Toutefois, compte tenu de l'épidémie de sida et des risques d'infection par le VIH découlant de la multiplicité des partenaires sexuels, les 46 % de répondants qui, dans les districts de Hoima et de Kumi, sont encore partisans de la polygamie peuvent nuire à la campagne de lutte contre l'épidémie.

4.2 La multiplicité de partenaires sexuels

La multiplicité de partenaires sexuels peut prendre plusieurs formes, qui correspondent à des degrés d'attachement divers et qui peuvent évoluer dans le temps. Un mari monogame ayant un enfant d'une liaison antérieure considère la mère de son enfant comme encore disponible, surtout

si elle est toujours célibataire. Les maris monogames qui paient le loyer de la chambre ou de la maison d'une "petite amie" considèrent cette dernière comme une épouse, même si leur véritable épouse ignore son existence. Il existe également des formes ouvertes de polygamie où un mari compte deux foyers, voire plus. La cohabitation des épouses se fait rare.

Encadré 4.1 - Un agent de police surpris en flagrant délit d'adultère

Un drame est survenu au commissariat de police de Jinja Road, lorsque l'une des épouses d'un agent de police a surpris son mari en flagrant délit d'adultère. L'épouse était venue demander à son mari s'il viendrait lui rendre visite pour Noël. C'était le 23 décembre 1998. L'agent, qui habite dans un bel appartement dans la caserne, aurait attrapé le sac de son épouse et l'aurait enfermé à clé chez lui avant de la mettre à la porte. Toutefois, la situation s'est dégradée lorsqu'il est sorti avec sa maîtresse et s'est fait interpellé par des enfants venus souhaiter la bienvenue à ses propres enfants qui avaient fait le voyage avec leur mère. Les enfants d'autres agents habitant aussi la caserne se sont mis à entonner *malaya* (prostituée) alors que l'agent quittait l'appartement avec sa *kyana* (maîtresse). Ces derniers sont ensuite partis à bord d'une camionnette commodément garée dans le complexe. L'agent de police n'est pas revenu avant Noël. Il est immédiatement parti pour le village rejoindre son épouse désillusionnée.

Source : The New Vision Newspaper, samedi 16 janvier 1999, p. 6.

Les répondants ont indiqué que le mieux était d'avoir l'air monogame en public ; il était gênant de "s'afficher" constamment avec des épouses différentes. La monogamie est acceptée à l'Eglise et bonne pour les relations publiques. Des considérations économiques entrent également en jeu : il est difficile de subvenir entièrement aux besoins de plusieurs femmes, et certains hommes mettent délibérément un terme à certaines relations extraconjugales pour cette raison. Une personne nous a mentionné la stratégie de la relation "éclair" : un homme a un enfant hors mariage, s'occupe de la mère et de l'enfant jusqu'à ce que ce dernier soit sevré, puis le ramène chez lui et cesse alors toutes relations avec la mère.

Il s'agit évidemment non pas de savoir si les gens ont ou non des rapports extraconjugaux ou plusieurs partenaires sexuels, mais de comprendre pourquoi ces conduites persistent en dépit de tout ce que l'on sait des modes de transmission du VIH. Dans l'étude antérieure (Sengendo *et al.*, 1998 : 46), dix raisons ont été invoquées pour expliquer la multiplicité des partenaires sexuels et l'infidélité :

- ▶ frustration sexuelle avec son partenaire régulier. Les répondants attribueraient ce problème à divers types d'incompatibilité physiologique et psychologique, à des différences inacceptables liées aux fluides et aux odeurs corporels, aux organes sexuels (trop petits, trop larges, trop courts, trop étroits, etc.) ;
- ▶ l'infidélité de l'un ou l'autre partenaire ;
- ▶ les conflits entre partenaires ;
- ▶ l'alcoolisme ;
- ▶ l'impuissance (même partielle) ;
- ▶ la stérilité, culturellement reprochée à la femme ;

- ▶ un appétit sexuel excessif, attribué essentiellement à l'homme ;
- ▶ le départ d'un partenaire obligé d'aller travailler ailleurs, l'acquisition de terrains, etc. ;
- ▶ le désir d'enfant .
- ▶ la vénalité ("vieux protecteurs", "vieilles protectrices", ou pour échapper à la pauvreté) ;
- ▶ l'influence des pairs, surtout chez les jeunes ;
- ▶ la curiosité. Certains répondants ont estimé que le sexe satisfaisait les besoins humains et psychologiques.

On peut en conclure essentiellement que si la polygamie est en recul, la situation n'a guère changé s'agissant du nombre de partenaires sexuels. La multiplicité des partenaires sexuels est une habitude profondément ancrée et elle est encore acceptée comme étant la norme, par les hommes et par les femmes.

4.3 L'âge des premiers rapports sexuels

On a demandé si les adolescents, et surtout les adolescentes, avaient leurs premiers rapports sexuels plus tôt ou plus tard que par le passé. Les répondants devaient aussi identifier les raisons d'un changement éventuel.

La plupart des réponses données n'ont pas permis de déceler de changement dans l'âge des premiers rapports sexuels. Pour les informateurs clés, le changement concernait les circonstances de ces premiers rapports et il est considérable ; il y a aujourd'hui moins de surveillance et les rapports sexuels avant le mariage ne sont pratiquement plus sanctionnés. Ainsi, l'"*amawemukirano*", où toute grossesse pré-nuptiale était punie par l'isolement de la mère, obligée de vivre et de manger seule, n'est plus pratiqué. Le fait de coucher avec plusieurs hommes pendant la grossesse n'est plus non plus sanctionné. Le viol et les relations avec de "vieux protecteurs" sont par ailleurs devenus des formes courantes d'initiation sexuelle.

Jadis, la coutume voulait que l'on place une jeune fille sous la protection d'une tante paternelle ("ssenga") avant ses premières règles. En général, il s'agissait d'une tante exemplaire, vivant un mariage stable et en qui le couple (père et mère de la fille) avaient confiance. Les filles qui arrivaient vierges au mariage étaient appréciées et estimées. Mais tout cela a disparu, de même que la valeur donnée à la virginité.

De nos jours, les distractions sont multiples – vidéo, discothèque – et les personnages immoraux ne manquent pas. Les conditions de vie posent également problème, et les enfants qui vivent dans des taudis "emizigo" voient "la nudité" très tôt. "Une fillette d'environ 2 ans dira qu'une telle ou une telle a des "perles comme sa mère et qu'elle les porte à la taille !". Les vieux protecteurs portent leur choix sur les jeunes enfants qui coûtent moins chers puisqu'ils n'ont pas, dans l'immédiat, à payer un loyer. En outre, nombreux sont ceux qui pensent que les très jeunes filles sont moins susceptibles d'être atteintes par le VIH/sida. Ce genre de croyances, s'il est répandu, risque fort de contribuer à la propagation de la maladie.

4.4 Le lévirat

Cette pratique est en diminution. A l'origine, il s'agissait pour la famille du mari défunt de garder le contrôle de ses biens. Le mot employé pour "veuve" est "Namwandu", qui vient de "endu" signifiant "propriété", la "Namwandu" étant responsable de cette propriété. Il semblerait que cette pratique n'ait jamais été la règle, ni même qu'elle ait jamais été très répandue. Les répondants ont laissé entendre qu'il s'agissait d'un arrangement permettant à la veuve (en général une seule, même si le mari défunt était polygame) de garder la propriété d'un patrimoine constitué en commun avec son mari.

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer l'abandon de la pratique du lévirat. Premièrement, beaucoup de femmes ayant des aventures extraconjugales de nos jours, elles peuvent ne pas rester seules à la mort de leur mari. Deuxièmement, les veuves ont aujourd'hui la possibilité de faire connaître leur préférence parmi les frères survivants, par exemple en les invitant à s'associer à elles en affaires, à accompagner les enfants à l'école, etc. ; elles finissent par avoir des rapports sexuels avec eux. Troisièmement, cette pratique est en voie de disparition sous l'effet de la peur du sida, les symptômes de la maladie étant manifestes.

4.5 Les ultimes rites funéraires

Cette pratique a évolué récemment. Traditionnellement, une fête avait lieu pendant la nuit où l'on jouait du tambour et buvait de la bière. Les proches commençaient à se rassembler le mercredi pour procéder aux ultimes préparatifs et construire des huttes dans lesquelles passer la nuit du vendredi. Les rites avaient lieu le vendredi soir et se terminaient par l'annonce et la présentation de l'héritier, le samedi matin, avant un déjeuner appelé "*okugabula*."

Les principaux changements résultent de considérations financières et de l'entrée en scène des institutions religieuses (en particulier les Eglises chrétiennes). Les organisateurs ont du mal à financer des festivités qui durent trois jours : les vivres manquent, la bière est chère et les proches eux-mêmes n'ont pas le temps. Il est donc courant de nos jours d'entendre à la radio "qu'aucune disposition ne sera prise pour permettre aux gens de dormir sur place". Même si quelques proches restent pour mettre la dernière main aux préparatifs, l'endroit sera brillamment éclairé, aucune hutte ne sera montée et ce manque d'obscurité "incitera à la timidité".

Les rites funéraires prennent de plus en plus la forme de services religieux : au lieu de se voir offrir une lance symbolisant son devoir de défendre la famille, l'héritier reçoit de plus en plus souvent une bible. Lorsque les deux cérémonies se déroulent en même temps, l'Eglise voit d'un mauvais œil ce qu'elle considère comme des "actes immoraux", et les décourage.

4.6 Les rites des jumeaux

Certains de nos informateurs clés ne savaient pas exactement ce qui se passait lors de ces cérémonies car ils n'y avaient jamais assisté eux-mêmes. Ceux qui en avaient connaissance ont dit qu'elles avaient considérablement évolué.

Du fait de son caractère traditionnel et "obscène", cette cérémonie semble avoir très rapidement suscité l'opposition de l'Eglise. A l'origine, un combat était mis en scène entre la famille de la mère des jumeaux (Nalongo) et celle du père (Ssalongo) (*okumenya olukanda*), qui pouvait mal finir ; de même, il n'est plus d'usage aujourd'hui de piétiner des aliments ou de crier des obscénités.

Cette cérémonie est désormais essentiellement religieuse. Les jumeaux sont baptisés à l'Eglise et le baptême est généralement suivi d'un déjeuner.

4.7 La nuit pré-nuptiale (*Akasiki*)

Ce rite a conservé ses caractéristiques essentielles : les jeunes adultes en sont les principaux acteurs et il y a de la musique et de la bière. Toutefois, on nous a dit qu'il y avait moins d'obscurité aujourd'hui, celle-ci étant considérée comme propice à des actes immoraux. Un informateur clé nous a déclaré "*Ekizikiza kiyamba mumizi*", en d'autres mots "l'obscurité est favorable aux affamés".

Là aussi, des considérations financières et l'intervention de l'Eglise ont modifié le caractère de cette manifestation. La tendance est aujourd'hui à limiter le nombre des invités, qui doivent par ailleurs apporter à boire, l'hôte ne fournissant que la musique. En outre, un service religieux est souvent considéré comme incompatible avec des actes immoraux.

4.8 Les tabous

Les tabous en matière de sexualité restent très vivaces. Il n'est pas bien vu d'épouser ses cousins germains, pas plus qu'il n'est permis d'avoir des rapports sexuels avec des membres de son clan (totem) ou avec ceux du clan de sa mère. Toutefois, plusieurs noms ne sont identifiés avec aucun clan - Musoke, Mukasa - ce qui est source de confusion.

L'évolution socioéconomique et les progrès technologiques ont conduit à la monétarisation de l'économie, à l'apparition de moyens de production plus nombreux et plus sophistiqués et à la multiplication des possibilités d'emploi, autant de facteurs qui se conjuguent pour déclencher des mouvements de population, notamment des migrations individuelles et collectives. Pour toutes ces raisons, les familles et les clans sont séparés et beaucoup ne connaissent même pas leurs proches parents.

4.9 L'acquisition de connaissances

Jadis, la tradition voulait que les jeunes filles soient "cédées" à leur tante paternelle (Ssenga) pendant un certain temps, de préférence avant leurs premières règles, afin que celle-ci les informe. La tante paternelle avait notamment pour mission de procéder à l'allongement des petites lèvres (*okusika enfuli*) de la jeune fille.

Encadré 4.2 - Les Bagandas et l'élongation des petites lèvres chez les adolescentes

Une fille buganda âgée de 10 à 15 ans devait apprendre de sa tante paternelle à allonger ses petites lèvres (enfuli) ou okukyalira ensiko. en luganda. Une femme qui ne le faisait pas était traditionnellement méprisée et considérée comme ayant un "creux" (*kiwongole* : *kifufunkuli*, *funkuli muwompogoma*). Si l'on constatait qu'une jeune mariée n'avait pas respecté cette règle, elle était rendue à ses parents, disgraciée. Les petites lèvres allongées ont l'avantage de stimuler l'homme, et elles sont source d'excitation pour la femme au moment des préliminaires. Au lit, l'homme caresse très doucement les petites lèvres de la femme en prenant soin de ne pas lui faire mal.

Source : Sengendo et al., 1998 : 31

L'étude a permis de constater que cette pratique avait évolué et que les tantes ne jouaient plus ce rôle. Plusieurs raisons ont été invoquées à cet égard. La première est que, de nos jours, tantes et nièces sont géographiquement éloignées les unes des autres et qu'il est coûteux pour elles de se rencontrer. Dans la mesure où les jeunes filles passent aussi beaucoup de temps à l'école, surtout en pensionnat, les tantes sont également moins à même de remplir ce rôle. Troisièmement, il est courant que les différences de revenus entre les familles fassent obstacle au rapprochement nièce-tante. Quatrièmement, les mariages mixtes ont également contribué à faire reculer la pratique. La mère prend généralement l'initiative et, en concertation avec sa fille, choisit une tante paternelle.

Les hommes ne jouent aucun rôle, mais la coutume exige que la tante paternelle et la mère soient toutes les deux *ganda*.

La plupart des répondants ont jugé que la pratique de l'élongation des petites lèvres se perpétue, essentiellement parce qu'elle conduit à plus de satisfaction sexuelle et permet à la femme de "garder son foyer, c'est-à-dire son homme". Tous ont affirmé qu'elle rendait l'acte sexuel plus agréable.

Ce sont aujourd'hui les camarades, dans le voisinage comme à l'école, qui remplacent les tantes paternelles en tant que sources d'information sur la sexualité. On craint toutefois que certaines des informations ainsi obtenues ne soient impropres ou immorales, notamment s'agissant de la manière d'éviter une grossesse (bonne ou mauvaise), de tromper les hommes et de lutter contre l'autorité. Bien que le rôle des écoles comme sources d'information soit reconnu, leur approche est considérée comme occidentale "*kizungu*" et passerait sous silence des éléments essentiels.

Les écoles ne parlent pas de l'hygiène personnelle à base de plantes, par exemple. Se pose aussi le problème de "deux générations d'ignorance", lorsque l'enseignant comme l'élève n'ont aucune connaissance des pratiques traditionnelles en matière de sexualité.

De l'avis général, les médias ne font pas correctement leur travail et n'ont pas une action constructive. Les vidéos et les films véhiculent des messages négatifs, qui lient le sexe à la violence, à la drogue et à la criminalité. Les informateurs clés ont estimé que les médias ne ciblaient aucun public particulier et que leurs messages ne convenaient pas à grand monde.

4.10 Fécondité et VIH/sida

Le désir d'enfant reste fort. Dans leur première étude, Sengendo *et al* (1998 : 42) ont constaté que plus de 90 % des répondants voulaient des enfants. "Les enfants font le foyer et sans eux, il n'y a pas de foyer" (discussion de groupe dans le district de Kumi).

Aujourd'hui, toutefois, la préférence va à des familles moins nombreuses – 2 à 4 enfants. Les répondants ont fait état de contraintes financières (capacité de nourrir et d'habiller les enfants, de payer les droits de scolarité) comme étant la principale raison de cette tendance. La situation idéale est d'avoir au moins un enfant de chaque sexe. Nos répondants estiment que fils et filles ont des rôles distincts à remplir, d'où la nécessité d'avoir un enfant de chaque sexe. Les fils seront les héritiers de leurs pères et poursuivront la lignée (patrilinéaire), tandis que les filles s'occuperont de leurs parents âgés. "Les garçons n'ont pas de temps à consacrer à leur foyer ou à leurs parents."

Il existe des traitements traditionnels de la stérilité, dont la plupart concernent la femme. La femme est souvent rendue responsable de la stérilité du couple, et on conseille alors au mari "d'aller voir ailleurs". Bien que cela soit devenu rare de nos jours, une femme atteignant l'âge de la ménopause sans avoir eu d'enfant de son mari doit l'encourager à épouser une femme plus jeune ; certaines vont même jusqu'à faire venir leurs nièces (les filles de leur frère). On nous a également dit que l'infidélité était plus ou moins admise dans le cas d'un couple stérile. Un informateur clé nous a déclaré "qu'il n'y avait pas d'individus stériles mais uniquement des problèmes d'incompatibilité sanguine". Cette croyance encourage l'infidélité et pourrait favoriser la transmission du VIH/sida.

La contraception est traditionnellement appelée "*okwesiba*", ce qui signifie s'attacher. Il semble qu'il existe plusieurs variations à cette forme de contraception. Certaines femmes se nouent un fil autour de la taille ou placent des plantes dans l'ourlet de leur combinaison. D'autres prennent le premier sang menstruel de leurs filles et "l'enferment jusqu'à ce qu'elle soit prête". Une autre variante consiste à boire une décoction de plantes. Les informateurs clés ont également indiqué que l'abstinence et un allaitement prolongé constituaient des méthodes de contraception traditionnelles.

Mais de plus en plus, on préfère les moyens modernes de contraception, plus facilement disponibles, notamment la pilule, les préparations injectables, le stérilet et les spermicides. Les informateurs clés ont indiqué qu'il était difficile de trouver des guérisseurs traditionnels sachant empêcher une grossesse.

4.11 Les soins aux personnes vivant avec le sida

Le choix de la personne appelée à s'occuper d'un sidéen dépend d'un certain nombre de facteurs, dont la situation matrimoniale du malade, la gravité de son état et la santé de son conjoint.

Si la femme est malade, c'est le mari qui s'occupe d'elle, mais lorsqu'il devient nécessaire de la laver et de l'habiller, ses parentes prennent le relais. Les hommes mariés sont soignés par leurs épouses, sauf lorsqu'elles aussi tombent malades. Dans ce cas, elles font appel à leurs proches pour fournir l'aide nécessaire.

Les hommes ou femmes célibataires atteints du sida sont invariablement soignés par leur mère, si elle est encore vivante. Sinon, leurs frères et sœurs s'occupent d'eux. Il nous a été signalé qu'en règle générale, on ne leur vient en aide que tardivement. Personne n'étant là pour les écouter quotidiennement, la maladie progresse silencieusement sans que soient prodigués les soins nécessaires.

CHAPITRE 5

OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1 Nous avons présenté ici une approche nouvelle du processus de conceptualisation et de compréhension du développement national. Malheureusement, l'étude n'a pas permis de constater la prise en compte délibérée de cette approche dans les documents gouvernementaux et non gouvernementaux (politiques et plans) examinés. Contrairement aux modèles du développement social et humain, l'approche culturelle du développement a une définition assez floue, sans indicateurs précis pouvant être utilisés par les organismes et institutions dans le cadre de leurs activités de planification, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. Rien ne permet donc de penser que les institutions concernées ont délibérément essayé d'intégrer cette approche au processus de formulation et de planification. Les indications que nous avons pu recueillir donnent à penser qu'elles ont eu recours au modèle participatif axé sur l'approche dite "ascendante" des processus décisionnels ainsi que sur les méthodes d'évaluation participatives. Dans le cadre de ce processus, l'approche culturelle n'est intégrée qu'incidemment.

- ▶ **Il faudrait faire connaître davantage cette approche, dans les organisations internationales comme dans les organisations nationales, afin qu'elles l'adoptent. Dans ce but, l'UNESCO est instamment priée de soutenir la fondation du Collège itinérant de la culture et du développement à l'Université Makerere pour favoriser une nécessaire compréhension approfondie de l'approche culturelle du développement dans le contexte des cultures africaines et l'intégration de cette approche dans les processus de planification et la mise en œuvre des programmes et projets de développement.**

5.2 Il existe quelques études sur le lien entre culture et VIH/sida. La plupart sont toutefois trop générales pour permettre une compréhension approfondie des facteurs propices aux comportements à risque, ceux-là même qu'il faudrait viser dans le cadre de la campagne de prévention, de l'IEC, du traitement et des soins.

Il existe des études sur les conduites à risque, par exemple, mais elles n'analysent pas et ne montrent pas pourquoi un individu prend des risques en s'adonnant à des activités susceptibles d'entraîner sa disparition ou de décimer une famille.

On constate une certaine rationalité des comportements. Il y a également des modèles sur l'évolution des comportements. Mais les informations font gravement défaut quant aux facteurs (sociaux, culturels, etc.) qui influent sur la formation des comportements et, en fin de compte, peuvent amener les institutions à concevoir des méthodes et des techniques plus efficaces de lutte contre le VIH/sida.

- ▶ **Des études culturelles spécifiques sur l'origine des comportements sexuels devraient être entreprises pour permettre une meilleure compréhension de l'effet des valeurs culturelles sur la propagation et le traitement du VIH/sida.**

5.3 Il y a des raisons de penser que les femmes sont particulièrement à risque et que ce facteur de risque apparaît très tôt (voir, par exemple, le problème de la maltraitance des enfants) et dure jusqu'à la fin de leur vie (viol, violence conjugale, lévirat, etc.). Les études sur la culture ont artificiellement identifié certains aspects de la culture. Comme nous l'avons déjà signalé, les

femmes en général, et les jeunes femmes en particulier, sont extrêmement vulnérables face à l'exploitation sexuelle et, en fin de compte, à l'infection à VIH. Malheureusement, la majorité des institutions ayant des programmes de prévention et de traitement ne s'occupent pas spécifiquement des besoins des femmes, comme le traitement des traumatismes et la gestion des conflits. Si l'on s'efforce d'inculquer aux jeunes les compétences pratiques nécessaires à la vie courante, cette action reste axée sur l'école dans le cadre de programmes tels que le projet scolaire d'éducation sanitaire (SHEP) et l'Initiative en matière d'éducation de base, de soins aux enfants et de développement des adolescents (BECCAD). Les besoins des jeunes non scolarisés sont en grande partie méconnus.

- **Les institutions devraient se concentrer sur les groupes particulièrement vulnérables, en concevant des matériels IEC spécialement à leur intention. En outre, il faudrait isoler différentes identités culturelles et s'intéresser à leurs besoins particuliers.**

5.4 Rares sont les instituts de recherche qui sont en mesure de donner une dimension opérationnelle à l'approche culturelle. A l'heure actuelle, la Faculté des sciences sociales de l'Université Makerere s'emploie à intégrer l'approche culturelle du développement à ses programmes.

- **Il faut toutefois étendre cette initiative à des établissements tels que l'Institut de recherche en sciences sociales Makerere (MISR), l'Institut de statistique et d'économie appliquée (ISAE), l'Institut de santé publique, le Centre de santé et de développement de l'enfance, l'Université de Mbarara de sciences et de technologie et l'Université Nkozi.**

5.5 On a des raisons de penser que la prévalence du VIH diminue, s'établissant actuellement aux alentours de 8 % dans les sites sentinelles. Il semblerait également que le niveau de pauvreté nationale soit tombé de 55 % à 45 % de la population totale. On ignore s'il existe le moindre lien entre taux de prévalence du VIH et pauvreté, un lien expliquant que les deux phénomènes évoluent dans le même sens. Les facteurs sous-jacents et la manière dont ces deux phénomènes sont associés restent inconnus.

- **Il faudrait déterminer s'il existe une relation de cause à effet entre ces deux phénomènes et si oui, identifier le mécanisme qui les lie.**

5.6 Le décalage entre sensibilisation au VIH/sida et comportements qui semblent propices à la transmission du VIH est étonnamment grand. Les comportements ne paraissent évoluer que dans la mesure où le préservatif est davantage utilisé, tendance qui se manifeste en milieu urbain. Les rapports sexuels extraconjugaux ainsi que la polygamie (ouverte ou déguisée) restent des phénomènes courants. Les raisons qui les expliquent, évoquées dans la présente étude comme dans d'autres qui l'ont précédée, de même que les besoins des partenaires ne sont pas pris en compte dans les initiatives en cours (par ex., les conflits, l'impuissance, la stérilité, etc.). Or, toutes ces questions ont des implications culturelles et mériteraient d'être étudiées ; des programmes devraient être conçus pour répondre aux besoins des individus et des couples.

- **D'autres recherches devraient être menées pour permettre une meilleure compréhension de l'effet des valeurs culturelles sur le VIH/sida et déterminer, en particulier, dans quelle mesure un changement d'attitude à l'égard des traditions et pratiques culturelles influence les différents aspects de la propagation, du traitement et de la prise en charge du VIH/sida.**

Annexe I

Mandat spécifique

Adoption d'une approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida pour un développement durable.

Evaluation institutionnelle

Dans le cadre du projet UNESCO/ONUSIDA sur "l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida" et dans son prolongement, le mandaté évaluera :

- l'évolution de l'épidémie (infection par le VIH et personnes vivant avec le sida) et son impact culturel et social dans le contexte et la perspective du développement durable ;
- les activités actuelles de prévention, dépistage et traitement du sida, auxquelles des institutions de coopération internationale, des institutions nationales et des ONG participent, en cherchant particulièrement à savoir comment et dans quelle mesure celles-ci tiennent compte des caractéristiques et des ressources culturelles de la population dans leurs programmes, plans et projets, plus spécifiquement dans le cadre des activités d'IEC, et évaluent leurs propres cultures professionnelles et institutionnelles ;
- les réussites et expériences novatrices menées jusqu'à présent et dont on pourrait tirer des enseignements, s'agissant d'une approche culturelle de cette question.

À cet effet, il :

- utilisera l'information et la documentation suivantes dans son travail d'évaluation : descriptifs de projets, programmes et rapports d'évaluation des institutions internationales (système des Nations Unies, institutions de coopération bilatérale, institutions nationales, ONG, universités, instituts de recherche) ;
- en complément de cette recherche documentaire, il organisera des entretiens avec des responsables à divers niveaux : coopération internationale (groupes thématiques), institutions nationales (comités nationaux, centres spécialisés et personnes ressources.)

Dans le cadre de ce travail, il utilisera les méthodologies proposées dans le Manuel de planification "Une approche culturelle du développement", plus précisément celles qui figurent dans les chapitres III – projets et programmes – et IV – rôle des institutions de développement -.

Le rapport d'évaluation, d'une cinquantaine de pages, devra être terminé d'ici au 29 décembre 1998. Une liste des personnes et personnalités contactées et interviewées ainsi que des documents et ouvrages consultés devra y être annexée.

Pendant toute sa période de travail, le mandaté devra rester en contact avec le chercheur ou l'équipe de recherche menant l'enquête approfondie, afin de pouvoir informer et rester informé, afin de favoriser le brassage des idées.

Annexe II

Définitions du concept de compétences nécessaires à la vie courante

(i) Se connaître et vivre avec soi-même³

- (a) *Conscience de soi* : les jeunes doivent se connaître et se comprendre avant toute chose, connaître leur potentiel, leurs sentiments et leurs émotions, leur position dans la vie et dans la société, de même que leurs forces et leurs faiblesses. Ils doivent également avoir une idée claire de leur propre identité, de leurs origines et de la culture au sein de laquelle ils sont nés et qui les a façonnés.
- (b) *Estime de soi* : la conscience de soi conduit à l'estime de soi, à mesure que l'on prend conscience de ses propres capacités et de sa place dans la collectivité. C'est la "conscience du bien en soi". L'estime de soi désigne la manière dont un individu se perçoit sur certains points tels que son apparence, ses capacités et ses comportements et se développe à mesure qu'il fait preuve de compétence et de réussite dans ce qu'il entreprend. Toutefois, l'estime de soi dépend beaucoup des relations avec autrui, y compris avec les adultes qui comptent, tels que les parents, les membres de la famille et les enseignants, et avec les pairs.
- (c) *Affirmation de soi* : autrement dit savoir ce que l'on veut et pourquoi et être capable de faire le nécessaire pour atteindre son but dans un contexte donné. L'affirmation de soi peut intervenir dans une vaste gamme de situations : une jeune fille rejette les avances sexuelles d'un camarade d'école ou d'un homme plus âgé, des enfants persuadent leurs parents qu'ils doivent continuer leurs études, des adolescents prennent l'initiative de réunir des gens pour travailler dans l'intérêt de la collectivité, par exemple en protégeant ou en développant l'environnement.
- (d) *Gérer ses émotions* : des émotions comme la crainte, l'amour, la colère, la timidité, le dégoût, le désir d'être accepté etc., sont des réactions subjectives et généralement impulsives à une situation. C'est la raison pour laquelle elles peuvent être très imprévisibles et conduisent souvent à des actions irrationnelles. Nos émotions reflètent très fidèlement ce que nous sommes. Identifier et gérer nos émotions suppose donc que nous en prenons conscience, que nous les comprenons et que nous prenons des décisions qui en tiennent compte raisonnablement.
- (e) *Gérer le stress* : le stress fait partie de la vie. Les problèmes familiaux, les ruptures, la pression liée aux examens, la mort d'un ami ou d'un membre de la famille sont autant d'exemples de situations stressantes. Le stress peut toutefois s'avérer destructeur s'il devient ingérable.

Ainsi, comme pour les émotions, les jeunes doivent pouvoir identifier le stress, ses causes et ses effets et savoir comment y faire face.

³ Source : *Life Skills for Young Ugandans : Secondary Teachers' Training Manual*, 1997 : République d'Ouganda/UNICEF.

(ii) **Les compétences qu'exigent la connaissance des autres et la vie avec eux**

- (a) *Relations interpersonnelles* : les relations sont l'essence de la vie. Elles prennent également des formes et des degrés divers. A mesure que les enfants grandissent, ils vont devoir développer des relations avec :
- ▶ les adultes qui comptent dans leur vie, comme leurs parents, leurs proches, leurs voisins, leurs enseignants, etc. ;
 - ▶ leurs camarades, à l'école et ailleurs ;
 - ▶ les gens qu'ils rencontrent dans la vie, les amis de leurs parents, les notables locaux, les commerçants, etc. On ne peut pas être ami avec tout le monde, mais les enfants doivent savoir comment réagir correctement dans chaque relation afin de pouvoir développer leur potentiel au maximum dans leur environnement.
- (b) *Capacité de se faire des amis* : avec les pairs, c'est l'un des aspects les plus importants des relations interpersonnelles. Nous avons tous besoin d'amis avec lesquels partager notre vie, nos activités, nos espoirs, nos craintes et nos ambitions. Toutefois, les jeunes devraient pouvoir repérer et, si nécessaire, éviter les amitiés susceptibles de les amener à adopter des conduites dangereuses ou inutilement risquées telles que l'absorption d'alcool ou d'autres drogues, le vol et les comportements sexuels dangereux.
- (c) *Empathie* : faire preuve d'empathie revient à se mettre dans la peau de l'autre, surtout lorsqu'il est confronté à de sérieux problèmes dus aux circonstances ou à ses propres actions. Cela signifie comprendre et intérioriser la situation d'autrui et trouver des moyens d'alléger son fardeau en partageant avec lui au lieu de le condamner ou de le mépriser pour quelque raison que ce soit. Ainsi, qui dit empathie dit également capacité de venir en aide à l'autre afin qu'il puisse prendre lui-même ses décisions et être autonome le plus rapidement possible.
- (d) *Résistance aux pairs* : résister à ses pairs, c'est pouvoir défendre ses valeurs et ses croyances face à des idées ou pratiques contraires de pairs, amis ou collègues. Il faut cesser de faire des choses dont on pense qu'elles sont répréhensibles et pouvoir défendre ses décisions même sous l'influence d'amis très proches. Chez les jeunes en particulier, il est très important de ne pas être différent des autres membres du groupe. Si le groupe se laisse influencer dans le mauvais sens ou prend de mauvaises habitudes, la capacité de résistance aux pairs est vitale.
- (e) *Négociation* : la négociation suppose la capacité de s'affirmer, l'empathie et les relations interpersonnelles, de même que la capacité de transiger sur des questions sans déroger à ses principes. Elle suppose la capacité de faire face à des situations potentiellement menaçantes ou à risque dans les relations interpersonnelles, y compris la pression des pairs, d'exposer sa propre position et d'arriver à la compréhension mutuelle.

- (f) *Résolution non violente des conflits* : elle est liée aux relations interpersonnelles, à l'art de la négociation et à la capacité de gérer les émotions et le stress. Si les conflits sont inévitables et parfois nécessaires, la capacité de les résoudre dans la non-violence garantit que ces conflits ne deviennent pas destructeurs.
- (g) *Capacité de communiquer efficacement* : elle suppose la capacité d'écouter et de comprendre comment les autres communiquent, ainsi que de prendre conscience de la manière dont on peut soi-même communiquer de différentes manières. Il s'agit d'un processus bilatéral entre celui qui envoie le message et celui qui le reçoit, message que les deux parties doivent comprendre afin qu'il y ait processus de communication.

(iii) **La capacité de décision**

- (a) *Esprit critique* : les jeunes sont confrontés à des problèmes, des messages, des attentes et des demandes contradictoires émanant des parents, des pairs, des enseignants, des médias, des chefs religieux, de la publicité, etc. Ceux-ci interagissent avec leurs propres aspirations et ambitions. Les jeunes doivent donc pouvoir analyser de manière critique l'environnement dans lequel ils évoluent et les multiples messages dont ils sont bombardés.
- (b) *Imagination* : elle permet de comprendre que, dans la vie, il existe diverses manières de faire les choses. Ainsi, proposer ou imaginer de nouvelles manières de procéder, y compris de nouvelles idées, modalités ou organisations participe de l'imagination. L'imagination est extrêmement importante dans un monde en mutation.
- (c) *La capacité de décision* : un individu est fréquemment confronté à la nécessité de prendre des décisions graves concernant ses relations, son avenir, etc. Il existe souvent des exigences conflictuelles auxquelles il est impossible de répondre simultanément. Un choix s'impose entre des exigences qui ne peuvent être satisfaites en même temps. Mais en même temps, il faut être conscient des conséquences possibles de ce choix. D'où l'importance de peser les conséquences possibles et d'analyser systématiquement les différentes options.
- (d) *Résolution des problèmes* : la résolution des problèmes est liée à la prise de décision et nécessite un grand nombre des mêmes compétences. C'est uniquement par la pratique de la décision et de la résolution des problèmes qu'enfants et adolescents peuvent acquérir les compétences qui leur permettront de faire les meilleurs choix, quelle que soit la situation à laquelle ils sont confrontés.

Annexe III

Documents consultés

- Ankrah, E.M., Lubega, M. ; Nkumbi, S (1989). "The family and care-giving in Uganda" (W.G.P.32), in: Abstracts of the V International Conference on AIDS: the Scientific and Social Challenge; Montréal, 4-9 juin 1989 ; CRDI.
- Arya, O.P. ; Ongom, V.L. et Tomusange, L.T. (1974). "The Role of the rural health centre in the control of venereal diseases in Uganda", *East African Medical Journal*.
- Bamutiire E.K. (1997). "Agricultural Approach to Family Planning: The Uganda Experience", in: Institut international pour la reconstruction rurale (IIRR) : *Reproductive Health and Communication at the Grassroots, Experiences from Africa and Asia*, p. 153-156.
- Banque mondiale, rapport de recherche, "*Confronting Aids, public priorities in a global epidemic*", Oxford University Press, 1997.
- Beattie, J.H.M. (1957). "Initiation into the Chwezi spirit possession cult in Bunyoro, *Africa Studies* 16 (2), p. 150-161.
- Beattie, J.H.M. "The Nyoro of Western Uganda", in Molnos, op cit, 1973.
- Bennett, F.K. (1962). "The social determinants of gonorrhoea in an east African town: *East African Medical Journal*" 39 (6), p. 333-342.
- Bennett, F.J. ; Saxton, G.A. et Mugalula-Mukiibi (1973). "Kasangati: the background to a health centre", *Nkanga* 7, p. 15-31.
- Bennett, F.J. (1965). "The social, cultural and emotional aspects of sterility in women in Buganda", *Fertility and Sterility* 16 (2), p. 243-251.
- Bond G.C. et Vincent J., "Living on the Edge: structural adjustment in the context of AIDS", in Hansen, H.B. et Twaddle, M. (dir. publ.) ; *Changing Uganda, The Dilemmas of Structural Adjustment and Revolutionary Change*, Londres, James Currey, 1991.
- Brown, W. "Marriage, divorce and inheritance : movement for legislative reform", The Uganda Council of Women, 1988.
- Chela, C.M., et al, 1994. "Cost and Impact of Home-based Care for People Living with HIV/AIDS in Zambia", Rapport inédit. Organisation mondiale de la santé, Programme mondial de lutte contre le sida, Genève.
- Downing G. Robert et. al., "Optimizing the Delivery of HIV Counselling and Testing Services: The Uganda Experience Using Rapid HIV Antibody Test Algorithms", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18, p. 384-388, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphie.

- Edward de Bono, in *"Life Skills for Young Ugandans; Secondary Teachers, Training Manual"*, République d'Ouganda/UNICEF (1997/1998).
- Elam, E. *The Social and Sexual roles of Hima Women*, Manchester: Manchester University Press, 1973.
- Forster, S.J. et Furley, K.E. (1989). "1988 public awareness survey on AIDS and condoms in Uganda, *AIDS* 3 (3), p.153-156.
- Gamurorwa, A.B., Lettenmaier C.L. et Nan Lewicky, (1997). "HIV/AIDS Prevention", in: Institut international pour la reconstruction rurale (IIRR); *Reproductive Health and Communication at the Grassroots*; Experiences from Africa and Asia, p. 59-64.
- Goldschmidt, W (1973). "Guilt and pollution in Sebei mortuary rituals", *Ethos* 1, p. 75-105.
- Hamburg, B.A. (1990). "Life Skills Training: preventive interventions for young adolescents", Washington D.C.
- Kaharuza, F. (1991). "The knowledge, attitudes and practices of contraception and sexuality of adolescents of Kampala, Uganda", thèse d'obstétrique et de gynécologie, Makerere.
- Kisekka, M.N. (1991). "Socio-cultural beliefs and practices related to condom acceptability among Hausa in Nigeria and Baganda in Uganda", OMS, Programme spécial de recherche et développement en reproduction humaine.
- Kisekka, M.N (1989). "Langi - Lira district", in: Standing, H et Kisekka, M.N. ; *Sexual Behaviour in sub-Saharan Africa: a review and annotated bibliography*, Overseas Development Administration.
- Kisekka, M.N. (1989). "Japadhola - Tororo district", in: Standing, H et Kisekka, M.N. ; op. cit, (1989).
- Kisekka, M.N. "Heterosexual relationships in Uganda", thèse de doctorat, Université du Missouri, 1973.
- Kisekka, M.N. (1989). "Ankole - Bushenyi district", op. cit..
- Kisekka, M.N. (1989). "Baganda - Kampala and Mukono", op cit..
- Kubahire, N.B., "Continuity and Change in Kiga marriage - An Analysis of Structural Change in Kiga Marriage", thèse de BA (SWASA), Makerere University library, (Africana), 1981.
- Larson, A. "The Social Context of HIV transmission in Africa: a review of the historical and cultural bases of East and Central African Sexual relations", *Review of Infectious Diseases*, 11 (5), p. 716-731.
- Life Skills Workshop, UNICEF/Bangladesh (1993).

- Mandeville, E. (1979). "Poverty, work and the financing of single women in Kampala", *Africa*, 49 (1), p. 42-52.
- McGrath J. ; (1990), Rwabukwali, C. ; Schumann, D. "Cultural determinants of sexual risk behaviour for AIDS among Baganda women", communication présentée à l'American Anthropological Association, Washington.
- Middleton, F.K. "The Lugbara of North - Western Uganda", in Molonos, op. cit, 1973.
- Ministère de l'enseignement supérieur, Zimbabwe/UNICEF (1994). "Knowledge and attitudes on STD/HIV/AIDS of College students in Zimbabwe", Rapport sur une étude initiale menée dans les instituts pédagogiques et techniques avant le début du cours général de sensibilisation au sida.
- Ministère de l'éducation et de la culture, Zimbabwe/UNICEF (1993). "What grade 7 pupils know about and think about AIDS". Rapport sur une étude initiale menée dans les écoles primaires du Sud de Matebeleland et de l'Est du Mashonaland avant le début du Programme national d'action contre le sida à l'intention des écoles.
- Ministère de l'éducation et de la culture, Zimbabwe/UNICEF (1993). "Primary school teachers knowledge and understanding of AIDS". Rapport sur une étude initiale menée dans les écoles primaires du Sud de Matebeleland et de l'Est du Mashonaland avant le début du Programme national d'action contre le sida à l'intention des écoles.
- Moodie, R ; Katahoire et al (1991). "An evaluation study of Uganda AIDS Control Programme's Information Education and Communication Activities", OMS, ACP/MoH.
- Molnos, A. "*Attitudes Toward Family Planning in East Africa: An investigation in Schools around Lake Victoria and in Nairobi*", Weltforum Verlag: München, 1968.
- Muhumuza, C., Tadjuba, P. (1990). "A report on Kapchorwa district AIDS mobilisation workshop 27 Jan-15 Feb. 1990", Health Education Division, AIDS Control Programme.
- Mushanga, M.T. "The Nkole of South Western Uganda", in Molnos, op. cit, 1973.
- Ntozi, J.P.M. ; Kabera et al (1991). "Some determinants of fertility among Banyankole: Findings of the Ankole fertility survey", ISAE, Makerere.
- Ntozi J.P.M. and Kabera J.B. (1991). "Family Planning in rural Uganda: Knowledge and use of modern and traditional methods in Ankole", *Studies in Family Planning*, 22 (2), p. 116-123.
- Ntozi J.P.M., et al., "Some Aspects of the determinants of fertility in Ankole, Uganda: Findings of the elders Survey", CRDI, 1986.
- Obbo, C, (1988). "Facilitator of Women's Educational Opportunities", in: Romero, R.W. (dir. publ.) ; *Life Histories of African Women*, Ashfield Press.
- Oberg, K. (1949). "Analysis of the Bahima marriage ceremony", *Africa*, 19 (2), p. 107-120.

- Oberg, K. (1938). "Kinship Organization of the Banyankole", *Africa*, 11 (2), p.129-159.
- Olowo-Freers, B. (1992). "Socio-Cultural aspects of sexual behavioural practices and transmission of HIV/AIDS in Uganda", UNICEF.
- Olowo-Freers Bernadette P.A., et Barton G.Thomas ,1992, in "*Pursuit of Fulfilment: Studies of Cultural Diversity and Sexual Behaviour in Uganda*".
- Omongole, O.O. "High polygamous tendencies among the Iteso", thèse de BA (Social Work and Social Administration), Université Makerere (Africana), 1983.
- Ongom, V.L. ; Lwanga et al (1971). "Social background to venereal disease at Kasangati", *East African Medical Journal*, 48 (8), p. 366-371.
- Onyango, K. (1991). "Teacher gets 12 years", *New Vision*, Friday, Nov.1.
- Organisation mondiale de la santé/UNESCO. (1994). School Health Education to prevent AIDS and STD: handbook for curriculum planners.
- Seeley, J.A. et al (19912). "Socio-economic status, gender, and risk of HIV-1 infection in a rural community in south west Uganda", manuscrit inédit, sous presse, MRC.
- Sengendo J.R. et Yiga D., (1997). "Family Planning Campaign, The Case in Masaka District, Uganda", in: Institut international pour la reconstruction rurale (IIRR) : *Reproductive Health and Communication at the Grassroots*, Experiences from Africa and Asia, p. 119-124.
- Sengendo J., et. al (1998). "Inter-linkage between Culture, Traditions and HIV/AIDS in Uganda. A Research Report on the Districts of Mpigi, Hoima and Kumi", présenté à THE UNAIDS - UGANDA THEME GROUP.
- Sengendo J. et Nambi J. (1997). "The Psychological Effect of Orphanhood: a Study of orphans in Rakai District", *Health Transition Review*, Supplement to Vol. 7, 1997, p. 105-124.
- Serwadda D., et al, (1985). "Slim disease: a new disease in Uganda and its association with HTLV-III infection", *Lancet* ii. 849-52.
- Southall, A.W. (1960). "On chastity in Africa", *Uganda Journal* 24 (2), p. 207-216.
- Southwold, M. (1973). "The Baganda of central Uganda", in: Molnos, A. ; *Cultural source materials for population planning in East Africa*, East African Institute of African Studies.
- TACADE, "Skills for the Primary School Child: Part 2 Cross cultural Themes", in *Life Skills for Young Ugandans; Secondary Teachers' Training Manual*, République d'Ouganda/UNICEF, (1997/1998).
- TACADE, "Energizers, Ice Breakers and Warm-Ups", in *Life Skills for Young Ugandans; Secondary Teachers' Training Manual*, République d'Ouganda/UNICEF, (1997/1998).

TACADE, "Skills for the Primary School Child: part 1 Foundation Programme", in *Life Skills for Young Ugandans: Secondary Teachers' Training Manual*, République d'Ouganda/UNICEF, (1997/1998).

Quotidien "New Vision", Kampala - Ouganda.

UNESCO, 1997. *Changement et continuité : Principes et instruments pour l'approche culturelle du développement*, Décennie mondiale du développement culturel CLT/DEC/CD.

UNESCO, 1997. *Culture, Gender and Development for Eastern and Southern African English Speaking countries*, Décennie mondiale du développement culturel.

Van Praag, et al 1996. "Can HIV/AIDS Care initiatives Be Part of Intégrated Care? Lessons from Developing Countries", communication présentée lors de la onzième Conférence internationale sur le sida, Vancouver, B.C., Canada. 7-12 juillet. Organisation mondiale de la santé, Genève.

Van der Meeren, R. (Yeld), "AIDS education for behaviour change: preliminary research findings among the Bakiga of Kabale and Rukungiri districts", UNICEF, projet de rapport non publié.

Yeld, R.V. The Kiga of South-Western Uganda: "Traditional beliefs influencing levels of fertility", in Molnos, A, (dir. publ.) *Cultural Source Materials for Population Planning in East Africa*, Nairobi, Institute of African Studies, Université de Nairobi, 1973.