

# **L'APPROCHE CULTURELLE DE LA PREVENTION ET DU TRAITEMENT DU VIH/SIDA**

**Synthèse des études par pays  
et  
Manuel d'élaboration de projet**

Mai, 2000



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

**Synthèse des études par pays  
Manuel d'élaboration de projet  
Information/éducation/communication  
Formation des ressources humaines  
Collecte des données et recherche**



## RESUME

Ce document présente les deux réalisations les plus importantes de la première année du projet en cours, exécuté conjointement par l'UNESCO et l'ONUSIDA, intitulé *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA*. Cette première phase du projet avait pour but d'identifier l'interaction entre les cultures et le VIH/SIDA et d'ajuster prévention et soins en conséquence.

La première partie est consacrée à la synthèse des études par pays effectuées dans douze pays d'Afrique australe, dans les Caraïbes (3 pays) et dans le Sud-est asiatique.

Les études par pays ont eu un double objectif :

- 1) évaluation de l'action institutionnelle menée à ce jour sur la prise en compte des aspects culturels dans les programmes et les projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA;
- 2) enquête approfondie des réactions des différentes populations face aux risques et à la nécessité de changer leurs comportements sexuels et non sexuels en relation avec leurs références et ressources culturelles.

Les résultats de ces études par pays ont été utilisés pour identifier et formuler des concepts de base, des orientations et des méthodes pour définir, d'un point de vue culturel, les stratégies, les politiques, les projets et les programmes d'action efficaces, adaptés et durables, qui tiennent compte des références et ressources culturelles des populations pour lesquelles la stratégie de l'ONUSIDA a été mise en oeuvre.

C'est pourquoi, dans sa seconde partie, ce document présente un ensemble de propositions méthodologiques et pédagogiques basées sur des recherches antérieures effectuées au sein du Secteur de la Culture de l'UNESCO (Section de la Recherche et de la Gestion Culturelles) et offrant un éventail d'instruments méthodologiques pour :

- prendre en considération la dimension culturelle lors de l'élaboration des stratégies et des projets ;
- élaborer et offrir une méthode appropriée du point de vue culturel pour les actions d'information/communication/éducation;
- renforcer les ressources humaines et développer les données et la recherche.

L'idée principale de ce projet est que l'action de prévention et de traitement du VIH/SIDA sera plus efficace et durable si elle est basée sur une meilleure compréhension des motivations et des références des populations pour changer leurs habitudes de manière à accorder une plus haute priorité à ce problème dans leur vie quotidienne et de s'engager pleinement dans le combat contre l'épidémie.

Ainsi, en s'appuyant sur les ressources culturelles et l'énergie des populations, cette action permettra d'atteindre progressivement des changements d'attitude importants ; elle vise donc à leur faire accepter comme une de leurs plus hautes priorités le combat contre l'épidémie, en unissant leurs efforts avec ceux des institutions du système des Nations Unies.

Ce document vise à compléter le travail récent de l'ONUSIDA sur la planification stratégique, en proposant des instruments pour ajuster les actions en fonction des situations et des cultures des peuples. Il se propose donc d'être une contribution utile à l'effort commun de faire aboutir ce défi majeur.

## AVANT-PROPOS

Depuis le milieu des années 80, le combat international contre le virus du SIDA a mobilisé progressivement les gouvernements, les agences internationales et non gouvernementales, car l'épidémie se propageait à une allure toujours plus rapide, dans les différentes régions du monde. Les efforts et les moyens d'action ont été d'abord concentrés sur la santé et les soins médicaux, selon une approche épidémiologique. Après un certain temps, les activités d'information/éducation/communication (IEC) sont devenues le second outil majeur de prévention du risque. En dépit des mesures pratiques de protection spécifiques, les résultats de ces activités sont restés limités. On a donc commencé à s'inquiéter sérieusement de l'efficacité réelle des campagnes de prévention. Il est devenu de plus en plus patent que, même si les messages de prévention étaient reçus et même intellectuellement compris, trop souvent leur contenu n'était pas totalement intériorisé et par conséquent, n'était pas suivi par des changements d'attitude des populations.

La mise en place du programme conjoint des Nations unies sur le virus du SIDA (ONUSIDA) en 1994 a inauguré une nouvelle approche de prévention et de traitement de la maladie. La première exigence formulée a été le besoin d'une coordination inter-institutions et inter-partenaires pour combattre l'épidémie. Cette action ouvrait des possibilités nouvelles pour la mise en place d'une stratégie trans-institutionnelle, rendant nécessaire une approche intégrée de la prévention et des soins. Pour les mêmes raisons, l'ONUSIDA insistait de plus en plus sur l'aspect multidimensionnel du problème, et par là, de prendre une vue d'ensemble des stratégies à appliquer et de "contextualiser" la crise dans son environnement.

Deux ouvrages de méthodologie publiés récemment par l'ONUSIDA formulent des stratégies nouvelles dans ce sens. Il s'agit de :

- 1) *Guide du processus de planification de la stratégie nationale relative au VIH/SIDA.*  
De ce document, on peut retenir deux idées-clés :
  - la nécessité d'adapter des normes générales à des situations données ou évolutives et aux besoins spécifiques du pays en question;
  - la prise de conscience du fait que "la force irremplaçable des habitants du pays et de ses institutions" doit être mobilisée pour bâtir la réponse la plus efficace au niveau national.
- 2) Un document ONUSIDA/IMPACT/FHI (1999) qui recommande différentes méthodes de recueil de données pour établir des programmes nationaux efficaces de prévention sur la base d'études sérieuses du comportement. Ces études fournissent des informations détaillées sur les comportements à risque, les pays, les groupes, et sur les circonstances favorables, les obstacles ainsi que sur une approche adaptée de la prévention. Elles seront renouvelées périodiquement, dans le but de signaler des changements importants, de mieux définir les groupes cibles, d'identifier les pratiques sexuelles et de toxicomanie, ainsi que les différents stades de l'épidémie. Les résultats pourraient être utilisés pour une action appropriée d'information/éducation/communication (IEC) de la population, ainsi que par les décideurs politiques dans leurs domaines de compétence : éducation, santé, finances publiques, etc.
- 3) Une étude méthodologique intitulée *Changement du comportement sexuel lié au virus: Où les théories nous ont-elles menés ?* Les observations les plus importantes de cette étude sont les suivantes :

- le comportement sexuel est profondément ancré dans les désirs individuels, les relations sociales et culturelles, les processus environnementaux et économiques. Ceci rend la prévention extrêmement complexe, car elle englobe de multiples composantes;
- celles-ci doivent être pleinement prises en considération dans chaque action visant à susciter un changement durable dans le comportement sexuel des individus d'une communauté donnée.

Dans sa conclusion, le document réaffirme que, pour susciter des changements durables dans les normes et les pratiques sexuelles individuelles, il faut passer par des changements dans les cultures et les sous-cultures des communautés, créant ainsi un environnement favorable à des pratiques plus saines. En conséquence, les méthodes participatives doivent être préférées pour motiver et responsabiliser les individus et les groupes dans le sens de ce changement.

Le projet conjoint UNESCO/ONUSIDA présenté dans ce rapport partage le même souci. Il a été lancé en 1998 sous le titre : *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA*, comme un effort nouveau pour contribuer à la découverte de réponses à ce défi apparemment insurmontable. Ce projet a été lancé sur la base d'une double hypothèse qui rejoint les points de vue exprimés dans les deux documents de l'ONUSIDA :

- 1) Afin de surmonter d'éventuels obstacles dans le processus de changement durable des normes et pratiques sexuelles concernant la prévention et le traitement du VIH/SIDA, il est nécessaire d'adapter l'action, dans son contenu et son application, aux mentalités, croyances et systèmes de valeurs des populations.
- 2) Toutes les ressources sociétales/culturelles d'une population donnée, sa créativité, sa confiance et sa motivation devraient être mobilisées pour résoudre les difficultés de leur vie quotidienne, parmi lesquelles l'intégration de la prévention et du traitement du SIDA dans la perspective d'un développement humain durable.

Les résultats principaux du projet sont les suivants :

- 1) Des études nationales effectuées dans neuf pays d'Afrique australe, du Sud-est asiatique et des Caraïbes. Pour chaque pays, l'évaluation a été divisée en deux parties, élaborées de manière plus ou moins détaillée :
  - évaluation de l'action institutionnelle menée à ce jour concernant la prise en compte des aspects culturels dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA ;
  - étude de cas approfondie concernant les réactions des populations vis-à-vis du VIH/SIDA, selon leurs références et ressources culturelles.

Un rapport de synthèse montrant les tendances communes et les diversités sociétales et culturelles a été établi sur cette base.

- 2) Trois ateliers de travail ont été organisés dans les trois sub-régions, dans le but de réunir les conclusions des études par pays et de définir des recommandations pour le suivi méthodologique et pratique du projet.
- 3) Un manuel, élaboré sur la base de ces études et ateliers de travail, contient un ensemble de propositions méthodologiques pour :
  - élaborer des stratégies et des projets en adoptant une approche culturelle ;
  - développer des matériels et des processus d'information/éducation/communication culturellement adaptés ;

- renforcer les ressources humaines par la formation/sensibilisation à l'importance de l'approche culturelle, de tous ceux qui sont impliqués, à différents niveaux dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA ;
- promouvoir diverses autres données, processus, résultats des recherches et évaluations.

L'approche culturelle proposée dans ce manuel vise à fournir une conception globale et des méthodes appropriées pour atteindre davantage d'efficacité, de fiabilité et de durabilité dans la prévention du VIH/SIDA et pour créer un environnement humain plus favorable aux personnes malades, à travers :

- 1) la confiance dans leur capacité à comprendre et à intégrer le problème dans leur propre culture;
- 2) l'instauration de nouvelles normes de comportement grâce à des motivations nouvelles.

Actuellement, le manque de motivation dans le problème très discuté du changement de comportement constitue le principal obstacle à surmonter pour développer des projets-pilotes et des actions d'information/éducation/communication sur une base durable. C'est pourquoi, il est nécessaire de faire une analyse approfondie des références culturelles basées sur les traditions, les croyances, les notions de famille et de pouvoir, les systèmes de valeurs et les priorités. Cette analyse doit aussi prendre en compte les nouvelles motivations et pratiques culturelles émergentes liées aux stratégies de survie dans l'environnement urbain moderne.

De cette double analyse et de ces résultats, des méthodes fondées sur les pays et les populations auront davantage de chances d'être utilisées et d'atteindre graduellement des résultats significatifs dans le changement des règles régissant les relations humaines (entre autres, les normes et les pratiques concernant la prévention de l'infection et sa transmission).

De même, des attitudes et comportements nouveaux se développeront vis-à-vis des personnes infectées et malades, afin de les réintégrer dans leur communauté et de leur offrir de l'aide humaine et de la compréhension au stade final de leur maladie.

Ainsi l'approche culturelle est totalement convergente avec le principe de planification stratégique conseillé dans le *Guide ONUSIDA* et dans la *Revue méthodologique*. Son apport propre consiste à faire une analyse culturelle détaillée des aspects spécifiques et évolutifs de situations et de populations données. En ce qui concerne l'élaboration des réponses nationales, l'approche culturelle démontre le rôle et l'impact des ressources culturelles des peuples, considérées par le Guide comme "les forces irremplaçables des populations et des institutions", comprenant les communautés sociales, culturelles et religieuses, les associations et les mouvements sociaux représentant la société civile, y compris le monde des affaires et du travail.





## TABLE DES MATIERES

RESUME	3
AVANT PROPOS	5
<b>PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE</b>	17
I. INTRODUCTION	19
II. OBJECTIFS PRINCIPAUX	20
III. CONCEPTS CLES	21
IV. HYPOTHESES DE BASE	21
V. TERMES DE REFERENCE D'ENSEMBLE	22
VI. CADRAGE GEOGRAPHIQUE	24
VII. RESULTATS ATTENDUS ET SUIVI METHODOLOGIQUE	24
<b>DEUXIEME PARTIE : SYNTHESE DES ETUDES PAR PAYS</b>	27
I. CONSIDERATIONS GENERALES	29
1. Termes de référence des études par pays	29
1.1. Action institutionnelle	29
1.2. Etude de cas approfondie	30
2. Résultats attendus des recherches et suivi méthodologique	30
3. Action expérimentale et projets-pilotes	30
4. Propositions et recommandations pour l'utilisation de l'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA	31
5. Suivi pratique possible	31
6. Phases successives du travail	32
II. TENDENCES COMMUNES	32
1. Perception du risque: large prise de conscience, mais compréhension insuffisante	33
2. L'épidémie du VIH/SIDA : un phénomène socio-économique, sociétal et culturel complexe	34
3. Conditions socio-économiques, leur impact sociétal/culturel et le VIH/SIDA	35
4. L'impact multidimensionnel du VIH/SIDA	37
4.1. Effets socio-économiques	37
4.2. Impact sociétal/culturel	38
5. Une crise culturelle mondiale déstabilisatrice	39
6. Problèmes communs, diversités sur le terrain	40

III. DIVERSITES CULTURELLES ET SOCIETALES	41
1. Aires régionales sociétales/culturelles et VIH/SIDA	41
1.1. La sous-région de l'Afrique australe	41
1.2. Les Caraïbes	42
1.3. L'Asie du sud-est (la Thaïlande et les pays voisins)	43
2. Diversités culturelles majeures	44
2.1. Traditions culturelles	44
2.2. Croyances religieuses	47
2.3. Culture, santé, vie et mort	48
2.4. Références sexuelles et sexualité	49
IV. GROUPES SOCIETAUX ET CULTURELS FRAGILES	54
1. Régions de fragilité géo-culturelle	54
2. Migrations et perte de l'identité culturelle	55
3. Crise des modèles familiaux	58
4. Culture, SIDA et rapports hommes/femmes	59
5. Pratiques homosexuelles : acceptabilité sociétale et culturelle	60
6. Travailleurs sexuels	63
7. Sous-cultures, violence, dépendance des drogues et irresponsabilité sexuelle	65
8. Jeunes : espoir ou désespoir	66
V. CONCLUSIONS	66
1. Tendances communes	66
2. Diversités culturelles	67
2.1. Particularités régionales	67
2.2. Spécificités culturelles	68
3. Motivations au changement	68
4. Mobilisation de masse : du devoir au consensus	68
VI. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS	71
1. Identification des problèmes de fond et à long terme	71
1.1. Interactions entre la culture, le VIH/SIDA et le développement	71
1.2. Impact sociétal/culturel du changement socio-économique	73
1.3. Impact socio-économique et sociétal/culturel du VIH/SIDA	73
2. Références et ressources culturelles à examiner	74
2.1. Traditions culturelles	74
2.2. Croyances religieuses	74
2.3. Culture et santé	75

3.	Recommandations	75
	3.1. Contexte	75
	3.2. Elaboration et mise en œuvre des politiques et des projets	76
	3.3. Information/Education/Communication	76
	3.4. Formation	77
	3.5. Information et recherche	77
4.	Implications méthodologiques	77
	<b>TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS METHODOLOGIQUES</b>	79
	<b>CHAPITRE I : CONCEPTS ET ORIENTATIONS DE BASE</b>	81
	<b>A. CONCEPTS, METHODES ET ORIENTATIONS POUR L'APPROCHE CULTURELLE DE LE PREVENTION ET DU TRAITEMENT DU VIH/SIDA</b>	83
1.	Hypothèse de travail	83
2.	Besoins de réajustement des outils employés	84
3.	Conditions méthodologiques	84
	<b>B. ENVERGURE ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DU MANUEL</b>	85
1.	Pourquoi proposer un manuel d'élaboration de projets concernant le VIH/SIDA fondé sur l'approche culturelle	85
2.	Qu'est ce que l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA pour le développement humain durable ?	85
3.	Quels sont les concepts, méthodes et orientations proposées par ce Manuel?	86
	<b>CHAPITRE II : ANALYSE DE SITUATION</b>	87
	<b>A. EVALUATION PRELIMINAIRE A FONDEMENT CULTUREL</b>	89
1.	Liste de contrôle de l'évaluation préliminaire	89
2.	Informations nécessaires	90
3.	Termes de référence de l'évaluation préliminaire	91
4.	Quels instruments peut-on utiliser	91
	4.1. Evaluation de l'information existante	91
	4.2. Evaluation de l'action institutionnelle récente	92
	4.3. Recherche complémentaire d'information approfondie	97
5.	Evaluer l'action institutionnelle	103
	5.1. Prévention du VIH	103
	5.2. Suivi des séropositifs	103
	5.3. A l'égard du SIDA proprement-dit	104
	<b>B. ORIENTATIONS POUR UNE MEILLEURE EFFICACITE DES STRATEGIES ET PROJETS</b>	104
1.	Conditions culturelles pour des actions plus efficaces	104
	1.1. Programmation et action culturelles d'ensemble	105

1.2. Durabilité	105
2. Conditions socio-économiques de création d'un environnement favorable à la prévention et au traitement du VIH/SIDA	107
3. Quel est l'enjeu du changement ou de la préservation des normes de comportement sociétales/culturelles ?	107
3.1. Facteurs culturels de la responsabilisation dans les comportements	107
3.2. Facteurs aggravants	107
3.3. Concentrer l'attention sur les besoins et réactions des groupes culturellement les plus fragiles	110
<b>CHAPITRE III : BATIR DES REPONSES CULTURELLEMENT ADAPTEES</b>	<b>113</b>
<b>A. DEVELOPPER DE NOUVELLES STRATEGIES</b>	<b>115</b>
1. Principes clés	115
2. Construire des instruments adaptés pour des stratégies fondées sur la culture	117
3. Instruments méthodologiques à utiliser, adapter ou à créer	122
<b>B. ELABORATION DE PROJETS FONDES SUE LA CULTURE</b>	<b>125</b>
1. Concepts de base	125
2. Implications scientifiques et méthodologiques	126
3. Choix instrumentaux	126
3.1. Une approche coordonnée	126
3.2. La conception du plan d'action	127
3.3. Communication/participation pour la mobilisation culturelle contre le VIH/SIDA	127
3.4. Processus d'information interactive	128
3.5. Elaboration de projets culturellement appropriés	128
4. Résultats et effets attendus	129
5. L'action d'urgence contre le VIH/SIDA est-elle possible dans une approche culturelle ?	129
5.1. Définition	129
5.2. Propositions	129
5.3. Avantages et limites	130
6. Processus de négociation institutions/terrain	130
6.1. Questions préliminaires	130
6.2. Système de planification et faisabilité de l'approche culturelle	131
<b>C. PREPARATION D'UN PROJET DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT</b>	<b>131</b>
1. Conditions générales	131
2. Identification/problématique	132
3. Mobilisation des acteurs	132
4. Groupes cibles et esquisse de projet	132
5. Instruments récents actuellement utilisés	133
6. Méthodes culturellement équilibrées pour des projets d'action préventive	133
7. Un processus indispensable : discussions sur le terrain	134
8. Planification montante (bottom-up)	135
9. Choisir moyens et modalités culturellement appropriés	137
10. Prise de décision dans une approche culturelle	137

D. REALISATION DES PROJETS	138
1. Approche culturelle et mise en œuvre	138
2. Contrôle et approche culturelle du VIH/SIDA	138
3. "Tableau de bord" des institutions et leurs partenaires	139
E. EVALUATION DU PROJET	140
1. Méthodes et problèmes d'évaluation	140
1.1. Méthodes actuelles	140
1.2. La méthode de l'approche culturelle	140
1.3. Choix méthodologiques	141
2. Evaluation finale : un moment crucial	141
2.1. Pour les institutions	141
2.2. Pour les populations	142
2.3. Au delà de l'évaluation	142
F. CONCLUSIONS ET NOUVELLES PROPOSITIONS	143
1. Propositions pour des méthodes d'évaluation différentes	143
1.1. Analyse des effets économiques	143
1.2. Impact sur l'environnement	143
2. Etudes approfondies	143
2.1. Evaluation ex-post	143
2.2. Analyse à court, moyen et long terme	144
3. Nouveaux outils d'évaluation possibles	144
3.1. La méthode d'analyse des intérêts	144
3.2. Analyse des coûts/bénéfices culturels	144
4. Evaluation continue : pour un nouveau partenariat	145
CHAPTER IV : INFORMATION/EDUCATIONS/COMMUNICATION CULTURELLEMENT APPROPROEES	147
A. LA SITUATION ACTUELLE	149
1. Education préventive par le système scolaire et les médias	149
1.1. Education scolaire	149
1.2. Les médias	151
1.3. Problèmes complexes	152
2. Enseignements des activités actuelles d'IEC	152
B. IEC CULTURELLEMNT APPROPRIEE	153
1. Education	153
1.1. L'interdépendance entre éducation et culture	153
1.2. Education des adultes	153
1.3. Ajuster l'éducation à la culture des population	154
2. Education familiale : un potentiel sous-estimé	155
3. Education religieuse et traditionnelle	156
3.1. Guérisseurs traditionnels contre le VIH/SIDA	156
3.2. Communautés religieuse	158
4. Information culturellement appropriée par les médias	159

5.	Renforcer la créativité et les activités sportives liées à la prévention du VIH/SIDA	159
6.	La communication : un processus interactif	160
	6.1. Solutions possibles	160
	6.2. Informer/sensibiliser au niveau local	161
	6.3. De la participation au partenariat	162
	6.4. Comment communiquer sur le VIH/SIDA dans une approche culturelle ?	164
	6.5. Conditions culturelles pour une communication adaptée	165
	6.6. Communication culturelle pour le changement de comportement	165
	6.7. Rôle et tâches des opérateurs de terrain	166
	6.8. Relations entre le travail de terrain et les institutions pour assurer l'approche culturelle dans les projets de prévention et de traitement	167
	<b>CHAPITRE V : AUTRES INSTRUMENTS METHODOLOGIQUES</b>	169
	<b>A. PROGRAMMES DE FORMATION/SENSIBILISATION</b>	171
1.	Former/sensibiliser les décideurs à des stratégies et politiques culturellement appropriées de prévention et de traitement	171
2.	Qui sont les personnels à former/sensibiliser ?	171
3.	Méthodes de formation/sensibilisation culturellement appropriées	171
	<b>B. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES/BESOINS ULTERIEURS DE RECHERCHE</b>	172
1.	Données culturelles	172
2.	Autres besoins de recherche	173
	<b>C. PROJECTS-PILOTES</b>	174
1.	Conditions générales	174
2.	Considérations méthodologiques	174
	<b>ANNEXES</b>	177
	ANNEXE 1 : Etudes par pays	179
	ANNEXE 2 : Analyse coût/avantages	181
	ANNEXE 3 : Elaborer des méthodes de planification participative	183
	ANNEXE 4 : Critères de la Convention de Lomé	185

**PREMIÈRE PARTIE :**

**PROBLÉMATIQUE**





## **I. INTRODUCTION**

A la suite d'une proposition faite par le Secteur de la Culture de l'UNESCO au Programme de l'ONUSIDA concernant l'utilisation de l'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA dans la perspective du développement humain durable, un projet conjoint a été lancé en mai 1998.

Le projet trouve ses origines dans l'appel à la coordination des programmes lancé par l'ONUSIDA pour 1998-1999. Il a été conçu sur la base d'une recherche méthodologique réalisée en adoptant l'approche culturelle dans les stratégies de développement, le travail institutionnel, les programmes et les projets, ainsi que dans le travail de terrain. Le projet a été élaboré par l'Unité de recherche et de gestion culturelle et présenté comme une application dans le domaine de la prévention et du traitement du VIH/SIDA de l'expérience acquise par le Secteur de la culture de l'UNESCO.

Pour mieux comprendre ce projet, il serait utile de rappeler que les deux premières phases du travail de l'UNESCO sur l'intégration des aspects culturels dans le processus développement, avaient pour but de contribuer à la mise en oeuvre de l'objectif principal de la Décennie mondiale du développement culturel : "la reconnaissance de la dimension culturelle du développement". Cette action était basée sur une définition globale de la culture, adoptée par la Conférence mondiale de l'UNESCO sur les politiques culturelles (Ville de Mexico, 1982), et sur le *Rapport de la Commission mondiale sur la culture et le développement*, publié en 1995.

Le travail méthodologique effectué au sein du Secteur de la culture de l'UNESCO a d'abord eu comme premier résultat la publication en 1995 du volume *La dimension culturelle du développement - Vers une approche pratique*. Ce livre a défini les fondements conceptuels du travail à entreprendre en démontrant la nécessité de prendre en considération la dimension culturelle pour atteindre le développement humain durable. Il a également décrit l'ampleur et les modalités de l'évolution actuelle de la coopération internationale dans ce domaine; puis il a défini les fonctions et l'impact culturels du processus de développement. Enfin, il a présenté en termes généraux les besoins en matière de recherche pour aider les institutions à adopter une approche culturelle dans leur action vers un développement humain durable.

La question posée dans le second volume *Changement et continuité – Principes et instruments pour l'approche culturelle du développement* (version française publiée en novembre 1999), était plus strictement du domaine de la méthodologie. L'idée en était de montrer comment les méthodes de travail des organisations et des professionnels concernés par les activités de développement pouvaient aider à faire avancer durablement le processus de développement humain en prenant en compte l'approche culturelle aussi bien en théorie qu'en pratique, et ceci au niveau de la stratégie, de l'action institutionnelle, des programmes, des projets et du travail de terrain.

Ce travail a été réalisé en gardant à l'esprit deux priorités :

- stimuler la réflexion et la discussion sur le besoin de reconsidérer les outils existants, de manière à redéfinir le contenu et les objectifs du processus de développement;
- sur la base des indications méthodologiques décrites dans le volume précédent, développer et proposer, dans une approche culturelle :
  - le renforcement ou la modification des outils existants;

- l'utilisation de certaines méthodes employées actuellement, occasionnellement ou non, dans le domaine du développement;
- ou bien de nouvelles méthodes et approches, sur la base, d'une part, de l'observation des dysfonctionnements entraînés par les méthodes existantes et, d'autre part, du manque persistant de compréhension des situations rencontrées sur le terrain.

Ces propositions visaient à permettre l'intégration des aspects culturels à tous les stades du processus de planification et à ouvrir ainsi la voie vers une approche complètement nouvelle de la planification du développement, trop souvent limitée et ciblée sur la recherche de l'efficacité du point de vue technique, sinon la rentabilité économique et les investissements à court terme.

Ce renversement de perspective traditionnelle a mené vers une série d'exigences d'ordre méthodologique :

- planification montante (bottom-up) : déjà existante, mais principalement au stade expérimental;
- participation constante des acteurs du développement local, tendant vers un partenariat équilibré entre les forces locales et extérieures (le développement participatif est déjà admis, mais le plus souvent dans une mesure limitée en matière de temps passé et de pouvoir de décision) ;
- adaptation et diversification des modalités et des moyens à réactualiser ;
- réajustement du cadre chronologique de l'action ;
- remplacement des programmes et projets par des programmes cadres dans lesquels viennent se placer les initiatives de petite dimension, prises au niveau local.

Grâce aux progrès ainsi réalisés dans le travail méthodologique, les nouvelles approches proposées touchent à présent un nombre plus important de sujets plus spécifiques, comme par exemple :

- dans le domaine économique: l'épargne, l'entreprise, le secteur informel, l'agriculture et l'élevage;
- dans le domaine social: l'éducation de base, la politique de santé, l'alimentation/nutrition, les établissements humains et le développement urbain, la famille et, naturellement, le rôle des femmes dans le développement.

D'autres sujets spécifiques comme les politiques démographiques, la gestion durable de l'environnement naturel, l'évolution des régimes fonciers traditionnels, sous l'impact de l'agriculture productive moderne, peuvent maintenant être reconsidérés dans une approche culturelle. C'est pourquoi le projet proposé par l'UNESCO à l'ONUSIDA, dans le but de clarifier les méthodes et les moyens de l'approche culturelle dans les politiques et les projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA, pourrait ainsi apparaître à la fois réalisable et opportun.

## **II. OBJECTIFS PRINCIPAUX**

L'objectif principal de ce projet est de:

- contribuer à la prévention du VIH/SIDA grâce à l'approche culturelle ;
- élaborer un environnement culturel plus favorable pour les personnes malades.

Elaboré entre juillet 1997 et janvier 1998, le projet n'a pu prendre en considération les nouveaux développements dans le traitement médical du SIDA, même si leur efficacité spécifique n'est pas encore entièrement prouvée. De plus, pour des raisons économiques et financières, comme il a été rappelé par les pays africains durant la dernière Conférence de Lusaka, ces traitements ne pourront pas être massivement utilisés dans les pays en voie de développement sans un retournement complet de la situation actuelle concernant la production de médicaments et les conditions de vente.

En outre, les études par pays ont démontré qu'un changement durable pour combattre l'épidémie ne saurait se limiter à fournir un traitement médical aux personnes infectées ou malades, mais qu'il est essentiel d'une part, de protéger ceux qui n'ont pas encore contracté le virus et, d'autre part, de construire un environnement favorable pour les personnes positives et pour celles qui développent elles-mêmes la maladie ou d'autres maladies opportunistes. Les deux objectifs majeurs du projet restent donc parfaitement valables.

### **III. CONCEPTS CLES**

Compte tenant de l'expérience acquise dans ce domaine, il est de plus en plus reconnu que l'épidémie du VIH/SIDA n'est pas le problème du seul secteur médical, mais une question aux aspects multiples qui demande des stratégies pluridimensionnelles. Les méthodes modernes d'éducation/information/communication, la promotion de l'utilisation des préservatifs n'obtiendront pas les résultats attendus si le problème est abordé seulement du point de vue médical. En effet, il s'agit d'un phénomène socio-économique, sociétal et culturel complexe, qui doit être pris en considération dans la perspective du développement humain durable. L'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA constitue justement le moyen de prendre en compte tous ces aspects.

Afin d'entraîner les changements des références culturelles et des normes de comportement pour réduire les risques, deux conditions préliminaires doivent être accomplies :

- Pour combattre le VIH/SIDA, il faut accorder une attention particulière aux mentalités, traditions, croyances et systèmes de valeurs, pour des raisons d'ordre éthique et pratique, afin de prévenir les obstacles qui peuvent apparaître dans le processus de prévention et de traitement.
- Les ressources sociétales et culturelles des populations, c'est-à-dire les connaissances, savoir-faire, modes d'organisation économique et sociale, créativité, confiance en eux-mêmes et le désir de résoudre leurs problèmes spécifiques devraient être toujours mobilisées dans les activités de prévention et de traitement.

### **IV. HYPOTHESES DE BASE**

L'hypothèse principale du présent projet est basée sur le fait déjà démontré que la culture est le fondement et l'essence de toute transformation économique et sociale ayant comme objectif un véritable développement humain et durable. C'est la raison pour laquelle l'approche culturelle est essentielle pour toutes les stratégies de développement, les programmes et les projets, qu'ils soient élaborés au niveau général ou sectoriel.

En ce qui concerne la prévention et le traitement du SIDA, la prise en compte des aspects culturels signifie que toutes les références et ressources culturelles des populations constitueront des instruments clés dans l'élaboration des stratégies, des politiques et de la planification des projets, dans une perspective appropriée du développement durable. Ceci est

une condition indispensable pour atteindre des changements profonds et durables des comportements humains et pour offrir une consistance réelle aux stratégies et projets médicaux et de santé.

De plus, le taux actuel de mortalité enregistré dans les pays en développement compromet sérieusement les efforts pour le développement des secteurs économiques et sociaux. Le manque conséquent de ressources humaines disponibles peut entraîner l'effondrement de l'ensemble du processus économique, au niveau national et même international. C'est pourquoi la durabilité des actions entreprises est la condition essentielle pour changer les comportements et pour atteindre le succès subséquent de la prévention et du traitement du virus, dont dépend le développement durable. Mais les changements dans ce domaine feront leur apparition seulement dans le cadre d'un changement général des conditions de vie des populations, ce qui constitue le deuxième impératif pour atteindre des résultats significatifs dans la lutte contre l'épidémie.

#### **V. TERMES DE REFERENCE D'ENSEMBLE**

Elaborés sur la base des recherches documentaires et enquêtes développées par des institutions universitaires de recherche, les agences nationales et internationales, les organisations non gouvernementales, les réseaux locaux impliqués dans la prévention et le traitement du SIDA, les études par pays ont eu pour objectif de :<sup>1</sup>

1. mieux comprendre les interactions existantes entre les cultures, l'évolution de la crise du SIDA et des problèmes du développement ;
2. identifier les ressources et les facteurs culturels qui jouent un rôle important dans l'évolution de la prévention et du traitement de l'infection ;
3. évaluer le rôle de ces facteurs et ressources pour donner pertinence et efficacité aux actions de prévention et de traitement, ainsi qu'aux cultures professionnelles des institutions impliquées ;
4. identifier les besoins spécifiques des groupes à risque (femmes, travailleurs sexuels, jeunes, enfants, pauvres, minorités et réfugiés) et les méthodes pour aborder leurs problèmes d'un point de vue culturel ;
5. identifier et réaliser des études de cas illustrant la manière selon laquelle la reconnaissance de ces facteurs influence positivement les résultats des stratégies et des programmes, ainsi que les conditions nécessaires pour l'adaptation des projets réussis à d'autres contextes (réplicabilité), et pour identifier ainsi les aspects prioritaires pour la recherche et les stratégies futures.

**Les résultats des études par pays** ont été exploités pour formuler une série de propositions méthodologiques et des grandes orientations pour utiliser l'approche culturelle dans :

- la conception, la mise en oeuvre, l'adaptation et l'évaluation des programmes de prévention et de traitement du VIH/SIDA;
- les activités de formation/sensibilisation des acteurs et des agents en charge de ces actions au niveau des communautés locales, des structures administratives, des institutions éducatives et de santé, des organisations religieuses, des médias, des institutions gouvernementales et non gouvernementales.

---

<sup>1</sup> Une description détaillée est fournie plus loin, p. 22.

Une attention particulière doit être accordée aux **expériences, méthodes et possibilités** d'utiliser l'approche culturelle afin de :

- développer des programmes et projets novateurs de prévention et de traitement dans une approche globale et interdisciplinaire, adaptée à un contexte culturel donné ;
- promouvoir le processus de participation, le soutien et le soin par la communauté des personnes infectées, le développement des réseaux et des initiatives des malades, des actions d'éducation et de communication interactives;
- promouvoir la prise de conscience, le sens de la responsabilité, du respect mutuel, de l'attachement et de la compassion, du changement culturel et comportemental, la modernisation des traditions et des références culturelles et la mobilisation des connaissances traditionnelles et ressources spirituelles pour combattre l'épidémie;
- adapter à ces exigences les stratégies, les programmes et les méthodes de planification des organisations et institutions concernées.

Il est également nécessaire que la recherche soit effectuée dans chaque pays à deux niveaux:

1. examen de l'intégration des aspects culturels dans l'action prévue au niveau institutionnel;
2. analyse approfondie portant, d'une part, sur le contexte culturel responsable de l'infection et, d'autre part, sur les ressources culturelles susceptibles d'être utilisées dans le cadre des projets et programmes futurs de prévention et de traitement.

### **1. Evaluation institutionnelle**

- Evaluer l'action institutionnelle concerne d'une part, la prise en considération des aspects culturels dans les programmes et les projets de prévention et de traitement; d'autre part, l'impact de la "culture" propre des populations (concepts et méthodes de travail) sur la compréhension et les réactions concernant l'évolution de l'épidémie (personnes infectées et malades); elle examine également les effets sociaux et culturels de l'action de ces institutions dans le contexte et la perspective du développement humain durable;
- L'évaluation porte plus spécifiquement sur la situation actuelle de la prévention du VIH/SIDA, les méthodes de dépistage et de traitement pratiquées par les différentes institutions impliquées, en accordant une attention particulière à la prise en compte des références et des ressources culturelles d'une population donnée dans les projets et programmes;
- Les institutions pratiquent-elles l'auto-évaluation de leurs activités en accordant l'attention nécessaire au respect des différents aspects culturels ?
- L'examen se doit aussi d'inclure l'étude des projets des études de cas réussis et des expériences novatrices développées jusqu'à présent, dont on peut tirer des leçons sur la base desquelles il serait envisageable de mettre en oeuvre des actions similaires ;
- Les stratégies à moyen et long terme prévoient-elles le développement des actions et des propositions pour de nouvelles politiques ?

### **2. Analyse approfondie (études de cas)**

Des études de cas spécifiques doivent être réalisées dans des contextes différents, comme, par exemple : banlieues, milieu rural, groupes ethno-culturels différents, émigrés, réfugiés.

Dans chaque situation, une attention spéciale doit être accordée aux filles, aux femmes, aux jeunes et aux enfants.

Les objectifs de cette investigation ont été les suivants :

- mieux comprendre les interactions entre les cultures, le VIH/SIDA et les aspects liés au développement;
- identifier les références culturelles dans des situations données, y compris les valeurs religieuses, spirituelles et éthiques;
- mettre en évidence les besoins spécifiques des groupes les plus exposés au danger ;
- mobiliser les ressources culturelles.

## **VI. CADRAGE GEOGRAPHIQUE**

Obtenir une image cohérente et complète de la situation actuelle au niveau mondial sur l'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA, nécessiterait une vue équilibrée et représentative du problème dans les différentes aires géo-culturelles, les pays et les régions. Par suite du manque du temps et des ressources suffisantes, l'étendue géographique du projet a été réduite. Par conséquent, trois aires géographiques prioritaires, où l'épidémie a connu récemment une expansion spectaculaire, ont été sélectionnées : l'Asie du sud-est, les Caraïbes et l'Afrique australe.

En Afrique australe, les études par pays ont été réalisées en Angola, Malawi, Afrique du Sud, Ouganda et Zimbabwe. En Asie du sud-est, l'analyse a porté sur la Thaïlande et sur les pays voisins : Myanmar, Yunnan chinois, République Démocratique du Laos, Cambodge. Pour les Caraïbes, les études ont concerné Cuba, la République Dominicaine et la Jamaïque.

## **VII. RESULTATS ATTENDUS ET SUIVI METHODOLOGIQUE**

Les conclusions des recherches visaient à rendre possible l'élaboration de propositions et orientations destinées à faciliter l'utilisation de l'approche culturelle dans :

- la conception, la mise en oeuvre, la modification et l'évaluation des stratégies et programmes de prévention du VIH/SIDA, dans le but d'élaborer des guides pratiques pour les planificateurs, les responsables des projets et les opérateurs de terrain;
- la mise en oeuvre de programmes et projets novateurs, élaborés dans une approche globale et interdisciplinaire, pour la prévention et le traitement du virus dans un contexte multiculturel ;
- l'adaptation des stratégies, programmes et méthodes de planification des institutions à ces exigences;
- la promotion du processus participatif, du soutien et des soins des malades par la communautés, de la mise en réseau et des initiatives, de l'apprentissage interactif et de la communication à but éducatif;
- la formation/sensibilisation de tous les intervenants dans ces actions, au niveau des communautés locales, des structures administratives, des institutions éducatives et de santé, des organisations religieuses, des médias, des institutions nationales et internationales, gouvernementales et non gouvernementales ;

- la promotion, auprès des populations, de la prise de conscience, du sens de la responsabilité, du respect réciproque, de l'attachement et de la compassion, des changements de comportement culturel et, de la réévaluation des traditions et des références culturelles, de la mobilisation des connaissances et des ressources spirituelles dans le combat contre le virus;
- l'identification des domaines prioritaires pour les programmes de recherche et les stratégies futures.

Ces résultats peuvent être résumés de la manière suivante :

- évaluation et transformation des stratégies, programmes et projets existants et élaboration à cet effet de guides pratiques, destinés à tous ceux qui sont impliqués professionnellement dans l'action contre l'épidémie;
- sensibiliser et former les ressources humaines et l'opinion publique à l'importance de l'approche culturelle dans l'action préventive et le traitement médical;
- tester des méthodes culturellement appropriés dans le cadre des projets novateurs promouvant la participation ;
- collecter et rendre accessibles toutes les informations disponibles concernant les aspects culturels sur le VIH/SIDA;
- identifier les aspects qui doivent être analysés en priorité dans le cadre des programmes de recherche futurs.





**DEUXIEME PARTIE :**

**SYNTHESE DES ETUDES PAR PAYS**



## **I. CONSIDERATIONS GENERALES**

Comme il a été affirmé dans la première partie (Problématique), les études par pays et les propositions méthodologiques sont interdépendantes autant dans leur conception que dans leur élaboration. Les termes de référence des études par pays n'auraient pas pu être définis sans avoir identifié au préalable l'esquisse générale du travail méthodologique. Ce dernier, à son tour, n'aurait pas pu être élaboré et accompli d'une manière pertinente sans une évaluation approfondie des situations sur le terrain. Il a été donc nécessaire d'opérer une corrélation constante entre les deux composantes de cet ouvrage : études par pays et propositions méthodologiques.

L'évaluation en profondeur de la situation actuelle sur le terrain doit être effectuée en gardant à l'esprit deux axes majeurs d'analyse :

- la prise en considération des aspects culturels dans l'action institutionnelle menée jusqu'ici ;
- l'investigation approfondie des réactions des populations au VIH/ SIDA et de leur comportements, pratiques et perceptions concernant la prévention et le traitement, sur la base de leurs références et ressources culturelles, ainsi que par rapport à l'environnement quotidien.

L'évaluation de l'action institutionnelle est une entreprise relativement simple, étant donné que des rapports, des documents et des publications périodiques sur le sujet sont abondants, même si les données d'ordre culturel - considérées dans la plupart des cas comme obstacles -, sont classées en général sous les rubriques sociales, éducationnelles ou informationnelles.

A l'inverse, les informations d'ordre anthropologique, social et culturel sur cette situation sont, soit mal indexées, soit insuffisamment étudiées et documentées. C'est la raison pour laquelle l'analyse des réactions d'ordre culturel des populations par rapport au virus du SIDA est particulièrement opportune et nécessaire. Mais le passage d'une discussion d'ordre philosophique, et en quelque sorte vague, sur ce concept, vers une représentation concrète de son importance dans la société et pour la vie des êtres humains exige une analyse systématique et approfondie de ses composantes, de son impact et de ses modes d'opération. C'est dans ce but que des termes de référence détaillés ont été élaborés avant de lancer les études par pays.

### **1. Termes de référence généraux des études par pays**

Sur la base des recherches documentaires et enquêtes élaborées en coopération avec les agences nationales et internationales, les organisations non gouvernementales locales et les réseaux impliqués dans la prévention et le traitement du virus, ces études fournissent les informations suivantes.

#### **1.1. Action institutionnelle**

Les études par pays ont été lancées afin d'offrir des informations pertinentes concernant l'action institutionnelles et plus spécifiquement, les aspects suivants :

- la situation actuelle concernant la prévention, le dépistage et le traitement du virus du SIDA, les activités dans lesquelles sont impliquées des institutions internationales et nationales et des organisations non gouvernementales;

- les éventuels exercices d'auto-évaluation institutionnelle existants ;
- la sélection et l'analyse des études de cas spécifiques montrant comment la reconnaissance, ou bien l'ignorance, des ressources sociétales/culturelles, influencent les résultants des stratégies et des programmes, ainsi que les conditions nécessaires pour adapter les initiatives positives à d'autres contextes (réplicabilité);
- l'identification des domaines prioritaires pour les recherches et les stratégies futures.

### **1.2. Etude de cas approfondie**

- a) identifier les aspects, les références et les ressources culturelles comprenant les valeurs religieuses, spirituelles et éthiques, les tabous, qui interfèrent de manière significative avec l'expansion du virus et avec le traitement médical ou non médical des populations infectées ou malades;
- b) préciser plus rigoureusement le rôle de ces références et ressources pour assurer la pertinence et l'efficacité des actions de prévention et de traitement menée à présent;
- c) mieux comprendre l'interdépendance entre les cultures, l'évolution VIH/SIDA et le développement des programmes et des politiques, en général;
- d) identifier les besoins spécifiques des groupes à risque défavorisés et les méthodes pour aborder leurs problèmes d'un point de vue culturel.

## **2. Résultats attendus et suivi méthodologique possible**

Les recherches avaient pour but de permettre la formulation d'une série de concepts, méthodes et lignes directrices afin d'utiliser l'approche culturelle pour :

- concevoir, mettre en oeuvre et évaluer les stratégies de prévention du VIH/SIDA et les programmes/projets pour les malades;
- former/sensibiliser les agents et les acteurs impliqués dans ces tâches.

## **3. Action expérimentale et projets-pilotes**

D'autres résultats attendus des études par pays concernaient l'expérimentation de l'approche culturelle dans des projets-pilotes à travers les activités suivantes :

- réalisation des programmes et projets novateurs, en utilisant une méthode intégrée et interdisciplinaire pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA dans un contexte multiculturel;
- promotion du processus participatif, du soutien et du traitement communautaires des malades, du développement des réseaux et initiatives des malades, de l'apprentissage interactif et de la communication entre les personnes malades et entre les malades et mes non malades;
- promotion par tous les moyens d'information/éducation/communication de la prise de conscience, du sens de la responsabilité, de l'attachement affectif et de compassion, de mise à jour des traditions et références culturelles, de mobilisation du savoir traditionnel et des ressources spirituelles.

#### **4. Propositions et recommandations pour l'utilisation de l'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA**

Les études par pays devront servir aussi à l'élaboration de propositions et de recommandations permettant d'adopter une approche culturelle dans les activités de prévention et de traitement, plus spécifiquement aux étapes suivantes :

- conception, mise en oeuvre, évaluation et réajustement des stratégies et des programmes de prévention et de traitement;
- lancement de programmes et projet novateurs selon une approche globale et interdisciplinaire, dans des contextes mono- et multiculturels;
- promotion du processus participatif, du soutien et du traitement des malades par la communauté, du développement des réseaux et des initiatives des malades, de l'apprentissage et de la communication interactifs;
- promotion de la prise de conscience, du sens de la responsabilité, du respect mutuel, de l'attachement et de la compassion, de la mise en question des traditions et des références culturelles dans le but d'opérer des changements d'ordre culturel et comportemental;
- mobilisation du savoir traditionnel, des ressources spirituelles et de l'esprit de solidarité en faveur de l'action préventive, des soins médicaux et humains envers les personnes infectées et malades, et de la multiplication des attitudes de compassion, afin d'éliminer progressivement les pratiques de rejet et d'humiliation.

#### **5. Suivi pratique possible**

Ces propositions peuvent être mises en pratique de la manière suivante :

- élaborer, sur la base de l'évaluation et du réajustement des stratégies, programmes et projets existants, des guides pratiques pour les utilisateurs professionnels ou spécialisés dans la lutte contre l'épidémie (décideurs, responsables des projets, opérateurs de terrain) ;
- sensibiliser et former les ressources humaines et l'opinion publique à utiliser l'approche culturelle dans l'action préventive et les soins médicaux et non médicaux ;
- tester des méthodes et des approches culturellement appropriées par l'intermédiaire des projets-pilotes novateurs, développés dans un esprit participatif ;
- recueillir et traiter toutes les informations disponibles (indexer aussi les centres de recherche existants, les chercheurs et la documentation existante) sur les aspects culturels du VIH/SIDA ;
- définir les problèmes à analyser en priorité dans le cadre des programmes futurs de recherche.

#### **6. Phases successives du travail**

A la fin de la première année de la mise en place du projet, des études par pays avaient été réalisées dans les trois régions sélectionnées au préalable.

En Afrique australe, la région la plus affectée par ce problème, cinq études approfondies ont été accomplies prévues pour : l'Angola, le Malawi, l'Ouganda, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe. Sept études plus courtes ont été réalisées pour le Botswana, la République

Démocratique du Congo, le Lesotho, la Namibie, le Mozambique, le Swaziland et la Zambie. Grâce à ces documents, il a été possible d'une part, d'évaluer la situation dans la sous-région sur des bases concrètes et d'autre part, de définir les axes futurs d'action.

Quelques aspects majeurs concernant l'utilisation de l'approche culturelle en Afrique australe ont été ainsi identifiés et lors de l'atelier sous-régional organisé au Zimbabwe (24-28 mai 1998), un plan d'action a été recommandé pour l'avenir.

Pour les Caraïbes, des études nationales ont été réalisées à Cuba, en République dominicaine et en Jamaïque. L'atelier régional pour les Caraïbes - et pour quelques autres pays d'Amérique latine - organisé fin avril 1999, a obtenu des résultats positifs et un soutien enthousiaste des participants pour le suivi du projet manifesté.

Pour la Thaïlande et les régions frontalières des pays voisins (Myanmar, Chine du Sud-Yunnan, Laos, Cambodge et Vietnam) une réunion sur l'importance des facteurs culturels dans la transmission, la prévention et le traitement du VIH/SIDA dans la région du Haut Mékong a fourni des informations sur les conditions de vie des populations locales, sur leurs références et ressources culturelles et sur les initiatives culturelles en cours pour les soins aux personnes infectées et malades.

Au total, seize études nationales, plus ou moins étendues, sont disponibles à présent. Après une année d'investigations approfondies et d'évaluation des situations des pays dans trois sous-régions du monde, il a été possible de formuler une première série de remarques et d'élaborer une synthèse des principales observations faites. C'est sur ces bases que le Guide pour l'élaboration de projet, présenté aux trois ateliers sous-régionaux, a été complété et amélioré afin de parvenir à un instrument pratique destiné à ceux qui sont engagés dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA (décideurs, spécialistes de la planification et des stratégies d'information/éducation/communication, opérateurs de terrain et leaders des communautés).

## **II. TENDANCES COMMUNES**

La description des tendances communes et des différences entre les problèmes rencontrés et les solutions éventuelles rend possible la définition de propositions méthodologiques pour améliorer l'efficacité, la pertinence et la durabilité des actions de prévention et de traitement du VIH/SIDA à différents niveaux : international, régional, sous-régional, national ou correspondant à des aires culturelles spécifiques. Si l'on veut satisfaire à ces conditions, il est essentiel d'adopter un point de vue équilibré entre l'unité et la diversité dans l'élaboration et la mise en oeuvre des stratégies et des projets.

Les documents les plus importants (comme par exemple, les stratégies internationales, les plans quinquennaux des Nations unies, etc.) doivent être basés sur les similitudes entre situations différentes, en d'autres termes sur un ensemble commun de problèmes et de types d'actions conjointes à entreprendre.

A l'opposé, les différences et les spécificités des situations et contextes donnés doivent être incluses dès le départ dans la description des programmes et projets, dans la mesure où ils concernent des aires d'action plus limitées, au niveau sous-régional ou régional, et/ou local, afin de prendre pleinement en considération les diversités sociétales et culturelles et de reformuler les projets et les activités en conséquence. C'est ainsi que l'utilisation de l'approche culturelle dans la prévention, le dépistage, le traitement médical et non médical montrera toute sa pertinence.

Les conclusions des études par pays et des ateliers régionaux ont mis en évidence l'existence d'un nombre significatif d'aspects et caractères communs aux populations à travers le monde, ainsi que les attitudes et les engagements des autorités concernant l'épidémie. Il est donc essentiel de mettre en oeuvre des processus internationaux de réflexion et d'action pour identifier les objectifs communs, partager les principes et coordonner - sinon unifier - les stratégies et les politiques.

L'accent mis à plusieurs reprises dans la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2000-2001 sur les problèmes de coordination démontre cette réalité, fréquemment ignorée sur le terrain, où les agences spécialisées et de nombreuses organisations non gouvernementales se trouvent plutôt en compétition qu'en collaboration; cette situation a pour conséquence un nombre important d'actions répétitives et des rivalités d'ordre idéologique. En réponse à la tendance à la sur-spécialisation et au caractère étroitement sectoriel des politiques et actions menées, l'ONUSIDA a également insisté sur le besoin d'élaborer des stratégies pluridimensionnelles, sans cependant mentionner explicitement le caractère multidimensionnel de l'approche culturelle.

### **1. Perception du risque : large prise de conscience, mais compréhension insuffisante**

Tout en mettant l'accent sur l'augmentation du nombre des personnes infectées, de celles qui développent le SIDA et des décès, les études par pays insistent sur la situation des enfants. Ces chiffres sont impressionnants par eux-mêmes et démontrent l'expansion continue de l'épidémie, en dépit de l'amélioration significative des activités de prévention et de traitement partout dans le monde. Ainsi, dans tous les pays, les populations sont-elles mises au courant du fait que le danger du VIH/SIDA n'est pas limité à des groupes ou régions spécifiques et qu'on assiste à une expansion rapide de l'épidémie entre et à l'intérieur des pays. Par suite du développement du transport international et des mouvements des populations, la transmission représente maintenant une manifestation parmi d'autres du phénomène actuel de la mondialisation.

De plus, étant donné que le problème du VIH/SIDA est largement abordé dans les médias et par d'autres moyens de communication technique, le nombre de personnes n'ayant pas été touchées par des informations plus ou moins détaillées concernant la maladie est relativement réduit. On peut d'ailleurs affirmer qu'aucune autre maladie mortelle n'a été aussi médiatisée. Elle est d'autant plus connue que les messages d'information/ éducation/communication sont relayés par les canaux de transmission orale de groupe ou interpersonnelles. C'est ainsi que les populations de la plupart des pays, à l'exception de certaines tribus des régions isolées, pouvant se faire une idée - encore vague- du danger.

Les sondages effectués au niveau national ont pourtant montré que la compréhension des aspects concrets concernant l'épidémie, en particulier ses causes, ses effets et les mesures possibles de protection contre l'infection, sont loin d'être connus par l'ensemble des populations. C'est la raison pour laquelle les grandes campagnes d'information ont eu un impact à la fois impressionnant et insuffisant.

La diffusion d'une information trop générale, ciblée davantage sur les risques liés à la maladie et sur des images effrayantes, que sur des moyens crédibles et réalisables de prévention, a eu pour conséquence dans de nombreux pays un sentiment d'angoisse irrationnelle, la maladie étant perçue comme une punition ou une malédiction. C'est ainsi que, par peur d'être rejetées et abandonnées par leur communauté et même par leur famille (Namibie, Botswana, Thaïlande et zones voisines), les personnes infectées cachent très fréquemment leur situation.



En somme, les études nationales ont mis en évidence le fait que les messages diffusés dans le cadre des actions d'information/éducation/communication doivent être bien calibrés et adaptés dans leur contenu, langage et expression aux populations cibles des campagnes de prévention. De plus, il est nécessaire de fournir des informations précises sur la distinction entre les situations et comportements à risque et sans risque, dans le contexte de la vie quotidienne des populations et de leurs normes et attitudes culturelles. La compréhension des raisons profondes d'ordre culturel, sociétal et humain de ces comportements et attitudes exige des analyses et recherches approfondies. Les résultats de ces recherches doivent être pleinement intégrés dans le processus de conception des stratégies, programmes et messages appropriés d'information/éducation/communication, afin de provoquer des changements significatifs dans les motivations et le comportement des populations, et de leur offrir ainsi des moyens d'action adaptés pour leur propre protection.

## **2. L'épidémie du VIH/SIDA : un phénomène complexe, socio-économique, sociétal et culturel**

Les études par pays ont également démontré clairement que le virus du SIDA n'est pas le problème d'un seul secteur d'activités et qu'il ne saurait être maîtrisé par une action de type uniquement médical et sanitaire. Il est lié à tous les aspects de l'activité humaine, aux conditions de vie, au contexte économique et social, aux normes sociétales et culturelles, aux modèles et systèmes de valeurs. Ainsi qu'il a été déclaré dans les documents de programme de l'ONUSIDA, la lutte contre le virus exige des stratégies plurisectorielles, qui abordent des domaines beaucoup plus variés que la santé et l'éducation et incluent l'emploi, le logement, l'agriculture, l'industrie et le commerce, le développement rural et urbain, les problèmes entre les sexes, l'organisation de la vie en famille, etc. Selon les remarques formulées dans les différentes études par pays, il est nécessaire de prendre conscience des interactions entre le VIH/SIDA, la culture et le développement, l'expansion de l'épidémie étant étroitement liée aux problèmes majeurs du développement, surtout dans les pays du Tiers monde, gravement affectés par la crise économique internationale. Par conséquent, devraient s'engager dans cette action non seulement l'ONUSIDA et ses agences partenaires, mais aussi les autres agences des Nations unies spécialisées dans ces secteurs ou dans des domaines connexes.

Les aspects les plus frappants de la situation actuelle sont liés à différentes catégories de problèmes de développement :

- problèmes historiques et politiques : par exemple, dans le cas des pays colonisés (Afrique centrale et sub-saharienne, Jamaïque et République dominicaine), des pays récemment devenus indépendants ou autonomes, et, en Afrique du Sud, par suite de l'héritage lourd de la période d'apartheid;
- maintien du déséquilibre entre les ressources existantes et la population, entre les pays du Nord et du Sud, entre les pays en développement et les pays les moins développés, à travers le processus de mondialisation, qui représente en fait une internationalisation "asymétrique" de l'économie, des finances, des connaissances, de la recherche et de l'information ;
- recherche exclusive du profit maximum à court terme dans les systèmes économiques émergents, qui mènent à l'effondrement bancaire et monétaire et, par conséquent, à des désastres sociaux ;

- la persistance, dans certains pays et groupes sociaux, de la pauvreté extrême des systèmes de santé, et donc la réduction dramatique de l'espérance de vie et de la natalité et/ou le déséquilibre immense entre la croissance familiale et les revenus ;
- l'existence d'inégalités importantes quant aux chances de développement social dans des secteurs tels que : éducation, emploi, santé, hygiène; l'aggravation des problèmes sexuels pour les femmes et les filles (même si le nombre le plus élevé de personnes infectées se trouve encore chez les hommes) ;
- les bouleversements politiques et la faiblesse institutionnelle : les guerres et les conflits internationaux frappant les populations civiles et provoquant des mouvements de réfugiés, le déséquilibre du pouvoir décisionnel interne/externe dans les situations nationales, le poids excessif de la dette extérieure, les contraintes de l'ajustement structurel, et le manque de communication entre les autorités et la société.

Tous ces aspects ont été soulevés lors du discours du Président Mandela à l'occasion du Forum économique international de Davos en 1997 : "les pauvres, les personnes vulnérables, mal éduquées, marginalisées socialement, les femmes et les enfants, ceux qui portent le poids de l'héritage colonial - voilà les classes sociales qui portent le poids du VIH/SIDA".

Donner au problème de l'épidémie la dimension du contexte socio-économique dans sa totalité pourrait laisser croire que l'on exagère. En fait, ces difficultés économiques et sociales ont pourtant un impact direct très grave sur le VIH/SIDA, au stade de la prévention, de l'infection ou du traitement des personnes malades. Si les groupes à risque peuvent être identifiés par des critères culturels, ils sont aussi les victimes des injustices économiques et sociales : "là où il y a pauvreté, manque d'éducation, chômage de masse, insuffisance ou absence de logement et d'hygiène, insécurité de la vie collective et individuelle, les risques massifs d'infection et de maladie seront présents" (Nelson Mandela). Ces conditions socio-économiques désastreuses entraînent à leur tour des crises graves d'ordre sociétal et culturel.

### **3. Les conditions socio-économiques, leur impact sociétal/culturel et le VIH/SIDA**

L'étendue et le poids du changement économique et ses conséquences sociales, en particulier celles liées à la généralisation de l'économie de marché, ont eu des répercussions majeures sur l'équilibre général du développement, au niveau international et national, dans les pays industrialisés, en développement ou les moins développés. En introduisant des pratiques et des systèmes de valeurs nouveaux, ces effets ont entraîné à leur tour des crises profondes d'ordre sociétal-culturel, tandis que les normes traditionnelles sont devenues de plus en plus fragilisées et dévaluées. Les anciens systèmes de valeurs concernant divers aspects de la vie de famille et de la communauté, la solidarité entre ses membres, le sentiment de dignité et de comportement juste sont balayés par les nouvelles pratiques liées à l'autodéfense et aux intérêts individuels ou aux stratégies des groupes informels pour leur survie quotidienne; c'est l'effet de l'écrasante culture de la modernité, avec son prestige, son attrait et son exigence d'adaptation instantanée, sans lesquels ces populations sont vouées au rejet brutal.

Ces changements sont évidents, par exemple dans le cas de l'explosion urbaine en Thaïlande (un grand nombre d'immigrés de Bangkok et d'autres villes en croissance rapide du Nord de la Thaïlande, comme Chiang Mai), en Afrique du Sud (l'immense conurbation en formation entre Johannesburg et Pretoria atteindra onze millions de personnes dans cinq ans) ou encore à Santo Domingo en République Dominicaine.

Les sociétés rurales et leurs styles de vie traditionnels sont en même temps en déclin, sous l'effet de l'attraction pour la ville, de l'appauvrissement continu des populations rurales et de la

diminution du revenu familial, contrastant avec la croissance des grandes exploitations agricoles, qu'il s'agisse des plantations (République Dominicaine) ou de l'agro-industrie orientée vers l'exportation (Afrique du Sud, parmi d'autres).

### **Angola : VIH/SIDA, agriculture et crise familiale**

Le principal secteur économique en Angola est l'agriculture. En affectant les groupes d'âge actifs ou capables de travailler dans ce domaine, l'épidémie peut aggraver les crises socio-économiques actuelles des familles dépendantes de cette activité. La main d'œuvre disponible est réduite non seulement à cause du nombre important de personnes infectées ou malades, mais aussi à cause de l'absence de ceux qui pourraient prendre soin d'eux. La baisse du revenu familial peut mener à la réduction des moyens indispensables pour l'alimentation, les vêtements et l'éducation.

Les changements dans le recrutement et la disponibilité de la main-d'œuvre peuvent forcer les familles à abandonner une activité génératrice de surplus pour une simple agriculture de subsistance. Cette situation réduira leurs revenus et limitera leur capacité de recruter de la main-d'œuvre extérieure. La solution est donc d'employer des enfants, en forçant ces derniers à abandonner l'école dès leur jeune âge. La productivité réduite met en péril la sécurité alimentaire à l'intérieur du foyer, provoque la malnutrition et affecte, avant tout, les êtres humains.

Par suite des crises économiques graves et de l'inexistence d'un système social bien organisé, les coûts relatifs à l'éducation et à la santé, qui devraient être assurés par l'Etat, pèsent lourdement sur le budget des familles. Le coût de l'assistance médicale et des médicaments pour le VIH/SIDA est très élevé et inabordable, surtout pour les familles pauvres et défavorisées. Par exemple, par rapport au revenu moyen, le coût d'hospitalisation d'un enfant séropositif correspond à environ trois fois le salaire mensuel du père. Le prix du transport pour l'enfant et les membres de la famille qui l'accompagnent augmente ces coûts. Dans ces circonstances, et en prenant aussi en compte le fait qu'il n'existe pas de remède accessible pour le SIDA, les gens pauvres ne peuvent pas assister efficacement dans la lutte contre la maladie des membres de leur famille ou de leur parenté. Il arrive même qu'ils les ignorent, en considérant inutile de dépenser de l'argent pour quelqu'un qui est déjà condamné à mort. Ils vont décider, au contraire, de dépenser leurs maigres ressources pour les autres membres de la famille, qui sont encore en bonne santé.

Le rejet des personnes malades peut avoir des conséquences majeures pour les femmes qui, dans la plupart des cas, perdent leur droit à l'héritage de leur mari, lorsqu'il meurt du SIDA. Dans cette situation, elles sont obligées de retourner avec leurs enfants à leur lieu d'origine, où leurs conditions de vie deviendront encore plus mauvaises.

Source: *Approche sociale et culturelle du VIH/SIDA en Angola* (Luanda, décembre, 1998).

A la fois cause et conséquence de cette évolution, les jeunes hommes qui pourraient constituer la main d'œuvre active émigrent vers les grandes villes et les pays riches. Cette tendance sans cesse croissante détruit les couples, laisse à l'abandon des femmes et des enfants dans leurs villages ou tribus d'origine et aggrave la destruction du monde rural. Cette évolution conduit aussi à la perte des références culturelles des immigrants, de leurs familles et modes de vie, en

aggravant l'inégalité entre les sexes, avec un nombre important d'hommes isolés dans les grandes villes et de femmes abandonnées dans les zones rurales, où elles doivent supporter le fardeau de toute la famille et des conditions de travail extrêmement difficiles. Dans cette situation, certaines d'entre elles émigrent aussi vers les villes ou bien se prostituent afin d'avoir une source de revenus, étant donné que les occasions de travail sont très rares, même à un niveau de rémunération très bas. De telles situations sont décrites explicitement dans les études par pays concernant la République Dominicaine, l'Ouganda ou la Thaïlande, où l'offre de "chair fraîche" pour les lieux de prostitution, y compris pour les pays voisins, constitue une activité économique bien organisée.

Les conséquences d'ordre culturel de ces situations socio-économiques désastreuses peuvent être identifiées dans les nouvelles sous-cultures émergentes, qui se manifestent à la périphérie, dans les banlieues et les bidonvilles qui entourent les grandes villes partout dans le monde. Ces nouvelles pratiques et "contre-cultures" coïncident étroitement avec la violence publique et privée, la vente et l'abus des drogues, l'alcoolisme et les comportements sexuels irresponsables. En ceci elles correspondent aux groupes et zones à fort risque de VIH/SIDA.

#### **4. Impact multiple du VIH/SIDA**

De la première infection jusqu'au développement de la maladie proprement dite, le virus du SIDA produit des conséquences dramatiques sur l'environnement socio-économique, sociétal et culturel des personnes infectées, ainsi que sur leur famille proche et leurs relations sexuelles/affectives : perte d'emploi, rejet par le conjoint ou le partenaire, par la famille et la communauté, destruction du système de relations interpersonnelles. Ces effets sont dûs, d'une part, au sentiment de culpabilité ou de honte de la personne infectée, d'autre part, à l'attitude de déconsidération sociale et de crainte de son environnement humain, voire l'action répressive des pouvoirs publics.

##### **4.1. Impact économique et social de l'infection**

Les effets économiques et sociaux de l'infection sur l'économie nationale peuvent être spectaculaires. En Afrique du Sud, par exemple, si l'épidémie continue à croître, 20% de la population économiquement active sera séropositive l'année prochaine. En général, l'impact le plus fort du virus du SIDA est ressenti dans la productivité et les coûts du secteur économique, ainsi qu'au niveau du système national de production dans son ensemble.

a) Au niveau micro-économique, la productivité est réduite par le taux élevé d'absentéisme et la perte du moral au travail. En même temps, les coûts de production augmentent, puisque que les employeurs sont obligés de rémunérer du personnel supplémentaire. La perte de main d'œuvre qualifiée suite à la maladie entraîne aussi un besoin croissant de formation d'autres travailleurs ;

b) Quant aux effets du SIDA sur le plan macro-économique, leur évaluation est plus difficilement réalisable. L'épidémie réduira les revenus au niveau national et la population dépensera ses quelques économies pour les soins médicaux et pour les dépenses quotidiennes de base. En vingt ans, la production pourrait baisser de 25% sous l'effet du SIDA. Par la suite de la baisse de la croissance économique, l'offre de services et le pouvoir d'achat diminueront.

c) Impact social

Pour l'ensemble de la population, l'infection nécessite soit un développement des systèmes de soins gratuits soit des coûts réduits des médicaments, abstraction faite de l'accessibilité matérielle et culturelle aux centres médicaux ou aux spécialistes. Très souvent, le résultat est le licenciement des personnes infectées, qui les met dans l'impossibilité faire vivre leur famille, dans les régions les plus pauvres et dans les pays d'émigration. Cette situation est très fréquente en Afrique australe et dans les pays voisins de la Thaïlande.

De plus, si le père ou la mère meurt du SIDA, la prise en charge des enfants orphelins sera assurée, dans l'hypothèse optimiste, par la famille, surtout par les grands-parents, dans les limites de leurs propres ressources. Sinon, les mères veuves et les enfants peuvent être même chassés de la maison et/ou les orphelins abandonnés, en dépit des dangers (malnutrition, entrée dans des bandes, criminalité, prostitution, etc.)

#### **4.2. Impact sociétal/culturel du VIH/SIDA**

Etant donné que les systèmes de dépistage sont rarement accessibles, de nombreuses personnes infectées ne savent pas qu'elles sont séropositives. Lorsqu'elles sont dépistées par le test VIH, les effets sociétaux et culturels sont en général désastreux pour ces personnes, leur famille ou leur entourage. Le rejet professionnel et social des personnes infectées et malades a le plus souvent pour conséquence des crises graves, la destruction des liens personnels et communautaires et une grande détresse morale, culturelle et économique, etc.

C'est pourquoi il est fréquent que les personnes infectées n'osent pas mettre au courant de leur séropositivité leurs conjoints ou leurs partenaires sexuels/affectifs. Dans d'autres cas, les gens n'accordent pas l'attention nécessaire au fait qu'ils sont infectés, par suite de leur situation socio-économiques très mauvaise ou, dans le cas contraire, du fait de leur supériorité économique et sociale ("sugar daddies", personnes d'autorité dans les affaires, le secteur public ou l'éducation). Beaucoup d'entre eux, exerçant des métiers qui nécessitent une mobilité fréquente (chauffeurs de camions, commerçants ambulants, marins, soldats, mercenaires, commerçants, fonctionnaires ou travailleurs temporaires dans les mines, l'industrie, la grande pêche, l'agriculture, le bâtiment), ne réalisent pas leur responsabilité vis-à-vis d'un partenaire sexuel occasionnel. Les aires de concentration de l'épidémie et de la prostitution correspondent aux zones consacrées à ces activités, et spécialement aux frontières nationales.

Dans les cas extrêmes, la maladie peut entraîner la "rage" du SIDA, la personne infectée infectant volontairement de nouveaux partenaires sexuels, pour se venger d'avoir contracté le virus ou comme une réaction envers une prétendue malédiction. Une autre attitude, rencontrée parmi certains groupes urbains de jeunes marginaux, consiste dans la prise consciente du risque, comme un défi ou un jeu de hasard.

Dans les zones où les risques épidémiologiques sont grands et multiples (malaria, typhus, choléra, maladie du sommeil, tuberculose, maladies sexuellement transmissibles (MST) en général, et les dangers mortels fréquents (guerres, zones minées), les gens ne ressentent pas la même urgence pour lutter contre une maladie en particulier.

Le facteur aggravant le plus important reste cependant le choc culturel déclenché parmi la jeune génération par l'immersion brutale dans le monde urbain moderne, où de nouveaux migrants d'origine nationale ou étrangère, rurale et tribale ou semi-tribale (par exemple la région du Haut Mékong en Asie du Sud-Est), doivent faire face en même temps à la société matérialiste et individualiste/égoïste, à la concurrence accrue pour l'emploi, au chômage de masse, en d'autres termes, à la "lutte pour la vie", dans un monde où les lois ne sont pas respectées.

Un exemple spectaculaire en ce sens est la situation des jeunes filles des zones frontalières de la Thaïlande qui, sans aucune autre référence éducative et culturelle que celle de leur communauté d'origine, sont poussées par les trafiquants du sexe dans la prostitution à grande échelle.

Le même choc culturel et humain se manifeste par exemple dans la République Dominicaine où des jeunes filles et garçons, encore loin de leur maturité morale et même physiologique, sont forcés de se prostituer pour des raisons de survie économique, dans un contexte d'insuffisance éducative très importante, de chômage de masse et avec une industrie du tourisme sexuel très prospère. Dans de telles circonstances, l'infection est la conséquence malheureuse des raisons à la fois économiques, sociales et culturelles, d'autant plus qu'elle est accompagnée de la dépendance des drogues résultant de la dépression mentale et morale, de la perte des références culturelles et vitales.

## 5. Une crise culturelle mondiale déstabilisatrice

Les contradictions internationales actuelles concernant les problèmes du développement ne sont pas seulement d'ordre économique et politique. Elles sont liées au système général de représentation dans toutes les sociétés, et d'une manière plus grave encore dans les pays en développement, où l'on assiste au phénomène "d'éclatement" des cultures, sous le poids de la mondialisation économique et de la prédominance des tendances internationales à l'uniformisation culturelle.

Cette crise se manifeste aussi bien au niveau général des mécanismes sociétaux qu'au niveau des différents secteurs d'activité et même sans des aspects très spécifiques, comme c'est le cas de la pandémie du SIDA.

Ainsi, les raisons fondamentales du refus ou des réticences des gens devant le système apparemment efficace et rationnel de prévention et traitement du virus sont aussi d'ordre culturel et étroitement liées à leurs convictions profondes. Elles se reflètent, entre d'autres, dans les manifestations suivantes :

- crise des modèles familiaux: séparation des époux, abandon des enfants et des femmes à cause de l'extrême pauvreté, perte de l'espoir, éclatement du modèle de famille étendue en tant que structure de solidarité ;
- migrations pour des raisons économiques ou de situations conflictuelles violentes : l'identité culturelle et les liens avec la communauté d'origine sont brisés, la répercussion étant le désarroi économique, social, intellectuel et culturel ;
- extension de l'agressivité et de la xénophobie envers des populations ayant d'autres cultures, même après une cohabitation de longue durée, ainsi qu'à l'égard de l'immigration récente ;
- aggravation de la condition des femmes, entraînant la pauvreté, l'impossibilité de prendre soin des enfants et la prostitution forcée ;
- prédominance du modèle culturel urbain et de la culture urbaine de survie, entraînant la délinquance sexuelle, la dépendance des drogues, la violence et en conséquence, la devise "pas de loi pour les plus forts", résultat de l'explosion urbaine et de la promiscuité générée par l'insuffisance du logement et de l'hygiène ;

- pour les jeunes, les grandes villes représentent des lieux où saisir sa chance ou perdre l'espoir en une solution, particulièrement en matière d'éducation, d'emploi ou d'organisation de la vie adulte.

## **6. Problèmes communs, diversités sur le terrain**

Comme le montrent les différentes études par pays, on peut considérer comme une tendance commune le fait que le VIH/SIDA affecte les liens entre les populations et leurs conditions de vie, les disparités et les dysfonctionnements du développement aggravant directement ou indirectement l'impact de la maladie.

En conséquence, une prise de conscience générale du danger se propage partout, mais ses causes et manifestations spécifiques restent encore confuses. Au lieu d'un comportement correct du point de vue médical et sanitaire, - perturbé, lui aussi, par les problèmes urgents de la vie quotidienne -, elle peut ainsi déclencher des réactions affectives de peur et de rejet.

Un autre trait commun des études nationales, souligné à plusieurs reprises, est la complexité du problème du SIDA qui, en dehors des réalités d'ordre purement épidémiologique, est un phénomène sociétal et culturel complexe, en interaction profonde avec le processus et les distorsions du développement. Ces aspects apparaissent très fréquemment dans le contexte du passage du mode de vie rural traditionnel, sans économie de marché, à l'uniformisation selon le modèle mondial urbain/moderne centré sur le marché et l'industrialisation au niveau mondial. La crise du VIH/SIDA est ainsi à la fois le facteur déterminant et l'effet de la crise générale, économique, sociétale et culturelle en cours partout dans le monde.

Ainsi, dans les trois sous-régions analysées ici, on peut observer une tendance culturelle commune d'évolution. D'une part, ce phénomène est en relation avec la désintégration accélérée des systèmes de ressources et références culturelles des populations. D'autre part, il est extrêmement difficile d'offrir des possibilités solides à la dynamique sociétale et culturelle émergente, afin d'ouvrir des voies de changement aux modèles de pensée et de comportement des gens, dans une perspective durable et humaine, bâtie sur leurs propres initiatives et capacités d'agir.

## **III. DIVERSITES CULTURELLES ET SOCIETALES**

Comme indiqué antérieurement, il a été décidé dès le début que les études par pays seraient effectuées dans trois aires prioritaires : Afrique australe, Asie du sud-est et Caraïbes, pour des raisons directement liées à l'épidémie, mais aussi du fait de la situation générale de ces régions et de la réaction des populations vis-à-vis de l'action menée jusqu'à présent. Il a été ainsi possible, en résumant les recherches, d'identifier dans chaque sous-région des similitudes d'ordre sociétal, culturel et socio-économique, qui pourraient être utiles pour l'élaboration par l'ONUSIDA de stratégies régionales et sous-régionale de prévention et de traitement.

### **1. Aires sociétales/culturelles régionales et VIH/SIDA**

#### **1.1. La sous-région Afrique australe**

En Afrique australe, où l'épidémie se propage très rapidement, la plupart des pays ont connu des transformations profondes d'ordre social, politique et culturel et/ou des crises de déstabilisation au cours des vingt à vingt-cinq dernières années. Cette période

correspond en gros à l'histoire connue du VIH/SIDA dans le monde et plus récemment, en Afrique. De nombreux pays ont été affectés par des mouvements de population internes ou en provenance des pays voisins. Ceci pourrait être une explication possible de la remarque faite dans le Rapport de la Conférence de Genève (juin 1998), selon laquelle on observe une tendance croissante de l'épidémie - en d'autres termes, des personnes infectées - à s'étendre vers l'Afrique australe, par suite des mouvements de population du Nord vers le Sud. L'Afrique du Sud paraît être la principale aire d'attraction de ces mouvements, surtout pour des raisons économiques. Les mouvements de population sont aussi probablement déterminés par les conflits armés récents ou en cours en Afrique centrale et les déplacements de réfugiés qui en résultent. Les zones d'infection se développent aussi le long des routes et centres commerciaux par le transport des biens manufacturés du Sud vers le Nord.

Les fondements de la situation sont pourtant assez différents d'un pays à l'autre. Une approximation rapide serait de remarquer qu'en Afrique du Sud, le VIH/SIDA est un phénomène urbain/suburbain, qui se propage vers les zones rurales du pays ou des pays voisins (Botswana, Namibie, Swaziland et Zimbabwe), tandis qu'au Malawi, en Zambie et en Ouganda la transmission est à prédominance rurale, cependant qu'au Mozambique ou en Angola elle est étroitement liée aux conflits armés récents ou en cours. Cette situation entraîne des flux de migrants et réfugiés périodiques et des difficultés considérables quant à l'action des institutions pour faire face à l'ampleur et à la complexité de la crise.

Une autre différence significative est le fait que le système de santé et d'éducation est, généralement parlant, beaucoup plus développé en Afrique du Sud, malgré le déséquilibre spectaculaire entre la minorité privilégiée, en majorité des Blancs, et la majorité pauvre des Noirs. Etant donné qu'à partir de l'infection par le virus, la maladie se manifeste en général dans un délai de cinq à dix ans, le système de prévention a donc été pratiquement inexistant ou très défectueux à la fin des années 80 et au début des années 90. En ce qui concerne les autres pays, le taux d'infection peut être expliqué par la situation socio-économique générale et les déficiences du système éducatif et sanitaire qui en résultent.

Une approche plus culturelle de ces sociétés consisterait à analyser si une partie des normes, comportements et système de valeurs traditionnels, incitant les gens à éviter les pratiques dangereuses, sont encore valables et respectés, ou si la crise des pays de l'Afrique australe a détruit, plus ou moins complètement, les normes qui gouvernaient depuis longtemps les relations au sein de la famille, du groupe, de la communauté ou la société en général. Dans ce cas, il serait nécessaire d'étudier le contenu des nouveaux modèles qui tendent à remplacer les anciens. A partir de ces résultats, il sera possible de déterminer les fondements d'une approche plus appropriée de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. En d'autres termes, il sera possible de bâtir la réponse aux signaux d'alarme institutionnels et médicaux contre la propagation de l'épidémie, en l'enracinant dans les modes de pensée et de comportement des populations, dans le cadre d'une amélioration générale de leurs conditions de vie.

## **1.2. Les Caraïbes**

Si le taux d'infection est moins dramatique dans les Caraïbes qu'en Afrique du Sud, l'épidémie reste un problème important pour les pays comme Haïti, les Bahamas et la



République Dominicaine, tandis que la Jamaïque, Trinidad et Tobago semblent être moins affectés, et Cuba paraît faire face à la maladie avec un réel succès.

Selon la Conférence de l'ONUSIDA à Genève, le taux général d'infection est pourtant plus élevé dans les Caraïbes qu'en Amérique centrale et du Sud, à l'exception de la Guyane, de Belize et du Honduras. D'après la même source, en 1993, 8% des femmes enceintes au Haïti étaient infectées par le virus, le taux le plus élevé étant enregistré en 1996, dans un site contrôlé en République Dominicaine.

Les documents de la Conférence offrent d'autres informations sur la situation dans les Caraïbes. Dans les pays de langue française et espagnole de la sous-région, la propagation de l'infection se fait de plus en plus par les relations hétérosexuelles. Dans d'autres pays, un certain nombre de cas de transmission du virus sont liés à l'injection des drogues et aux relations homosexuelles masculines. L'ensemble de la sous-région enregistre un haut degré de mobilité de la population et une industrie touristique prospère. Ces deux facteurs influencent l'expansion du virus. Comme dans d'autres régions, les relations sexuelles occasionnelles sont plus fréquentes dans le cas des hommes que des femmes.

Parmi les références d'ordre sociétal et culturel en rapport avec les comportements à risque, il convient de mettre en évidence les aspects concernant les conditions de vie, les difficultés économiques de l'ensemble de la population et le manque de relations ouvertes entre les hommes et les femmes. D'autres causes possibles sont les migrations d'un pays à l'autre et des Caraïbes vers les pays d'Amérique du Nord, ainsi que la prostitution importante des jeunes due à l'industrie touristique (République Dominicaine, Dominique et Bahamas).

Un autre caractéristique originale concerne la fréquence relative (ou la reconnaissance publique) des relations homosexuelles masculines, probablement sous l'effet de la médiatisation des mouvements gay des Etats-unis, le résultat étant le fait que des hommes infectés, gays ou non, forment des réseaux afin de protéger leur accès au traitement médical et de promouvoir des comportements sexuels responsables, ce qui démontre qu'une certaine tendance à la solidarité émerge de la population même (Jamaïque, République Dominicaine). Le même mouvement de solidarité peut être observé parmi les mères des jeunes infectés ou malades dans les secteurs les plus pauvres de la société (République Dominicaine). Cette tendance doit être mise en relation avec le rôle traditionnel prédominant des mères d'Amérique latine, sous l'influence probable de la croyance catholique (dévotion à la Vierge Marie dans les pays hispanophones).

### **1.3. Asie du Sud-Est (Thaïlande et pays voisins)**

Les pays de l'Asie du sud-est (Myanmar, Thaïlande, Cambodge et Vietnam), enregistrent le taux le plus élevé d'infection par le VIH en Asie. En Thaïlande cependant, il semble qu'on observe à présent une régression de l'infection, en particulier parmi les travailleurs sexuels et leurs clients, tandis que le nombre de personnes infectées par l'injection des drogues est en augmentation. La principale raison de la baisse du taux d'infection est l'utilisation croissante des préservatifs par les hétérosexuels et le découragement des clients habituels des prostituées, tandis que les filles sont prévenues de ne pas se livrer à la prostitution pour vivre. Dans le Nord de la Thaïlande cependant, l'injection des drogues et les relations homosexuelles masculines semblent enregistrer des taux plus élevés de nouvelles infections. Au Myanmar, l'infection par le VIH chez les travailleurs sexuels était d'environ 25% en 1996 et de 65% parmi les personnes s'injectant des drogues, tandis que 22% des femmes enceintes en milieu urbain étaient infectées.

La région du Haut Mékong, la zone de l'Asie du sud-est la plus frappée par le virus, comprend les aires limitrophes du Myanmar, le Nord de la Thaïlande, le Sud de la Chine (Yunnan), la République Démocratique du Laos et le Cambodge. Cette région est caractérisée par la diversité ethnique et culturelle et une grande complexité linguistique. La tendance commune est représentée par les mouvements de population liés au commerce (légal et illégal), à la recherche d'emploi, (transport par camions ou caravanes de mules, bâtiment) et plus récemment, par le tourisme. De nombreuses minorités ethno-culturelles de cette région courent le risque d'infection par le VIH/SIDA du fait de la pauvreté, de la dégradation et de la destruction de leur environnement naturel, de l'exode rural, de l'absence de systèmes d'éducation et d'information culturellement adaptés, des situations de déstabilisation et de crises sociétales et culturelles, de l'utilisation massive des drogues et de l'implication dans le commerce de la prostitution.

La troisième raison de l'explosion du VIH/SIDA dans la région est le démarrage brutal de la croissance économique au début des années 1990, non seulement dans les grandes villes comme Bangkok, Chiang Mai, mais aussi dans des villes plus petites et dans les villages et communautés rurales. Cette situation pourrait avoir donné un nouvel élan aux activités à rentabilité immédiate, et donc une nouvelle demande pour l'industrie de la prostitution, c'est-à-dire un trafic massif de filles jeunes provenant de ces groupes fragiles de la population, dont certaines minorités vont probablement disparaître dans l'avenir proche. La crise économique et monétaire subite qui a frappé l'ensemble des pays d'Asie du sud-est au milieu de l'année 1997 a encore aggravé cette situation, du fait de l'attitude encore plus dure des commerçants et hommes d'affaires à l'égard des minorités et des groupes socialement et culturellement fragiles qui se trouvaient déjà dans une situation économique difficile.

On peut ainsi identifier des éléments majeurs qui différencient la situation en Afrique australe (non pertinence du système actuel de prévention et traitement par rapport à la situation socio-économique, institutionnelle, sociétale et culturelle), dans les Caraïbes (grande pauvreté économique, prostitution en tant que système informel de survie par rapport au modèle nord-américain et à l'industrie du tourisme de masse), en Asie du Sud-est (disparition des cultures traditionnelles face à l'expansion "sauvage" de l'économie de marché).

## **2. Diversités culturelles principales**

En dehors des similitudes régionales, un autre niveau de complexité des situations est lié aux diversités nationales ou infra-nationales. Leur prise en considération est indispensable si l'on veut éveiller dans les populations un nouveau sens de la responsabilité et un engagement dans le combat contre le VIH/SIDA en tant qu'une de leurs priorités majeures, en comparaison avec leurs priorités antérieures.

Le problème est rendu encore plus complexe par la dimension et la nature des diversités culturelles qui se trouvent au cœur des défis du développement. Cette complexité rend nécessaire l'élaboration de stratégies et projets pluriels, afin de rendre les actions entreprises efficaces et durables, surtout en ce qui concerne le travail sur le terrain.

Ces diversités sont liées aux traditions culturelles, aux croyances religieuses, aux représentations de la vie et de la mort. Elles incluent aussi les normes, rites et pratiques concernant les modèles familiaux et sociétaux, la relation entre les sexes, l'affection et les liens affectifs entre les enfants et les parents.

## 2.1. Traditions culturelles

L'importance accordée par les populations à la préservation de leurs traditions culturelles est extrêmement différente selon l'environnement (rural ou urbain), les conditions socio-économiques, la prédominance ou l'infériorité des groupes de populations concernés, les conditions de stabilité ou d'instabilité de la vie quotidienne. En cas de menace externe ou de perte par la communauté de son pouvoir d'autogestion, les traditions seront préservées avec la plus grande attention.

Des exemples de telles attitudes peuvent être identifiés en Afrique australe ou en Asie du sud-est. Dans l'Afrique du Sud d'hier et d'aujourd'hui, le peuple Zoulou a toujours mis un accent spectaculaire sur sa culture et ses traditions culturelles, afin de conduire et de gérer ses relations avec l'ancien régime blanc et avec le gouvernement actuel. Dans d'autres cas, les traditions culturelles sont maintenues surtout dans les populations rurales, souvent menacées pour des raisons d'ordre économique, social ou politique. C'est le cas par exemple des populations tribales semi-nomades de la vallée du Haut Mékong au Myanmar, en Thaïlande, au Yunnan chinois et dans le Nord du Laos. Dans les deux cas, les traditions culturelles n'ont pas permis à ces populations de se préserver elles-mêmes de l'infection et les ont probablement exposées davantage à la maladie.

De plus, certaines traditions constituent des facteurs de risque, soit parce qu'elles sont en relation directe avec des rituels physiques ou avec des normes et pratiques comportementales en général : par exemple, la violence rituelle contre les femmes, filles et enfants, la circoncision et l'excision, les rituels d'initiation, le mélange des sangs en signe de fraternité, etc. (dans certains pays d'Afrique centrale : Angola, République Démocratique du Congo, Zambie).

### **Angola : pratiques traditionnelles et expansion du VIH/SIDA**

Dans le cadre des programmes de prévention et de traitement, certaines pratiques traditionnelles devraient être identifiées et réévaluées afin de réduire les risques de transmission de l'épidémie. Parmi les pratiques à risque, on peut citer les exemples spécifiques suivants :

- l'apprentissage des relations sexuelles dans le cadre ou en dehors des rites d'initiation: le moyen traditionnel d'apprentissage contribue aussi à la dissémination de la maladie, étant donné que les " adultes éducateurs " (hommes et femmes) peuvent être infectés sans le savoir ;
- les scarifications, avec une attention spéciale pour les tatouages, qui constituent pour certains groupes ethnolinguistiques des signes de beauté. Ces pratiques peuvent transmettre le virus par suite de l'utilisation d'instruments infectés ;
- les pratiques de la fraternité du sang selon lesquelles deux personnes échangent et boivent leur sang en signe de confiance réciproque. Il s'agit en général d'un pacte entre deux personnes ou représentants de deux groupes visant à consolider leurs relations par un rite au cours duquel ils échangent leur sang. Ce pacte instaure la fraternité et une amitié sacrée et profonde qui, en cas de trahison, demande la punition. En Angola, les jeunes Kikongo

échantent du sang pendant le rite de la circoncision : "Après avoir trempé du manioc dans le sang de la peau de leur prépuce, ils mangent "le pain de la fraternité";

- la circoncision (individuelle ou collective) : quand elle fait partie des rites d'initiation, cette pratique concerne la jeune génération. Si la lame est infectée, chaque initié risque l'infection ;
- l'utilisation par les sages-femmes d'objets infectés pour couper le cordon ombilical. Selon une fille Kikongo, la méthode traditionnelle ne recourt pourtant pas à des objets coupants : "*Ils font un nœud, ensuite tendent le cordon à partir de ce nœud et celui-ci se casse sur le coup*";
- la polygamie : certains participants pensent que la polygamie pratiquée de manière traditionnelle protège l'homme et ses femmes des MST et du SIDA. D'autres ne sont pas d'accord avec cette opinion, du fait que les hommes n'ont pas de relations avec toutes leurs femmes en même temps. Il les "acquiert" à travers le temps et, dans certains cas, il devient polygame en pratiquant la substitution. Les manifestations modernes de la polygamie et probablement la promiscuité dans les couples qui ne partagent pas la même maison contribuent à la transmission des MST, en particulier du SIDA ;
- la défloration des filles par leurs pères : c'est une pratique observée dans certains groupes, mais qui peut faciliter la transmission du SIDA ;
- le mariage traditionnel intra-tribal : c'est un moyen de protéger le groupe dans lequel la maladie pourrait se répandre, à condition que certains de ses membres ne soient pas infectés ;
- certaines méthodes traditionnelles de guérison qui utilisent des objets pointus ou coupants ;
- les pratiques de substitution ou assimilées.

Source: *Facteurs culturels dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA - Le cas de l'Angola* (Luanda, décembre 1998).

Certaines études par pays mettent en évidence le fait que d'autres pratiques et normes de comportement pourraient être considérées comme facteurs de risque : par exemple, le mariage précoce des filles, la promiscuité et la violence sexuelles, les grossesses prématurées et trop fréquentes chez les femmes mariées, les relations sexuelles extraconjugales des hommes pendant la période post-partum des mères, la polygamie, liée en général au système sociétal agraire et aux principes traditionnels de la population musulmane. Ce dernier point donne pourtant lieu à de nombreuses discussions parmi les traditionalistes. Finalement, le sentiment de supériorité profondément enraciné chez les hommes, comme le *machisme* dans les pays d'Amérique latine (République Dominicaine et même le Cuba) et le principe du statut privilégié des fils et des garçons dans l'éducation et la vie sociale, si ancien et largement accepté dans de nombreux pays (Méditerranée, Pays arabes, Inde, Amérique latine), sont considérés comme entraînant les hommes à l'infidélité sexuelle, y compris avec des partenaires multiples.

Dans d'autres pays, on constate, au contraire, un effort de la part des jeunes pour faire revivre les cultures et les traditions, en témoignage de respect envers les plus âgés dans les communautés et envers les ancêtres dans la religion et la morale, comme c'est le cas par

exemple des communautés Zoulou et Xhosa en Afrique du Sud. Dans le contexte de la contamination mère/enfant pendant la grossesse ou la période d'allaitement ou, plus généralement dans le cadre des relations parents/enfants, ces initiatives peuvent apparaître comme des tentatives pour rétablir la responsabilité entre générations, avec une application possible au risque de transmission du VIH/SIDA.

D'un autre point de vue, les injustices possibles envers les femmes dans les systèmes polygames sont remplacées, dans les conditions de la vie moderne, par la "polygamie informelle", fortement inéquitable et sexuellement dangereuse, ou par la sexualité multipartenaires des hommes (et la bisexualité en République Dominicaine, Jamaïque, Thaïlande). La polygamie informelle se rencontre, par exemple en Ouganda, en Afrique du Sud, au Zimbabwe pour les hommes et, à une échelle beaucoup plus réduite, pour les femmes (par exemple en Angola).

Ces observations peuvent être également liées à la prostitution, pratique traditionnelle, mais qui évolue rapidement vers le commerce et l'industrie du sexe dans les pays ayant une activité touristique importante (comme la Thaïlande ou la République Dominicaine), ainsi que pour des raisons "d'argent rapide", dans la criminalité économique ou les mafias, combinée avec la production et le trafic de drogue. Dans le cas des pays de l'Afrique australe, cette situation apparaît plutôt liée à l'émigration massive des hommes vers les grandes villes et les zones minières, où ils vivent isolés de leur famille et communautés, auxquelles ils transmettent le virus pendant leurs rares visites. Les femmes prostituées, qui considèrent leur situation comme la seule solution pour gagner de l'argent (République dominicaine, Ouganda, Thaïlande) peuvent transmettre l'infection à leur famille quand elle retournent dans leur village, en général comme petites commerçantes ou marchandes.

## **2.2. Croyances religieuses**

Etant donné la variété géo-culturelle des pays étudiés ici, les croyances religieuses ont été examinées dans toute leur diversité : christianisme, islamisme, bouddhisme, hindouisme, animisme traditionnel ou religion chamaniste, tendances syncrétiques entre plusieurs religions institutionnalisées, etc.

De façon générale, les croyances spirituelles peuvent entrer en interaction étroite avec le problème du VIH/SIDA. Cette évidence a été démontrée dans plusieurs études nationales (Afrique du Sud, Ouganda, Thaïlande, République Dominicaine), mais leur impact et leur influence varient en fonction de la force de la croyance et des pratiques religieuses, de la pluralité des références religieuses et leurs conséquences dans l'élaboration des normes d'éthique et de comportement.

Les convictions religieuses peuvent développer par exemple la compassion et le souci de réconfort moral et des soins à la personne infectée ou malade, attitude qui est loin d'être généralisée.

Plus spécifiquement, les croyances religieuses peuvent déclencher des actions charitables envers les gens pauvres, en application du principe d'amour universel ou comme un moyen de gagner des mérites : la charité peut être (et elle est) pratiquée par des religieux et des organisations non gouvernementales envers les personnes pauvres et malades, y compris les malades du SIDA. Ainsi, certaines communautés de moines bouddhistes en Thaïlande, des prêtres chrétiens et missionnaires des régions urbaines de l'Afrique australe (Zambie, Zimbabwe, Ouganda, Afrique du Sud), de l'Amérique latine et des Caraïbes (République

Dominicaine) ou les imams dans les pays et les communautés musulmanes (Sénégal, pays du Sahel et Ouganda).

Les croyances religieuses peuvent également déterminer de nouvelles manifestations de solidarité à travers les associations, mouvements, organisations non gouvernementales, réseaux, et fournir de bonnes occasions pour le développement de projets au niveau local, comme c'est le cas, par exemple, de l'Organisation pour le soutien du SIDA (TASO) en Ouganda, ou des actions de certaines associations ou personnes infectées ou malades en République dominicaine. Elles constituent ainsi les bases des systèmes éthiques altruistes, surtout en ce qui concerne les devoirs et les responsabilités envers soi-même et envers les autres (respect de soi-même et des autres en tant que parents ou "frères" et "soeurs" spirituels). Des investigations approfondies concernant les actions charitables liées aux différentes traditions culturelles devraient être réalisées en ce sens.

Au niveau des règles de vie et des systèmes de représentations, les croyances religieuses modèlent les sentiments concernant le destin et l'avenir par l'influence réciproque des forces naturelles et surnaturelles. Elles peuvent inciter les gens à respecter certaines normes de comportement, dans le but explicite de se soumettre à la volonté de l'autorité surnaturelle ou divine. Dans d'autres cas, elles peuvent les amener à penser que la vie et la mort sont des signes du destin, une fatalité et un modèle de vie supra-humain incontrôlable (la vie est dirigée par le karma de chacun). Ceci peut priver les gens de confiance quant à leurs capacités de construire et de contrôler leur vie, ou de se construire une vue plus complète de la vie humaine et de ses relations avec l'environnement naturel (Malawi, Ouganda, République Dominicaine). A un autre niveau, ce type de croyance est en relation directe avec les pouvoirs de la magie (blanche et noire) et du sortilège (bénéfique ou maléfique).

En ce qui concerne le respect de soi-même, la considération des règles religieuses peut entraîner des habitudes spécifiques de consommation et des tabous alimentaires : par exemple, l'interdiction de consommer des boissons alcoolisées ou des drogues hallucinogènes, dont l'effet peut aggraver les pratiques sexuelles irresponsables (dans les traditions islamique et hindoue). Ces règles peuvent être appliquées à d'autres aspects du respect de soi-même : santé physique et morale, devoirs envers la famille, etc.

Les taux d'infection comparativement bas rapportés dans les pays musulmans pourraient constituer un sujet de recherches spécifiques : l'hygiène et les préceptes généraux de modération sont-ils plus fréquents grâce à l'islam que pour d'autres religions?

### **2.3. Culture, santé, vie et mort**

Les représentations de la santé, de la vie et de la mort sont déterminées en grande partie par les références culturelles et sont donc caractéristiques des différentes sociétés et pays concernés par les études nationales.

La bonne condition physique - et donc la bonne santé - représente une valeur sociale importante dans toutes les cultures, cet aspect étant confirmé par toutes les études par pays. Son importance est liée à la fois au temps au travail, à l'exercice physique et à l'appréciation esthétique/érotique. Elle se manifeste surtout dans les sports et les jeux traditionnels ou modernes (football, rugby, basket-ball, boxe) et par le travail manuel, la force de la main-d'œuvre physique signifiant vigueur, résistance et beauté physique dans les relations affectives/sexuelles. Ce dernier aspect prend plus d'importance dans les conditions de la vie moderne, où il détermine le choix personnel dans les relations hommes-femmes et le mariage. Selon les modèles traditionnels, le mari peut être vieux et peu attirant, à condition qu'il ait une

situation économique et sociale importante. La mariée, au contraire, doit être jeune et "appétissante", en rapport avec les normes esthétiques qui peuvent, elles aussi, varier selon les cultures.

Ces considérations peuvent être utiles dans les actions en faveur du maintien d'une bonne santé en général, et pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, en particulier. En matière de sports, dont l'importance sociale est unanimement reconnue, des initiatives intéressantes ont été entreprises dans de nombreux pays, parmi lesquels l'Afrique du Sud, afin de protéger de l'infection les jeunes fans de sports et de renforcer leur motivation, en suivant l'exemple de leurs champions favoris. A leur tour, les joueurs célèbres ont été sollicités pour assumer le rôle d'exemples dans ce domaine.

Une autre situation qui montre l'importance de la prise en compte des diversités est l'attitude envers l'aide médicale moderne ou le recours aux systèmes traditionnels de guérison. La médecine sera un recours normal pour les groupes sociaux ayant une bonne éducation et une situation économique favorable et vivant surtout dans les centres urbains, en Thaïlande et en Afrique du Sud, par exemple, ou, pour des raisons liées à l'organisation générale des services éducatifs et sociaux, à Cuba. Les guérisseurs traditionnels bénéficient pourtant d'une haute considération et sont fréquemment consultés par toutes les catégories sociales, grâce à leur aptitude à écouter, à conseiller (comme un recours psychothérapeutique, en termes de compréhension de la population locale) et guérir les personnes malades, dans une mesure mal connue ou intentionnellement cachée. Dans certains cas, ces guérisseurs peuvent servir d'intermédiaires entre les populations et le système médical moderne (par exemple, l'Association des guérisseurs traditionnels de Zimbabwe). Ils sont à présent reconnus comme assistants médicaux en Afrique du Sud. Les sages-femmes peuvent également jouer un rôle important pour conseiller et assister les femmes enceintes et les mères jeunes en ce qui concerne le soin aux enfants mineurs et même l'allaitement (Malawi, Ouganda, etc.)

Les opinions d'ordre culturel sur la vie et la mort font aussi partie du défi. Elles sont différentes d'une religion à l'autre en Afrique, en Asie du sud-est ou dans les Caraïbes. En fonction des différentes représentations culturelles et religieuses, la mort subite est considérée comme un coup du destin contre lequel il n'y a aucun recours possible ou une punition pour les fautes et les péchés. Dans d'autres cas, la mort sera vue comme la conséquence des erreurs commises dans les rituels, offrandes et visites aux centres de pèlerinage. A l'opposé, l'action charitable envers les personnes pauvres et malades (mendiants à l'entrée des sanctuaires importants) ou selon les circonstances de la vie de tous les jours, peut être la source du progrès spirituel (obtention de mérites) vers une vie heureuse après la mort (bonheur infini, fusion avec l'univers ou fin du processus de réincarnation).

En dehors des représentations formelles, les croyances animistes ou magiques sont étroitement liées à la peur de la mort et au risque de mécontenter les dieux ou les ancêtres. Les conséquences peuvent signifier soit d'autres souffrances, soit la délivrance ou la disparition totale et la fusion avec les flux de la vie. Mais dans les religions africaines ou la tradition vaudou des Caraïbes, on a peur que les morts transmettent des malédictions à leurs descendants (éventuellement par la maladie), sauf s'ils sont invoqués et célébrés dans des cérémonies rituelles.

Peut-être que la notion de "bonne" ou "mauvaise" mort, qui se rencontre dans plusieurs religions, pourrait être utilisée pour convaincre les gens de la nécessité de prendre en considération le risque d'infection par le VIH/SIDA comme un risque de "mauvaise mort". Le désir d'acquérir des mérites pour la vie d'après la mort peut aussi renforcer les sentiments de compassion et le soutien aux personnes infectées ou malades.

Ces différentes conceptions de la mort et, par réaction, le sentiment du prix de la vie sont probablement importants quand on vient à considérer le VIH/SIDA comme un risque d'agonie douloureuse et de mort inévitable pour soi-même et les êtres chers et aimés autour de soi. Les représentations de la vie et la mort peuvent ainsi jouer un certain rôle pour créer un sens de la responsabilité pour la prévention, le dépistage et la transmission du virus. Mais les mesures de prévention ne doivent pas utiliser uniquement les sentiments de peur des populations dont les effets pourraient être contraires (par exemple, les tribus du Nord de la Thaïlande refusent de discuter du VIH/SIDA après la projection d'images de malades défigurés par des plaies ou des ulcères).

#### **2.4. Les références culturelles et la sexualité**

Selon les études nationales, ainsi que les recherches anthropologiques et les études historiques et sociologiques des cultures en général, la sexualité occupe une place centrale dans la vie humaine. La fécondité des femmes et la continuité des générations constituent des valeurs essentielles dans les sociétés traditionnelles. Elles sont en étroite liaison avec les modèles traditionnels de mariage et aussi importantes que son aspect de pacte sociale et économique.

Ces pratiques sont courantes dans les pays africains, surtout parmi les populations rurales, et persistent même dans les modèles de vie sexuelle du couple en Amérique latine (Mexique, République dominicaine, Cuba). Un couple normal doit avoir des enfants, la stérilité est considérée par la société comme un grand malheur, la fonction de mère étant l'aspect le plus significatif de l'existence d'une femme.

#### **Croyances traditionnelles sur la fécondité et la sexualité en Jamaïque**

Les croyances traditionnelles sur la fertilité et la sexualité en Jamaïque aujourd'hui sont basées sur des pratiques et attitudes centenaires, qui sont difficiles à faire évoluer à travers le temps. Un exemple en ce sens concerne les perceptions et attitudes négatives concernant les méthodes contraceptives modernes, sans aucun lien avec la religion, mais plutôt avec la culture traditionnelle. Cette dernière inclut les attitudes envers le corps et la conviction que le corps doit être fort et impeccable. On soutient donc que le coït est essentiel pour la santé mentale et physique des hommes, même si on suppose qu'il ait un effet affaiblissant. Pour les femmes, le coït est important pour prévenir le danger de blocage de la vitalité naturelle. L'intérieur du corps est considéré comme mystérieux et sacré, de sorte que "la peur de perdre quelque chose par là" est fortement ressentie par les femmes jamaïcaines. Les préservatifs représentent des objets envahissants qui peuvent glisser et disparaître, entraînant maladie, stérilité et même la mort en bloquant les trompes.

La sexualité est également considérée comme une raison de vivre en Jamaïque. Les femmes, dit-on, doivent avoir des enfants ou doivent "atteindre leur quota..." afin de justifier leur existence et de donner libre cours à leur vitalité naturelle. En même temps, les jeunes hommes doivent prouver leur masculinité en laissant les femmes enceintes. En fait, selon les recherches

récentes sur les sexes et la sexualité dans les Caraïbes, plusieurs caractéristiques rituelles démontrant la masculinité des hommes sont en réalité des caractéristiques féminines ou qui ont des effets négatifs sur le bien-être des femmes.



Source: *L'approche culturelle : une solution pour la prévention du VIH/SIDA (étude de cas réalisée par une ONG)*, Jamaïque (1999).

Dans de nombreuses sociétés non occidentales (dans les pays d'Afrique australe, à l'exception de l'Afrique du Sud, à Cuba ou dans les pays musulmans, par exemple), les orientations sexuelles, comme l'homosexualité (masculine ou féminine), ou la bisexualité ne créent pas par elles-mêmes des communautés, groupes de pression et lobbies, comme c'est le cas dans certains pays industrialisés - où elles jouent même un rôle politique -, ou dans certains pays des Caraïbes. Néanmoins, dans de nombreux autres pays, les relations homosexuelles masculines constituent probablement une pratique plus répandue qu'on le reconnaît en public, comme un moyen alternatif d'atteindre la satisfaction sexuelle. Cette situation peut contribuer à la transmission de l'infection dans des endroits spécifiques comme les prisons (Afrique du Sud). A l'opposé, les communautés "gay" peuvent déclencher des mouvements en faveur de la prévention et de solidarité entre les personnes infectées ou malades dans les milieux "gay" (Jamaïque, République Dominicaine, Thaïlande).

L'attraction physique, le plaisir sexuel et l'accomplissement affectif pour les deux partenaires sont reconnus de plus en plus comme éléments importants pour atteindre des relations hétérosexuelles ou homosexuelles pleinement satisfaisantes dans le contexte des nouvelles pratiques et systèmes de valeurs liés au processus de modernisation. L'exclusivité du plaisir est même surévaluée et ressentie comme une justification de la priorité accordée au plaisir sexuel masculin et du recours à la prostitution (par exemple en Asie du sud-est), tandis que le plaisir des femmes est considéré comme secondaire ou même sans importance.

Dans ce contexte, l'acceptabilité (liée aux valeurs et principes) et l'admissibilité (pertinence et adaptation) de l'abstinence sexuelle, les autres modes de libération sexuelle, et la préoccupation pour des relations sexuelles saines suscitent des problèmes fondamentaux, qui dépassent l'approche sanitaire habituelle et l'attitude moralisatrice, incompréhensibles dans les traditions culturelles non chrétiennes. De plus, de telles directives et tentatives d'intimidation ne tiennent pas entièrement compte des conditions de vie réelles des populations : émigration massive des hommes, absence de possibilités de divertissement, diversion dans l'alcool, les drogues ou le sexe, en tant qu'alternatives à des conditions de vie déshumanisantes.

Il apparaît cependant que l'abstinence est mieux acceptée dans certains pays africains musulmans (Sénégal, région du Sahel) ou dans certaines communautés hindoues ou bouddhistes, par des moines ou des maîtres spirituels. La motivation au changement d'attitudes et comportements sexuels est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, en partie du fait des croyances et pratiques religieuses, mais aussi à cause de leur souci des grossesses non désirées ou trop fréquentes.

L'acceptabilité de l'utilisation du préservatif est très diversifiée et dépend de l'environnement sociétal et culturel. Par exemple, en Afrique du Sud il est nécessaire d'avoir un accès facile, individuel et anonyme aux préservatifs par l'intermédiaire des campagnes de distribution ou des distributeurs. Le refus peut être motivé par différentes raisons, parfois contradictoires : diminution du plaisir, manque du contact physique fort, peur d'impuissance masculine, inadaptation à la dimension supposée du pénis, soupçon vis-à-vis de l'autre partenaire, preuve du fait que la personne est déjà infectée (Malawi, Ouganda, Thaïlande, République Dominicaine). A un niveau moins fantasmagique, parmi les populations les plus pauvres, il produit une sensation d'étrangeté et d'inadaptation, liée aux conditions de la vie courante, où la santé et le confort élémentaires sont pratiquement inexistantes.

### **Angola : résistance à l'utilisation des préservatifs**

Selon une enquête effectuée parmi des jeunes de l'Angola, au niveau le plus élémentaire de compréhension des risques ou de résistance au changement des comportements sexuels, quelques réactions méritent d'être citées : "certaines personnes disent que le SIDA n'existe pas; d'autres disent qu'il a été créé pour détruire la passion des amoureux".

En ce qui concerne les préservatifs, malgré les connaissances sur leur utilité dans la prévention du VIH/SIDA, ils sont rarement utilisés. Garçons et filles affirment les utiliser "lors des relations sexuelles occasionnelles qu'ils considèrent comme "risquées" et "pour éviter la grossesse". Les critères d'une relation sexuelle occasionnelle "risquée ou non" sont souvent subjectifs. Les jeunes peuvent ainsi s'exposer à l'infection par suite d'une mauvaise appréciation. Les hommes refusent d'utiliser les préservatifs, considérant qu'ils réduisent le plaisir sexuel et rendent l'acte douloureux. Les femmes affirment que, même lorsqu'elles suggèrent à leurs partenaires d'utiliser des préservatifs, ceux-ci argumentent souvent de la manière suivante : "*Ils disent aimer sentir le contact de corps à corps*"; "*Aller dans la salle de bain pour prendre une douche ou dehors habillé quand il pleut sont deux choses différentes.*"; "*Au sommet de l'émotion, il n'y a pas de place pour les préservatifs.*"

D'autre part, certaines filles justifient la faible utilisation par "*la peur que le préservatif reste dans le vagin.*" Ce sentiment a été mentionné par quelques lycéennes.

D'autres personnes affirment que les prix des préservatifs sont inabordables pour la plupart d'entre elles. De plus, il n'y a pas d'information concernant l'endroit où l'on peut s'en procurer.

Certains participants considèrent que, vu que le préservatif est aussi un contraceptif, la promotion de son utilisation dans la jeune génération encouragerait indirectement les pratiques sexuelles irresponsables.

L'utilisation des préservatifs paraît être plus effective et acceptée en fonction de l'âge et du niveau d'éducation des participants. Les réponses indiquent clairement la disparité entre les connaissances théoriques et l'expérience quotidienne, ainsi que le poids de la culture sur les comportements sexuels.

Source: *Facteurs culturels dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA - le cas de l'Angola* (Luanda, décembre 1998).

Les ressources culturelles qui pourraient être mobilisées pour changer les comportements sexuels des populations en matière de prévention et de risques d'infection, les informations culturellement appropriées sur les comportements sains devraient entraîner la prise de conscience et la responsabilisation de tous vis-à-vis de l'autre personne ou du groupe. Au niveau individuel, cette action pourrait rendre chacun conscient du risque de détruire les chances de vie de quelqu'un et de mourir sans avoir eu le temps de préparer "une bonne mort".

Afin d'inculquer un sentiment de protection de la santé des siens et des autres et de les protéger du risque de mourir plus tôt et dans de grandes souffrances, il serait utile de

mobiliser certaines valeurs, comme par exemple : l'amour réciproque entre les époux ou les partenaires, l'amour des parents et en particulier des mères pour leurs enfants.

L'acceptabilité de la fidélité est déterminée par l'importance accordée aux aspects suivants:

- exclusivité du partenaire;
- stabilité des liens affectifs/sexuels;
- sincérité réciproque dans le couple;
- importance des enfants pour les parents.

L'acceptabilité est aussi liée au respect des autres en général, comme une norme éthique et religieuse qui doit être respectée. Les aspects culturels de l'estime et de la dignité peuvent eux aussi être mobilisés en vue de la protection contre l'infection. Mais l'estime de soi n'existe pas à un niveau purement individuel dans les sociétés traditionnelles où elle reflète les jugements du groupe sur ses membres.

Par conséquent, le sentiment de culpabilité et de honte entraîné par l'infection ou par le risque de mourir sera influencé par les réactions du groupe : par exemple, les raisons inexplicables de la mort de quelqu'un seront cachées par la famille ou les amis les plus proches et "SIDA" sera remplacé par un autre nom (Malawi, Angola). En outre, on observe une forte demande de la part des gens qui consultent en cas d'infection pour une totale confidentialité et pour le choix du sexe de l'interlocuteur : par exemple, les hommes insisteront pour ne pas être testés par des infirmières (Afrique du Sud, Malawi, République Dominicaine).

Il existe probablement d'importants malentendus au sujet du vocabulaire des populations en matière de sexualité. Cet aspect n'a pas été bien étudié et documenté jusqu'à présent. Ceci peut conduire les agents extérieurs chargés de la prévention et des soins à considérer que les femmes sont en général ignorantes par rapport à leurs fonctions physiologiques (Ouganda, République Dominicaine, Thaïlande). La situation réelle dans ce domaine devrait être analysée d'une manière plus approfondie.

### **République Dominicaine : hiatus linguistique, silence et aveu concernant le VIH/SIDA**

Les couples infectés informent leurs amis, famille et leurs voisins de leur situation, dans la plupart des cas lorsque l'un des partenaires a la maladie. Seuls la famille et les amis de l'épouse seront au courant de l'infection quand le mari est séropositif. En d'autres cas, les mères des séropositifs révéleront à leurs amis et voisins la situation de leur fils, et bénéficieront de leur solidarité et soutien, malgré la pauvreté générale. Les femmes assistent la personne malade et font le travail domestique, tandis que les hommes aident à les transporter et apportent un peu d'argent.

Les hommes et les femmes séropositifs ont tendance à réagir dans de façons différentes quant ils apprennent le diagnostic : résignation, dans le cas des hommes, panique et dépression pour les femmes. L'apathie et le rejet familial du déshonneur, ainsi que d'autres réactions, les forcent à cacher leur situation.

Par suite des difficultés économiques d'une grande partie des gens infectés et du chômage qui survient dès l'apparition des symptômes, l'achat des aliments et médicaments est beaucoup

plus difficile. Seule une minorité réduite a accès aux médicaments anti-virus. La discrimination est en fonction de la classe sociale et de la génération. Les personnes ayant un faible niveau d'éducation sont plus marginalisées dans leur familles et leur communauté, et les moins jeunes, par les services de santé.

Malgré les difficultés économiques, l'importance des groupes de soutien et d'assistance est essentielle pour l'éducation de base en matière de VIH/SIDA, par l'offre d'un minimum de soutien affectif, par l'intermédiaire de la surveillance et de l'assistance médicale de base, ainsi que par l'accès aux médicaments.

Les "chamans" (guérisseurs) savent qu'ils ne peuvent pas guérir la maladie et ne s'attendent pas à ce que quelqu'un y croie. Ils sentent que leur devoir est de "remonter le moral" des gens, en leur offrant soutien, conseil, tranquillité et paix intérieure. Ils leurs recommandent de consommer des plantes, comme les "griffes de chat", l'eau "bienfaisante", les produits naturels, les boissons non alcoolisées et le thé.

Les personnes qui travaillent dans les entreprises de pompes funèbres utilisent des uniformes, gants et masques par mesure de sécurité. Ils ne considèrent pas que préparer le corps de quelqu'un mort du SIDA soit différent de la pratique normale. Les croyances magiques sur la maladie semblent pourtant prévaloir parmi eux, puisqu'ils refusent de porter les cercueils et insistent sur le fait que ceux-ci doivent être couverts d'une manière spéciale.

Source: *République Dominicaine : approche socioculturelle de la prévention des MSTs et du VIH/SIDA*, (Havane, 1998).

#### **IV. GROUPES SOCIETAUX ET CULTURELS FRAGILES**

Certaines études nationales réalisées dans le cadre du projet ont mis en évidence le fait qu'il n'est pas juste de parler des groupes à risque dans la prévention et la transmission du VIH/SIDA, mais plutôt de comportements responsables ou irresponsables. Cette observation est importante quand on désigne les groupes ou minorités spécifiques du point de vue social, sociétal et culturel comme seuls responsables de l'expansion de l'épidémie et, pour ainsi dire, comme boucs émissaires.

En fait, l'épidémie est véhiculée par des personnes appartenant ou non aux "groupes à risque". Pour des raisons économiques, sociales ou institutionnelles, elle frappe en fait les groupes défavorisés : prostitué(e)s, pauvres, sans-abri, analphabètes, émigrants, réfugiés, minorités et, dans ces groupes, avant tout, les femmes, les filles, les jeunes, les chômeurs.

C'est pourquoi il est nécessaire d'accorder une attention particulière à la prévention et aux soins dans ces groupes, non seulement par rapport à leur état de santé mais aussi, plus fondamentalement, à leur fragilité sociétale et culturelle quand ils sont confrontés à des situations économiques et sociales de survie. A cet égard, une meilleure connaissance de leurs références et ressources culturelles, ainsi que la réactivation de celles-ci dans le monde urbain/moderne/compétitif peuvent contribuer à leur donner un sentiment de nécessité et de motivation au changement de leurs comportements en général, et de ceux relatifs à la sexualité, en particulier.

En même temps, puisque les conditions socio-économiques et les systèmes des ressources/références sociétales/culturelles sont plus ou moins affectés par le processus de

mondialisation, les risques diffèrent d'une population à l'autre. Cette observation, valable pour l'accès aux soins médicaux et au traitement médical avancé du VIH/SIDA, s'applique également en ce qui concerne l'exposition aux risques médicaux et sanitaires liée à leurs conditions de vie quotidienne.

## **1. Régions de fragilité géo-culturelle**

Au niveau géographique mondial, les populations les plus exposées sont celles des pays d'Afrique australe, surtout l'Afrique du Sud et les pays voisins (Zimbabwe, Botswana, Namibie, Swaziland, Malawi, Mozambique), puis les pays d'Afrique centrale et de l'est (Zambie, Rwanda, Congo). Dans les autres régions, moins atteintes en général par le virus, certains pays des Caraïbes sont confrontés à une situation très grave : Haïti, Bahamas, la Barbade et la République dominicaine. En Asie, l'expansion du VIH/SIDA est importante au Cambodge, en Thaïlande et au Myanmar, tandis qu'en Inde, la situation s'aggrave. Le taux le plus élevé d'infection est également enregistré dans les zones d'émigration rurale ou tribale, à l'intérieur des frontières des pays frappés par le virus ou dans les pays voisins, le long des routes de transport de marchandises, dans les régions de conflits armés, les camps de réfugiés ou parmi les chômeurs sans domicile fixe.

Comme on l'a montré dans l'analyse des tendances communes, les facteurs aggravants de l'expansion de l'épidémie sont d'abord la pauvreté, le chômage, le manque d'éducation et de logement, le délabrement ou l'absence des systèmes de santé, le travail migrant et/ou précaire, qui menace surtout le groupe d'âge de 15 à 35/40 ans, avec une proportion croissante de femmes contaminées.

Mais les racines les plus profondes de l'évolution actuelle résultent dans la crise générale des valeurs entraînée par l'évolution mondiale des sociétés traditionnelles, avant tout rurales, vers la galaxie urbaine/industrielle. Cette révolution spectaculaire dans toutes les cultures et sociétés aboutit à fragiliser les identités culturelles, les réseaux et modèles familiaux, aggravant la condition des femmes, des enfants et des jeunes et conduisant à l'adoption croissante de la culture de l'intérêt personnel purement matérialiste, de l'individualisme, de la violence, de l'abus des drogues et de la sexualité irresponsable. A cet égard, les facilités largement proclamées des nouvelles technologies ne présentent aucun intérêt réel, et la plupart d'entre elles ne seront même pas prises en considération.

## **2. Migrations et perte de l'identité culturelle**

Un aspect important de l'expansion de la maladie est directement lié aux mouvements de population à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à l'autre, ou aux activités impliquant une grande mobilité. La présence des réfugiés, des travailleurs migrants en général ou, dans certains cas, des communautés nomades ou semi-nomades tribales, est un facteur critique de la dissémination du virus. Il constitue également une difficulté matérielle pour soigner - ou même dénombrier - les personnes infectées, et cela pour plusieurs raisons : manque de contact avec les services de santé, ignorance ou dissimulation (dans le cas où ils en sont informés) de l'infection. L'impact culturel des migrations affecte également les communautés, les familles, les femmes et les enfants abandonnés dans les villages.

**Zimbabwe de l'Ouest:**

### **migrations, déstabilisation de la communauté locale et VIH/SIDA**

Dans une région pauvre, semi-aride avec des pluies réduites et irrégulières et un sol pauvre, les populations locales ont été forcées d'abandonner leur village au bord d'une rivière, pour s'établir sur une hauteur éloignée, par suite de la construction d'un grand barrage. Ce mouvement a entraîné la perte des ressources traditionnelles de subsistance de la population locale. En outre, la pêche et la chasse sont sévèrement limitées par le resserrement des conditions d'autorisation. Les hommes jeunes préfèrent émigrer vers les villes et les régions minières pour trouver du travail plutôt que de rester auprès de leurs femmes. Ils rentrent à la maison une ou deux fois par an. La longue séparation de leurs femmes les expose au risque d'infection par le VIH puisqu'ils tentent de satisfaire ailleurs leurs envies sexuelles.

De la même façon, les femmes restées seules, non seulement pour essayer de satisfaire leurs besoins sexuels, mais également pour subvenir à l'entretien de leurs familles, s'exposent, elles aussi, à l'infection par le VIH. Les relations extra-conjugales sont courantes dans la région.

Parmi les raisons principales, ont été relevées le désir de satisfaction sexuelle et les besoins d'argent, même si les gens sont conscients du fait que les relations multi-sexuelles représentent des risques plus grands d'infection par le VIH. Dans les relations polygamiques, lorsqu'un homme ayant deux ou plusieurs femmes les laisse seules pour une période de trois à six mois, chaque membre du couple court un risque d'infection encore plus grand. En outre, l'existence des camps militaires et des chantiers de construction dans la région offre aux femmes dont les hommes sont partis pour longtemps, l'occasion de trouver des partenaires pour satisfaire leurs besoins sexuels.

De plus, une partie des hommes sont non seulement partis pour longtemps, mais ils n'envoient jamais d'argent pour entretenir leurs familles. Les femmes sont donc presque indigentes et forcées d'accorder leurs faveurs sexuelles extra-conjugales contre de l'argent ou du poisson. La pratique du "sexe contre poisson" a été observée dans les camps de pêche ainsi que dans les brasseries des zones les plus pauvres. Les interventions pour alléger l'impact de la pauvreté et du chômage pourraient donc réduire l'incidence de l'infection par le VIH et diminuer sa propagation de façon plus durable que celles consacrées à la prévention et les soins.

Source: Zimbabwe, Lilian CHIGWEDERE: *Etude de cas sur l'interaction entre le VIH/SIDA, le développement et les cultures locales*

La mobilité professionnelle constitue donc un facteur sérieux de la dissémination du virus. Certaines professions présentent un risque particulier de contracter et de transmettre la maladie: par exemple, les chauffeurs de camion à longue distance, les travailleurs agricoles occasionnels, les ouvriers saisonniers des plantations ou des grandes fermes pour la moisson, la récolte des fruits, des légumes ou les vendanges. Parmi d'autres professions impliquées dans la transmission du VIH, on trouve les voyageurs de commerce, les marchands ambulants, les militaires et les étudiants habitant loin de leur famille (par exemple en Thaïlande).

De même, dans les activités minières et industrielles, les travailleurs migrants - représentant souvent la majorité de la force de travail manuel, dans des secteurs d'activité particulièrement difficiles - sont spécialement exposés à la perte de leur identité sociétale et culturelle et donc à être contaminés par le virus. Ils peuvent être facilement conduits à recourir à tous les moyens pour trouver apaisement et détente le soir. De plus, la plupart d'entre eux habitent dans des

foyers, loin de leurs partenaires sexuels réguliers ou de leurs femmes. Ils se tournent donc vers des prostituées, des partenaires sexuels occasionnels ou pratiquent le partage des femmes. Ces conduites sont souvent associées à la consommation d'alcool ou des drogues, notamment parmi les générations les plus jeunes et à des pratiques sexuelles irresponsables, en relation avec leur situation d'isolement et la "loi sauvage" des sous-cultures urbaines.

### **Cuba : comportements des migrants et VIH/SIDA**

Les travailleurs migrants peuvent se retrouver dans des situations difficiles, par suite de leurs comportements sexuels à risque d'infection par le VIH. La plupart d'entre eux sont loin de leurs familles, de leurs couples ou sont célibataires. Même s'ils condamnent l'homosexualité, ils s'engagent occasionnellement dans des pratiques homosexuelles de substitution.

Comme dans le cas des groupes homosexuels et des femmes, ils sont guidés en général par les messages scientifiques exprimant des alternatives via les médias et les travailleurs sociaux, comme par exemple, la nécessité d'utiliser des préservatifs. Néanmoins, ils privilégient d'autres alternatives comportementales (analyse périodique, hygiène du corps, etc.), qui ne les protègent pas toujours des MST/VIH. En ce sens, ils considèrent le dépistage systématique comme une alternative préférable aux autres mesures plus efficaces. C'est ainsi qu'ils se représentent un "corps sain".

D'une manière générale, ils accordent une place plus importante au plaisir et aux pratiques sexuelles traditionnelles qu'aux informations scientifiques. Ainsi, même si les hommes considèrent que chacun est responsable de son corps et sont conscients du risque d'infection, ils reconnaissent que, lorsqu'ils rencontrent une fille dans la rue et ont la possibilité d'avoir des relations sexuelles, ils n'utilisent pas le préservatif. La justification de ce comportement est fondée sur l'aspect matériel du préservatif ou sur d'autres obstacles, tels que les difficultés de négociation préliminaire, la personne proposant d'utiliser le préservatif cédant facilement à la pression exercée par l'autre membre du couple. La proposition d'utiliser des préservatifs est considérée comme une marque de défiance, celui-ci étant utilisé comme le principal argument pour dévaloriser la conduite préventive visant à éviter l'infection.

Pour les hommes émigrants, la possibilité d'un couple stable ou d'une relation avec un seul partenaire, conformément à l'information préventive classique et celle de type religieux, n'est pas acceptée comme une option comportementale, la polygamie étant considérée comme naturelle. Quant à la stabilité, l'opinion générale est que "les personnes croyantes peuvent le faire, dans la mesure du possible". Il semble que les valeurs et modèles partagés par ces groupes justifient le changement de partenaires. On trouve aussi des justifications telles que "les difficultés matérielles" : le besoin d'un logement ou les rapports entre les sexes ("il y a plus de femmes que d'hommes"). D'autres excuses se basent sur "l'immaturité due à la jeunesse".

En ce qui concerne la variété des pratiques sexuelles saines, il n'existe aucune règle reconnue ou acceptée. Celles-ci sont concentrées sur la pénétration, les autres étant considérés comme sans importance ou sans intérêt.

Source: *Cuba: Approche socio-culturelle de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA* (3 études originales, Havane, 1998).

Néanmoins, des réseaux de solidarité peuvent subsister dans le monde urbain, quand des personnes appartenant aux mêmes communautés d'origine vivent dans les mêmes quartiers, créent des systèmes d'assistance mutuelle, des groupes de pression et, dans certains cas, des groupes plus ou moins criminels. L'établissement d'un tel réseau se fait souvent chez les groupes les plus pauvres, où l'identité culturelle reste un des rares acquis des individus dépourvus de toute autre bien.

### **3. Crise des modèles familiaux**

L'un des facteurs les plus critiques est la crise des modèles familiaux dans les pays d'Afrique, des Caraïbes et d'Amérique latine, dans des sociétés où la famille constitue le fondement de l'ensemble des systèmes économique, sociétal et culturel. Le cadre familial élargi peut être ressenti comme une responsabilité trop lourde quand il s'agit pour une femme ou une fille de faire vivre de nombreux parents plus ou moins proches sans revenu ou, pour les femmes, comme un contrôle familial excessif sur leurs activités.

#### **Thaïlande: crise familiale profonde dans les régions les plus pauvres**

Des différences majeures entre le Nord et le Nord-Est influencent la structure de la famille. Dans le Nord, les villes comme Chiang Mai, ont développé les secteurs modernes comme le tourisme et l'industrie, tandis que dans le Nord-Est ils sont peu développés. Dans cette partie du pays, il n'y a pas de grande ville orientée vers l'industrie ou vers le tourisme comme Chiang Mai ou Chiang Rai.

Cette situation a conduit à d'autres différences entre les deux régions. Dans le Nord, un grand nombre de personnes habitent encore les régions rurales, mais ils peuvent trouver du travail à proximité de leur domicile. Dans le Nord-Est, les gens doivent émigrer pour travailler à Bangkok ou dans des régions plus lointaines. Le Nord-Est est très pauvre et manque de ressources. Dans de nombreux villages, il n'y a plus que les vieillards et les enfants. Les personnes appartenant aux groupes d'âge actifs confient leurs enfants aux grands-parents lorsqu'ils travaillent loin. Ce sont ces émigrants qui courent le plus grand risque d'infection par le HIV/SIDA dans la région de la capitale.

En dépit de ces différences importantes entre les populations des deux régions, elles connaissent des expériences similaires concernant leur situation légale, l'ignorance de leurs droits et les problèmes graves de langue.

Source : *Facteurs culturels dans la transmission, la prévention et le traitement VIH dans la Région du Haut Mékong* (Atelier de Chiang Mai, juin 1999).

En même temps, dans le cas des difficultés économiques ou de santé, la crise agit comme un système de solidarité et se manifeste de manière spécifique : soutien affectif, conseil et compassion.

La crise actuelle, déclenchée par la révolution urbaine et le modèle familial "nucléaire" (parents avec 2 enfants), et entrant en interaction avec le VIH/SIDA, constitue à la fois un



facteur aggravant et une conséquence pour les personnes infectées et malades, ainsi que pour leurs conjoints et enfants. La solidarité familiale est affectée par la séparation des parents pour des raisons économiques ou par la rigidité excessive des structures de pouvoir familiales. Conjointement à l'alimentation insuffisante et aux conditions de vie misérables, ces structures s'opposent aux messages de prévention du virus, interdisant aussi l'accès aux unités sanitaires ou médicales. Ces difficultés accroissent le risque de contracter des maladies, parmi lesquelles les MST en général et le VIH/SIDA. L'expansion de l'infection mène à l'accroissement de l'impossibilité de travailler et à l'aggravation de la pauvreté, autre choc porté à la stabilité de la vie familiale.

#### **4. Culture, SIDA et rapports hommes/femmes**

Les conséquences les plus graves de cette crise sont, avec une acuité particulière, sur les conditions de vie des femmes et des enfants, leur soumission aux pires aspects de la pauvreté, et leur absence de pouvoir d'initiative. Les facteurs d'aggravation les plus sérieux sont le niveau élevé d'analphabétisme des femmes et des filles, leur manque d'éducation, la promiscuité entraînant le risque de viol des filles, voire l'inceste. Ces problèmes peuvent entraîner plus tard le travail précoce (y compris pour les enfants), payé ou non payé (notamment chez les employés de maison), les grossesses prématurées (avec ou sans mariage) ou la prostitution forcée (parfois dès l'enfance pour les filles ou, dans certains pays, pour les garçons et les jeunes hommes). Les chances de travail stable et bien rémunéré restent encore très rares pour les femmes dans de nombreux pays.

Le modèle familial actuel et celui des relations entre les sexes est encore prédominant dans la plupart des régions, à l'exception des classes moyennes urbaines qui viennent d'apparaître, et où le modèle familial nucléaire est privilégié. Dans la plupart des cas, les mères de famille dépendent des hommes pour leur survie économique. Cette situation est sérieusement aggravée par l'émigration des hommes à la recherche de travail vers les grandes villes et les pays étrangers. En outre, à cause de la fréquence des relations sexuelles forcées et des grossesses non désirées, l'allaitement reste une habitude prédominante, profondément ancrée dans le modèle de relation mère-enfant, comme une image du don de la vie et de la fécondité, pratique immémoriale dans les cultures traditionnelles, mais également nécessitée quand le lait stérilisé pour bébés n'est pas disponible. La transmission de l'infection de mère à enfant ne peut qu'arriver dans de nombreuses situations de ce type.

#### **Angola: femmes, mariage et systèmes informels**

Le système traditionnel de mariage en Angola est semblable à ceux des autres pays de l'Afrique australe. En général, c'est le résultat des ententes et alliances familiales plutôt que des décisions individuelles. Dans de nombreux cas, sa réalisation, qui nécessite une longue période de préparation, est marquée par des stades rituels qui diffèrent en fonction de chaque groupe ethnolinguistique du pays.

L'âge habituel pour se marier ou avoir des relations sexuelles est traditionnellement très précoce, notamment pour les femmes. En outre, les rites d'initiation pendant la puberté contribuent à la précocité des activités sexuelles visant à la grossesse.

Le mariage et le concubinage peuvent aussi influencer les comportements sexuels. La polygamie entraîne des relations extra-conjugales chez les hommes polygames, puisque ceux-ci sont plus inclinés que les hommes monogames à avoir des aventures extra-conjugales.

Certaines des épouses, dans une relation polygamique, peuvent toujours être tentées d'avoir des relations extra-maritales, surtout en cas d'écart d'âge dans le couple. Selon des informations récentes, ces femmes peuvent considérer leur mari comme incapable de les satisfaire sexuellement ou elles peuvent se sentir attirées par des hommes plus jeunes.

Les nouvelles formes de polygamie en Angola, surtout dans les centres urbains, où le couple ne partage pas la même habitation et où les femmes sont économiquement indépendantes, peuvent, elles aussi, contribuer aux relations extra-maritales des femmes. La polygamie influence également les comportements sexuels des enfants, puisqu'ils sont enclins à imiter les attitudes et les habitudes des parents.

Le système polyandrique, dans lequel une femme peut avoir plusieurs maris, est une pratique courante dans certains groupes, mais limitée aux femmes exerçant des responsabilités. Elles ont le droit de choisir leurs maris. Si l'homme choisi est marié, il doit quitter sa maison, même s'il est polygame, pour se vouer complètement à la femme qui lui a fait cet honneur. Cette femme a le droit de choisir des amants occasionnels.

L'instabilité maritale observée actuellement en Angola peut influencer le comportement sexuel individuel. L'homme et la femme peuvent passer par des expériences extra-maritales lors des conflits dans le couple. Les recherches actuelles indiquent que l'instabilité et la mobilité maritales sont autant de facteurs de risque concernant les MST, notamment le VIH/SIDA. L'instabilité conjugale et la mobilité matrimoniale peuvent également influencer le comportement de l'enfant.

Source: *Approche sociale et culturelle du SIDA en Angola* (Luanda, décembre 1998).

## **5. Pratiques et communautés homosexuelles : acceptabilité sociétale et culturelle**

Si les pratiques homosexuelles féminines et les communautés de femmes ne semblent pas être très discutées par rapport au VIH/SIDA, l'homosexualité masculine suscite de grands débats, non seulement pour des raisons médicales, mais plutôt pour des motifs d'acceptabilité sociétale et culturelle.

La première explication est d'ordre historique : en relation avec la complexification des systèmes médicaux et de santé, les premiers cas de SIDA ont été recensés dans les milieux homosexuels en Amérique du Nord et dans certains pays de l'Europe de l'Ouest. La crainte de la maladie proprement dite a donc coïncidé avec le rejet sociétal et culturel des relations homosexuelles masculines, dérivé dans de nombreuses sociétés des normes réglementant les relations hommes/femmes et des principes moraux gouvernant leur but légitimé, notamment dans les sociétés chrétiennes (reproduction humaine et continuité trans-génération) et celles qui sont fortement masculinistes.

### **Jamaïque: masculinité, colonialisme et homophobie**

Dans les Caraïbes, l'homophobie est un principe organisateur dans la définition culturelle de la masculinité. L'homophobie dépasse la peur irrationnelle des homosexuels chez les hommes, plus que la crainte d'être considéré comme homosexuel. C'est la crainte d'être démasqué, émasculé, dévoilé à soi-même et au monde entier par d'autres hommes montrant que l'on n'est pas à la hauteur, que l'on n'est pas "un vrai homme". En définitive, la crainte d'être considéré comme efféminé domine les définitions culturelles de la masculinité.

L'analyse historique de ce concept de masculinité aux Caraïbes et surtout en Jamaïque, décrit la masculinité coloniale comme forme sociale, au sein d'une culture de violence englobant toutes les relations de la vie et de la conscience sociales. Elle a été l'instrument principal des parties en lutte; elle les a réunies et les a séparées. Les mâles noirs créoles ont été socialisés comme des petits enfants dans ce creuset de la mort, du sang et de la souffrance. Ils ont appris à l'utiliser de la même manière qu'il avait été utilisé contre eux... Ainsi, la violence communautaire implosive reste une expression de la masculinité subordonnée des Noirs. Les rues où vivent les communautés, les expressions du discours social, les relations sexuelles, le dialogue politique et les vers de la musique populaire sont imprégnés de violence virtuelle et réelle.

La relation entre la masculinité et la violence liée à la sexualité et aux relations sexuelles a fait l'objet de recherches plus approfondies. Une étude effectuée par la Banque Mondiale en 1996 remarque que la violence a été encouragée par l'environnement des gangs urbains et des communautés de soldats. Des études qualitatives sur des adolescents subventionnées par le FNUAP ont établi que les jeunes hommes mettent l'accent sur l'agression dans leurs représentations sexuelles, tandis que les jeunes femmes expriment leur peur.

Dans ce contexte, les hommes de la Jamaïque doivent prouver leur masculinité, en luttant pour le pouvoir et, dans certains cas, pour la survie au sein du groupe, et surtout dans les bandes qui doivent juger de leur masculinité.

La sous-culture homosexuelle s'infiltré de plus en plus dans celle de la masculinité, sapant les normes acceptées et prospérant dans l'ombre délibérément jetée sur le sujet de la sexualité, pour accroître sa nature clandestine en Jamaïque. Comme l'on a observé chez les homosexuels brésiliens, il y avait beaucoup plus de bisexuels qu'on ne l'avait estimé auparavant. La culture elle-même, ou plutôt la culture plurielle, en mettant l'accent sur les affiliations et les reniements de classe et de race, a permis aux hommes bisexuels d'osciller entre ces orientations et d'être acceptés par la société aussi longtemps qu'ils arrivaient à observer les rituels du machisme" (Parker, 1996).

Source: *Approche culturelle dans la prévention du VIH/SIDA : étude de cas Jamaïque*, avril 1999.

De l'examen des études par nationales réalisées dans le cadre du projet, il apparaît que les relations homosexuelles masculines sont plus fréquentes que cela est publiquement admis, même si elles sont considérées comme honteuses et inacceptables - et conséquemment niées - dans les sociétés où la masculinité constitue une valeur prédominante de l'individu et de la communauté. En effet, dans de nombreux pays, les relations sexuelles entre hommes sont

pratiquées comme des substituts aux relations hétérosexuelles, là où ces relations sont contrôlées par le système de pouvoir social et moral. En outre, elles tendent à se développer dans les situations où des hommes jeunes et adultes sont isolés, par exemple dans des prisons, les logements collectifs ou quand il leur est économiquement impossible de rencontrer des prostituées. En outre, on observe une tolérance sociale croissante vis-à-vis de l'homosexualité masculine dans les sociétés urbaines et modernes, notamment dans les pays occidentaux, chez les jeunes, ainsi que dans d'autres sociétés, où elle est historiquement admise (par exemple, sous la forme des travestis à l'occasion des célébrations religieuses ou culturelles, ou lors des célébrations de fin d'études des adolescents).

Néanmoins, dans sa configuration moderne, l'homosexualité masculine a abouti à des modes de vie ouvertement revendiqués et légalement admis. Cette évolution, qui a commencé dans les pays occidentaux, s'étend actuellement vers certains pays en développement, en dépit de l'image sociétale et culturelle négative de l'homosexualité masculine, par exemple en Jamaïque, en Thaïlande et dans certains pays d'Amérique latine. En ce qui concerne la prévention et le traitement du VIH/SIDA, les mouvements collectifs, les associations et les groupes de pression demandent la reconnaissance sociale et l'assistance des systèmes sanitaires. En ce qui concerne l'éducation préventive, la solidarité, les soins médicaux et sociaux et le soutien aux malades, les communautés homosexuelles ont développé des systèmes d'assistance médicale, sociale et psychologique hautement incitatifs et efficaces dans certains pays, surtout occidentaux.

### **Cuba: les relations homosexuelles masculines, leur statut socio-culturel et le VIH/SIDA**

Parmi les hommes entretenant des relations sexuelles avec d'autres hommes, on constate l'acceptation des informations scientifiques factuelles sur les mesures de protection contre les MST/HIV/SIDA; celle-ci est cependant limitée, puisque certaines pratiques ne sont pas explicitement abordées dans les campagnes d'information, qui se bornent à des recommandations générales. Il existe donc des doutes concernant les modes de transmission par certaines pratiques : "Je crois qu'il n'y pas de danger jusqu'à ce que l'autre éjacule", y compris dans le rapport anal et oral. C'est une opinion répandue chez les homosexuels masculins, mais ils manquent d'informations sûres concernant la prévention.

La perception du risque à l'intérieur du groupe est déterminée par des représentations simplistes du SIDA, fortement influencée par les croyances partagées par ses membres. Beaucoup de ces croyances sont fondées sur des informations diffusées par les médias aux premiers stades de l'apparition de l'épidémie.

Un autre problème est celui de la subjectivité quant aux mesures efficaces pour éviter l'infection dans le couple. Les mêmes alternatives de comportement sont proposées aux homosexuels comme aux hétérosexuels. Certains de ces comportements sont blâmés par le groupe homosexuel, plus centré sur des habitudes fortement encrées comme les changements fréquents de partenaire. " Il n'y a plus de couples stables, on change souvent de partenaire", "Avoir le même partenaire sexuel est fatigant", "Changer, c'est moderne".

Ils utilisent les mêmes stéréotypes négatifs et les mêmes préjugés sur l'image de l'homosexualité que la société a créée à leur propos.

Les expériences individuelles révèlent une personnalité fragile, fondée sur une estime de soi très faible, sur des sentiments construits par rapport à ceux de la société et sur une image négative de soi : "nous sommes infidèles et instables".

Les jugements pessimistes sur la stabilité des relations ou sur la loyauté mutuelle dans le cadre du groupe homosexuel sont très fréquents, du fait de l'intolérance et de l'impossibilité d'obtenir un logement pour vivre. Les célèbres sexologues Masters et Johnson estiment que les relations homosexuelles durables sont considérées comme rares parce qu'elles sont moins visibles que les relations hétérosexuelles. Des études anthropologiques plus récentes montrent que l'instabilité relative des relations homosexuelles est en partie due au fait que la société ne favorise pas l'union homosexuelle. La socialisation a tendance à orienter les hommes hétéro- et homosexuels vers des relations sexuelles multiples, tandis que les femmes sont en général orientées vers la monogamie. En conséquence, une partie des hommes préfèrent avoir plusieurs partenaires sexuels masculins ou féminins. Par suite du manque d'expérience du processus de socialisation, beaucoup de relations homosexuelles deviennent instables et s'orientent vers des rencontres impersonnelles, où la qualité de la relation de couple est très floue.

On a également constaté que la représentation sociale stéréotypée et négative des homosexuels est transmise par leurs familles, qui déprécient ce groupe, en général. Du fait de ces comportements répressifs et discriminatoires, il est difficile de lutter contre ces tendances, y compris les pratiques sexuelles, à l'exception des groupes d'amis homosexuels, où ceux-ci peuvent trouver soutien et compréhension.

Source: *Cuba : Approche socio-culturelle de la prévention des MST et du VIH/SIDA* (Havane, 1998).

## **6. Travailleurs sexuels**

La prostitution des femmes - et dans certains pays, des garçons et des jeunes hommes - met l'ensemble de leur communauté en danger, du point de vue sociétal et culturel; en la rendant plus exposée à l'infection, rencontrant des difficultés spécifiques pour l'éviter et pour avoir accès aux soins médicaux. Les filles et les femmes qui se prostituent sont souvent abandonnées sans ressources par leurs maris ou leurs partenaires réguliers. Les enfants et les adolescents sont, eux aussi, abandonnés par les parents ou les mères restées seules. Quant aux adolescents, en République dominicaine par exemple, la prostitution des filles et des garçons est la conséquence évidente de la migration des familles pauvres vers les villes, du chômage structurel, de la pauvreté extrême et du manque d'éducation de base permettant de trouver du travail.

Au-delà de la stigmatisation sociétale/culturelle liée à la prostitution, surtout homosexuelle, les travailleurs sexuels ne peuvent pas refuser les pratiques sexuelles dangereuses, et très souvent, quand ils sont infectés, ne peuvent pas identifier les clients coupables. Les jeunes filles forcées d'avoir des relations sexuelles précoces courent également un grand risque, puisque les personnes plus âgées ou les "connaisseurs" sont souvent amateurs de relations sexuelles avec des vierges. Il arrive même que les jeunes prostituées soient forcées d'avoir des relations sexuelles avec des membres de leur famille ou soient violées par des hommes infectés, pour des raisons de "nettoyage" sexuel. De plus, parmi les populations pauvres, les femmes peuvent recourir à la prostitution occasionnelle pour payer de manière informelle la nourriture ou le transport.

D'autres prostituées sont "jetées" dans des bordels, sans expérience de la vie, éloignées de leur village ou tribu d'origine, contre un paiement à la famille ou aux proxénètes locaux, car la "chair fraîche" est une marchandise recherchée par l'industrie du sexe. Dans ce cas, les jeunes filles qui sont incapables de comprendre ce qui leur arrive, et peuvent d'autant moins réagir par rapport à leur situation. Les agents racoleurs de la prostitution étant bien payés, les dirigeront directement vers les réseaux des bordels, d'où elles sortiront seulement quand elles seront moins "fraîches", très souvent victimes de la dépendance aux drogues et infectées par le VIH à leur retour au village et à leur tribu d'origine (dans la Région du Haut Mékong). Néanmoins, dans certains pays (par exemple, dans les Caraïbes ou en Amérique latine) on commence à trouver une préoccupation pour l'intérêt commun et pour la défense contre le VIH/SIDA: les prostitué(e)s, y compris les travestis, s'efforcent de créer des groupes et des associations pour développer des contacts avec les autorités publiques, notamment avec le système de santé publique, pour pouvoir accéder à la protection et aux soins. Ils plaident souvent auprès de leurs collègues et leurs clients pour l'utilisation des préservatifs. Malheureusement, par suite du besoin d'argent pour les nécessités de base, la plupart d'entre eux acceptent des contacts sexuels non protégés, en demandant seulement un prix plus élevé.

### **République Dominicaine: prostitution masculine et féminine, secteur informel et VIH/SIDA**

Des entretiens ont été réalisés avec des jeunes qui pratiquaient la prostitution. Quatre jeunes prostitués étaient des mineurs de 16 à 18 ans. Les travailleurs de la rue avaient été initiés sexuellement à l'âge de 9 à 11 ans et ceux des bordels, à 14-15 ans. Ils considèrent que la situation concernant le SIDA est "dangereuse", "parce que plusieurs personnes en sont mortes". Ils connaissent de 1 à 4 personnes ayant le SIDA. Quatre travailleurs sexuels plus âgés avaient entre 22 et 26 ans et avaient commencé le travail sexuel entre 11 et 17 ans. Ils connaissent 2 à 4 personnes mortes du SIDA.

En ce qui concerne ce que les femmes prostituées diraient à leurs fils sur le SIDA, les réponses variaient de la persuasion à la prévention ("pour me rassurer", "se protéger par des préservatifs", "faire le test"), voire des recommandations en contradiction avec leur mode de vie ("prend garde à toi dans la rue, ne prend pas les femmes de la rue"). A leurs filles, elles donneraient les mêmes instructions ("utiliser des préservatifs, bien se protéger, se défendre, ne pas se fier aux promesses, ne pas aller dans la rue, se marier pour toujours").

Les prostituées justifiaient de différentes manières le moyen de gagner leur vie : "Ce n'est pas bien, mais je n'ai pas pu terminer mes études". D'autres disaient : "Si je ne travaille pas, personne ne me donne un sou ... On vit comme on peut... mais on doit toujours se protéger". Néanmoins, le fait qu'un homme vive chez une femme sans travailler n'est pas bien vu : "Je crois que c'est mal, parce qu'un homme peut travailler... C'est l'homme qui doit faire vivre une femme... On ne devrait pas les accepter dans la société, ce sont des proxénètes". D'autres personnes ont pourtant affirmé pouvoir "trouver de l'argent", "utiliser des préservatifs" et être "toujours protégées". En ce qui concerne les relations homosexuelles entre jeunes, on considère "qu'ils ne devraient pas le faire, car c'est mal... Les hommes ne sont pas faits pour avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais avec des femmes", même si on admet que certains hommes le font par plaisir. "Quelques-uns sont nés ainsi... et d'autres pas. Je suis contre cela".

En ce qui concerne le changement dans les comportements sexuels, on considère que les hommes "sortent moins" et que les clients qui avaient l'habitude de le faire sans préservatifs, en utilisent la plupart du temps, ou se masturbent pendant le sexe oral. Quelques-uns ont peur, d'autres non. Pour avoir des relations sexuelles avec les clients, on demande d'utiliser des préservatifs et refuse le baiser profond, même "sans préservatif". Quelques-uns utilisent toujours des préservatifs avec les clients, mais pas avec leurs époux (dans le cas des couples stables). D'autres considèrent qu'il est mieux d'utiliser toujours des préservatifs "car il peut avoir plus d'une femme", "personne ne sait ce qu'il fait quand il sort", "je ne me fie à personne".

Source : *Approche culturelle de la prévention du VIH/SIDA pour le développement durable* (République dominicaine, novembre 1998).

## **7. Sous-cultures, violence, dépendance des drogues et irresponsabilité sexuelle**

Tandis que la polygamie formelle est encore très fréquente dans les sociétés traditionnelles, pour des raisons sociétales, culturelles et religieuses, et en dépit de son poids économique, la sexualité multipartenaire est beaucoup plus fréquente en milieu urbain, avec des différences significatives entre les hommes et les femmes.

Les raisons pour lesquelles les hommes préfèrent avoir plusieurs partenaires sexuels sont complexes : isolement de leur famille, mobilité professionnelle, aspects culturels de la masculinité et sentiment profondément ancré de leur supériorité. En outre, en l'absence d'autres centres d'intérêt ou activités de loisir, le sexe sera l'occasion la plus évidente de divertissement pour la plupart des jeunes, les conquêtes sexuelles et la multiplicité des rencontres occasionnelles étant un facteur important de prestige devant leurs semblables.

La vie urbaine amène les filles et les femmes, au moins celles en provenance des classes moyennes, à une approche plus facile des garçons et des hommes, surtout dans le contexte de la culture "disco".

Dans les grandes villes et les mégapoles du monde, surtout dans les bidonvilles et les taudis, si fréquents dans les pays en développement, les crimes et la violence se sont rapidement intensifiés dans les années 80, parallèlement à l'urbanisation "sauvage" et à la situation économique désastreuse de la plupart des immigrants, liée du chômage massif et aux nouvelles formes de la criminalité. Elles évoluent de plus en plus vers le trafic de drogues et d'armes et vers la banalisation de leur utilisation parmi les jeunes ou les hooligans.

La dépendance et le trafic de drogues (cannabis, amphétamine, drogues plus "dures") augmentent, souvent de pair avec l'alcoolisme, notamment parmi les jeunes. Certains tendent de devenir en même temps des consommateurs et des fournisseurs de divers types de "produits d'évasion" du quotidien. De même, de nombreux jeunes au chômage ou insuffisamment éduqués recourent aux activités illégales pour gagner facilement de l'argent, surtout dans les quartiers populaires où les services de sécurité sont en général absents ou passifs.

Toutes ces manifestations de violence et l'accroissement des infractions (vols à main armée, viols, meurtres, etc.) peuvent être considérés d'une part, comme des indicateurs du désespoir, résultant de l'exploitation sociale, économique et culturelle de longue durée des pauvres par les minorités puissantes nationales et de l'étranger, et d'autre part, comme un échec des systèmes d'éducation.

## **8. Jeunes : espoir ou désespoir**

Du fait de la situation démographique des pays en développement, la majorité des jeunes sont au chômage et par conséquent, les chances pour préparer une vie meilleure sont inexistantes. En outre, par suite d'une éducation incomplète, nulle ou inadaptée, la plupart d'entre eux n'ont aucune (ou une très faible) qualification quand ils arrivent sur le marché du travail. Leur chance de trouver un premier travail, quel qu'il soit, est très réduite. Le chômage est donc la règle, aggravé par l'absence de logement, le vagabondage dans les rues des villes ou des bidonvilles misérables, même pour les adolescents et les enfants, avec ou sans parents.

Néanmoins, la migration massive des jeunes vers les villes continue de croître, la ville étant considérée comme un espace mythique où l'on veut vivre grâce à un travail régulier ou "au noir", même au niveau le plus bas et avec un paiement minimal. Cela entraîne une grave sous-prolétarianisation et l'émergence des sous-cultures qui la reflètent et qui prennent souvent la forme des contre-cultures.

La plupart des jeunes ne trouvant pas de travail, même dans le secteur informel, s'orientent vers des activités illégales. Quant à ceux qui trouvent du travail, ils habitent le plus souvent des taudis ou des foyers sordides où ils s'entassent dans la promiscuité, isolés de leurs familles, soumis à des conditions précaires de travail, directement exposés à la culture urbaine "sauvage" et aux modes de vie moderne orientée vers le marché, en d'autres termes, vers une compétition sans répit. Dans ces circonstances, presque exclusivement préoccupés par leur survie quotidienne, les jeunes vivent un sentiment de marginalisation sociale. Certains d'entre eux se rassemblent dans des groupes restreints, où les comportements à risque font partie intégrante de leur situation générale. Bien entendu, cela les expose tout particulièrement au risque d'infection par le VIH/SIDA, pour les garçons comme pour les filles, et donc au recours presque inévitable à la prostitution.

## **V. CONCLUSIONS**

Avant de proposer des concepts, des méthodes et des orientations pour mettre en oeuvre l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, il est important de rappeler les plus importantes conclusions des études par pays.

### **1. Tendances communes**

- a) Il y a actuellement une prise de conscience mondiale du danger du VIH/SIDA, mais elle n'entraîne pas une motivation suffisante parmi les populations en général, pour leur faire adopter un changement significatif dans leurs comportements sexuels et non sexuels en matière de prévention et de traitement de l'épidémie. Cette attitude s'explique par des raisons extra-médicales et sanitaires, qui doivent être mieux comprises et intégrées dans les nouvelles stratégies. En outre, les méthodes d'information sont souvent mal adaptées aux modes de compréhension de la population.
- b) Le VIH/SIDA est en interaction permanente avec les cultures des populations et avec le socio-économique général.
- c) Ces interactions, comme tout processus interactif, créent des situations et des obstacles qui réduisent l'efficacité de l'action médicale et informative. Ces interactions peuvent être synthétisées comme suit :



- l'expansion de l'épidémie est fortement influencée par les problèmes de développement économique et social, puisqu'elles affectent gravement les conditions de vie des populations ;
  - l'évolution socio-économique a également un impact très lourd sur les systèmes de valeurs sociétales/culturelles et sur les modèles de vie traditionnels des populations, notamment dans les pays en développement, surtout sous l'effet des mouvements de population, des migrations, des conditions misérables de vie et d'habitation, aggravant ainsi considérablement les risques d'infection ;
  - le VIH/SIDA, à son tour, entraîne des effets importants d'ordre économique, social, sociétal et culturel.
- d) Toute stratégie fiable de prévention et de traitement devra prendre en considération la relation entre les références et les ressources culturelles des populations et les problèmes du développement socio-économique.

## **2. Diversités culturelles**

### **2.1.Particularités régionales**

Dans chaque sous-région prise en considération ici, on peut identifier des caractéristiques culturelles spécifiques :

- En Afrique australe, la crise économique, les situations de conflit et les déficiences institutionnelles entraînent des mouvements de population (émigrants, réfugiés) et la déstabilisation sociétale/culturelle liée au passage rapide du monde rural vers le monde urbain.
- En Asie de Sud-Est, la l'aggravation de la crise du SIDA est due aux effets collatéraux du modèle économique de croissance rapide, qui entraîne un bouleversement des modes de vie traditionnels et des systèmes de valeurs culturelles des populations rurales et des montagnardes, surtout à cause de l'accroissement dramatique du commerce des femmes pour la prostitution, de la production et de la consommation croissante de drogues "dures", en dépit des croyances religieuses bouddhistes encore très présentes.
- Dans les Caraïbes, l'épidémie représente une préoccupation importante dans tous les pays. L'infection est répandue surtout par les relations hétérosexuelles, mais les relations entre hommes semblent plus fréquentes – ou plus tolérées – que dans d'autres régions. Une autre cause majeure d'expansion de l'épidémie est la consommation des drogues, en relation avec le rôle de cette sous-région dans le trafic de drogues. La mobilité élevée de la population à la recherche de travail, ainsi que la prospérité de l'industrie touristique, sont deux aspects importants de l'évolution de l'épidémie. Une des conséquences dramatiques est la prostitution massive des jeunes, garçons et filles, dès l'adolescence, pour des raisons de survie économique. Des mouvements de solidarité vis-à-vis des personnes malades, des prostituées et des communautés homosexuelles apparaissent dans plusieurs pays de la région.

### **2.2. Spécificités culturelles**

Les spécificités culturelles majeures ne correspondent pas nécessairement aux entités nationales. Les références culturelles, trop aisément considérées comme des obstacles, dans la vision à court terme de la situation, sont plutôt les styles de vie, les systèmes des

valeurs, les modes de penser qui subiront probablement des changements, à travers la réévaluation de soi. En outre, des ressources culturelles doivent être identifiées et utilisées dans les populations afin de les impliquer pleinement dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA.

Ces références et ressources culturelles pouvaient être catégorisées comme suit :

- traditions culturelles, notamment celles des sociétés rurales, à travers l'initiation et les modèles de mariage, le statut des femmes, les mutilations traditionnelles et les épreuves de courage, le pouvoir et l'influence des chefs traditionnels, etc. ;
- croyances religieuses, en relation avec les règles éthiques et morales envers soi-même, envers les autres, les pauvres et les malades, avec des croyances et pratiques parfois magiques et des méthodes de guérison traditionnelles (qui méritent d'être analysées et évaluées attentivement);
- représentations de la santé, de la vie et de la mort;
- normes et pratiques culturelles concernant la sexualité.

Tous ces aspects doivent non seulement être pris en compte dans les politiques et l'action de prévention et de traitement du VIH/SIDA, mais être complètement intégrés en tant que moyens pour construire des réponses efficaces, pertinentes et durables à ce défi.

### **3. Motivations au changement**

Le fond du problème est l'identification et la mobilisation des motivations des populations, ce qui peut les pousser à modifier leurs comportements de leur propre initiative et dans leur propre style. Malheureusement, conformément aux observations et au jugement des spécialistes médicaux de haut niveau et d'IEC, y compris les enseignants et des communicateurs, le contenu actuel des messages - destinés à permettre une compréhension claire des origines et des manifestations de l'infection -, touche le public en termes exclusivement intellectuels, que les élèves et les étudiants peuvent facilement mémoriser, mais qu'ils n'intègrent et ne s'approprient pas pour les appliquer dans la vie. La compréhension du message n'entraîne donc pas la conviction intérieure pouvant décider les gens à modifier leurs pratiques sexuelles et non sexuelles relatives au VIH/SIDA. C'est dans ce sens que les références et des ressources culturelles des communautés, groupes et individus prennent toute leur importance.

### **4. Mobilisation de masse : du devoir au consensus**

Il est actuellement fondamental de faire une distinction claire entre, d'une part, l'action et la réaction institutionnelle et, d'autre part, la réponse de la société :

- a) Les structures et agents institutionnels, par leur culture professionnelle, jouent certainement un rôle dans l'interprétation des instructions des décideurs. Les différents niveaux institutionnels et leur personnel doivent exécuter ces instructions, qu'ils comprennent et intègrent en fonction de leur formation et de leur expérience, en d'autres termes, de leur culture institutionnelle, y compris les politiques et les projets de prévention et du traitement du VIH/SIDA. Repenser l'exécution des plans et des instructions par la voie descendante ("top-down") pour adapter leurs méthodes de travail aux cultures des populations et à leurs habitudes de vie représenterait donc pour eux une

reconversion fondamentale. Des méthodes et programmes innovateurs de formation/sensibilisation doivent donc être développées à cet égard.

- b) Comme l'ont prouvé plusieurs exemples des études par pays (cités à divers endroits dans ce document), la société civile a besoin de recourir à ses propres références et ressources culturelles, pour modeler sa réponse au défi et à la pression institutionnelle visant à changer ses comportements. Cette réponse sera construite sur la base du consensus des groupes et des individus, de l'acceptation, de la conviction, des motivations, plus précisément en fonction des références et ressources culturelles (connaissances et perceptions, traditions, croyances et normes de comportement) et des nouvelles pratiques culturelles répondant aux contraintes et à l'évolution de l'environnement socio-économique.

C'est pourquoi les ensembles de projets communautaires locaux devront être mis en place sur une base réellement participative, en impliquant les acteurs importants : informateurs et familles qui jouent un rôle clef au niveau local, y compris les séropositifs et même les malades. Les gens ne se mobilisent que si les contacts se font directement avec eux et s'ils sont traités sur un pied d'égalité. En conséquence, information/éducation/communication (IEC) doivent être adaptées aux connaissances des gens, à leurs systèmes de valeurs et culturellement acceptables pour eux. Cette action ne sera efficace que si elle est conçue comme un système d'échange d'information, où leurs valeurs et connaissances seront intégrées aux données et explications médicales modernes. Les messages devront être formulés et transmis dans le langage et le vocabulaire des populations locales. En ce qui concerne le rôle des médias, ceux-ci n'ont qu'un impact limité, du fait des aspects trop généraux et parfois contradictoires de leur programmation. Les radios locales sont donc mieux adaptées aux besoins locaux spécifiques : langage, terminologie, mentalités, modes de pensée.

- c) En matière de mobilisation, le rôle des communautés religieuses, des mouvements sociaux (femmes, jeunes, associations sportives, etc.), des syndicats d'entrepreneurs et d'employés sera essentiel. Ceux-ci privilégient la diffusion de leurs propres valeurs et considèrent que les activités de prévention et de traitement du VIH/SIDA font partie de leur mandat et missions au niveau à la fois spirituel, éthique et pratique.
- d) De même, les chefs communautaires, plus spécifiquement les guérisseurs traditionnels, qui oeuvrent dans le cadre des structures culturelles locales, doivent être consultés pour envisager une éventuelle coopération avec eux et le système médical et éducatif de type moderne. Il est indispensable de prendre en compte leur rôle dans la prévention et le traitement, car un grand nombre de personnes les consultent quand elles craignent d'avoir été infectées ou sont effectivement séropositives, cherchant non seulement de remède, mais aussi un soutien social et psychologique. Ils jouent un rôle reconnu en Afrique du Sud et au Zimbabwe.
- e) Au niveau individuel, conseiller l'abstinence, la fidélité dans le couple et l'utilisation des préservatifs pose des questions pratiques et morales complexes. Ces conseils ne seront acceptés que si les principes reconnus par les populations, leur culture sociale et leurs conditions réelles de vie sont compatibles avec ces exigences. La même difficulté apparaît en ce qui concerne la transmission de l'infection et de la maladie au(x) partenaire(s) sexuel(s). Avouer cette situation revient à briser les tabous et les modèles, perdre son prestige. En outre, il se peut que les règles familiales traditionnelles imposent le silence sur ce sujet.

- f) Quant aux groupes à risque ou, ce qui est plus exact, aux groupes culturellement et socialement en danger, il est évident que les facteurs socio-économiques, éducationnels et culturels entrent en interaction de manière spectaculaire avec les questions médicales et sanitaires proprement dites. Ces groupes sont mis en danger par divers types de difficultés simultanées, qui entraînent des effets de déstabilisation et de marginalisation : chômage massif, absence ou insuffisance du logement, détresse, manque d'éducation.
- g) Chacun de ces facteurs est aggravé par la déstabilisation générale sociétale/culturelle liée aux transformations sociales, au développement technologique, à la crise économique et politique, au processus de mondialisation. Ce dernier entraîne migrations, déclin rural, instabilité dans certains pays et régions, prééminence des activités économiques de production, urbanisation rapide, opposée au rythme plus lent requis par les cultures et les sociétés pour mettre en place de nouvelles configurations répondant au besoin de changement.

Dans ce contexte, les pratiques à risque, le refus des préservatifs, l'abus et le trafic de drogues, l'alcoolisme, la violence sexuelle ou toutes les autres formes de violence, la prostitution et le proxénétisme sont des aspects des sous-cultures émergentes qui résultent des efforts pour survivre dans un monde de pouvoir brutal et purement matérialiste. Etant donné que ces sous-cultures peuvent constituer des obstacles sérieux pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA il est nécessaire d'en tenir compte pour atteindre des résultats significatifs dans la lutte contre l'épidémie.

C'est sur cette base que les lignes majeures des stratégies doivent être définies et spécifiées dans l'approche culturelle (par exemple, après une analyse approfondie et la compréhension des fondements culturels des motivations des populations), afin de faire plus usage des références et des ressources culturelles pour assurer l'efficacité, la pertinence et la durabilité des actions suivantes :

- lancer une mobilisation de masse dans le cadre des institutions, de la société, des familles et des populations;
- accroître la prise de conscience par la population du besoin de changement dans leurs comportements;
- développer les relations de proximité entre les institutions de prévention/traitement et les populations;
- élaborer et utiliser des messages et des processus d'IEC culturellement appropriés;
- coopérer avec la société civile, les communautés religieuses et les chefs traditionnels;
- mettre en oeuvre des projets de prévention et de traitement fondés sur les communautés locales;
- élaborer ou adapter des systèmes de formation pour les planificateurs, les fonctionnaires, les employés des médias, les éducateurs scolaires ou non scolaires, les travailleurs sociaux et le personnel médical;
- encourager la nouvelle création liée au VIH/SIDA (matériel créatif de prévention/information, création littéraire et artistique sur le sujet) et mieux articuler la prévention et le traitement avec la vie sportive;
- accorder une attention particulière aux groupes à risque ;
- examiner de manière plus approfondie les "zones grises".

## **VI. ENSEIGNEMENTS ET RECOMMANDATIONS**

### **1. Identification des problèmes de fond et à long terme**

Les études nationales réalisées en Afrique australe (Angola, Malawi, Afrique du Sud, Ouganda, Zimbabwe), aux Caraïbes (Cuba, République Dominicaine, Jamaïque) et en Asie de Sud-Est (Thaïlande) rendent compte, plus ou moins complètement, des situations nationales concernant la prise en considération des aspects culturels et de l'action institutionnelle pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Les études de cas approfondies menées dans certains de ces pays montrent les interactions entre les cultures, le VIH/SIDA et le développement, identifiant par ce moyen les groupes culturellement fragiles ainsi que la signification et l'importance des références et des ressources culturelles qui peuvent être mobilisées pour mettre en oeuvre des actions efficaces de prévention et de soins.

Les conclusions tirées des études nationales sont synthétisées ci-dessous. Nombre d'entre elles figurent à la fin de ces études. Conclusions et recommandations seront utilisées pour les propositions méthodologiques d'élaboration des projets.

#### **1.1. Les interactions entre culture, VIH/SIDA et développement : fondement de toute action pertinente et efficace**

- **L'expansion de l'épidémie du VIH/SIDA est étroitement liée aux grands problèmes du développement** (surtout dans les pays en développement et ceux qui sont sérieusement frappés par la crise économique internationale), ainsi qu'aux **interactions complexes de ces problèmes, en termes de crise des systèmes des valeurs ou de la réaction dynamique des populations de ces pays en fonction de leur culture** (v. ci-dessous une description plus complète). Les situations les plus frappantes sont les suivantes :
  - le commerce multiséculaire d'esclaves et la colonisation de l'ensemble de la région africaine (conséquence de l'apartheid en Afrique du Sud) et, pendant les dernières 30 années, le déséquilibre durable et croissant des relations Nord/Sud;
  - les conflits violents internes ou entre pays, les guérillas, les révolutions politiques latentes, dans plusieurs parties de toutes les régions;
  - les inégalités économiques, sociales, éducationnelles et sanitaires, les insuffisances des politiques de santé, dans l'ensemble des régions ;
  - le tourisme sexuel, entraînant un haut niveau de prostitution, surtout parmi les jeunes (par exemple en République Dominicaine, Thaïlande, dans certains pays du Sud méditerranéen).
- Un autre grand problème est l'extrême pauvreté dont les conséquences sont:
  - la durée de vie et le taux de mortalité des enfants encore critiques;
  - la croissance démographique déterminant d'immenses déséquilibres entre les revenus des familles;
  - de grandes disparités entre régions et communautés (par exemple, les communautés blanches et noires en Afrique du Sud), entre minorités privilégiées

et sous-privilégiées dans plusieurs pays, ainsi qu'entre majorités et minorités culturelles (par exemple, les populations tribales en Asie du Sud-Est).

- Développement social inéquitable :
  - différences dans l'accès à l'éducation entre filles et garçons, entre enseignement et scolarisation primaire, secondaire et supérieure ;
  - inégalités sanitaires relatives aux maladies graves (infections et autres problèmes de santé dus à la malnutrition) et au manque d'hygiène;
  - haut niveau du chômage, surtout parmi les jeunes et les femmes;
  - persistance des problèmes fondamentaux d'égalité entre les sexes.
- Déficiences et faiblesses des systèmes institutionnels nationaux:
  - guerres perpétuelles, guerres civiles et autres conflits violents;
  - déséquilibre du pouvoir décisionnel interne/externe économique et socio-politique des situations nationales;
  - poids excessif des contraintes d'ajustement structurel dans les politiques nationales pour le développement social, y compris la santé ;
  - manque de communication entre les autorités publiques et la société ;
  - déséquilibre dans les allocations budgétaires au niveau national (politiques de santé insuffisamment budgétisées).

### **Conclusion :**

Toutes ces disparités soulèvent des obstacles sérieux dans le combat contre le VIH/SIDA. Les causes en sont : le besoin d'un environnement favorable en termes de politiques bien structurées et budgétisées, la nécessité d'un système légal cohérent et respecté, la mise à disposition des services médicaux gratuits et facilement accessibles, la prééminence évidente des préoccupations de survie quotidienne, les difficultés éducationnelles et culturelles de compréhension et d'appropriation de l'information médicale et sanitaire moderne.

**Néanmoins ces facteurs par eux-mêmes ne peuvent pas expliquer complètement l'expansion de l'épidémie.** C'est pourquoi il est nécessaire d'examiner le rôle des aspects culturels spécifiques dans leur interaction avec les problèmes généraux du développement.

### **1.2. L'impact sociétal et culturel du changement socio-économique: un facteur aggravant dans l'expansion de l'épidémie**

La prédominance des stratégies de rentabilité maximale à court terme, dans le cadre de l'économie de marché mondialisatrice, entraîne des changements profonds dans l'équilibre du développement multisectoriel. L'une des conséquences de ces changements est l'importance des mouvements de population, à l'intérieur d'un même pays ou des pays économiquement pauvres vers les pays prospères. Ce processus introduit de nouvelles pratiques culturelles et systèmes de valeurs comme moyens d'auto-protection et d'effort individuel ou collectif dans la vie quotidienne. Les exemples les plus saisissants de cet impact culturel sont les suivants :

- **Déclin rural**, par suite de la multiplication des grandes fermes de production et l'appauvrissement de la petite paysannerie de plus en plus fragile (agriculture de subsistance), entraînant l'émigration des jeunes vers les grandes villes et les pays étrangers et aboutissant à la perte de leurs références culturelles, des modèles familiaux et de vie (voir encadré "Thaïlande: profonde crise familiale dans les régions les plus pauvres").
- **Explosion urbaine**, accroissement de l'habitat minable et des sans-abris, prolétarianisation des immigrants et des travailleurs en général, apparition de nouvelles sous-cultures urbaines : violence, dépendance des drogues et alcoolisme, prostitution forcée et irresponsabilité sexuelle.
- **Augmentation du déséquilibre entre les sexes**, avec un nombre croissant d'hommes dans les villes, et de femmes abandonnées, dans les zones rurales, devant souvent assumer seules le poids de la famille (grand-parents et enfants); un manque absolu de ressources, entraînant la déstabilisation des structures familiales, la promiscuité croissante et l'émigration des femmes vers les villes, sans perspectives de travail.

### 1.3. L'impact socio-économique, sociétal et culturel du VIH/SIDA : le cercle vicieux

- Perte du travail : difficultés économiques et même effondrement individuel et familial;
- Exclusion sociale: rejet du groupe, rupture des liaisons familiales, sociales et culturelle;
- Manque de communication interpersonnelle et des personnes au groupe : difficultés pour avouer l'infection pour de nombreuses raisons (tabous, réputation, intimité, culpabilité envers le partenaire, peur des autorités) ;
- Difficulté d'accès au personnel médical ou aux centres médicaux; ces problèmes sont à la fois matériels (services et personnel sont souvent loin des zones d'habitation des populations) et culturelles (la médecine moderne est considérée comme étrangère et non fiable, la médecine traditionnelle étant regardée comme plus compréhensible et plus rassurante).

## 2. Références et ressources culturelles à examiner :

### 2.1. Traditions culturelles :

- Les traditions culturelles donnent le sentiment d'appartenance à une communauté et l'estime de soi conséquente (il n'y a pas d'approche purement individualiste dans les pays non occidentaux).
- Néanmoins, quelques traditions peuvent être considérées comme des facteurs de risque comme, par exemple :
  - la circoncision et l'excision;
  - la polygamie, fréquente dans les sociétés agraires, disparaissant graduellement avec le développement économique et la modernisation, mais de plus en plus remplacée par des pratiques sexuelles multipartenaires, notamment dans le cas des migrants et des professions itinérantes, (surtout chez les hommes), accroissant ainsi l'intensification de la prostitution permanente ou occasionnelle;

- la violence sexuelle contre les femmes, les filles et les enfants, parfois dans le cadre de la famille (comme rituel de passage, pratique de "nettoyage" des maladies sexuelles ou démonstration "sauvage" du pouvoir masculin, surtout dans les sous-cultures urbaines);
- le sentiment de supériorité de l'homme et le "machismo" ostensible, surtout dans les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes, où ils sont associés à la misogynie et à l'homophobie (v. l'encadré "Jamaïque : masculinité, colonialisme et homophobie").

## 2.2. Croyances religieuses

- Les croyants et les chefs religieux peuvent pratiquer la compassion et le réconfort moral des personnes malades; c'est le cas, par exemple, de certaines communautés de moines des pays bouddhistes, des missionnaires chrétiens et des prêtres ou pasteurs de certains pays d'Afrique australe ou d'Amérique latine, et de certains imams dans les pays musulmans.
- Les croyances religieuses aident les gens à préciser leurs sentiments concernant leur destin et leur avenir, à travers la conviction de l'existence des forces surnaturelles: est-ce que cela les amène à perdre confiance dans leurs propres capacités ou, au contraire, à construire une image plus complexe des questions existentielles ?
- Elles stimulent de nouvelles solidarités par la création d'associations, de mouvements, de réseaux (ONG parmi d'autres) et peuvent fournir des opportunités importantes pour les projets impliquant les communautés locales.
- Les croyances religieuses constituent le fondement des systèmes des valeurs éthiques, surtout en ce qui concerne les devoirs et la responsabilité envers soi-même et envers les autres. A cet égard, des analyses plus approfondies sur diverses traditions religieuses doivent être menées et dûment mentionnées dans les recommandations concernant la recherche complémentaire à réaliser.
- Elles peuvent également aboutir à des habitudes de consommation différentes et à des tabous alimentaires, par exemple, les boissons alcoolisées ou les drogues hallucinogènes, dans la tradition religieuse islamique.

## 2.3. Culture et santé

### i) Guérisseurs traditionnels :

- la population leur fait confiance grâce à leur capacité à écouter, à conseiller (comme pratique psychothérapeutique) et à guérir (psychosomatique de type chamanique, jusqu'à quelle limite ?) ;
- dans certains cas, ils peuvent intervenir comme intermédiaires culturels entre les populations et ceux qui pratiquent des activités médicales de type moderne (ils sont officiellement considérés comme des assistants médicaux en Afrique du Sud et au Zimbabwe) ;
- les sages-femmes peuvent, elles aussi, jouer un rôle important du même genre.

### ii) Une bonne condition physique (et donc une bonne santé) constitue une valeur traditionnelle : sports populaires et traditionnels, besoin de force physique pour le travail manuel, attraction physique dans les relations affectives/sexuelles.



- iii) Les interactions existantes et celles possibles entre culture et santé, déjà mises en lumière dans le cadre de la Décennie mondiale du développement culturel, pourraient faire l'objet d'un suivi significatif en termes de recherche et projets pilotes. Cette interaction devrait aussi figurer comme thème de recherche dans le suivi des études par pays.

### **3. Recommandations**

Une grand nombre de recommandations pour le développement à venir du projet ont été faites, dans le cadre du travail effectué au niveau régional comme à la fin des séminaires régionaux qui ont eu lieu en Afrique australe, en Asie du Sud-Est et dans les Caraïbes. Certaines de ces recommandations sont d'ordre général, tandis que d'autres sont très spécifiques et techniques. Malgré certaines différences, les principales recommandations concernaient : le contexte du problème et les activités à mener, l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques et des projets (action institutionnelle), les stratégies d'information/éducation/communication, les programmes de formation, la sensibilisation et le renforcement des capacités humaines, la collecte et le traitement des informations et la recherche.

#### **3.1. Contexte**

L'ensemble des recommandations ont mis en évidence la nécessité d'aller au-delà des limites purement sectorielles afin de construire une image plus cohérente et intégrée du problème du VIH/SIDA. En ce sens, l'accent a été mis sur l'importance d'analyser le contexte de la maladie, du point de vue culturel, social et économique.

Ainsi, la proposition d'adapter l'approche culturelle dans les activités de prévention et de traitement a été pleinement reconnue comme indispensable pour mieux comprendre les situations et partant, pour renforcer et améliorer l'efficacité et la durabilité des politiques, programmes et projets futurs. Une attention spéciale a été accordée aux interactions entre les comportements à risque, comme la prostitution, la fragilisation culturelle, le chômage, et le besoin de créer des systèmes informels face aux carences institutionnelles.

#### **3.2. Elaboration et mise en œuvre des politiques et des projets**

La principale recommandation dans ce sens concernait la nécessité d'adapter les politiques et les projets aux situations, aux groupes de populations et à leurs références et ressources culturelles spécifiques. "Une seule taille ne va pas à tous", comme l'a dit le rapport du séminaire en Asie du Sud-Est.

En ce qui concerne le travail de conception proprement dit, un certain nombre de conditions indispensables ont été fixées :

- la compréhension approfondie des situations des populations, les causes et les effets du VIH/SIDA, les possibilités existantes pour mobiliser les communautés dans le combat contre la maladie;
- l'identification précise des facteurs à risque, des besoins, des groupes à risque (jeunes, populations rurales, femmes, minorités les plus pauvres);
- la mise en réseau des institutions travaillant sur le sujet, qu'il s'agisse des instituts de recherche (universités, autres centres de recherche), des organismes publics, des ONGs, etc. ;

- la nécessité d'insérer l'action préventive et les soins relatifs au VIH/SIDA dans des projets plus vastes concernant par exemple l'alimentation en eau, la salubrité publique, le logement, l'éducation, les politiques de santé en général;
- la participation, comme règle de base pour concevoir et réaliser des projets fiables et mobilisateurs, impliquant les mouvements traditionnels ou modernes, les associations, les autorités locales et les communautés, les ONG locales, les personnes malades du SIDA, les groupes et les associations de prostituées et d'homosexuels
- la coordination au niveau national de l'action de prévention et de traitement, entre les institutions publiques, le secteur privé et les ONGs;
- l'encouragement aux initiatives multi-objectifs au niveau des communautés locales, par exemple grâce à des débats des chances de promotion, en étroite coopération avec les chefs communautaires et les "conservateurs de la culture traditionnelle" (auxquels l'information requise doit être transmise dans des conditions d'égalité).

### **3.3. Information/éducation/communication**

Des activités d'IEC doivent être menées à l'intention des groupes à risque. D'autres types d'IEC doivent viser l'ensemble de la population.

En ce qui concerne l'éducation, les actions sont à entreprendre autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école. La coopération entre l'école et les familles doit être renforcée. A cet égard, il faut prendre en considération le rôle de l'éducation religieuse, en recherchant l'harmonisation du discours spirituel et éthique en matière de VIH/SIDA, les relations hommes-femmes, le mariage, la solidarité et la compassion. Les chefs et les guérisseurs traditionnels doivent être impliqués dans cet effort. Les activités de sensibilisation des malades de SIDA doivent également faire partie de l'effort général, afin de prévenir dans toute la mesure du possible, l'extension de l'infection.

L'éducation en matière de VIH/SIDA doit être non seulement médicale, mais aussi éthique, comprenant l'enseignement du "savoir-vivre", de l'égalité des sexes, l'intégration de l'enseignement et de l'apprentissage scolaire dans la vie quotidienne des élèves et dans leur environnement humain.

En ce qui concerne les médias, ils devront développer les programmes culturellement divers, de préférences par la radio. Ils doivent également utiliser l'impact de la musique populaire et des champions de sport comme modèles de comportement responsables.

### **3.4. Formation**

Il faut créer ou renforcer la formation du personnel à tous les niveaux, du niveau de base jusqu'aux centres de décision et décideurs des politiques. Les autorités publiques (civiles, militaires ou religieuses) doivent être sensibilisées à l'approche culturelle de l'épidémie et aux implications culturelles de leurs activités à cet égard. Au niveau local, les chefs des communautés et les guérisseurs traditionnels doivent recevoir toutes les informations nécessaires par un processus de communication bilatéral. Il est également recommandé que le personnel médical respecte la confidentialité et évite les discriminations préjudiciables entre les personnes infectées et malades, en fonction des différences dans leurs comportements sexuels.

### **3.5. Information et recherche**

Il est nécessaire que les données existantes soient rendues publiques et mises à la disposition des chercheurs et des initiateurs des projets et programmes.

L'information doit être aussi précise et récente que possible. Des études approfondies concernant la situation globale des pays doivent être élaborées et mises à la disposition des décideurs politiques et responsables des programmes.

Il serait également utile de rédiger et de publier des recueils des traditions culturelles en relation avec la prévention et le traitement du VIH/SIDA.

Les modèles de comportement sexuel et les pratiques sexuelles courantes, leur apparition et leur évolution devraient aussi faire l'objet d'études et de recherches approfondies.

#### **4. Implications méthodologiques**

Les principes méthodologiques de base sont les suivants :

- procédures de planification montante (bottom-up), à la place des pratiques courantes de planification descendante (top-down);
- processus participatif à tous les niveaux: préparation, réalisation et évaluation des projets et programmes;
- adaptation et ajustement des projets en fonction des situations données;
- cadre chronologique réaliste pour atteindre des résultats significatifs et durables;
- remplacement des documents classiques de planification par des plans-cadres venant des institutions et des "grappes" de projets venant du terrain.

Au niveau instrumental, ces principes entraîneront les changements suivants:

- nécessité de stratégies et politiques globales, multidimensionnelles, trans-institutionnelles et, par conséquent, plus coordonnées et intégrées aux niveaux international et national (principe de base reformulé dans la proposition de Stratégie de l'ONUSIDA pour 2000-2001) ;
- méthodes mieux adaptées pour concevoir, réaliser, réajuster et évaluer les stratégies, les programmes et les projets relatifs à la prévention et aux soins ;
- programmes efficaces de formation/sensibilisation de l'ensemble des professionnels impliqués dans les stratégies et les projets, des décideurs et dirigeants aux cadres et opérateurs de terrain ;
- élaboration des matériels et méthodes d'information/éducation/ communication culturellement adaptés ;
- collecte et traitement des données destinées à éclairer les choix et les pratiques, grâce à des informations sur le contexte sociétal et culturel de l'action menée, par l'élaboration d'indicateurs appropriés et l'enrichissement des informations en retour des communautés locales par rapport aux mesures prises par les centres de décision ;
- évaluation de l'information et de la recherche disponible (documents existants et centres de recherche universitaire et scientifique) non seulement d'ordre purement médical et épidémiologique, mais aussi dans le domaine des sciences humaines, comme l'anthropologie, la sociologie, l'histoire, la géographie, etc.
- identification des autres besoins de recherche, par exemple en ce qui concerne d'autres études nationales à effectuer, d'autres questions critiques à identifier et à analyser, des concepts et instruments complémentaires à définir, des projets-pilotes à concevoir et à mettre en œuvre.

La réalisation de ces tâches, en vue d'une meilleure coordination et l'efficacité de l'action menée à ce jour, dans le cadre des politiques nationales et de l'ONUSIDA de prévention et de traitement du VIH/SIDA, requiert la reconnaissance et la mise en pratique de plusieurs principes de base.



**TROISIEME PARTIE :**

**PROPOSITIONS METHODOLOGIQUES**



**PREMIER CHAPITRE :**

**CONCEPTS ET ORIENTATIONS DE BASE**





## A. CONCEPTS, METHODES ET ORIENTATIONS POUR L'APPROCHE CULTURELLE DE LA PREVENTION ET DU TRAITEMENT DU VIH/SIDA

### 1. Hypothèse de travail

La coordination et l'efficacité des stratégies, des politiques et des projets de prévention et du traitement du VIH/SIDA, et, par conséquent, l'utilisation de méthodes intégrées, flexibles et appropriées, seront mieux assurées si les principes suivants sont pris en considération et observés tout au long du processus d'action :

- a). Le VIH/SIDA n'est pas simplement un problème médical et de santé ; il fait partie des conséquences dramatiques du système complexe d'interactions sociales, culturelles et socio-économiques liées aux échecs et aux distorsions des stratégies nationales et internationales visant le développement humain durable.
- b). Cette observation est le résultat du processus de réflexion conduit depuis la fin des années 1970 par l'UNESCO, en coopération avec la communauté scientifique internationale. Ce processus de réflexion a mené à une nouvelle définition de la culture approuvée par les Etats membres dans la *Déclaration de Mexico sur les Politiques Culturelles, Préambule*, UNESCO, 1982. Conformément à cette définition, "la culture est un ensemble de caractéristiques distinctives spirituelles et matérielles, intellectuelles et émotionnelles, qui définissent une société ou un groupe social. Outre les arts et les lettres, elle concerne les modes de vie, les droits fondamentaux de l'individu, les systèmes des valeurs, les traditions et les croyances."
- c). Parallèlement à ce processus de réflexion et à la recherche méthodologique sur la dimension et l'approche culturelle du développement (Publications UNESCO, 1995 et 1999), la Commission mondiale sur la Culture et le Développement a travaillé à partir de 1992 sur les interactions observées dans ce domaine : son rapport, intitulé *Notre diversité créatrice*, a été publié en 1996. Pour la première fois, une Commission spéciale a donc été mandatée pour examiner les cultures dans leur diversité et leur capacité à répondre de façon créative aux effets homogénéisateurs du développement. Le travail de la Commission a abouti à trois orientations-clé :
  - promouvoir un nouveau paradigme du développement lié aux nouvelles stratégies culturelles ;
  - promouvoir conjointement la diversité culturelle et un ensemble de valeurs partagées;
  - créer les prémisses d'une nouvelle dynamique du changement social.
- d). De même, selon l'Unité commune d'inspection des Nations Unies, les conditions fondamentales pour la mise en place d'un développement humain durable ne seront remplies que lorsque le développement "sera ancré dans les systèmes endogènes de rationalité, de façon à permettre aux populations locales à libérer leurs propres énergies créatives pour prendre le contrôle du processus de modernisation (*Nouvel Agenda des Nations unies pour le développement en Afrique pour les années 1990*, Unité commune d'inspection des Nations unies, 1995).
- e). L'adoption d'une approche culturelle du développement nécessite donc que deux conditions, dérivées de la définition de la culture de l'UNESCO à Mexico, soient remplies:

- pour des raisons pratiques et éthiques, fonder le développement sur les mentalités, traditions, croyances et systèmes de valeurs, dans la mesure où, si ceux-ci ne sont pas correctement identifiés, ils peuvent empêcher les changements nécessaires et interfèrent en tout état de cause avec l'action menée ;
  - sur la même base, mobiliser les ressources culturelles des populations, pour bénéficier de leur aide en vue d'aboutir, par l'identification commune des besoins et des actions, à la mise en oeuvre des changements dans la pensée et les comportements relatifs à la sexualité.
- f). Dans le même sens, les politiques et les méthodes de prévention et du traitement du VIH/SIDA seront améliorées et plus efficaces si elles sont culturellement adaptées (acceptées et pertinentes), comprises et appréciées (culturellement intégrées) par les personnes et les groupes concernés, et en accord avec les systèmes de priorité des populations, entraînant une meilleure prise de conscience de leur responsabilité propre et la volonté de se mobiliser pour arrêter l'épidémie.

## **2. Besoins de réajustement des outils employés :**

Sur la base de ces principes, il est crucial de réviser et d'élaborer de nouvelles méthodes d'action institutionnelle à divers stades :

- planification des programmes et des projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA;
- élaboration de matériel d'information/éducation/communication et de méthodes d'enseignement/apprentissage culturellement adaptés;
- réorientation analogue de la formation initiale et périodique des personnels impliqués professionnellement dans ces activités.

Au niveau méthodologique, la disponibilité d'informations et d'indicateurs pertinents fait également partie des instruments nécessaires pour l'amélioration des procédures et des habitudes de travail actuelles. Leur élaboration et leur perfectionnement requièrent la poursuite de la recherche pédagogique dans les années à venir, de manière à mieux comprendre, au delà des questions purement médicales, les obstacles sociétaux et culturels d'ensemble à surmonter et les mesures significatives à prendre dans la lutte contre l'épidémie.

## **3. Conditions méthodologiques**

- a) Toute stratégie ou projet de prévention et de traitement du VIH/SIDA doit être élaboré, non seulement comme un ensemble autonome et interne d'objectifs, d'activités, de modalités et de moyens, destinés à résoudre un problème médical dans des conditions médicales, mais dans le cadre plus large des initiatives de développement, pour mieux comprendre le contexte de l'action médicale et institutionnelle à mettre en place, grâce à une meilleure réflexion sur les interactions et l'approche transdisciplinaire nécessaire, afin d'améliorer l'efficacité des interventions spécifiques.
- b) La préparation, la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies, politiques et projets, l'évaluation culturellement appropriée (et les implications correspondantes) des besoins et des ressources locales doivent être réalisées à toutes les étapes, non seulement en ce qui concerne le matériel et le personnel, mais aussi les ressources culturelles qui peuvent être mobilisés en ce sens.

- c) Stimuler, parmi les populations, une meilleure compréhension du problème, en termes cohérents avec leurs cultures et le sentiment d'accorder une haute priorité au problème du SIDA, en développant leur propre sens de la responsabilité et en concentrant leur énergie sur une mobilisation générale de leurs moyens.
- d) La préparation des stratégies, des politiques et des projets doit également inclure une évaluation équilibrée des moyens d'action nécessaires, internes ou externes, fondés à tous les niveaux sur un élan participatif généralisé.
- e) La validité des projets peut être évaluée de façon indiscutable par leur mise en oeuvre sur le terrain. C'est fonction de celle-ci que les documents de planification doivent être consolidés ou adaptés.

## **B. ENVERGURE ET OBJECTIFS SPECIFIQUES DU MANUEL**

### **1. Pourquoi proposer un manuel d'élaboration de projets concernant le VIH/SIDA fondé sur l'approche culturelle ?**

Ce Manuel a été élaboré dans le cadre du projet conjoint de l'UNESCO/ONUSIDA intitulé *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA*. Il est destiné à rendre plus efficaces et plus pertinentes les méthodes utilisées actuellement pour prévenir l'expansion du SIDA et pour humaniser le traitement des malades grâce à une meilleure compréhension et à la prise en compte véritable des références et des ressources culturelles des populations.

Les propositions de ce Manuel portent sur l'utilisation de l'approche culturelle; aux différents niveaux de la définition des politiques, de l'élaboration des projets, des stratégies d'information/éducation/communication (IEC), de la formation des ressources humaines, de la collecte des données et de la recherche.

### **2. Qu'est-ce que l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA pour le développement humain durable?**

On admet de plus en plus le principe que, au-delà de ses dimensions économiques, scientifiques et technologiques, le développement possède une dimension culturelle fondamentale et que les facteurs culturels doivent être pris en considération dans les stratégies et dans la planification du développement.

Envisager une approche culturelle représente un nouveau pas en ce sens, puisque cette fois la culture doit être considérée comme le fondement de toute transformation économique et sociale, si l'on veut promouvoir un véritable développement humain durable. La durabilité est en effet la condition indispensable de toute action de développement, si l'on veut en faire la pratique normale, pour laquelle les acteurs locaux prendront en temps utile leurs responsabilités.

En ce qui concerne **la prévention et le traitement du VIH/SIDA**, l'approche culturelle signifie que les spécificités culturelles des populations (modes de vie, système de valeurs, traditions et croyances, droits fondamentaux des personnes) seront prises en compte en tant que références-clé pour la planification de politiques appropriées. De même, les ressources culturelles doivent être considérées comme le fondement nécessaire pour la mise en place d'une action visant à susciter des changements profonds et durables dans le comportement des

populations, dans le cadre plus large de l'amélioration générale de leurs conditions de vie. Par ailleurs, les taux actuels élevés de mortalité des personnes actives dans les pays en développement compromettent sérieusement les stratégies politiques et les programmes d'avenir dans tous les domaines de la transformation économique et sociale, puisque le manque de ressources humaines peut mener à l'effondrement du processus de développement.

Pour ces deux raisons, la durabilité est la condition-clé du succès de la prévention et du traitement du VIH/SIDA et du changement effectif des niveaux de vie des populations. A leur tour, des conditions de vie normales sont à la fois un impératif pour le développement humain et une exigence pour atteindre des résultats significatifs dans le combat contre l'épidémie.

### **3. Quels sont les concepts, méthodes et orientations proposés par ce Manuel ?**

Ce Manuel propose des concepts, critères et instruments méthodologiques pour adopter une approche culturelle dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des stratégies et des projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA.

Ces propositions seront présentées comme suit :

- I. Analyse de situation
- II. Réponse appropriée : stratégies et projets
- III. Information/éducation/communication culturellement adaptées
- IV. Formation et recherche.

**CHAPITRE II :**

**ANALYSE DE SITUATION**



## **A. EVALUATION PRELIMINAIRE A FONDEMENT CULTUREL**

L'approche culturelle proposée ici peut sembler, à première vue, dans la situation actuelle de la pandémie, une priorité secondaire et en contradiction ouverte avec les politiques et les méthodes d'action utilisées jusqu'à présent.

L'idée même de planification dans les différents domaines du développement, y compris de prévention et le traitement du HIV/SIDA, implique l'identification d'un ensemble d'objectifs qui entraîneront logiquement une série d'actions et activités clairement programmées et définies. Pour les réaliser, on établit un budget et un échéancier détaillés, en conformité avec les critères de l'efficacité médicale et sanitaire, avec les pratiques et les procédures administratives et budgétaires, fondées sur le principe de la "productivité" directe et le besoin, légitime du point de vue institutionnel, de produire des résultats quantifiés et visibles à court terme.

Une telle approche est directement dérivée des méthodes de l'analyse économique, instrument clé dans la culture des pays industrialisés, et quelquefois utilisée trop systématiquement dans les politiques et programmes de développement social, même au niveau international.

Ces concepts et principes peuvent paraître pleinement adaptés à la maîtrise d'une menace mondiale comme le VIH/SIDA. Ils ont cependant échoué dans leur effort pour susciter les changements de comportements nécessaires à la lutte contre l'épidémie. En fait, ils sont en contradiction directe avec les conditions requises pour mettre en œuvre l'approche culturelle, afin d'assurer la pertinence et la durabilité de l'action menée pour faire front à ce défi particulier, ainsi qu'aux problèmes de développement en général.

Les situations sur le terrain, la continuité et le changement des cultures seraient mieux compris et traités par la prise en compte de concepts tels que la complexité, le désordre apparent, les modes d'organisation informels, les processus d'évolution historique, les diversités géo-culturelles et surtout l'interaction générale entre les acteurs, les facteurs, les niveaux et les domaines d'action.

Ils dépendent étroitement de l'analyse des besoins et situations dans leur complexité et de la notion apparemment imprécise de besoin et même des priorités à établir pour la programmation des actions. A cet égard, il est crucial de faire une évaluation approfondie de la situation existante avant de définir un projet. Ce dernier sera d'autant plus efficace qu'il sera fondé sur une approche culturelle, nécessaire pour une compréhension approfondie des comportements et motivations des populations.

Etant donnée la coexistence de ces concepts et méthodes, quiconque désire adopter une approche culturelle dans la prévention et le traitement de l'épidémie doit d'abord se poser une série de questions qui peuvent être synthétisées dans une liste de contrôle destinée à l'évaluation préliminaire.

### **1. Liste de contrôle de l'évaluation préliminaire**

- a) **Comment peut-on évaluer la situation initiale en termes culturels?** Quelles sont les possibilités et le contexte de l'intervention extérieure envisagée? Par quelles voies et moyens pourrait-elle accompagner ou renforcer le processus intérieur de changement déjà en cours et la recherche des solutions? Quels types d'analyse et d'évaluation devraient être appliqués à l'intervention extérieure?



- b) **Quelle est le meilleur équilibre du travail** entre les acteurs extérieurs et locaux et comment peut-on y aboutir ?

Ces problèmes pourraient être abordés, pour l'évaluation préliminaire comme tout au long du processus de préparation et de mise en œuvre des stratégies et des projets, selon les orientations suivantes :

- a) **Les initiateurs extérieurs** doivent identifier les besoins "objectifs" par un processus participatif, fondant la réponse à une demande de soutien, la recherche de solutions aux problèmes soulevés par une communauté donnée ou ses représentants, grâce à un dialogue culturellement adapté.
- b) L'identification des **problèmes** et la mise en œuvre des **solutions** doit être réalisée de préférence par le **groupe**, avec une aide extérieure, plutôt que par une intervention extérieure exclusive qui pourrait affaiblir ou compromettre l'approche culturelle.
- c) Le but, la durée et l'étendue de l'intervention extérieure ne devront pas être fixés de façon rigide **à l'avance**, mais plutôt déterminés **à différents stades** d'avancement des programmes, selon des **orientations générales** fixées par les institutions extérieures, de façon à permettre aux diversités sociétales et culturelles de s'exprimer.
- d) La décision et les critères concernant l'évaluation du succès de l'intervention extérieure et sa poursuite ou son arrêt doivent être déterminées en coopération avec la population locale.
- e) La responsabilité dans l'utilisation des ressources extérieures doit revenir aux institutions responsables, mais la population locale doit être informée des résultats en termes faciles à comprendre, afin de leur permettre d'avoir une vue plus claire des moyens d'action mobilisés.

## 2. Informations nécessaires

Comme le rappelle brièvement l'ouvrage de l'ONUSIDA *Guide de planification stratégique de la réponse nationale au VIH/SIDA*, pour qu'une analyse de la situation soit utile dans la mise en place de politiques appropriées de prévention et soin, elle doit traiter les problèmes suivants :

- 1) Quel est le contexte social, économique et culturel de l'épidémie dans un pays donné ?
- 2) Quels sont les groupes ou les comportements qui rendent les gens vulnérables à l'infection ou favorisent le développement de la maladie, comment et pourquoi ?
- 3) Au-delà des comportements, quelles sont les causes sociales, économiques et culturelles sous-jacentes ?
- 4) Quels sont les facteurs qui jouent sur la propagation de la maladie et le soutien aux personnes infectées et à leurs familles ?

Par l'explication des situations actuelles, l'analyse aidera à :

- 1) Identifier les possibilités de changement ;
- 2) Mettre en place des partenariats :
  - dans le secteur public (approche trans-sectorielle);
  - entre organismes publics, privés et communautaires ;
- 3) Mobiliser un large éventail de personnalités, leur savoir-faire et leurs ressources dans l'action conjointe à mettre en place pour combattre le VIH/SIDA.

### **3. Termes de référence de l'évaluation préliminaire**

Pour l'évaluation préliminaire, des analyses par pays et des études de cas approfondies doivent être réalisées sur la base de termes de référence cohérents et pertinents.

A partir de la documentation et des enquêtes déjà disponibles dans les institutions de recherche universitaires et autres, et en complétant ces données par de nouvelles évaluations et enquêtes, les problèmes suivants doivent être analysés:

- a) les interactions actuelles entre l'évolution du virus et les processus de développement socio-économique : crise économique, mondialisation, altérations de l'environnement, tourisme de masse, développement rural/urbain, guerres civiles et internationales, pauvreté, migrations, exclusions liées au sexe et à l'âge, chômage, déficiences des politiques de l'éducation et de la santé, abus des drogues et de l'alcool, violence urbaine et suburbaine ;
- b) les traits, références et ressources culturels, y compris les valeurs religieuses, sociétales, culturelles, éthiques, les tabous, les structures familiales et de pouvoir, le rôle des sexes et les normes relationnelles, systèmes de mariage (monogamie/polygamie), normes sexuelles et pratiques légitimées, représentations de la santé et de la maladie, vie/mort, temps et avenir, qui entrent en interaction avec la prévention ou l'expansion du virus et les soins médicaux et non médicaux aux personnes infectées ou malades ;
- c) les besoins spécifiques des groupes à risque défavorisés économiquement, socialement et culturellement (femmes, filles, enfants, pauvres, réfugiés, minorités, travailleurs sexuels), et les possibilités de traiter leurs problèmes dans une approche culturelle ;
- d) la déstabilisation en cours des références et des ressources culturelles et sociétales des populations et, plus spécifiquement, l'évaluation de leur rôle actuel et possible pour assurer la pertinence et l'efficacité des actions de prévention et traitement.

L'évaluation préliminaire doit également inclure une analyse institutionnelle et des études de cas, afin de fournir des informations pertinentes sur l'action menée jusqu'ici par elles, en ce qui concerne les aspects suivants :

- Les modalités et l'ampleur de la prise en considération des références et des ressources sociétales/culturelles d'une population donnée dans les programmes et projets de prévention, détection et traitement, en mettant l'accent sur les activités d'information/éducation/communication (IEC);
- Les exercices d'auto évaluation existants et possibles dans les institutions, en vue de la révision de leur culture et pratiques professionnelles et administratives, afin de mieux les adapter à l'environnement effectif de leur travail et d'organiser périodiquement des programmes, séminaires-retraites et sessions de formation et de perfectionnement ;
- Identifier les zones d'ombre et les problèmes prioritaires pour la recherche liée à la planification stratégique.

### **4. Quels instruments peut-on utiliser?**

#### **4.1. Evaluation de l'information existante**

- a) L'analyse de situation peut inclure l'évaluation des sources de documentation/information existante, en matière de recherche scientifique disponible ou en utilisant les documents

institutionnels (études de planification ou documents techniques, guides méthodologiques – pour les décideurs, responsables de projets, opérateurs de terrain), programmes de formation, évaluation et rapports d'évaluation, rapports de veille, documents de politiques, programmes et projets actuels concernant la prévention et le traitement.

La recherche scientifique proprement dite devra commencer par une révision bibliographique des études et des publications liées à l'épidémie et rédigées par les institutions publiques et privées. La recherche effectuée sur le sujet ou les problèmes afférents est loin d'être bien exploitée.

b) Pour compléter cette recherche de documentation/information, il peut être nécessaire de recourir au processus d'entretien/évaluation :

- entretiens avec des personnes en charge des actions de prévention et de traitement ;
- entretiens sur l'action institutionnelle avec des représentants ou organes représentatifs des populations cibles ;
- évaluation des documents complémentaires ;
- si nécessaire, seconde série d'entretiens pour la compréhension approfondie de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de l'action institutionnelle de prévention et de traitement.

Cette évaluation de l'information/documentation et les entretiens afférents porteront sur les sujets suivants :

- évolution récente de l'épidémie (mise à jour de l'information concernant la situation économique, sociétale et culturelle des personnes infectées et malades) ;
- situation actuelle de l'action institutionnelle de prévention et de traitement à tous les niveaux (institutions internationales/nationales, ONGs), concernant la prise en considération des références et des ressources culturelles, des lacunes et des doubles emplois dans le travail inter-institutionnel ;
- études de projets réussis et innovateurs (enseignements et conditions de reprise dans d'autres situations) ;
- nouveaux concepts et orientations pour les stratégies et politiques à venir.

## **4.2. Evaluation de l'action institutionnelle récente**

### **a) La situation actuelle**

(i) *Expansion croissante et accélérée de l'épidémie* :

- A la fin de 1999, 34,3 millions de personnes dans le monde étaient séropositives, 5,4 millions d'entre elles ayant été infectées en 1999.
- La moitié des nouvelles infections frappent les jeunes, âgés de 15 à 24 ans.
- L'épicentre mondial du SIDA continue d'être l'Afrique sub-saharienne : 24,5 millions de personnes infectées depuis le début de l'épidémie et 2,2 millions de morts en 1999 ;
- Aux Etats-Unis, le nombre de personnes qui meurent du SIDA a diminué des deux tiers depuis 1995, grâce aux compositions antirétrovirales, mais le progrès de la prévention reste stagnant en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest ;

- Dans de nombreux pays asiatiques et de l'Europe de l'Est, où l'épidémie est apparue plus tard, le virus gagne rapidement du terrain ;
- En Amérique Latine, l'infection se concentre dans les groupes homosexuels masculins et les consommateurs de drogues, tandis que la transmission par les rapports sexuels hommes/femmes se développe.

(Source : ONUSIDA, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, 2000).

*(ii) Action médicale pour le dépistage et le traitement :*

- Les centres de recherche en Occident ont fait des progrès significatifs dans l'action médicale pour le dépistage et le traitement du VIH/SIDA.
- Néanmoins, malgré la baisse récente des prix des médicaments, ce traitement n'est pas disponible partout, ni aisément accessible aux populations ou pays pauvres. A l'exception de cas isolés, la plupart se voient proposer uniquement des préservatifs (là et quand ils sont accessibles et bon marché ou gratuits), et recommander avant tout l'effort personnel pour changer leurs comportements (v. les conclusions de la Conférence de Lusaka sur le VIH/SIDA en Afrique).
- Même dans les pays occidentaux, les contraintes du traitement médical (médication lourde, traitement à long terme, détérioration des conditions de vie) entraînent une perte de confiance et de motivation chez certains malades, dont les systèmes de valeurs sont par ailleurs souvent trop faibles pour les inciter à faire des projets d'avenir.

*(iii) Comment les aspects culturels de la prévention et du traitement du VIH/SIDA sont-ils pris en compte dans les programmes et projets institutionnels actuels?*

De façon générale, il apparaît que les aspects culturels sont peu pris en considération dans l'action institutionnelle de prévention et de traitement, sauf comme des obstacles pour les méthodes actuelles de traitement et d'information. Bien que toutes les études par pays aient démontré que l'approche étroitement épidémiologique est fréquemment inefficace, la coordination inter-institutionnelle est encore insuffisante pour assurer une stratégie mieux intégrée.

**Malawi: évaluation de l'action institutionnelle**

Reconnaissance de l'importance de la culture

Beaucoup d'organisations du Malawi sont impliquées dans les activités de réduction de l'expansion et de l'impact du VIH/SIDA. Toutes les institutions identifiées par l'étude nationale sont d'une manière ou d'une autre impliquées dans le combat contre le VIH/SIDA. La plupart des institutions examinées reconnaissent en principe que la culture est un aspect important de la lutte contre le VIH/SIDA. Ceci les amène à prendre en considération dans une certaine mesure les aspects culturels quand elles réalisent leurs programmes VIH/SIDA.

Recherche

Un certain nombre de recherches déjà entreprises ont proposé des stratégies pour combattre l'épidémie. Néanmoins, la plupart des résultats de ces recherches ne sont pas utilisés par les

organisations et institutions travaillant dans le domaine du VIH/SIDA, par suite du manque d'accessibilité de ces études, quand elles sont faites par des organisations différentes. 90% environ des institutions interrogées indiquent ne pas avoir eu connaissance d'autres recherches. Des chargés de cours de l'Unité Démographique de l'Université du Malawi ont affirmé ne pas avoir accès à la recherche des autres institutions, alors que le Centre pour la Recherche Sociale qui a réalisé de nombreuses recherches, fait partie de l'Université de Malawi.

Même si certains facteurs culturels concernant le VIH/SIDA varient en fonction de la tribu ou du groupe ethnique, un grand nombre d'entre eux se ressemblent. Pourtant, ces recherches ne semblent pas être utilisées actuellement pour l'action de terrain et sont donc gaspillées.

#### Insuffisance de la mise en réseau

On constate une insuffisance particulière de la mise en réseau parmi les institutions travaillant dans le domaine du VIH/SIDA. La plupart d'entre elles sont impliquées dans le même type d'activités et visent inévitablement les mêmes groupes de population. Ceci explique aussi pourquoi la plupart des activités entreprises par les institutions, si elles traitent des aspects culturels, ne sont pas fondées sur les résultats de la recherche dans ce domaine. De même, il n'y a aucun lien entre le travail actuel de recherche et les activités institutionnelles en cours. Le manque de coopération peut également s'expliquer par le fait que la plupart des organisations non gouvernementales (ONG) dans ce domaine sont financées par les mêmes donateurs. Le Commissaire du centre de coordination des ONGs au Malawi (CONGOMA) confirme cette difficulté quant il note que l'un des problèmes des ONGs au Malawi est leur tendance à cacher ou à soustraire les informations. Par exemple, la plupart d'entre elles, qui étaient au courant de certaines recherches, ont affirmé en avoir pris connaissance à l'occasion des séminaires ou ateliers, en lisant les journaux ou en écoutant la radio. Aucun n'a affirmé avoir été directement informé par l'institution ayant effectué la recherche.

#### Problèmes de double emploi

Par suite de l'absence de réseaux, la plupart des institutions se livrent au même type d'activités relatives au VIH/SIDA et à ses aspects culturels, visant inévitablement les mêmes groupes de population. Si elles étaient réalisées dans des régions différentes du pays qui présentent des ressemblances culturelles, ces activités pourraient offrir des avantages; mais la duplication des efforts mène au gaspillage des ressources, alors que le combat contre le VIH/SIDA n'autorise pas une utilisation inefficace des ressources disponibles, surtout depuis que l'épidémie a frappé les pays où la pauvreté endémique est la plus grave.

#### Manque de souplesse

Pour certaines institutions, la mise en œuvre des politiques et les procédures requises ne permettent pas la souplesse nécessaire pour la prise en compte des aspects culturels, surtout sur des questions comme l'abstinence, en considérant que leurs objectifs principaux seraient ainsi affectés. Population Service International (PSI) se montre méfiant lorsque les populations leur posent des questions sur les problèmes culturels visant le VIH/SIDA. Cette situation est probablement due, selon eux, au fait que, si l'évangile de l'abstinence est observé par la population, la vente des préservatifs serait fortement réduite. A l'inverse, lorsque l'usage du préservatif est considéré comme indécent, par exemple si une veuve doit avoir un rapport sexuel avec un homme pour se purifier de l'esprit de son mari décédé, le risque du VIH/SIDA

serait fortement réduit si l'homme utilisait un préservatif – ce qui peut être clairement inacceptable selon les règles traditionnelles de comportement.

### Mobilisation de la communauté dans les projets des ONGs

L'une des stratégies très fréquemment utilisées par les institutions prenant en compte les aspects culturels du VIH/SIDA est la mobilisation totale de la communauté locale. Ainsi, les leaders communautaires, notamment les chefs traditionnels, font partie des équipes de travail dans le Programme HIV/SIDA de l'Armée du Salut. Ce procédé permet de mieux rassembler la population et facilite l'acceptation des messages de l'extérieur. Une autre ONG, Action Aid, et le Conseil national de planification familiale travaillent fréquemment avec des groupes locaux volontaires pour traiter les problèmes du VIH/SIDA dans ses relations avec la culture.

### Promotion des aspects positifs de la culture

Le Conseil National des Jeunes du Malawi a la mission importante de promouvoir des pratiques culturelles positives comme l'abstinence. Ils envisagent également de trouver des substituts appropriés à l'abus des drogues et de l'alcool, largement responsables de la propagation du VIH/SIDA parmi les jeunes. Le Conseil estime que les récits et les veillées de contes, qui ont virtuellement disparu, constituent une tradition culturelle qui pourrait être utilisée pour suggérer aux jeunes des règles de bon comportement.

Pendant sa campagne contre le VIH/SIDA dans les régions rurales, la société "Media and IDAs du Malawi" (MASO) a remarqué que les régions rurales rencontrent de grands problèmes d'accès à la radio et à la presse écrite. Ils ont donc utilisé les danses, chants et autres formes traditionnelles d'expression culturelle, où elles peuvent intégrer leurs messages.

Source : *Approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Etude nationale Malawi, 1998.*

## **b) Quelles sont les raisons de cette situation ?**

### *(i) Limites de l'approche médicale*

Dans cette approche, l'analyse de situation est limitée à l'observation purement épidémiologique des manifestations de l'infection, sans recherche de ses causes.

- Dans ces limites, l'infection peut être détectée trois mois après le contact avec le virus.
- Quels sont les principaux modes de transmission du virus ?
  - relations sexuelles non protégées avec une personne infectée (hétérosexuelle/homosexuelle);
  - injections de drogues avec des aiguilles déjà utilisées;
  - transmissions mère-enfant (pendant la grossesse ou l'allaitement);
  - transfusion de sang contaminé ou infection accidentelle.

### *(ii) Inadéquation de l'analyse des facteurs socio-culturels*

- les liens entre l'épidémie et son environnement social sont reconnus, mais non traduits dans une action cohérente ;
- les traits sociétaux et culturels sont considérés uniquement comme des obstacles à un traitement médical correct du problème ;

- en outre, l'analyse ne se concentre que sur le rôle de la culture en tant que facteur et ne rend pas justice au caractère englobant de celle-ci, incluant le mécanisme d'ensemble de chaque société.

**c) Quelles sont les solutions adoptées à ce jour ?**

*(i) Solutions sanitaires-médicales :*

- détection du virus par les tests de dépistage disponibles : de nombreuses personnes infectées ne sont pas dépistées, ni conscientes de leur situation ;
- suivi médical et prescription de médicaments pour les séropositifs (si disponibles).

*(ii) Quelles sont les mesures préventives actuelles ?*

- Protection physique :
  - préservatifs (accessibilité matérielle et économique) ;
  - aiguilles propres pour les injections ;
  - remplacement de l'allaitement par du lait pour nourrissons ;
  - protection matérielle et sécurité épidémiologique pour le personnel médical et les patients ;
  - autres (sécurité dans les transfusions sanguines).
- Comportements sains :
  - couples stables ;
  - fidélité et abstinence ;
  - refus d'utiliser des drogues ;
  - précautions sanitaires pour la santé des bébés ;
  - contacts hygiéniquement surs (y compris dans le milieu familial).

*(iii) Les techniques de prévention par l'information/éducation/communication (IEC):*

- Comme l'a montré la Conférence de l'ONUSIDA (Genève, 1998), les méthodes actuelles d'IEC, visant à encourager les populations à modifier leurs comportements et à prendre les mesures de précaution nécessaires, sont encore très souvent limitées à des explications médicales et sanitaires.
- En conséquence, le matériel informatif est conçu sur la base du savoir médical et de l'approche rationaliste et des techniques-types de communication.

Les moyens d'information utilisés actuellement sont surtout le système scolaire, les médias et, dans une mesure encore réduite, les discussions de groupe ou les entretiens individuels (où la confiance, la confidentialité et l'engagement mutuel doivent être assurés).

**d) Limites de la prise en compte des références culturelles**

- La plupart des mesures de protection actuelles, surtout en ce qui concerne les comportements sains, sont fortement chargées de références et connotations culturelles.
- Cependant, en l'absence de moyens de protection médicale et de médication en général, les changements de comportement demandés aux populations locales au niveau personnel et communautaire dans la plupart des pays dépend exclusivement de leurs propres efforts psycho-sociologiques, éthiques et culturels.
- L'acceptation et la durabilité des changements à cet égard ne peuvent donc pas être envisagés à court terme, puisque leurs conditions et principes sont profondément enracinés dans la culture des populations, ainsi que dans leur espoir éventuel en une amélioration significative de leurs conditions de vie.

#### **4.3. Recherche complémentaire d'information approfondie**

##### **a) Enquêtes générales**

Ce type d'enquête peut être effectuée par des questionnaires semi-ouverts, utilisées comme lignes directrices par les équipes d'enquête dans les discussions de groupe. Il sera limité à l'identification des similitudes entre des groupes qui peuvent être fortement différenciés à d'autres égards.

#### **Angola : modèle d'enquête sur l'interaction entre le VIH/SIDA et les cultures locales**

##### 1. Rites d'initiation

- Avez-vous entendu parler des rites d'initiation ?
- Où en avez-vous entendu parler ?
- Qui est soumis à ces rites ?
- A quel âge doit-on passer par ces rites ?
- Quels sont leurs objectifs ?
- Comment les rites sont-ils pratiqués ?
- Quels avantages présentent-ils pour la santé ?
- Quels sont leurs désavantages ?
- Etes-vous passé par ces rites ?

##### 2. Influence des normes et règles culturelles, religieuses et sociales sur le comportement sexuel

- Comment dans le passé les gens considéraient-ils des coutumes comme la virginité, la monogamie/polygamie, l'éducation sexuelle des jeunes, les premières expériences sexuelles (différence entre garçons et filles), les relations sexuelles avant le mariage ?
- Comment considère-t-on ces pratiques aujourd'hui ?



- Comment les normes traditionnelles peuvent-elles aider à la prévention des MSTs et du SIDA ?
- Normes qui encouragent l'expansion des MSTs et du SIDA.
- Différences entre les comportements sexuels acceptables pour les hommes et les femmes.
- Tous les gens respectent-ils ces normes ? Certains ne le font-ils pas ? Comment les considère-t-on socialement ?
- Discutez-vous de la sexualité avec vos parents ?
- Quels sont les sujets spécifiques de vos discussions ?

### 3. Solidarité à l'égard des malades du SIDA

- Quand on a un malade à la maison, comment s'organisent les autres membres de la famille ?
- Comment se comportent les autres membres de la communauté ?
- Quel est le type de soutien offert (dans les régions rurales et urbaines) ?
- Qui est le plus souvent responsable des personnes malades à la maison ?
- Si un membre adulte de la famille meurt, qui prend soin de sa femme et de ses enfants ?
- Si quelqu'un de la maison a le SIDA, comment est-il vu dans la famille et par les voisins ?
- Recevra-t-il le même soutien que pour une autre maladie ?
- Qu'arrive-t-il à sa femme et à ses enfants en cas de décès ?
- Est-ce qu'il y a des rites concernant le SIDA ?

### 4. Changements de comportement liés aux nouvelles maladies :

- Les comportements sexuels ont-ils changé à cause des nouvelles maladies, en particulier le SIDA ?
- Savez-vous ce que c'est qu'un préservatif ?
- Les garçons utilisent-ils des préservatifs dans les relations sexuelles occasionnelles ? Si non, expliquez.
- Est-ce qu'ils l'acceptent ? Si non, expliquez.

Source : *Facteurs culturels dans la prévention et des soins du VIH/SIDA – Etude nationale Angola*, Luanda, décembre 1998.

## **b) Etudes de cas et entretiens**

Des études de cas spécifiques doivent être réalisées dans des situations clairement différenciées : par exemple, les quartiers suburbains, les zones rurales, les différents groupes ethno-culturels, migrants, réfugiés. Elles seront menées par des équipes multidisciplinaires (anthropologues, sociologues, ethnologues).

Dans tous les cas, une attention particulière doit être apportée aux situations spécifiques des filles, des femmes, des jeunes et des enfants.

L'impact sociétal et culturel du développement socio-économique sera également une composante majeure de la recherche : pauvreté, chômage, exclusion sociale, manque d'éducation, migrations économiques, exodes dus aux guerres, tourisme de masse, sous-cultures urbaines nouvelles : violence, abus de drogues, sexualité irresponsable.

Plus précisément, l'analyse devrait porter sur l'identification des références et ressources culturelles dans une situation donnée : religieuse, spirituelle et éthique, tabous, normes familiales et de pouvoir, rôles et relations entre les sexes, normes et pratiques sexuelles, statut du mariage, santé et maladie, vie et mort, avenir.

### **Malawi : étude de cas approfondie sur les traditions culturelles liées à la prévention et au traitement du VIH/SIDA**

Au cours des quatre dernières années, plusieurs études d'ensemble ont été réalisées au Malawi sur les liens entre la culture et le VIH/SIDA. Ces études visaient à établir les relations entre certaines pratiques culturelles, la propagation et/ou la prévention du VIH/SIDA et le traitement des malades au Malawi. L'une des études les plus importantes effectuées par l'Unité de Planification Stratégique du Programme de Contrôle National du SIDA, souligne que la culture est l'un des problèmes principaux, en observant que les Malawians continuent à respecter des valeurs culturelles, croyances et normes de comportement qui risquent de favoriser l'infection par le VIH.

Dans le contexte du VIH/SIDA, la culture constitue probablement le plus grand défi pour toute intervention, du fait de l'existence d'un réseau complexe de croyances, valeurs et pratiques tendant à promouvoir les comportements qui risquent d'exposer les individus, familles et communautés à l'infection par le VIH.

Dans la perspective de la culture, la sexualité est la principale motivation au mariage. Elle est considérée comme très importante, tant pour la procréation et la satisfaction personnelle que pour l'amour. Elle est naturelle et, surtout pour les hommes, la virilité sans sexualité est incomplète. Elle fait également partie de nombreux rituels : rites d'initiation, rites funéraires et différents rituels magiques :

1. Les cérémonies d'initiation, qui ont pour but d'enseigner aux garçons et filles les comportements légitimes, sont également chargés d'enseigner la théorie et la pratique des relations sexuelles, la dernière cérémonie ayant lieu avant le mariage.
2. Le soin aux malades est assuré en priorité par les femmes, puisqu'elles occupent dans la société un rôle de soutien associé à la production et aux soins de la famille.
3. Les rites funéraires, selon lesquels une veuve doit avoir des relations sexuelles comme rituel de purification avant et après l'enterrement de son mari.
4. La confiscation de l'héritage, une pratique selon laquelle l'héritage de la veuve est accaparé par les parents masculins, tandis qu'elle doit subvenir à ses propres besoins, parfois par la prostitution.
5. L'héritage de la veuve, pratique par laquelle une veuve est héritée par le frère de son défunt, les exposant chacun au risque d'infection par le VIH.

6. La polygamie, pratique qui permet aux hommes d'épouser plusieurs femmes, sans test préalable de VIH.
7. Les médecines traditionnelles et la sorcellerie empêchent parfois la compréhension rationnelle et scientifique du VIH/SIDA, de nombreuses communautés croyant que le VIH/SIDA peut être transmis par la magie et traité par des plantes médicinales. Dans certains cas, où une femme a des problèmes de grossesse, un sorcier-guérisseur peut avoir des relations sexuelles avec elle ou lui recommander d'en avoir avec quelqu'un d'autre, comme partie du processus de guérison.

Source : *Etude de cas sur l'approche culturelle du HIV/AIDS au Malawi, 1999.*

- Il est également utile de souligner les besoins spécifiques des groupes particulièrement menacés : les filles et les femmes, les jeunes, les enfants, les travailleurs migrants, les réfugiés, les habitants des bidonvilles et les sans-abri.
- La compréhension approfondie des groupes spécifique, comme, par exemple, les groupes marginalisés de jeunes vivant dans des conditions misérables de logement et de survie, peuvent nécessiter des contacts intermédiaires entre eux et l'équipes d'enquête (République dominicaine). Pour les populations rurales vivant dans des zones reculées, l'analyse approfondie de leur situation, pouvant nécessiter une longue période de travail de terrain, pourra se faire dans des délais plus courts, si des critères plus généraux d'analyse sont utilisés pendant l'enquête.

### **c) Recherche en milieu suburbain (bidonvilles autour des grandes villes)**

A cette fin, différentes méthodes peuvent être utilisées :

- entretiens semi-structurés avec des jeunes (15 à 24 ans), garçons et filles, appartenant aux secteurs économiques les plus pauvres ou marginaux (informels), considérés comme très vulnérables à l'infection, du fait de leurs rôles différents dans le travail sexuel ;
- examen des personnes séropositives : questionnaire sur les problèmes socio-économiques et les relations sociales/familiales ;
- entretiens de groupe avec les personnes les plus exposées à l'infection, dont une typologie (échantillonnage) peut être construite, par exemple, des sous-groupes hautement différenciés, de façon à atteindre une vision détaillée de leur situation propre concernant le risque lui-même, ses causes et effets.

### **République Dominicaine : les travailleurs sexuels, leur environnement humain et le VIH/SIDA**

1. Travailleurs sexuels (travestis) (18-24 ans)
2. Jeunes homosexuels ou gays (16-22 ans)
3. Prostitués masculins se livrant à des relations sexuelles avec d'autres hommes en jouant le rôle passif (15-24 ans)

4. Prostitués masculins (sanky-pankies)(18-24 ans)
5. Souteneurs des travailleurs sexuels (pimps) (17-18 ans)
6. Garçons des rues (doves) (17-18 ans)
7. Agents de police et soldats (19-23 ans)
8. Travailleurs sexuels des bordels (16-24 ans)
9. Prostitué(e)s de la rue (16-24 ans)
10. Chamans (médecin-sorciers, guérisseurs ou docteurs)
11. Préparateurs de cadavres
12. Fossoyeurs
13. Mères des malades morts du SIDA
14. Epouses séropositives d'hommes séropositifs vivants
15. Epouses séronégatives d'hommes séropositifs vivants
16. Hommes séronégatifs de femmes séropositives vivantes
17. Voisins de personnes séropositives
18. Membres d'une communauté gravement touchée par le SIDA.

Source : *Approche culturelle de la prévention du VIH/SIDA pour le développement durable en République Dominicaine*, Santo Domingo, novembre 1998.

La phase préparatoire des entretiens comprendra l'élaboration d'une méthodologie commune, afin de pouvoir comparer les réponses obtenues aux questions suivantes : données personnelles, initiation et orientation sexuelle, attitudes vis-à-vis de l'activité sexuelle et des diverses orientations sexuelles, perception du VIH/SIDA, information des enfants sur la maladie et, le cas échéant, leur expérience, directe ou indirecte, la plus dramatique. Des entretiens plus ciblés seront menés dans les sous-groupes, voire avec des personnes du groupe.

Ce type d'entretien exige confidentialité et empathie entre enquêteurs et enquêtés. Dans le cas de la République dominicaine, les membres du réseau local des séropositifs, après une session de formation appropriée, ont recueilli directement les données sur le terrain, par des entretiens avec d'autres séropositifs, leurs familles ainsi que des jeunes appartenant aux groupes les plus pauvres. Ils ont également participé aux séances de description, analyse et discussion des résultats.

#### **d) Etudes de cas en zone rurale**

Pour faire des enquêtes pertinentes sur les populations rurales confrontées à la maladie, dans une période de temps limitée, les rubriques méthodologiques majeures principales de la recherche peuvent être les suivantes :

- choix de la zone à étudier : visibilité de l'interface entre culture, développement et VIH/SIDA

- rubriques principales de l'enquête : données démographiques, services de santé disponibles, connaissances, attitudes et croyances concernant le VIH/SIDA, pratiques sexuelle et non-sexuelles liées au SIDA, modèles migratoires et problèmes des rapports entre les sexes.

### **Méthodes d'enquête en milieu rural : étude de cas du Zimbabwe**

L'échantillonnage des groupes-cibles doit porter tout d'abord sur les caractères de la zone à étudier : une région rurale pauvre, avec une forte présence de la culture et des traditions dans la population, actuellement déstabilisée par des activités de développement (construction d'un barrage) qui perturbent leur milieu de vie et aggravent le risque d'infection par l'arrivée d'agents extérieurs porteurs du virus.

Il faut sélectionner le groupe avant de commencer l'enquête. Si la sélection ne peut être faite, un échantillon sera réalisé, pour la commodité, parmi les populations disponibles, acceptant l'entretien et correspondant au public visé : hommes et femmes sexuellement actifs et migrants nouveaux qui perturbent l'environnement local et présentent un risque accru d'infection par le VIH/SIDA.

Ces enquêtes de terrain doivent bénéficier du temps suffisant (les méthodes rapides peuvent sembler limitées aux intérêts des agents externes). Les enquêteurs doivent également parler les langues locales ou bénéficier du service d'interprètes compétents.

Les principales rubriques de ce type de recherche doivent être expliquées et dissociées en points plus précis, sous les titres suivants:

Démographie : âge, sexe, appartenance ethnique, niveau d'éducation, religion, emploi.

Services de santé : existence, accessibilité, satisfaction des utilisateurs.

Connaissances, attitudes et croyances concernant le VIH/SIDA : groupes à risque, acceptabilité et accessibilité des préservatifs, peurs, obstacles à la participation, pratiques traditionnelles (circoncision) et systèmes familiaux, relations sexuelles pré-maritales, viol.

Modèles migratoires : groupes d'âge, couples émigrants, raisons de l'émigration, destinations potentielles ; types d'immigrants : militaires, travailleurs de chantiers, possibilités d'emploi, raisons du travail sexuel commercial.

Relations entre les sexes : différences d'éducation, utilisation des préservatifs, rapports sexuels forcés, fidélité du mari, contribution au revenu familial, occasions de relations extra-maritales.

Source : *Etude nationale du Zimbabwe sur l'approche culturelle du VIH/SIDA*, Harare, 1999.

Les résultats des études de cas approfondies fourniront des informations sur les problèmes suivants, pour la mise en place d'actions plus efficaces, pertinentes et durables de prévention et de soins :

- la crise du VIH/SIDA, le travail sexuel et l'économie informelle dans le contexte de la crise générale du développement socio-économique, de la pauvreté, du chômage et de la désintégration sociétale/culturelle ;
- les références et ressources culturelles en relation avec le VIH/SIDA et leur rôle possible pour assurer l'efficacité, la pertinence et la durabilité de la prévention et des soins et l'action à venir : croyances religieuses, chefferies, guérison traditionnelle, loyauté et utilisation des préservatifs, difficultés linguistiques et sémantiques, dissimulation ou aveu de la maladie ;
- la situation spécifique des groupes à risque, la discrimination au travail et la protection légale, les besoins culturels et éducatifs particuliers des groupes vivant dans l'extrême pauvreté, situations complexes demandant des recherches supplémentaires ;
- des questions spécifiques sur les relations entre les sexes : polygamie, concubinage, mariage précoce, héritage des veuves, grossesse précoce ou non-désirée, manque d'éducation ;
- prostitution de survie, lieux d'exercice de la prostitution : centres commerciaux, hôtels de chauffeurs routiers, centres d'hébergement pour hommes seuls, camps militaires, chantiers de construction, fermes et plantations modernes de production agricole, zones frontalières, stations touristiques.

## **5. Evaluation des limites de l'action actuelle de prévention et de traitement**

Généralement parlant, on peut remarquer que les ressources et références culturelles ont été insuffisamment prises en considération dans la prévention comme dans le traitement du VIH/SIDA. Cette observation peut être précisée à chaque niveau de la propagation de l'épidémie :

### **5.1. Prévention du VIH**

Les **mesures de prévention proposées actuellement** peuvent être résumés comme suit, de la plus facile en apparence à la plus contraignante :

- mesures préférées pour la prévention physique : utilisation du préservatifs, autres modes de satisfaction sexuelle ;
- mesures psychologiques et morales préférées pour la prévention : fidélité, abstinence ;
- méthodes utilisées pour l'éducation préventive : action appropriée d'éducation/information, basée sur le système scolaire ou sur les techniques d'éducation des adultes ;
- existence des programmes spéciaux d'information dans les médias.

### **5.2. Suivi des séropositifs**

- L'annonce médicale de la séropositivité entraîne souvent une grave dépression chez des personnes infectées.
- L'écoute et le conseil sont essentiels à ce stade.
- La notification à l'employeur entraîne souvent la perte du travail et des conséquences médicales, sociales et économiques pour la personne infectée et sa famille.

### **5.3. A l'égard du SIDA proprement-dit :**

- Expansion de l'épidémie pour les raisons suivantes :
  - insuffisance de l'assistance médicale et du suivi par les programmes et campagnes institutionnels ;
  - certains malades essaient de cacher leur maladie (et certains d'entre eux ont même des relations sexuelles avec des personnes non infectées, parfois en raison de la "rage du SIDA") ;
  - autres raisons.
- Une fois identifiés, les malades sont souvent rejetés par leur communauté, même par les parents et groupes les plus proches (attitude habituelle dans le cas de toute maladie infectieuse à travers l'histoire). Néanmoins, le suivi compassionnel des mourants se développe lentement dans certains pays (par exemple, certains monastères bouddhistes de Thaïlande, quelques centres urbains d'assistance sociale et un petit nombre d'hôpitaux des pays industrialisés).

## **B. ORIENTATIONS POUR UNE MEILLEURE EFFICACITE DES STRATEGIES ET PROJETS**

Comme il a été déjà mentionné, la prévention et le traitement du VIH/SIDA seront réalisés de manière plus facile, efficace et appropriée, à plusieurs conditions principales :

- amélioration des conditions socio-économiques (emploi, revenu familial plus équilibré, éducation plus équitable, systèmes de logement et santé plus équitables);
- garantie de la sécurité et de la stabilité environnementale et sociale;
- développement de programmes d'information/éducation/communication permanents et appropriés ;
- disponibilité en moyens de prévention et de soin médicaux.

Il est crucial d'examiner ces conditions dans une approche culturelle, pour le recueil et le traitement d'informations pertinentes en ce qui concerne :

- l'acceptabilité et la recevabilité des mesures proposées par la population;
- l'importance donnée par des individus et les groupes à la lutte contre l'épidémie (au niveau personnel et de groupe, dans les attitudes et perceptions des différentes cultures et sociétés);
- la réaction des populations pour la mobilisation de leurs ressources culturelles : connaissances, savoir-faire, confiance en soi et énergie.

### **1. Conditions culturelles d'une action plus efficace**

Toute action fiable et durable de prévention et de traitement du VIH/SIDA doit couvrir l'ensemble des problèmes et rechercher la durabilité par une action conjointe entre les institutions et la société, accompagnée de la formation des ressources humaines et d'une mobilisation de l'ensemble des parties prenantes pour relever les défis et les priorités communes d'une société ou une communauté données.

## 1.1. Programmation et action d'ensemble

### a) Conditions matérielles :

- (i) La disponibilité générale en personnel et en équipement pour la détection du VIH, le suivi et les soins médicaux (zones urbaines et rurales, zones tribales éloignées, populations nomades, migrants ou réfugiés) par une couverture générale en services médicaux, cliniques et centres sociaux ou par des unités et équipes médicales mobiles (par exemple à Cuba).
- (ii) Protection physique :
  - large distribution des préservatifs et accès facile aux distributeurs ;
  - accès ou achat facile d'aiguilles propres dans les pharmacies ou les centres sociaux ;
  - disponibilité en lait stérilisé pour les bébés ;
  - matériel protecteur et sécurité épidémiologique pour les travailleurs médicaux et environnement humain proche pour les malades ;
  - sécurité dans les transfusions de sang.

NB : Ces facilités matérielles font partie du système d'action nécessaire, mais doivent s'accompagner de conditions économiques, sociétales et culturelles indispensables au plein développement de leur potentiel.

### b) Action préventive d'information/éducation/communication (IEC) :

- (i) programmes d'information dans les **médias** : mais on risque fréquemment de fortes contradictions entre les programmes informatifs et éducatifs et les émissions de grande écoute, vantant la violence urbaine et les relations sexuelles violentes et dangereuses ;
- (ii) **stations locales de radio**, surtout dans les grandes zones urbaines, suburbaines et rurales, pour les populations marginalisées et isolées ;
- (iii) sessions spéciales d'information ou intégration dans les programmes d'enseignement à tous les niveaux : primaire, secondaire ou supérieur, en privilégiant les adolescents et les filles ;
- (iv) **discussions et échange** d'information et d'expérience se révèlent plus efficaces que l'information univoque par des cours, conférences, déclarations, etc.

## 1.2. Durabilité

Les stratégies, les plans et les projets de la prévention et des soins relatifs au virus du SIDA ne développeront des effets à long terme **que si** la mobilisation pour combattre l'épidémie devient l'une des plus hautes priorités des populations. Cet objectif peut être atteint si les institutions prennent les mesures adaptées et si les populations en acceptent les différentes conditions.

### a) Mesures institutionnelles

Pour améliorer l'efficacité de l'assistance nationale et internationale, il est nécessaire d'adapter les politiques et méthodes actuelles comme suit :



- passer de la recherche de résultats à court terme et de la visibilité directe, à la durabilité à long terme des changements de comportement dans les populations ;
- adopter une approche intégrée et coordonnée et promouvoir une coopération institutionnelle véritable, en réponse à la complexité des interactions qui aboutissent à la propagation de l'infection;
- stimuler un flux permanent et riche de données venant du terrain, afin d'actualiser l'information et d'adapter les programmes de prévention et de traitement à la diversité et à l'évolution des situations des non-professionnels et à la diversité des situations ;
- concevoir et mettre en oeuvre les projets dans une dynamique participative et communautaire, en partenariat continu avec les acteurs du développement local ;
- planifier les activités du projet en termes et modalités souples, pour laisser l'espace nécessaire à l'expression de la rationalité culturelle des populations.

#### **b) Mobilisation soutenue des populations**

Pour susciter et maintenir la mobilisation des populations et le changement significatif de leur comportement sexuel, les messages et les procédures d'IEC doivent remplir deux conditions :

- adaptation à la langue, aux systèmes de pensée et modes de vie des populations, ainsi qu'à leurs propres méthodes d'enseignement/apprentissage et de communication ;
- adaptation aux intérêts, convictions et croyances propres des populations concernant leurs vie quotidienne, leur survie et celle de leur famille et de leur communauté.

#### **c) Indications concrètes du changement culturel**

Des indications concrètes pourraient servir de base à la construction d'indicateurs du changement culturel vis-à-vis du VIH/SIDA, par l'observation des modifications suivantes :

- (i) acceptation plus large de l'action médicale et préventive ;
- (ii) baisse des pratiques à risque ;
- (iii) amélioration de l'ouverture et des occasions de discuter les risques de contamination par le VIH/SIDA dans les programmes normaux d'éducation sanitaire formelle et informelle, dans le cadre de la famille, de la communauté, du milieu du travail et d'autres lieux de débat public ;
- (iv) mobilisation croissante de la population en général :
  - développement des associations, groupes, réseaux, initiatives ;
  - lancement de projets nouveaux;
- (v) solidarité croissante envers les séropositifs et les malades ;
- (vi) baisse à moyen terme du nombre de nouvelles infections.

N.B. : Pour réaliser une observation pertinente de ces changements, le système actuel de recueil de données doit être largement amélioré, tant pour les chiffres de population testée que pour le traitement de l'information qualitative.

## **2. Conditions socio-économiques de création d'un environnement favorable à la prévention et au traitement du VIH/SIDA**

L'opinion et les réactions des populations vis-à-vis du SIDA sont fortement conditionnées par les facteurs suivants:

- a) Leur situation quotidienne qui, très fréquemment, se réduit aux conditions de simple survie, en matière d'alimentation et de logement, pour eux et leur famille, d'activités génératrices de revenu, de sécurité physique et sanitaire. Ces facteurs sont encore plus critiques pour les populations qui doivent fuir périodiquement les zones de guerre, vivre dans des camps de réfugiés, des bidonvilles, voire dans la rue, surtout les enfants et les adolescents. Dans ces situations, même la priorité à l'éducation devient secondaire par rapport aux besoins vitaux de survie.
- b) Les conditions de vie et la culture sont étroitement liées dans une relation de détermination réciproque. Dans tous les cas où les conditions de vie ne s'améliorent pas ou empirent, les populations s'en tiennent strictement à leurs habitudes de penser et de se comporter, puisqu'elles sont ressenties comme plus sûres dans des situations instables.
- c) Au contraire, les gens accepteront plus facilement de modifier leur comportement, s'ils peuvent espérer une amélioration significative de leurs conditions de vie. Autrement dit, ils évalueront leurs intérêts matériels et culturels en procédant à une sorte d'analyse coûts/bénéfice culturels, après quoi ils changeront éventuellement leurs comportements.

Cette attitude plus active face à un nouveau défi pourra être constatée, comme lorsqu'il s'agit d'accepter des changements pour se protéger soi-même, protéger son conjoint ou son partenaire régulier, sa famille ou sa communauté, en donnant au VIH/SIDA le même niveau de priorité qu'aux autres dangers ou problèmes urgents.

### **Conclusion :**

Ces remarques doivent être prises en considération pour évaluer la viabilité et l'efficacité des méthodes de prévention proposées jusqu'ici par les institutions internationales et nationales (par exemple, le préservatif).

## **3. Quel est l'enjeu du changement ou de la conservation des normes sociétal et culturelles de comportement?**

### **3.1. Facteurs culturels de la responsabilisation dans les comportements :**

#### **a) Références culturelles dans la sexualité :**

La sexualité occupe une place centrale dans la vie humaine : la fécondité des femmes, la continuité trans-génération sont des valeurs maîtresses dans les sociétés traditionnelles et sont étroitement liées au modèle du mariage traditionnel (comme sa valeur d'échange économique).

Dans certaines sociétés traditionnelles, les orientations sexuelles proprement dites, par exemple l'homosexualité, ne suffisent pas à créer des communautés, groupes de pression et lobbies, comme c'est le cas dans certaines sociétés industrielles - même si en fait les relations sexuelles entre hommes constituent une pratique assez banale, à certaines phases de la vie ou dans certains contextes.

L'attrance physique et la vie sentimentale sont de plus en plus reconnues comme des valeurs importantes dans la relation homme/femme, qui fait partie du processus de modernisation.

Dans ce contexte, l'**acceptabilité** (quant aux valeurs et aux principes) et l'**admissibilité** (importance et adéquation), la reconnaissance officielle et la légitimité sociétale du couple stable (entraînant **fidélité**, **abstinence sexuelle**, **contacts sexuels protégés** ou autres comportements responsables), soulèvent des questions fondamentales, qui dépassent la simple approche médicale et sanitaire et déterminent le changement ou la continuité des modes de comportement des gens, au sens large de la re-considération de leurs systèmes de valeurs.

### **b) Pourquoi l'acceptabilité culturelle de l'utilisation du préservatif est-elle si difficile à obtenir ?**

Très nombreux sont ceux qui comprennent et reconnaissent aisément que l'utilisation du préservatif les protègent du VIH/SIDA et des MST en général. Cependant, ils refusent ou se considèrent dans l'impossibilité de l'utiliser pour des raisons culturellement déterminées, telles que :

- le manque d'accès facile, individuel, anonyme aux préservatifs à bon marché ou gratuits,
- la difficulté à négocier son utilisation dans la relation sexuelle pour différentes raisons : absence de contact physique, suspicion envers le partenaire, preuve de l'infection, crainte de perdre le partenaire ou le client;
- l'ignorance, la superstition ou diverses croyances, comme la peur fantasmatique de la castration ou de l'impuissance sexuelle;
- le sentiment d'étrangeté par rapport aux conditions générales de vie des gens.

### **c) Quelles sont les ressources culturelles mobilisables et comment?**

Dans de nombreuses sociétés, le changement d'attitude vis-à-vis de la sécurité dans les relations sexuelles est plus fréquent chez les femmes et les jeunes filles (lié également aux problèmes de grossesses non-désirées) que parmi les hommes jeunes ou adultes.

Il peut également être lié à certaines croyances religieuses ou normes de comportement, comme l'abstinence et la virginité (christianisme, islam, entre autres).

*L'information et le plaidoyer culturellement appropriés en faveur des comportements responsables* peuvent être améliorés par le développement ou la revitalisation des valeurs partagées, des obligations religieuses et morales : respect des autres, responsabilité interpersonnelle et inter-communautaire et, au niveau individuel, importance attachée à la santé et au désir d'une vie de bien, ainsi que la peur de mourir, qui ne laisserait pas le temps de préparer une "bonne" mort.

Les valeurs mobilisables en ce sens sont, par exemple *l'amour des parents pour les enfants*, visant à les garder en bonne santé et à les protéger de tout mal. La responsabilisation dans les comportements sexuels peut être liée également à la grande valeur accordée à la *fidélité*, à la *monogamie*, à la *stabilité des relations sentimentales et sexuelles* et à la *sincérité mutuelle* dans le couple.

### **d) Quelles composantes culturelles de l'estime de soi peuvent être mises en valeur en vue du changement de comportement?**

Dans les sociétés traditionnelles, l'estime de soi-même n'existe pas au niveau purement individuel, mais elle est le reflet de l'opinion du groupe sur ses membres.

Le sentiment de culpabilité et de honte lié à l'infection et à la mort dues au VIH/SIDA sera conditionné par l'opinion du groupe (par exemple, la raison de la mort de quelqu'un sera cachée par la famille ou par les amis les plus proches) et le SIDA sera appelé d'un autre nom (Malawi, Angola, Zimbabwe).

En outre, beaucoup de personnes qui consultent à propos de l'infection exigent un entretien privé et la confidentialité avec du personnel médical du même sexe (par exemple, les hommes insisteront de ne pas être testés par des infirmières).

Dans certain pays, les gens séropositifs ou malades ne révéleront pas leur état par peur de la répression des autorités, éventuellement fondée sur des considérations légales.

#### **e) Les représentations culturelles de la vie et la mort : une partie du défi**

La réaction des populations à la prévention et au traitement du VIH/SIDA dépendent en partie de leurs croyances et sentiments concernant les aspects les plus fondamentaux de la vie. Certains peuvent être résumés par les questions suivantes :

- La mort est-elle considérée comme un simple fatalité, la punition des fautes et des péchés ou des erreurs commises dans l'observation des rituels?
- L'après-mort est-elle considérée comme continuation de la souffrance, délivrance ou comme disparition totale?
- Les morts sont-ils supposés transmettre les maladies et les malédictions à leurs descendants ? On pourrait expliquer ainsi par analogie la transmission du virus des parents aux enfants dans les religions animistes.
- Y'a-t-il une " bonne " ou une " mauvaise " mort dans toutes les religions ? Quelles sont les similitudes et les différences à ce sujet entre hindouisme, bouddhisme, islam, christianisme?
- Conformément aux opinions exprimées par les populations, on peut adapter explications et responsabilisation à ce sujet.

#### **f) Les représentations traditionnelles des différentes maladies doivent faire l'objet d'analyses plus approfondies**

Afin de mieux comprendre les aspects particuliers du VIH/SIDA dans l'esprit des populations, il faut comparer son impact avec celui d'autres maladies, en posant les questions suivantes :

- Quelles sont les réactions des gens par rapport aux autres MST: syphilis, gonorrhée? Utilisent-ils les préservatifs et pratiquent-ils la fidélité et l'abstinence pour ne pas contracter ces maladies?
- Quelles sont leurs réactions par rapport aux autres maladies infectieuses : tuberculose, malaria, choléra, typhus?
- Quelles sont leurs réactions face à la mortalité infantile liée à la malnutrition, à la diarrhée? Se sentent-ils responsables, mal assistés, dépassés par la situation ou victimes du destin?
- Comment évaluent-ils ces risques par rapport au VIH/SIDA ou au danger d'être tués dans des conflits violents et des guerres ?

### 3.2. Facteurs aggravants

Le danger du VIH/SIDA est étroitement lié aux situations de fragilité culturelle, sérieusement aggravées par les grands **facteurs de clivage, discrimination et exclusion sociétales**:

- Le statut économique et social des hommes et des femmes et les inégalités entre eux n'ont pas encore abouti à une évolution générale et mondiale. Ce problème reste l'une des composantes fondamentales du VIH/SIDA, du fait de la situation d'infériorité économique, sociale et éducative des femmes.
- La pauvreté, aggravée par la discrimination et l'exclusion socio-économique, ethnique et sociétale-culturelle, surtout chez les jeunes et les personnes âgées.
- L'insécurité et la déstabilisation frappant des pays entiers ou la majorité de leurs populations, faisant de nombreuses victimes et empirant la situation des minorités culturelles, marginalisées ou exclues, entraînant chez elles une vulnérabilité particulière à l'épidémie.
- Dans toutes les sociétés, ces majorités ou minorités peuvent tomber dans une détresse et un dénuement profonds, où la menace du VIH/SIDA sera en fait à son paroxysme et l'énergie culturelle pour la combattre, la plupart du temps, presque anéantie.

### 3.3. Concentrer l'attention sur les besoins et réactions des groupes culturellement les plus fragiles

Les groupes culturellement les plus fragiles font souvent preuve de réactions positives quant aux mesures de protection contre l'épidémie. A l'inverse, des attitudes et pratiques dangereuses peuvent être adoptées volontairement dans certaines sous-cultures urbaines. C'est pourquoi il est important de prendre en considération les avis des prostitué(e)s, travestis, personnes dépendantes des drogues, groupes marginalisés et, inversement, dans certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes, des hommes ayant des comportements machistes.

- *Les prostitué(e)s* et les travestis, par exemple, proposent très souvent à leurs clients des mesures de protection, mais cette attitude peut avoir pour eux des conséquences économiques négatives : menace de réduire le paiement, obligeant le travailleur sexuel à courir le risque d'infection. Enfin, dans les relations sentimentales et sexuelles durables, ces deux catégories considèrent comme impossible de proposer le recours au préservatif.
- *Les personnes dépendantes des drogues* acceptent plus facilement les mesures protectrices adoptées dans certains pays (fourniture d'aiguilles propres pour la prise par injections). Cependant, dans de nombreux pays de l'Europe de l'Est, la dépendance à l'égard des drogues devient l'une des premières causes de l'infection.
- *Les victimes de l'exclusion sociale*, par exemple, dans les grandes villes, les jeunes et les enfants des rues, sans travail, sans revenu ni logement stables, peuvent prendre des risques graves par une sorte d'attitude de jeu – ou se livrer à la prostitution pour gagner de l'argent, dans les pays où le tourisme de masse et la demande des minorités locales riches sont importants.
- Les hommes ayant une attitude machiste peuvent refuser les mesures de protection, par manque de respect pour les femmes et par leur sentiment de supériorité, la plupart du temps conforme aux clichés de la puissance sexuelle et de la force physique dans

les luttes pour le pouvoir, de la violence spécifique aux sous-cultures urbaines et de la réaction post-colonialiste en faveur d'un affichage ostentatoire de la masculinité. Pour les mêmes raisons, ils rejettent le contrôle des naissances, considéré comme risque de perdre leur statut de mâles, maîtres de la procréation.



### **CHAPITRE III :**

## **BATIR DES REPONSES CULTURELLEMENT ADAPTEES**





## **A. DEVELOPPER DE NOUVELLES STRATEGIES**

### **1. Principes clés** (v. ci-dessus, Troisième partie, Ch. *Concepts et orientations de base*).

Pour la mise en place de stratégies et de programmes de prévention et de traitement durables du VIH/SIDA, nécessaires à l'effort requis au niveau mondial, cinq principes de base doivent être posés. Ces principes sont les suivants :

#### **a) Approche intégrée**

Adopter une approche intégrée dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA signifie considérer l'épidémie dans ses interactions complexes avec les grands problèmes du développement et avec les cultures, entendues dans leur acception anthropologique.

- Même s'il est spectaculairement tragique, le VIH/SIDA n'est en fait qu'un des aspects des nombreux dysfonctionnements et échecs du développement humain durable. Il ne peut être combattu que par une **coordination** appropriée dans l'action des diverses institutions directement impliquées, et une meilleure coopération entre tous les agents et institutions travaillant dans d'autres secteurs du développement (développement rural/urbain, activités génératrices de revenus, logement, éducation, etc.), en accordant la considération nécessaire à la dimension culturelle et sociétale de ces problèmes.
- La coordination doit donc être fondée sur une perspective **trans-institutionnelle** et sur une connaissance précise des interactions entre la santé, l'éducation, le progrès économique et social et le développement culturellement adapté.
- La réponse appropriée à l'épidémie nécessite également un **effort interdisciplinaire** (et la collaboration d'équipes pluridisciplinaires couvrant les différents domaines concernés, y compris l'anthropologie culturelle).

#### **b) Perspective à long terme**

L'adoption d'une perspective à long terme représente une dimension essentielle des stratégies élaborées dans une approche culturelle. Elle vise à permettre la continuité de l'action en fonction des évolutions sociétales et de la poursuite de l'expansion du VIH/SIDA, comme de l'efficacité et de la durabilité nécessaires dans la prévention et le traitement. Cette perspective répond à trois besoins :

- (i) la dimension évolutive propre de la maladie;
- (ii) le temps requis pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques complexes, recherchant des résultats significatifs et durables ;
- (iii) des changements de comportement culturellement déterminés, puisqu'ils se rapportent à des transformations en profondeur des modes de pensée et des pratiques et nécessitent un engagement prolongé des populations.

#### **c) Unité/diversité**

A tous les niveaux, des situations différentes montrent à la fois des traits communs et des caractères spécifiques. Le problème de la combinaison de l'unité et de la diversité dans la planification des stratégies doit être considérée comme un moyen d'identifier les orientations générales de l'action à entreprendre, tout en adaptant les politiques et projets aux conditions différentes du terrain, afin de prendre pleinement en compte ses particularités et d'ajuster les

activités concrètes de prévention et de traitement aux capacités de réponse disponibles au niveau local.

De même, les causes et déterminants directs et indirects de l'épidémie indiquent des similarités et des différences, au niveau régional et national, comme dans l'environnement socio-économique, sociétal et culturel (voir la deuxième partie de la Synthèse des études par pays : *Aspects communs et diversités culturelles*). C'est pourquoi les solutions doivent être adaptées aux situations et problèmes spécifiques, tout en conservant des orientations générales communes.

(i) *Similitudes:*

La similitude la plus évidente est l'envergure mondiale de l'épidémie, comme aspect spectaculaire du processus de mondialisation. Elle demande une réponse et une mobilisation mondiales également (*Stratégie* de l'ONUSIDA).

Les *causes directes* de l'épidémie sont partout les mêmes, avec une importance différente de chacune selon la zone considérée : injection de drogues avec des aiguilles infectées (notamment en Europe de l'Est), prostitution (locale ou liée au tourisme, en Asie du Sud-Est et dans les Caraïbes), relations hétérosexuelles non-protégées et contamination mère-enfant (principalement, en Afrique).

Les *causes indirectes*, évidentes et impressionnantes, résident dans les grands problèmes de développement : pauvreté, chômage de masse, émigration des hommes vers les grandes villes et les pays étrangers, fragilisation des femmes sous le poids de la responsabilité familiale et de l'appauvrissement continu, désintégration sociale et bien entendu, guerres, bouleversements environnementaux, mouvements de réfugiés, etc.

(ii) *Différences :*

Au niveau régional par exemple, des **différences sociétales et culturelles** majeures peuvent être identifiées et prises en compte :

- instabilité économique, institutionnelle et culturelle dans une grande partie de l'Afrique sub-saharienne;
- impact fort de l'adoption du modèle de croissance économique rapide et de son échec sur les populations, en particulier les femmes et les groupes les plus pauvres dans différents pays d'Asie ;
- en Amérique latine et dans les Caraïbes, effets dévastateurs de la dette extérieure et de la faiblesse de la production nationale de biens de consommation, abandon et misère des femmes et augmentation continue du nombre des enfants des rues;
- en Europe de l'Est, croissance rapide de la consommation des drogues, liée à la crise des systèmes de valeurs et des modèles sociaux.

#### **d) Participation**

La participation est une condition indispensable de l'approche culturelle, surtout dans l'action préventive. Elle est profondément ancrée dans les cultures, les convictions et les modes de pensée des populations. C'est pourquoi leurs opinions concernant les relations entre les sexes, la santé et la maladie, la sexualité, la vie et la mort, leurs croyances et leurs domaines d'intérêts, leurs besoins et aspirations, doivent être pleinement compris, évalués et reflétés dans l'élaboration des objectifs des projets.

C'est pourquoi des projets communautaires de prévention et de traitement (dans le cadre plus large des projets de développement), ne peuvent être élaborés, réalisés et évalués que par un

processus continu d'échange avec les populations locales, non infectées, séropositives ou malades, concernant leurs préoccupations, priorités et capacités de mobilisation.

Une telle situation exige l'existence d'un partenariat entre les structures institutionnelles, les réseaux et la société; le processus participatif est donc un besoin impératif, si l'on cherche à mobiliser les populations contre l'expansion de l'épidémie.

#### **e) Rationalité des institutions et des cultures**

Les institutions agissent et réagissent selon une rationalité fondée sur l'efficacité. Elles mettent en œuvre leurs activités dans le cadre de plans d'action, de calendriers et de budgets précis, établis en fonction d'objectifs et de résultats attendus, clairement définis au préalable.

Les sociétés et les cultures se caractérisent par un autre type de rationalité, qui est la résultante des motivations, croyances et intérêts multiples (v. ci-dessus, I.3.B., Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles).

#### **Conclusion :**

Il est nécessaire de définir les **convergences** entre les deux types de pensée et d'intérêts. Ce but peut être atteint par :

- i) l'adoption d'une approche participative dans la planification des projets;
- ii) la communication interactive pour l'amélioration de la prise de conscience par les populations des risques du VIH/SIDA et pour la connaissance juste des situations sur le terrain par rapport à l'action institutionnelle.

## **2. Construire des instruments adaptés pour des stratégies fondées sur la culture :**

Pour faire face à l'ampleur de l'épidémie, les stratégies doivent avoir en vue un effort international à long terme, trans-institutionnel, orienté vers les populations locales, diversifié et souple. Elles doivent être fondées sur la culture et les instruments de travail correspondants doivent être utilisés, adaptés ou créés.

De plus, les institutions doivent repenser leurs systèmes de communication et leur rôle interne ou externe, en vue de transformer leur statut d'acteurs majeurs en facilitateurs, en vue d'optimiser l'action de toutes les catégories d'acteurs. Un tel changement permettrait à toute action en faveur du développement en général (et contre l'épidémie du VIH/SIDA, en particulier) d'être profondément enracinée dans les cultures des peuples "afin de donner aux populations la force de libérer toutes leurs énergies créatives pour prendre le contrôle et assumer la responsabilité", en vue de prévenir la propagation de la maladie (JIU, op. cit.)

#### **a) Utiliser, adapter et créer des instruments scientifiques adéquats**

La fonction générale de la *Stratégie* de l'ONUSIDA est de :

- fournir aux acteurs les plus importants impliqués dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA une représentation globale et à long terme du processus dans lequel ils sont engagés ;
- coordonner et intégrer les politiques de prévention et de traitement au niveau international et national, gouvernemental et non gouvernemental, public et privé.

Pour passer à une approche culturelle dans les stratégies et systèmes de planification de la prévention et du traitement, il serait nécessaire d'opérer le changement suivant :

(i) Adopter de nouvelles méthodes de planification, comprenant l'analyse approfondie et l'intégration des interactions entre la culture, le développement et l'épidémie. A cet effet, il faut parcourir les étapes suivantes :

- reconnaître et évaluer l'interface culturelle entre le modèle de développement industriel (économie de marché) et le modèle pré-industriel, en définissant les critères culturels nécessaires à la formulation de stratégies appropriées de prévention et de traitement (v. en annexe 4)
- adapter la durée des projets en fonction du rythme d'évolution des différentes sociétés;
- définir, dans des stratégies internationales, des objectifs majeurs, communs et spécifiques, selon les caractéristiques culturelles régionales et nationales;
- intégrer les tendances communes et prendre en compte l'existence des aspects propres aux différentes cultures, en ciblant des domaines d'action plus limités;
- adopter une approche montante (bottom-up) dans le recueil de données, qui enrichiront l'information nécessaire pour les stratégies et les cadres stratégiques généraux pour l'avenir;
- définir des stratégies intégrées pour mieux situer le rôle des diverses institutions et stimuler les initiatives inter-institutionnelles.

ii) Adopter de nouvelles méthodes :

- tracer des plans d'action généraux, définir la répartition des rôles (domaines prioritaires et types d'action à effectuer), réajuster les outils d'information et d'évaluation, établir de nouveaux partenariats, etc. ;
- analyser la nature et le contenu du "contexte favorable" pour une meilleure efficacité dans la prévention et le traitement;
- prévoir les moyens par lesquels la diversité sera pleinement prise en compte, en définissant des variables clés par régions, pays et entités infra-nationales ;
- étudier les interactions fonctionnelles entre la culture, le développement et le VIH/SIDA.

A cet égard, la culture doit être vue à la fois comme cadre et réservoir d'énergie créative nécessaire au changement de comportement sexuel en tant qu'aspect de la transformation et de l'adaptation sociétale et culturelle d'ensemble, par exemple :

- raisons de l'apparition de certaines situations de crise et de leur modalités d'évolution vers des solutions ;
- modalités et possibilités de convergence entre les stratégies institutionnelles de prévention et de traitement, et les aspirations et modes de vie des différentes populations.

iii) Développer et utiliser des outils d'analyse des interactions, par exemple:

- modélisation (interface culturelle entre les modèles industriel et pré-industriel);
- analyse dynamique du système des acteurs, facteurs, niveaux et domaines d'action;
- études/scénarios prospectifs (évaluation des stratégies à long terme);
- représentation géographique des diversités et similitudes culturelles (aires culturelles);

- observation participative et recherche/action sur le terrain, comme composantes méthodologiques d'élaboration de stratégies culturellement appropriées pour l'avenir, visant la compréhension d'ensemble des causes et des effets du VIH/SIDA et mobilisant les populations pour sa prévention et son traitement;
- évaluation des prévisions non confirmées dans les stratégies et les politiques de prévention et de traitement, ainsi que des changements ou continuités non prévus dans les systèmes de valeurs et normes de comportement des populations à propos du VIH/SIDA, face aux mutations socio-économiques et macro-culturelles, aux risques de conflits armés, etc., entraînant l'échec des projets.

#### **b) Reconsidération du rôle et des modes d'action des institutions dans une approche culturelle**

Dans la situation actuelle, les mandats spécifiques des institutions rendent difficile pour elles la prise en compte de l'approche culturelle dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA. On peut cependant observer des signes de changement :

- certaines agences partenaires de l'ONUSIDA ont commencé à inclure certains aspects culturels dans leurs méthodes de programmation/planification (par exemple le FNUAP);
- on remarque également une évolution parallèle en ce qui concerne certaines agences de coopération bilatérale et les grandes ONGs.

En outre, des efforts sont entrepris pour élaborer des politiques plus adaptées et à plus long terme grâce à des projets inter-agences, en renforçant la fonction coordinatrice de l'ONUSIDA.

En dépit de cette évolution, de sérieux problèmes méthodologiques existent encore dans les institutions co-partenaires de l'ONUSIDA et les autres institutions des Nations unies. Les raisons de cette situation sont les suivantes :

- les divisions sectorielles à l'intérieur des institutions et entre elles empêchent encore l'adoption d'une approche intégrée ;
- l'écart demeure entre le besoin de stratégies à long terme et les systèmes de planification à moyen et court terme utilisés par la plupart des institutions;
- les institutions ne parviennent pas à intégrer les diversités culturelles et sociétales dans leurs systèmes de planification, centrés sur des objectifs sectoriels et sur la visibilité et la rapidité des résultats.

La solution à ces problèmes nécessite l'évaluation des points suivants :

- les procédures et processus de communication dans et entre les institutions;
- le recueil d'informations sur les situations et les faits socio-économiques, sociétaux et culturels ;
- la prédominance des critères d'efficacité directe à court terme, exprimée par des résultats surtout quantitatifs, par rapport à d'autres nécessités : durabilité à long terme et changements qualitatifs.

S'agissant des procédures de communication/information, la coordination des activités et la circulation de l'information sont supposés être la pratique courante. En réalité, de nombreuses difficultés et problèmes se posent quotidiennement, malgré les différents mécanismes de coordination établis au niveau national et entre les agences.

Les processus de communication intra-institutionnelle doivent être réévalués, en mettant l'accent sur les points suivants:

- interaction entre consultation et décision;
- équilibre dans les discussions entre considérations budgétaires, administratives et "développement humain";
- pluralité des hypothèses de planification;
- prise en considération, plus directe et plus large, des réactions dans la finalisation des décisions au sommet.

Il est nécessaire d'apporter une attention particulière au développement des données qualitatives provenant du terrain et de "contextualiser" les données quantitatives concernant l'infection, la mortalité, la transmission mère-enfant du virus, etc.

Un autre instrument utile, le cas échéant, est le questionnaire d'auto-évaluation culturelle, comme celui élaboré par l'OMS et présenté ci-dessous.

### **OMS : Questionnaire d'auto-évaluation culturelle**

#### 1. Responsables des politiques et décideurs

Quel rôle ont les considérations culturelles dans les analyses effectuées par les responsables des politiques et les décideurs, dans le secteur de la santé en général et à l'OMS, en particulier?

Pourquoi accorde-t-on plus d'attention à l'interaction entre la culture et le développement parmi les opérateurs de terrain que parmi les décideurs?

Quelles sont les liens entre l'OMS dans son ensemble et les activités de terrain dans ce domaine ?

Comment peut-on rappeler aux différents niveaux hiérarchiques de l'OMS l'importance des aspects culturels pour le travail de terrain dans le domaine de la santé ? Pourquoi la logique administrative de la bureaucratie interne l'emporte-t-elle sur les considérations d'ordre culturel?

Les problèmes culturels entre-t-ils dans la réflexion et l'analyse des politiques et des décideurs ? Sont-ils présents dans la conception des stratégies et des programmes? Comment les considérations culturelles sont-elles reflétées dans l'allocation des ressources budgétaires et l'approbation des projets et des programmes?

Donnez des exemples concernant le travail de l'OMS où les problèmes culturels sont d'importance primordiale (ou non).

#### 2. Faisabilité économique

L'intégration de la dimension culturelle dans la planification des programmes et projets représente-t-elle un poids budgétaire supplémentaire ou favorise-t-elle des économies budgétaires et une plus grande efficacité ?

Les coûts et bénéfices socio-culturels des projets de santé (ou liés à la santé), ont-ils été estimés (conséquences socio-culturelles, environnementales ou pour le développement durable)?

Quand et comment la dimension culturelle est-elle intégrée dans l'élaboration d'une réforme de la politique de la santé, dans un pays en développement, soumis à des réformes économiques et à des mesures d'ajustement structurel?

Les considérations culturelles sont-elles prises en compte dans l'évaluation de la faisabilité économique d'une technologie donnée de la santé, et comment?

### 3. Planification et gestion des programmes

Les plans de travail pour les programmes et budgets de santé incluent-ils des indications spécifiques concernant les aspects culturels?

Quelle est la position de l'OMS quand un gouvernement national n'est pas sensible aux interactions entre décisions ou politiques de santé et habitudes culturelles (par exemple, le rôle des matrones ou de la médecine traditionnelle)?

Les considérations culturelles occupent-elles une place plus importante dans certains programmes que dans d'autres? Y-a-t-il des programmes de l'OMS qui n'ont pas besoin de prendre en compte la dimension culturelle ?

Comment le travail de l'OMS s'intègre-t-il dans les préoccupations culturelles des populations et inversement, dans les autres secteurs concernés par les stratégies et les politiques de santé pour le développement humain durable ?

La gestion décentralisée des systèmes sanitaires, selon la recommandation de l'OMS, assure-t-elle le soutien nécessaire pour centrer davantage l'attention sur les considérations culturelles et sur la culture comme base et levier de l'action dans le travail médical et la promotion de la santé?

### 4. Gestion des divergences culturelles

Comment l'OMS fait-elle face aux divergences entre les aspects culturels de la connaissance scientifique et les cultures et coutumes traditionnelles ? Par exemple, formes variées de perception liées à la culture : avenir (besoin de planifier, de comprendre l'importance de la prévention), temps (relations interpersonnelles, dimension temporelle du développement et du processus de changement), nécessité d'entretenir l'équipement et les technologies complexes, perceptions et valeurs culturelles liées à la santé et à l'aide sociale.

L'OMS prend-elle en considération son rôle de vecteur de la culture institutionnelle et administrative, de la culture du secteur privé et de l'économie de marché, de la gestion, et la compatibilité culturelle de ces informations et des cultures locales?

Comment la transition est-elle gérée si la culture importée est censée être plus avantageuse en termes d'objectifs de santé, face aux divergences ou à l'incompatibilité culturelles ? Des efforts sont-ils faits pour évaluer les effets indésirables, mais prévisibles, de cette incompatibilité avec

le contexte local, avant d'adopter des politiques et stratégies considérées comme culturellement incompatibles?



### 5. Recherche dans le domaine de la santé

Comment la recherche culturelle est-elle traduite à l'OMS dans les outils, méthodologies, politiques et stratégies mises en oeuvre par l'Organisation? Les résultats de ce travail sont-ils utilisés pour l'élaboration des manuels, guides, directives et outils nouveaux?

Comment l'OMS utilise-t-elle ces résultats pour la prise de décisions au niveau central ?

L'OMS analyse-t-elle les raisons d'acceptation ou de rejet des aspects culturels identifiés par cette recherche ?

L'OMS utilise-t-elle les résultats des recherches effectuées par d'autres institutions sur les aspects culturels des problèmes de santé?

### 6. Formation des professionnels de la santé

Comment la sensibilisation culturelle doit-elle être développée parmi les professionnels de la santé (systèmes de suivi, incitation, formation, etc.)?

Source: OMS, Division des relations inter-agences, Document interne, 1994.

Une réponse plus structurée pourrait être apportée en termes de:

- centralisation/décentralisation de la prise des décisions et des services;
- renforcement de la transmission montante des besoins (bottom-up).

Les processus de communication inter-institutionnelle doivent être renforcés à tous les niveaux : stratégies conjointes, projets et travail de terrain, en particulier grâce aux Groupes thématiques et à l'utilisation appropriée des sites internet.

Au niveau national, l'élaboration des politiques de santé, en particulier les politiques culturellement adaptées de prévention et de traitement du VIH/SIDA peuvent aussi faire partie d'exercices plus vastes : les évaluations culturelles nationales (v. annexe 1).

Ces évaluations nationales devraient consister dans le recueil et le traitement des données sur les références et les ressources culturelles propres des populations d'un pays, pour élaborer des politiques fondées sur une approche culturelle de ses problèmes du développement, notamment la prévention et le traitement du VIH/SIDA.

Les conclusions tirées des études par pays pourraient être utilisées par la suite pour la rédaction de documents de synthèse au niveau sous-régional et régional, permettant de concevoir des programmes appropriés.

### **3. Instruments méthodologiques à utiliser, adapter ou à créer**

Pour élaborer des stratégies et des politiques institutionnelles culturellement appropriées, il est indispensable d'utiliser les instruments méthodologiques appropriés : certains d'entre eux existent déjà, d'autres doivent être adaptés à l'approche culturelle, d'autres enfin doivent être créés.

#### **a) Instruments existants à utiliser plus largement ou à adapter**

(i) *Il faut d'abord améliorer l'utilisation de l'information existante.* A cet effet, un certain nombre de possibilités doivent être mieux exploitées sans changement méthodologique majeur.

- il faut systématiser les flux informationnels portant sur la culture, le développement et le VIH/SIDA et leurs interactions spécifiques et générales. Les activités à entreprendre à cette fin sont :
  - l'amélioration du recueil et du traitement des données primaires (en privilégiant les régions où les informations culturelles, anthropologiques, sociologiques, ethnographiques sont encore insuffisantes ou non-existantes, comme l'Afrique, certaines régions d'Asie, etc.);
  - l'analyse secondaire des informations et de la documentation;
  - le renforcement et la mise en réseau des banques de données spécialisées ;
  - le développement des réseaux informels d'opérateurs de terrain, personnes ressources expérimentées dans le recueil d'informations, qui seront des partenaires indispensables sur le terrain pour l'évaluation et l'analyse des situations actuelles en matière de VIH/SIDA.

ii) *Promouvoir des systèmes de planification compatibles avec l'approche culturelle*

Les nouveaux systèmes de planification, déjà utilisés dans certaines institutions, présentent un certain degré de compatibilité avec les nécessités de l'approche culturelle. Ils peuvent être testés et utilisés d'une manière plus large dans les stratégies et politiques de prévention et de traitement. A cet égard, il faut concentrer l'attention sur l'évaluation de leur efficacité.

De nouveaux concepts et méthodes doivent être proposées et discutés afin d'améliorer et d'affiner ces politiques et de renforcer leur pertinence et leur durabilité, en tenant compte des différentes interactions.

La réflexion devrait porter tout particulièrement sur les aspects suivants :

- planification montante (bottom-up);
- articulation de l'action et de la réflexion avec la planification du projet;
- élaboration de programmes cadres et de "grappes de projets".

## **b) Instruments nouveaux à élaborer:**

Comme les autres politiques de développement, la prise en considération, dans les projets et programmes spécifiques, du changement ou de la continuité des comportements et des motivations profondes des populations est du plus haut intérêt pour un sujet comme la prévention du VIH/SIDA.

i) *Indicateurs culturels*

L'élaboration d'un ensemble cohérent et complet d'indicateurs culturels du développement pose des problèmes de méthode particulièrement difficiles. Au stade actuel de la recherche, il est impossible d'établir un cadre conceptuel général et de définir des variables culturelles valables pour tous les types de situations, intégrant la recherche des grands équilibres mondiaux, les dimensions multiples du développement, les disparités et fractures que l'on observe au niveau international et à l'intérieur de chaque société.

*Indicateurs objectifs*

Le travail réalisé jusqu'ici pour établir un cadre général d'indicateurs culturels du développement n'a donné que des résultats limités. Il paraît donc plus réaliste de commencer un tel exercice sur la base de faits observés et de données disponibles, fiables, comparables et relativement faciles à recueillir et à traiter.

L'exercice pourrait porter d'abord sur les dimensions culturelles des problèmes de population, domaine où les études, analyses et données sont déjà nombreuses. Ainsi, l'analyse des modèles de nuptialité élaborée par la Commission économique pour l'Asie et le Pacifique (ESCAP) croise les données concernant l'âge des femmes au premier mariage avec des caractéristiques directement ou indirectement sociétales et culturelles : lieu de résidence, appartenance ethnique, religion, éducation, emploi ou travail.

De façon plus générale, des critères tels que l'appartenance à des castes et minorités, le niveau d'éducation/alphabétisation, les langues locales parlées pourraient être croisées avec des variables socio-économiques établies par des institutions spécialisées du système des Nations Unies : OIT, UNICEF (mortalité infantile, nutrition, santé des enfants, condition des femmes), UNESCO (éducation et alphabétisation), FAO (alimentation et agriculture).

D'autres sources d'information existent aux Nations Unies (National Household Survey Capability Programme) et à la Banque mondiale (Social Dimension of Adjustment). Des études réalisées aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande et en Egypte proposent des ensembles d'indicateurs culturels – en fait des indicateurs du développement culturel et éducatif. Mais ces indicateurs sont liés avant tout aux conditions et modèles de vie des populations étudiées et ne reflètent que certains aspects de la situation culturelle locale.

#### *Indicateurs subjectifs*

On peut entendre par le terme d'indicateurs "subjectifs" les instruments de mesure formulés par une population elle-même, en tant que moyen d'exprimer sa perception du bien-être économique, social, politique, culturel, environnemental et spirituel. Ces indicateurs subjectifs peuvent, dans certains cas, coïncider avec des indicateurs objectifs ordinairement utilisés par les spécialistes du développement ou, au contraire, en diverger complètement.

Dans tous les domaines du développement, des indicateurs chiffrés simples (selon un indice de satisfaction allant de 1 à 5), peuvent être établis. A partir de ces indicateurs objectifs, un travail d'explication auprès de la population conduit à lui permettre de construire ses propres moyens de mesurer sa satisfaction en matière de développement dans tous les domaines, en fonction de sa propre éthique, c'est-à-dire de ses valeurs et modèles de comportement, etc. A la suite du travail d'explication et de discussion mené avec cette population sur les projets de développement qui la concernent, et dans lesquels elle est impliquée, la transcription sous forme d'indice de satisfaction, gradué de 1 à 5 également, concrétisera la prise en compte de sa culture dans l'évaluation des buts et des résultats d'un projet.

L'ensemble de ces indices représente la variante subjective, ou plus exactement culturelle, des indicateurs du développement. Ce genre de travail peut être mené à différents niveaux (pays ou région), incluant des localités ou des sites voisins, afin de permettre une analyse comparative.

Ce type d'approche paraît convenir particulièrement pour l'élaboration d'indices relativement simples à construire et à utiliser. En outre, ces indicateurs ne poseraient pas de problèmes théoriques trop complexes, sans rapport avec les centres d'intérêt des populations, notamment en milieu rural dans certaines régions du monde.

#### *ii) Projets-pilotes*

Il faudrait développer des projets régionaux de petite envergure afin de mieux comprendre certaines questions importantes : les comportements reproductifs, le fonctionnement des institutions locales, la religion, la langue et l'appartenance ethnique, les systèmes économiques formels/informels et leurs relations avec le VIH/SIDA.

Il est nécessaire que les institutions accordent une attention particulière à la possibilité d'élaborer des "programmes parapluie" ou des plans directeurs concernant la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Ces programmes devront spécifier les critères généraux et les exigences d'évaluation (termes et conditions) déterminant l'éligibilité pour l'attribution des fonds. Dans ce domaine, de nombreux projets de petite envergure ou des "grappes" de projets à fondement communautaire peuvent être élaborés et réalisés par les acteurs du développement local, en sollicitant le financement des institutions et en respectant les règles et les conditions imposées, dans le but de mobiliser les populations en faveur de la prévention et du traitement. De tels projets, élaborés dans le contexte des références et ressources culturelles des populations, auraient une pertinence particulière pour les changements nécessaires de comportements ou la prévention du VIH/SIDA, dans le contexte des références et ressources culturelles des populations.

### *iii) Besoin de recherche supplémentaire*

Les activités correspondantes sont énumérées dans le chapitre V, B.2.

## **B. ELABORATION DE PROJETS FONDES SUR LA CULTURE** (approche par étapes)

Concevoir des projets fondés sur la culture d'une population pour lui offrir l'accès à la prévention et au traitement, surtout dans les pays les plus pauvres et les moins développés, est un besoin prioritaire. Une telle approche vise à aider ces populations à prendre pleinement conscience du danger et à mobiliser leurs énergies pour la prévention et les soins, **dans leur propre logique**. C'est pourquoi une analyse plus détaillée de la préparation, la mise en oeuvre et de l'évaluation des projets est présentée dans les pages qui suivent.

Cette analyse, qui propose une approche par étapes, aura une pertinence particulière quand il s'agira de questions qui ne peuvent être traitées dans un cadre purement institutionnel, mais plutôt sur le terrain. Cette approche restera valable au moins jusqu'au moment où les moyens médicaux et pharmaceutiques seront découverts et rendus accessibles aux populations les plus pauvres, isolées et éloignées. Même par la suite, ayant réalisé l'accès complet de ces populations aux médicaments, un apprentissage éducatif et culturel sera nécessaire, aussi longtemps que leurs conditions de vie ne se seront pas profondément améliorées, de façon à assurer un changement durable des modèles de comportement et des pratiques effectives.

### **1. Concepts de base**

- Pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, les projets doivent être élaborés, mis en oeuvre, évalués et réorientés dans une approche intégrée, compte tenu de la rationalité propre des populations, de leurs références et ressources culturelles.
- Si ces aspects ne sont pas pris en compte, l'action entreprise, sans retour d'information ni dialogue entre les institutions et les populations, ne les touchera pas, au-delà de certaines limites très étroites :
  - les gens, individus ou groupes, doivent être pleinement convaincus de la nécessité de changer leurs comportements sexuels et d'évaluer (ou de réexaminer) leurs

représentations concernant la sexualité et la physiologie du corps, de l'ensemble corps/esprit et pensée, afin de rendre possible pour eux l'intégration des informations extérieures et de les réinterpréter à travers leurs propres concepts, systèmes de valeurs et dans leurs propres termes (explicitement ou implicitement);

- cet ensemble de représentations et de normes de comportement est profondément ancré dans les cultures locales. C'est seulement à partir de leurs cultures que le processus d'auto-réflexion peut être élaboré et "traduit" en nouveaux comportements.
- Ce processus de changement sera possible à deux conditions :
  - (i) l'existence d'un dialogue continu et d'un processus interactif, en vue de communiquer avec les populations locales et d'assurer leur participation, en accordant la priorité aux projets de terrain, fondés sur les communautés locales, comme il a été démontré par le projet TASO en Ouganda (v. plus loin, Chapitre IV , A, 6.3.).
  - (ii) l'amélioration significative des conditions de vie des gens, surtout dans les pays les moins développés, afin de les amener à se sentir motivés pour améliorer leur avenir, y compris pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, compte tenu de leurs besoins, aspirations et intérêts.

NB : Certaines des propositions méthodologiques suivantes reprennent ou complètent celles déjà présentées en détail dans le chapitre III. A, Développer de nouvelles stratégies.

## **2. Implications scientifiques et méthodologiques**

- L'évaluation culturelle des situations et des problèmes du VIH/SIDA sera indispensable(v. ci-dessus, chapitre *Evaluation préliminaire*).
- L'évaluation des projets précédents (y compris l'analyse des causes socio-culturelles des échecs ou succès) au-delà des seuls aspects médicaux, des insuffisances budgétaires et humaines.
- Il est indispensable d'améliorer la connaissance des cultures des populations et le processus d'échange avec celles-ci, considéré comme le cœur du problème du VIH/SIDA et de ses solutions.

## **3. Choix instrumentaux :**

### **3.1. Une approche coordonnée:**

La coordination est la condition indispensable pour harmoniser l'action de tous les partenaires et couvrir l'ensemble du champ des situations et problèmes concernant le VIH/SIDA.

- Les stratégies et les campagnes de prévention et de traitement doivent tenir compte de leurs interactions avec d'autres stratégies de développement sectoriel ou général.
- Ceci exige la coopération inter-institutionnelle à tous niveaux.
- La coordination se réalisera plus aisément et on évitera ainsi les superpositions et les pertes dues aux rivalités dans les programmes d'action.

### 3.2. La conception du plan d'action

Dans l'élaboration d'un plan d'action, les orientations et les principes suivants doivent être pris en compte :

- Les programmes doivent être conçus ou remodelés en recourant à l'approche montante (bottom-up), afin de dépasser les concepts et outils administratifs et purement techniques de l'approche descendante, qui conduisent à une vue réductrice des questions et des solutions.
- Les plans d'action doivent résulter d'un processus continuuel d'échange et d'information mutuelle entre les bureaux de planification et le terrain, où l'épidémie est une expérience quotidienne, et la viabilité de la réponse est testée dans sa dimension réelle de temps et d'espace.
- Ils doivent être nourris par des données et des informations riches et actuelles sur les habitudes, systèmes de valeurs sociales, culturelles et spirituelles, les modes de pensée et de vie, les conditions et les capacités des communautés locales à faire face au risque et à mobiliser leurs énergies pour le combattre (v. ci-dessus, la définition de la culture adoptée à Mexico, Partie II, Chapitre I,1).
- En conséquence, les plans d'action doivent être établis sous une forme ouverte et souple, afin d'éviter les procédures d'action trop détaillées et rigides; on pourra ainsi faciliter le travail pratique sur le terrain, en permettant l'adaptabilité aux conditions locales et à l'environnement humain, en d'autres termes, en fournissant des moyens d'action culturellement et socialement appropriés.
- Il faut encourager les projets à base communautaire et impliquer les populations locales: chefs de groupes, chefs spirituels, guérisseurs traditionnels, matrones, organisations non gouvernementales ou groupements familiaux, en y intégrant les personnes infectées ou malades (cf. par exemple, le projet TASO en Ouganda).

### 3.3. Communication/participation pour la mobilisation culturelle contre le VIH/SIDA

Cet objectif pourra être atteint aux conditions suivantes :

- les projets d'information/éducation/communication (IEC) doivent utiliser tous les moyens disponibles : discussions de groupe, entretiens personnels et confidentiels, sessions d'information, réunions formelles et informelles ;
- le système éducatif scolaire et non-scolaire est renforcé, de même que les radios rurales et urbaines locales, les programmes télévisés (là où l'audience de la télévision est large et où le public est familiarisé avec les messages audio-visuels) ;
- cependant, tous messages IEC doivent être toujours "contextualisés" par rapport à l'environnement culturel local et les autres messages véhiculés par les médias, surtout en matière de comportements sexuels irresponsables, de violence et d'abus de drogues ;
- les programmes concernant le VIH/SIDA doivent être intégrés dans les programmes consacrés au développement local et impliquer les personnes infectées par le VIH/SIDA, par l'intermédiaire des associations et réseaux spécialisés, quand ils existent (comme, par exemple, en République Dominicaine, en Ouganda et en Thaïlande) ;
- quel que soit le moyen de communication utilisé, il doit avoir pour but de :

- identifier progressivement les objectifs, par exemple dans les centres d'information et de traitement mutuels dans les petites communautés;
- stimuler les discussions sur la manière dont les gens ressentent l'impact de la maladie et de la mort dans leur famille (époux, parents-enfants);
- identifier clairement leurs motivations rationnelles ou affectives, sociales ou culturelles pour arrêter l'épidémie : affaiblissement de la communauté, raisons économiques (jeunes travailleurs, recherche d'argent pour la subsistance quotidienne de la famille) et proposer des modalités pratiques d'action;
- obtenir le consensus sur les modalités d'action culturellement accessibles et pratiques qu'ils proposent.

### **3.4. Processus d'information interactive**

Pour développer l'information mutuelle, l'établissement de systèmes de communication bidirectionnelle doit être élargi. Ceci mènera les résultats suivants :

- obtenir une image réaliste des situations sur le terrain concernant l'épidémie, ses déterminants socio-économiques, sociétaux et culturels et les effets et moyens d'action disponibles localement.
- impliquer les acteurs du développement local dans les projets de prévention et de traitement.

### **3.5. Elaboration de projets culturellement appropriés**

- Dans les régions ayant un taux élevé d'infection par le VIH/SIDA, les projets basés sur les communautés locales ou régionales (intra-nationales) peuvent être considérés comme les plus adaptés à la situation épidémiologique. C'est pourquoi ils doivent présenter une transparence totale, de façon à susciter une large participation des populations locales.
- En conséquence, la définition des objectifs, moyens et résultats attendus doit toujours être totalement claire et cohérente pour les deux parties.
- A cet effet, l'élaboration de projets nécessite la discussion des questions suivantes :

#### 1) Action concrète avec les populations cibles :

Quels problèmes veulent-ils résoudre?

Que veulent-ils faire?

Quelles sont leurs ressources propres?

Quelles ressources attendent-ils de l'extérieur?

#### 2) Budgets et programmes institutionnels (objectifs/activités/voies et moyens)

Les institutions doivent prendre en compte les résultats de ces discussions pour la préparation technique de leurs budgets et programmes. A cet effet, elles doivent réaliser successivement les travaux suivants :

- identification des problèmes, définition des tâches, l'évaluation des moyens par échange d'information, discussion, négociation ; compromis et accord doivent être effectués de manière appropriée;
- la finalisation des projets en termes techniques aura lieu à la fin de ce processus de communication bidirectionnel qui aura été mis en place précédemment (orientations préparatoires).

#### 4. Résultats et effets attendus (Indicateurs)

Les projets sont censés préparer une réponse positive significative (en d'autres termes, des changements durables de comportement dans les pratiques sexuelles). Ces changements seront assurés aux conditions suivantes :

- acceptation et intégration par la communauté ou les personnes des informations et soins médicaux, qui auront été remodelés afin de devenir plus interactifs;
- certitude du caractère prioritaire de la prévention et du traitement ;
- à plus long terme, baisse des chiffres de l'infection et des décès et ralentissement de la propagation de l'épidémie (augmentation du chiffre des personnes testées et des personnes non-infectées);
- mise en place par des volontaires d'initiatives communautaires ou locales, avec la coopération des institutions nationales, intergouvernementales et non gouvernementales.

#### 5. L'action d'urgence contre le VIH/SIDA est-elle possible dans une approche culturelle?

##### 5.1. Définition:

- a) Généralement parlant, les **situations d'urgence** au sens propre se rencontrent quand un désastre naturel (ouragan, tremblement de terre) ou conflit violent, entraînant éventuellement des famines ou des épidémies (choléra, typhus), menacent directement la vie et la survie des gens à une très grande échelle. Dans ce cas, les institutions spécialisées de coopération internationale doivent **intervenir d'urgence**.
- b) **En ce qui concerne le VIH/SIDA**, le déploiement des mesures d'urgence signifie que, dans les situations critiques, un grand nombre d'actions pratiques en matière de prévention et de traitement de l'infection est nécessaire.

Néanmoins, l'action d'urgence doit être liée dès le début à des stratégies et des plans à moyen et long terme. A leur tour, celles-ci peuvent aider à encadrer l'action d'urgence proposée dans une perspective plus cohérente et plus efficiente. Cela pourrait être le cas pour un éventuel plan d'action d'urgence en Afrique sub-saharienne.

##### 5.2. Propositions

Compte tenu des remarques ci-dessus, pour le cas où des actions d'urgence et très visibles doivent être lancées dans des zones critiques, où leur impact politique peut être particulièrement important, deux propositions doivent être faites :

- organiser des cours intensifs dans le domaine de la prévention et du traitement pour certains types de professionnels, des agents locaux actifs et/ou de nouveaux personnels en cours d'affectation;
- allouer sans délai des moyens financiers et humains complémentaires aux projets susceptibles de réussir, tout en les faisant suivre simultanément par des équipes de recherche.

##### 5.3. Avantages et limites

Les efforts peuvent se concentrer sur une période courte et sur une région particulièrement exposée. Mais une action approfondie et durable ne peut pas être abrégée et nécessitera un



effort prolongé, puisque le VIH/SIDA est déterminé par des facteurs multiples, culturels et sociétaux entre autres, qui n'évoluent pas rapidement. L'action d'urgence n'est donc pas suffisante et doit être suivie par des programmes et projets à long terme.

## **6. Processus de négociation institutions/terrain**

Les programmes et les projets représentent l'interface entre la logique des institutions et les modes de pensée dans les situations nationales et locales: ils doivent représenter l'expression concrète de **la négociation et du compromis** final entre les besoins ressentis et reconnus par la population et les concepts, méthodes et objectifs des institutions.

Il est particulièrement important d'atteindre ces convergences en matière de prévention et de traitement, qui ne peuvent réussir si l'impulsion ne vient pas simultanément des institutions et des populations.

### **6.1. Questions préliminaires**

- Toute action doit être fondée sur l'analyse de la situation initiale et sur la pertinence, le contenu et l'opportunité de l'intervention institutionnelle extérieure, compte tenu des aspects spectaculaires de la crise du VIH/SIDA au niveau local.
- A cet effet, l'identification des problèmes/besoins doit être effectuée conjointement par les acteurs extérieurs avec la participation continue des populations locales.
- La mise en œuvre des mesures de prévention et de traitement doit être confiée aux agents extérieurs, en fonction de leurs compétences médicales et éducatives, mais elle doit entraîner l'implication effective de la population, menant à une prise de responsabilité commune, qui assurera une mobilisation locale plus large (sessions de formations rapides sur le terrain).
- L'objectif, la durée, l'ampleur de l'intervention extérieure ne doivent pas être planifiés en détail; il faut plutôt définir des orientations générales qui seront spécifiées au fur et à mesure que le projet avance.
- L'évaluation des projets ainsi que les décisions à prendre sur la poursuite ou l'arrêt de l'intervention extérieure seront décidées en consultation avec les populations locales ou leurs représentants. Celle-ci doit être réduite ou arrêtée lorsque l'on a atteint un succès significatif et potentiellement durable et que la responsabilisation de la contrepartie locale est assurée (compte tenu de la dimension chronologique de la crise du VIH/SIDA).
- Le compte rendu de l'utilisation des moyens financiers doit être adressé aux organismes financiers et aux institutions responsables des projets, mais les populations doivent être mises au courant clairement de la justification des dépenses, afin qu'elles fassent confiance au projet et à l'intervention des agents extérieurs.

### **6.2. Systèmes de planification et faisabilité de l'approche culturelle**

- a) Les systèmes actuels utilisent encore souvent l'approche sectorielle descendante. Ils sont en général basés sur les techniques suivantes :
- planification séquentielle: objectifs/moyens/résultats;
  - cycle de projet: préparation/mise en œuvre/évaluation, permettant d'élaborer de nouveaux projets en capitalisant les leçons apprises. Cependant, le cycle de projet ne permet pas de donner des responsabilités clés aux populations locales (point

crucial pour l'action culturellement appropriée de prévention et de traitement du VIH/SIDA).

b) Des systèmes de planification plus pertinents peuvent être proposés pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, comme :

- les systèmes de planification montante, nécessairement participatifs, en vue d'une intégration complète des aspects spécifiques et des interactions rencontrés sur le terrain), puis aux divers niveaux de responsabilité (sous-national, national, régional, international);
- des projets "en grappe" comprenant des groupes de programmes issus d'initiatives de terrain;
- la recherche-action doit développer la méthode de préparation/action/réflexion-évaluation, comme processus parallèle et simultané.

## **C. PREPARATION D'UN PROJET DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT**

### **1. Conditions générales**

- Il faut renforcer les liens existants entre les stratégies, les plans/programmes/projets/actions de terrain à moyen terme (v. par exemple, la nouvelle *Stratégie* de l'ONUSIDA pour 2000-2001).
- Il est indispensable à cet égard d'utiliser l'approche intersectorielle et inter-institutionnelle afin de traiter la situation comme un tout.
- L'adoption d'une perspective à long terme nécessitera l'évaluation des situations et des actions antérieures, des effets et de la durabilité des propositions à faire, afin de tenir pleinement compte des déficiences et obstacles rencontrés dans l'action antérieure de l'ONUSIDA.
- Une information abondante, détaillée et actualisée sur l'environnement naturel/sociétal/culturel de l'épidémie est indispensable pour améliorer la pertinence et l'efficacité du projet à venir.
- La complexité des interactions entre la situation initiale et le projet peut nécessiter sa subdivision en sous-projets, qui peuvent rester adaptables en permanence à la diversité de l'environnement culturel et sociétal, tout en conservant au projet des dimensions saisissables et maîtrisables.
- Les termes de référence, objectifs et conditions de réalisation du projet doivent être acceptables et compréhensibles pour les institutions comme pour les populations.
- Dès le départ, il est nécessaire de programmer la suite du projet et la remise des initiatives et des responsabilités aux agents locaux, afin d'atteindre la durabilité de l'action à long terme.

### **2. Identification/problématique**

- Le premier travail est d'analyser les particularités régionales, nationales ou locales de la crise du VIH/SIDA et l'action déjà entreprise ou achevée (le cas échéant).

- Cette analyse peut aussi prendre en compte les documents d'évaluation de projets et le suivi des rapports de terrain, comme l'information générale sur la situation ou les besoins urgents à traiter (l'épidémie, aggravée par la famine, les conflits violents, les génocides, etc.)
- Dans l'identification des problèmes et des besoins, les opinions et vues différentes exprimées par la population doivent être discutées et comparées.
- Les problèmes de la prévention et du traitement doivent être "contextualisés", dans le but d'une meilleure compréhension de leurs interactions avec la culture et le développement.
- L'identification des problèmes doit ouvrir vers une compréhension commune des besoins pour les institutions et la communauté. Une attention particulière doit être accordée aux modes de pensée, explicite ou implicite, des différents acteurs impliqués.

### 3. Mobilisation des acteurs

- Les bailleurs de fonds et les institutions, les décideurs et responsables techniques doivent être pleinement responsabilisés pour assurer l'efficacité de la stratégie générale préconisée par l'ONUSIDA.
- Les centres de recherche et les institutions universitaires doivent être plus étroitement associées à la planification et à la mise en œuvre de la prévention et du traitement du VIH/SIDA.
- L'expérience des ONGs internationales, nationales et locales constitue une ressource importante, puisqu'elles travaillent en contact direct avec les populations et connaissent plus concrètement leurs comportements et besoins. Par ailleurs, elles doivent être sensibilisées davantage à l'approche culturelle..
- Les associations, syndicats, organisations sociales, hommes d'affaires, acteurs locaux importants, représentants des populations et des communautés doivent être associés, à l'action préventive et à l'information, à leur lieu de travail, dans les lieux publics, lors des événements sociaux ou à l'occasion des activités de loisirs, formelles ou informelles.
- Les leaders traditionnels et les communautés religieuses peuvent aussi jouer un rôle crucial à cet égard.

### 4. Groupes cibles et esquisse de projet

Les groupes cibles ou populations "bénéficiaires" sont les partenaires principaux dans la lutte contre l'épidémie. Leur participation active dans l'élaboration et la réalisation des projets doit être un préalable à la réussite de tout projet.

NB : Il faut faire une distinction entre les receveurs directs (par exemple, les institutions nationales) et les bénéficiaires (groupes désavantagés et fragiles socialement et culturellement), pour lesquels la situation concernant l'infection par le VIH/SIDA doit être une priorité absolue (discrimination positive à leur égard).

Cependant, aucun projet ne doit pas être trop centré sur la situation locale et ignorer le contexte national, économique, sociétal et culturel.

Le contrôle de l'acceptabilité/recevabilité du projet est un point-clé du réajustement des méthodes de préparation du projet et de son adaptation à la situation des populations et des cultures

## 5. Instruments récents actuellement utilisés

- a. Pour les études préliminaires, certaines méthodes nouvelles sont considérées comme plus rapides, plus rentables et plus efficaces, par exemple :
  - l'évaluation rurale rapide, qui visait à l'origine à faciliter l'identification, en coopération avec les populations locales, des éléments susceptibles de favoriser les projets de développement rural, peut être utilisée dans l'évaluation initiale des situations de terrain et des moyens d'action possibles dans les projets VIH/SIDA;
  - les méthodes d'évaluation par les bénéficiaires peuvent être utilisées pour rendre un projet "appétissant" pour la population locale, afin d'assurer son approbation et la coopération quant à l'action préventive et médicale menée de l'extérieur.
- b. Les questionnaires de recevabilité/acceptabilité, le cas échéant, ou les guides d'enquêtes, peuvent également être utiles pour évaluer l'attitude d'une population donnée.
  - **l'analyse de recevabilité** permet d'évaluer l'intérêt monté par la population et/ou les partenaires institutionnels;
  - **acceptabilité** : l'analyse peut établir la pertinence du projet de prévention et de traitement en relation avec:
    - l'évaluation locale, la reconnaissance du danger et des besoins qui en résultent;
    - les chances de mobiliser une population pour sa réalisation (besoins ressentis, intérêt, motivations);
    - équilibre entre le savoir-faire et les technologies extérieurs et locaux, qui doivent être admis et utilisés autant que possible, de manière à impliquer directement les groupes cibles.
- c. Limites de ces instruments:
  - les méthodes d'évaluation rapide peuvent avoir des effets secondaires, comme l'instrumentalisation de la culture des populations, la participation partielle, réticente ou non durable, le manque d'une perspective effectivement stratégique ;
  - l'utilisation des guides d'enquêtes ou des questionnaires écrits est limitée par le niveau d'éducation, surtout dans les régions où l'analphabétisme est répandu.

## 6. Méthodes culturellement équilibrées pour des projets d'action préventive

- Analyse de faisabilité sociale : compatibilité entre le projet et le contexte local, possibilité de multiplication des effets, impact social et culturel;
- Evaluation rurale participative: fondée sur le comportement, l'échange de connaissances et le partage d'expérience;
- Mais la meilleure méthode reste la participation continue (Agence canadienne de développement international), qui permettra d'aboutir aux résultats suivants:
  - mobilisation des capacités d'action de la population et des groupes cibles;

- mise en oeuvre conjointe, fondée sur une dynamique endogène authentique ;
- garantie de la continuité du processus de réflexion/action;
- formation du personnel local à la prévention et au traitement;
- évaluation croisée par les institutions et la population.

## **7. Un processus indispensable : discussion sur le terrain**

La communication entre les agents institutionnels, les opérateurs de terrain et les représentants de la population doit être le fondement de tout projet local efficace et durable de prévention et de traitement. Ce processus bidirectionnel nécessite que les documents officiels soient accessibles aux représentants de la communauté.

- Les termes dans lesquels les documents sont rédigés doivent être toujours "réversibles":
  - pour les grands programmes et projets, les étapes et activités prévues doivent être exprimées en termes techniques pour les agents institutionnels, surtout les planificateurs, le personnel financier et administratif, les cadres de niveaux moyen et supérieur;
  - néanmoins, les discussions et les explications avec les autorités publiques nationales et les représentants de la société civile sont indispensables et les projets doivent être expliqués en conséquence ;
  - simultanément, les documents de projet ou des sessions d'explications doivent être accessibles à la population en général et les aspects concrets liés à la vie quotidienne doivent être soulignés.

### **Thaïlande: cultures tribales, VIH/SIDA et développement: un projet fondé sur la communauté**

Un projet de prévention et de traitement du VIH/SIDA fondé sur la communauté, soutenu par l'UNICEF et par la coopération Australie-Thaïlande (NAPAC) a été lancé dans la Région du Haut Mékong, avec la participation des tribus Lisu vivant dans la région, ainsi qu'avec d'autres minorités culturelles.

Dans la première phase du projet, a été étudié le système Lisu des croyances et des valeurs en matière de sexualité, de relations sexuelles, et de SIDA. Le savoir acquis dans la première phase a été ensuite utilisé pour développer un projet avec l'aide de diplômés en sciences sociales. Le NAPAC a fourni le financement et des populations Lisu, surtout des femmes, ont été recrutés pour participer au projet. Les hommes communiquaient avec les hommes, les femmes avec les femmes.

Dans une seconde phase, les enseignements ainsi tirés ont été utilisés pour la conception d'un projet et l'élaboration de matériel de formation. Un atelier de formation a eu lieu pour offrir les outils nécessaires au lancement des activités dans différents villages. Un centre d'échange d'aiguilles a été établi pour les utilisateurs de drogues et l'utilisation des préservatifs a été conseillée dans la communauté.

Dans la phase finale, en 1998, l'accent a été mis sur la participation de la communauté. Des activités culturelles supplémentaires ont commencé, pour développer la prise de conscience et

diffuser la connaissance dans toute la communauté et dans les villages voisins, y compris ceux d'au-delà des frontières.

Ces activités étaient censées éviter les "erreurs culturelles" antérieures commises dans l'action préventive classique. Ainsi, nombre de moyens employés auparavant, tels des images d'ulcères de Kaposi, pour éduquer les enfants Lisu sur le VIH/SIDA, les avaient effrayés. Enfants et adultes des tribus montagnardes en étaient arrivés à croire que les personnes ayant le SIDA étaient couvertes d'ulcères et de plaies.

De même, l'action éducative antérieure n'avait pas tenu compte des interdits de la culture Lisu, qui empêchaient les discussions sur le SIDA. Parler de sexe est considéré comme honteux et répugnant; il n'est pas permis aux hommes et aux femmes de la même tribu de discuter des relations sexuelles. Les Lisu ont un système de parenté étendue : beaucoup de gens sont liés par des relations de parenté et parler de sexualité est difficile. Il faut donc recourir aux euphémismes ou aux métaphores. Les réunions doivent aussi tenir compte de l'âge et de la génération des participants.

En ce qui concerne les stratégies éducatives proprement dites, les gens n'étaient pas réceptifs aux matériel représentant les organes sexuels, qui contrariait leur culture. Il était également toujours important de communiquer l'information de telle manière que l'autorité des chefs traditionnels ne soit pas sapée, tout en veillant à ce que les valeurs et les cultures en cours de changement des jeunes ne soient pas rejetés.

Les malades ont été considérés comme les communicateurs les plus efficaces des messages anti-SIDA. Quand les gens des villages les ont vus et ont parlé avec eux, ils ont appris directement la réalité de cette maladie et de nombreux mythes ont ainsi disparu.

Les aspects de la culture Lisu offrant la plus forte protection contre le SIDA, ont été le respect pour les plus âgés et les devoirs envers les membres de la famille. L'aspect le plus susceptible de favoriser la propagation du SIDA a été le fait que la culture Lisu est aisément réinterprétée par les Lisu pour l'adapter au changement des besoins et coutumes, ce qui peut être à la fois avantageux et désavantageux pour la lutte contre le SIDA.

Sources: *Facteurs culturels dans la prévention, la transmission et le traitement du VIH/SIDA dans la Région du Haut Mékong* (Chiang Mai, juin 1999).

## **8. Planification montante (bottom-up)**

- Ce système est fondé sur la mise en pratique de la participation et la communication continue entre les agents extérieurs et la population. En fait, c'est le seul processus par lequel les problèmes et les moyens (disponibles ou à apporter de l'extérieur) peuvent être identifiés dans une approche culturelle, sans modèles préconçus concernant les problèmes prioritaires et la réponse possible de la part des populations et des communautés impliquées.
- L'information venant du terrain doit être recueillie, traitée et diffusée à tous les niveaux institutionnels (rédaction de documents synthétiques appropriés).

### **8.1. Les conditions à remplir à cet effet sont :**

- une attitude ouverte et souple de la part des grandes institutions;

- cette flexibilité est nécessaire, d'une part, pour contrebalancer la prééminence habituelle des services centraux et la division trop rigide du travail institutionnel, et d'autre part, pour établir un meilleur partenariat avec la population;
- des sessions d'explication concernant cette nouvelle approche doivent être organisées pour les autorités publiques et les populations locales.

En conséquence, le choix des instruments techniques, tel qu'il est décrit dans les paragraphes suivants, peut affecter, positivement ou négativement, la faisabilité de l'approche culturelle, surtout nécessaire pour réussir la mise en oeuvre complexe, mais essentielle de l'action de prévention et de traitement.

## **8.2. Définir des objectifs**

Cette partie du travail doit être effectuée en association avec les communautés bénéficiaires et les différents acteurs, après l'identification des problèmes sur le terrain (recueil et traitement montant de l'information). Elle doit se réaliser dans une approche intégrée (objectifs trans-sectoriels pouvant être atteints par la solution de problèmes sectoriels);

L'évaluation du temps et des moyens nécessaires et la pertinence des modalités pour assurer l'efficacité de l'action doivent être établies de façon souple dans le travail de planification du projet.

### **a) Objectifs généraux** (liés aux grandes stratégies institutionnelles)

Dans le cas de la stratégie de l'ONUSIDA et des projets dérivés, les objectifs majeurs sont:

- combattre l'expansion du virus;
- développer un meilleur environnement pour les personnes malades.

Afin d'assurer leur cohérence avec l'effort général des Nations unies concernant le développement humain, il est nécessaire de vérifier la relation entre ces objectifs et ceux requis pour le développement durable :

- les droits humains;
- la promotion des femmes;
- l'éradication de la pauvreté.

Ces objectifs généraux doivent être décomposés comme suit :

- objectifs politique majeurs (stratégies et politiques);
- objectifs opérationnels (programmes);
- objectifs du travail de terrain (projets).

Dans ce processus, la pertinence culturelle et le pouvoir mobilisateur du travail de planification doivent être vérifiés à chaque niveau.

Ces objectifs généraux peuvent également être traduits et subdivisés en plans d'action à moyen terme, biennaux ou annuels.

### **b) Objectifs opérationnels**

Donner la priorité à la définition des objectifs opérationnels peut conduire à la sous-estimation des interactions concrètes entre différents problèmes, situations et objectifs

du développement humain et, par là, empêcher l'adoption de politiques et projets culturellement appropriés.

## **9. Choisir moyens et modalités culturellement appropriés**

- Le financement peut sembler un aspect totalement non culturel des politiques et des projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Néanmoins, des interactions culturelles peuvent résulter du choix des moyens financiers, question cruciale quand les changements de comportement représentent une clé pour la mise en place de solutions efficaces et durables au problème.

Dans la discussion des modalités de financement, il faut prêter attention aux risques que, selon les choix, elles produisent des effets sociétaux culturels négatifs.

- Moyens techniques :
  - pour des raisons pratiques et culturelles, les ressources matérielles et le savoir-faire locaux doivent être utilisés autant que possible;
  - les installations technologiques sophistiquées sont parfois fragiles et peuvent créer des problèmes de durabilité, d'entretien et conduire à la prédominance de l'intervention extérieure ;
  - du personnel local doit être formé et employé pour le montage et l'entretien des installations, surtout dans les nouvelles technologies ;
  - la coopération volontaire ne doit pas être sous-estimée (par exemple, les jeunes sans emploi).

## **10. La prise de décision dans une approche culturelle**

- la consultation doit durer jusqu'à la décision finale;
- les critères des opérateurs de terrain doivent être dûment pris en compte pour assurer la pertinence des projets, surtout par rapport aux réalités et aux capacités locales d'initiative;
- la formulation des résultats attendus et le calendrier doivent être définis de façon souple.

## **D. LA REALISATION DES PROJETS**

### **1. Approche culturelle et mise en oeuvre**

#### **a. Centralisation ou décentralisation**

Une politique de décentralisation doit s'accompagner des activités suivantes:

- approche participative et partenariat;
- flexibilité concernant la durée du projet et les moyens nécessaires;
- délégation de responsabilité aux représentants locaux en matière de financement, équipement, de locaux et de personnel.



### **b. Avantages et limites de la décentralisation**

- l'action est plus proche du terrain et plus facile à réaliser concrètement ;
- la structure administrative est plus simple et l'information plus rapide;

Des effets contre-productifs peuvent par contre apparaître :

- poids excessif de l'influence locale;
- difficulté de coordination et de maintien des contacts entre le siège et le terrain ;
- coûts de fonctionnement plus élevés et injustifiés.

## **2. Contrôle et approche culturelle du VIH/SIDA**

- Dans le contexte de l'expansion apparemment irrésistible de l'épidémie dans de nombreuses parties du monde, il est crucial d'assurer un suivi et un contrôle fiables des moyens considérables investis au niveau international et national, sans compromettre l'adéquation culturelle et la durabilité de l'action menée.
- L'évolution des activités réalisées doit être soigneusement observée en tenant compte des aspects suivants:
  - les responsabilités prises par les institutions impliquées (documents administratifs ou financiers concernant le projet);
  - les problèmes abordés : implication et contribution des partenaires extérieurs et des agents locaux, évolution concrète, changements perceptibles, chances de succès, dysfonctionnements institutionnels et locaux;
  - la maintien du flux montant de l'information économique, sociale et culturelle (comité de suivi);
  - les corrections nécessaires aux modalités, moyens et même objectifs du projet.
- Ce suivi doit être assuré à tous les niveaux de responsabilité, par les mesures suivantes:
  - gestion conjointe à tous les niveaux;
  - suivi des activités plus ou moins détaillé, selon le niveau hiérarchique;
  - équilibre entre suivi technique et financier et contenu du projet (en coopération avec les acteurs locaux).

Mais il faut toujours garder à l'esprit que les institutions et leurs partenaires n'ont pas les mêmes centres d'intérêt.

## **3. "Tableau de bord" des institutions et de leurs partenaires**

### **3.1. Les "tableaux de bord" des institutions contiennent en général les questions suivantes :**

- A quel stade est la réalisation du projet?
- Quelle est la relation entre les moyens utilisés et les activités réalisées?

- Quels sont les résultats non obtenus?
- Quelle est la contribution des résultats obtenus aux objectifs du projet?
- Quelle est la contrepartie des partenaires?

### **3.2. Pour les partenaires, les principales questions sont :**

- Quelle est la différence entre la contribution promise et effective?
- Quel est le rôle de la contribution effective aux activités en cours?
- Quelle est la relation entre les problèmes à traiter et les améliorations obtenues ou probables ?
- Les efforts doivent-ils être mesurés en fonction des améliorations attendues ou cela justifiera-t-il une redéfinition des résultats attendus à un niveau plus bas?
- Les instruments d'observation nécessaires pour un suivi approprié sont les suivants:
  - indicateurs de résultats;
  - réaction des partenaires;
  - solutions alternatives possibles non utilisées;
  - évaluation des contraintes et des aspects dynamiques de la situation;
  - amélioration ou détérioration de la communication entre les acteurs extérieurs et la population locale.
- A ce stade, le processus décisionnel, prenant en considération les références et ressources culturelles des populations impliquées dans le projet, doit tenir compte des aspects suivants:
  - réajustement des résultats attendus;
  - remodelage des modalités, des moyens et du calendrier ;
  - révision du financement et des objectifs du projet.

## **E. EVALUATION DU PROJET**

### **1. Méthodes et problèmes d'évaluation**

#### **1.1. Méthodes actuelles**

Comme dans d'autres domaines des politiques de développement, le travail classique d'évaluation de projet et des méthodes utilisées s'appuie sur la cohérence de l'équation objectifs/moyens/résultats. L'évaluation est en général effectuée par :

- les initiateurs du projet;
- les agents d'exécution;

- les "bénéficiaires" du projet (dans le meilleur des cas et dans des limites étroites).

Pour d'assurer l'objectivité de l'évaluation, elle peut être confiée à des experts indépendants.

**a) Contenu de l'évaluation :**

- apport du projet à une action préventive efficace ;
- résultat du projet par rapport à son objectif spécifique, compte tenu de la situation sociale, pour les non infectés, les séropositifs et les malades et ses résultats attendus.

**b) Points essentiels de l'évaluation :**

- pertinence des choix par rapport à la situation (objectifs, moyens, durabilité des résultats) ;
- résumé des modifications décidées et mises en œuvre au cours de la réalisation des activités planifiées ;
- propositions pour des modifications complémentaires (problèmes à résoudre, niveaux et modalités des moyens utilisés, partenariat entre les bailleurs de fonds et les agents locaux).

**1.2. La méthode de l'approche culturelle**

Selon la méthode de l'approche culturelle, l'exercice d'évaluation doit être entrepris à deux niveaux :

- niveau technique (comparaison des objectifs/moyens/résultats, explication des différences);
- niveau global (effets socio-économiques sectoriels et intersectoriels, directs et indirects, permettant l'évaluation approfondie des méthodes utilisées par les politiques et projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA).

Dans l'approche culturelle, l'évaluation par le bénéficiaire doit être non seulement économique (utilisation effective des biens et des services produits) et sociale (solutions aux difficultés rencontrées par les groupes ayant demandé l'aide extérieure), mais, pour une meilleure compréhension de la situation sur le terrain et le réajustement du projet, culturelle (analyse des coûts/bénéfices culturels, réévaluation des valeurs culturelles locales, équilibre entre l'engagement extérieur et local, perte/retour de la confiance en soi). Toutes sont des facteurs essentiels de l'effort visant le changement de comportements.

L'évaluation critique doit être un processus continu effectué sur toute la durée du projet, en interaction permanente avec le processus d'exécution et le réajustement des documents techniques.

**1.3. Choix méthodologiques**

L'évaluation systématique à toutes les phases d'un projet, respectant les références et ressources culturelles des populations, représente une exigence de base dans tous les types d'évaluation :

- évaluation préliminaire;
- évaluation périodique;

- au démarrage du projet : vérification technique et confirmation de l'accord de la population pour l'intervention extérieure;
- évaluation à mi-parcours : peut être effectuée plus tôt si nécessaire, surtout si le projet semble "fragile" (une situation courante dans le cas des évaluations concernant le VIH/SIDA); son rôle est de :
  - réorienter ou recadrer le projet ou lui donner une nouvelle impulsion;
  - mesurer la capacité de multiplier ses effets (effets indirects, actions parallèles).

N.B.: La pertinence culturelle du choix des méthodes d'évaluation doit être appréciée en relation avec le concept d'évaluation conjointe continue par les institutions et les populations.

## **2. L'évaluation finale: un moment crucial**

La distance ou la convergence entre le point de vue des institutions et celui des populations impliquées seront révélées par le travail d'évaluation finale.

### **2.1. Pour les institutions**

Les aspects les plus importants sont les résultats obtenus (effets directs) du projet. Tous les objectifs ont-ils été atteints (complètement, partiellement, pas du tout) ?

Les effets indirects peuvent être évalués, si nécessaire, mais à un stade ultérieur. Les critères techniques concernent en principal la visibilité à court terme de l'utilisation des contributions extérieures (pour les institutions), plutôt que l'utilité durable pour les bénéficiaires.

L'évaluation de ce dernier aspect nécessite une période de temps plus longue, son rôle étant crucial pour l'amélioration durable de la prévention et du traitement du VIH/SIDA.

**a) Les résultats** sont évalués par les critères suivants:

- le résultat des activités exécutées dans le but d'atteindre des objectifs spécifiques du projet, avant de passer à la "vitesse de croisière" du projet (par exemple, le maintien/la consolidation des résultats obtenus);
- en cas d'échec partiel ou total, une évaluation indépendante peut être effectuée (à la fin du projet, après une période suffisante : 5 à 10 ans, compte tenu du facteur chronologique de l'évolution épidémiologique du VIH/SIDA);
- les points spécifiques à analyser sont les suivants et peuvent être exprimés en termes de ratio:
  - activités planifiées/activités réalisées;
  - résultats attendus/résultats obtenus.

**b) Conditions de succès** (du point de vue institutionnel):

- bonne planification;
- équipe compétente et engagée;
- capacité organisationnelle suffisante;
- problèmes réels gérés par le projet;
- obligations respectées par les partenaires.

### **c) Raisons de l'échec:**

- *raisons techniques:*
  - c) définition insuffisante des objectifs;
  - d) étude de viabilité inappropriée;
  - e) mauvaise utilisation des moyens;
  - f) défaillance des partenaires locaux
- *raisons relationnelles :*
  - g) manque de consensus entre les partenaires;
  - h) mauvaise répartition des tâches;
  - i) motivation insuffisante des partenaires.

### **2.2. Pour les populations**

**Les méthodes d'évaluation orientées vers les résultats** devraient couvrir les problèmes qui intéressent les populations sur les aspects suivants :

- utilisation des moyens proposés de l'extérieur (par exemple, les préservatifs et le conseil);
- modalités, contenu et fréquence des activités d'information, leur adéquation aux habitudes culturelles et sociétales des populations (v. IEC culturellement appropriée, chapitre IV);
- prise en considération des interactions culturelles (cultures locales/culture du développement) et intersectorielles (par exemple, agriculture/éducation/emploi, développement rural/urbain);
- tendance administrative à la symétrie dans la comparaison des résultats attendus et atteints;
- dysfonctionnements du calendrier : incompatibilité entre "le temps des planificateurs", "le temps de la population" et le temps du VIH/SIDA).

### **2.3. Au-delà de l'évaluation**

- les conclusions doivent constituer le fondement des prochains projets (ou la phase suivante d'un projet à moyen terme), mais elles ne peuvent pas intégrer les effets secondaires apparus en dehors du champ d'action initiale ou qui ne peuvent être compris que dans une perspective à long terme;
- certaines conclusions peuvent être transposées et utilisées pour conceptualiser et réaliser d'autres projets dans des domaines voisins ou différents (réplicabilité).

## **F. CONCLUSIONS ET NOUVELLES PROPOSITIONS**

### **1. Propositions pour des méthodes d'évaluation différentes**

D'autres méthodes sont utilisées pour mesurer l'impact positif ou négatif des activités développées dans le domaine économique ou de l'environnement. Il peut être utile de réfléchir sur la possibilité de les utiliser pour évaluer l'impact économique et environnemental de la prise en compte ou de l'ignorance des interactions entre le VIH/SIDA, la culture et le développement. La même réflexion peut être menée dans le but de concevoir des projets de

prévention et de traitement appropriés et plus efficaces. On propose ci-dessous quelques exemples:

### **1.1. Analyse des effets économiques :**

a) **méthode des effets** : étude de l'impact socio-économique et sociétal d'un projet : rentabilité directe ou perte, effets économiques plus larges sur la communauté ou le pays, par la redistribution des revenus, la valeur ajoutée générée par le projet, l'évaluation de la situation locale avant et après le projet, par exemple (v. Synthèse des études par pays : "Impact socio-économique du VIH/SIDA").

### **b) études d'impact économique :**

- impact direct : sommes d'argent prélevées sur l'économie: salaires supplémentaires, dépenses, taxes;
- impact indirect : dépenses secondaires liées au projet, actions de prévention et traitement de la maladie;
- impact induit : perte ou consommation accrue de ressources financières pour les entreprises locales et les ménages.

### **1.2. Impact sur l'environnement:**

- effets écologiques : danger de dégrader ou de détruire l'environnement rural et urbain par la disparition des populations locales actives ou l'appauvrissement lié aux modifications écologiques incontrôlées;
- effets culturels : perte du sens de la préservation du patrimoine culturel et naturel, du fait du passage des cultures rurales aux sociétés industrielles.

Grâce à ces études, il est possible d'identifier dans une certaine mesure l'impact écologique et culturel de l'action économique : changements des types de dépenses, modèles de consommation, modèles de comportement, etc.

## **2. Etudes approfondies**

Ces études, qui font clairement partie des instruments nécessaires à l'approche culturelle des projets de prévention et de traitement du VIH/SIDA peuvent être réalisées selon les hypothèses et méthodes de travail suivantes:

### **2.1. Evaluation ex-post :**

- a) effets durables, positifs ou négatifs, dans le domaine de l'action médicale et éducative contre l'épidémie et dans d'autres domaines connexes: économique, environnemental, social, culturel;
- b) conséquences non médicales et sanitaires de l'action concernant le VIH/SIDA;
- c) effets désirés et non désirés : possibilité d'échec de l'enracinement de la prévention et du traitement dans les modes de pensée et normes de comportement des populations, qui adopteront une attitude passive dans le cas d'actions exclusivement extérieures.

### **2.2. Analyses à court, moyen et long terme**

L'analyse de l'évolution à court, moyen et long terme, après la fin du projet : par exemple, les effets économiques, sociaux et culturels négatifs à long terme d'une approche purement médicale et sanitaire : déstabilisation urbaine et rurale, environnementale et

culturelle, menant à l'échec de l'éducation médicale et sanitaire, à la réduction des revenus et à la destruction de nombreux domaines d'activité.

### **3. Nouveaux outils d'évaluation possibles**

#### **3.1. La méthode d'analyse des intérêts :**

- j) Dans toute action de prévention et de traitement qui nécessite la coopération entre les institutions et les populations, les gens jugeront toujours l'action proposée selon les termes de leurs systèmes de valeurs, y compris leurs intérêts concrets.
- k) Néanmoins, il y a des différences et des similitudes entre les perspectives coût/bénéfice des gens ("prix" à payer, "bénéfices" en termes de retour économique ou symbolique, et situation de pouvoir).
- l) Selon la même observation, il y a des différences et des similitudes dans les systèmes des valeurs et les intérêts des acteurs internes ou externes du développement.
- m) La justification et les changements des coûts par la négociation et dans une perspective à long terme : ses modes et conditions d'évolution peuvent donner des informations clés pour le développement culturellement approprié de l'action de prévention et de traitement.

#### **3.2. Analyse des coûts/bénéfices culturels (v. Annexe 2)**

Ce type d'analyse nécessiterait une attention plus ciblée de la part des chercheurs. Ses principaux chapitres traiteraient de l'impact positif et négatif du VIH/SIDA et du changement des conditions de vie concernant :

- l'identité, le système de significations, le sentiment d'appartenance à une communauté donnée;
- les aspirations, les besoins et la demande de changement ou de continuité sociétale ;
- le changement de comportement relié à la production, aux échanges, à la vie communautaire ou de famille, à la distribution des pouvoirs, aux structures spirituelles, éthiques et culturelles.

N.B.: Une analyse des coûts/bénéfices culturels ne peut pas être effectuée sans établir les indicateurs fondamentaux et les modèles comportementaux d'une culture donnée. Il serait particulièrement utile de définir ces indicateurs pour promouvoir et évaluer le rôle et l'importance de l'approche culturelle, dans le but d'améliorer considérablement l'action de prévention et de traitement du VIH/SIDA.

### **4. Evaluation continue : pour un nouveau partenariat**

Comme dans le cas précédent, ce processus devient le plus pertinent quand il s'agit de l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA. Il peut être établi selon les orientations suivantes :

- a) Evaluation simultanée : tester les concepts et les méthodes utilisés dans le fonctionnement, la gestion et l'organisation des projets, afin d'établir, dans un premier temps, les priorités en matière de réajustement des activités et des orientations générales et, à plus long terme, de réorienter les concepts et les outils.

b) Le mécanisme principal de ce type d'évaluation est : action/réflexion/évaluation/réajustement.

c) Dans l'approche culturelle, les questions majeures pour évaluer la réussite des actions de prévention et de traitement sont :

- Les objectifs correspondent-ils aux problèmes (besoins ressentis)?
- Les moyens sont-ils ajustés aux actions locales définies?
- Quels résultats et effets peuvent être espérés du projet pour les institutions/pour les populations?

La révision et l'ajustement continus seront possibles sur la base des réponses apportées à ces questions.

d) Les "bénéficiaires" des projets doivent être impliqués dans toutes les activités: recueil et traitement des informations, réalisation, évaluation, conclusions. Leur participation peut aider à l'identification des données qualitatives, qui ont une importance clé dans la concentration des efforts vers le changement de comportement : attentes et craintes de la population, confiance en soi et découragement.





**CHAPITRE IV:**

**INFORMATION/EDUCATION/COMMUNICATION**  
**CULTURELLEMENT APPROPRIÉES**



## **A. LA SITUATION ACTUELLE**

La première phase du combat contre le VIH/SIDA était centrée surtout sur l'action épidémiologique et la recherche concernant la maladie proprement dite. Le progrès scientifique a ensuite révélé qu'il peut s'écouler une période longue (de 5 à 10 ans) entre la première infection et le déclenchement de la maladie. Une partie de la question porte donc sur l'assistance médicale et le comportement pendant cette phase intermédiaire.

Les programmes d'information/ éducation/communication ont été mis en place en tant qu'instruments clé de l'action préventive dans ce domaine comme dans d'autres problèmes visant le changement radical du comportement, par exemple, les politiques démographiques. Dans ce cadre, on a insisté sur le rôle prééminent du système scolaire et des médias.

Des programmes, des matériaux et des projets ont été développés à cet effet par des institutions de coopération internationale, des organisations non gouvernementales et des autorités nationales, par l'intermédiaire des programmes scolaires et universitaires comme dans les programmes diffusés par la télévision et la radio.

### **1. Education préventive par le système scolaire et les médias**

#### **1.1. Education scolaire**

L'ensemble du système éducatif, plus spécialement l'école et l'université, sont des instruments majeurs de la prévention du VIH/SIDA. Des cours d'information spécifiques sont déjà développés dans de nombreux pays, et font partie des programmes scolaires, sur des sujets spécifiques : enseignement du savoir-vivre, du respect et de la compréhension réciproques entre garçons et filles, éducation mutuelle. Les élèves et les étudiants reçoivent des informations pratiques relatives à la physiologie du corps, à l'éducation sexuelle et à l'importance des moyens de protection comme les préservatifs. Il faut consolider, élargir et rendre ces enseignements accessibles à tous les enfants scolarisés à travers le monde, dans un contexte d'éducation de base et de méthodes et contenus adaptés.

L'éducation préventive a atteint des résultats significatifs au fur et à mesure de l'intégration des enseignements tirés des mesures préventives chez les élèves et étudiants, mais avec des différences importantes selon les niveaux d'éducation, le contexte sociétal et culturel et la situation locale, tous plus ou moins reflétés dans les politiques nationales d'éducation. Les enfants et les jeunes ayant quitté l'école ou ne bénéficiant pas du système d'éducation scolaire peuvent être atteints efficacement par d'autres voies et activités éducatives. La situation est beaucoup plus inquiétante pour la multitude d'adolescents et d'adultes illettrés, surtout les filles et les femmes, pour lesquelles d'autres canaux éducatifs doivent être utilisés.

En outre, l'école ne travaille pas toujours en coordination avec les autres responsables de l'éducation: chefs religieux et spirituels, représentants de la culture traditionnelle, grands acteurs sociaux et économiques, familles et parents et, par dessus tout, les médias, dont l'action et le potentiel sont loin d'être exploités de manière adéquate. Enfin, une information bien comprise est loin d'entraîner un changement de comportement, comme on l'a montré ci-dessus.

### 1. Principes éducationnels

Un programme d'éducation continue concernant le savoir-vivre et le VIH/SIDA doit être mis en œuvre dans toutes les écoles et les institutions pour les élèves, enseignants et autres personnels. Les mêmes mesures doivent être mises en place dans les internats.

### 2. Education appropriée par groupes d'âge

L'éducation appropriée sur le VIH/SIDA doit faire partie des matières d'enseignement pour tous les apprenants et étudiants et être intégrée dans les programmes d'éducation au savoir-vivre des élèves, de l'école maternelle, primaire et secondaire. Ces programmes sont tenus à :

- fournir des informations sur le VIH/SIDA et développer les savoir-vivre nécessaires pour la prévention de la maladie;
- inculquer, dès l'âge le plus précoce, les principes des premiers soins, y compris en cas de saignement, en prenant les précautions nécessaires;
- mettre en évidence le rôle des drogues, de l'abus sexuel, de la violence, des MST dans la transmission du VIH et donner aux élèves les moyens de gérer ces situations;
- encourager les élèves et les étudiants à faire appel aux soins, au conseil et au soutien des services de santé (y compris les services de santé reproductive et de prévention et de traitement des MST) offerts par les organisations communautaires et par d'autres services.
- enseigner aux élèves et aux étudiants l'attitude à adopter envers des personnes infectées par le VIH/SIDA et renforcer la prise de conscience sur les préjugés et stéréotypes concernant la maladie;
- cultiver un environnement sanitaire stimulant et une culture de non-discrimination envers les personnes porteuses du VIH/SIDA;
- fournir des informations sur les mesures appropriées de prévention, y compris l'abstinence sexuelle et le souci de la moralité : utilisation des préservatifs, fidélité entre partenaires et traitement médical rapide pour les MST et la tuberculose, évitant le contact avec le sang.

### 3. Education et information

L'éducation et l'information au sujet du VIH/SIDA doivent être réalisées d'une manière scientifiquement correcte, dans une langue et une terminologie compréhensibles.

### 4. Ecole, éducation et parents

Les parents des élèves et des étudiants doivent être informés sur tous les moyens d'éducation concernant le savoir-vivre et le VIH/SIDA, sur le contenu des enseignements et méthodes utilisées, ainsi que sur les valeurs transmises. Ils doivent être invités à participer aux réunions parentales et prendre conscience de leur rôle d'éducateurs sexuels et de transmetteurs de valeurs saines dans la famille.

### 5. Educateurs, élèves et étudiants

Il est interdit aux enseignants d'entretenir des relations sexuelles avec les élèves et les étudiants. Le cas échéant, le problème sera traité dans les termes du "Employment of Educators' Act" de 1998.

#### 6. Infection et activité d'enseignement

Les élèves, étudiants ou enseignants infectés par le VIH/SIDA doivent être informés qu'ils peuvent encore mener une vie normale pendant de nombreuses années s'ils prennent soin de leur santé.

#### 7. Devoirs et responsabilités

Les devoirs et responsabilités des élèves, étudiants, enseignants et parents sont les suivants:

- a) tous les élèves, étudiants et éducateurs doivent respecter les droits des autres élèves, étudiants et éducateurs.
- b) le Code de conduite adopté pour les élèves à l'école et les étudiants dans une institution doit inclure des stipulations concernant le caractère inacceptable des comportements qui risquent de transmettre le VIH/SIDA.
- c) la responsabilité ultime pour le comportement d'un élève ou d'un étudiant appartient à ses parents. Donc les parents d'élèves et d'étudiants doivent, d'une part, exiger que ceux-ci se conforment à toutes les règles qui visent la prévention des comportements qui risquent de transmettre le VIH/SIDA; d'autre part, ils doivent s'intéresser activement à acquérir toute information ou connaissance sur le VIH/SIDA fournie par l'école ou l'institution et à fréquenter toutes les réunions organisées pour eux par le corps ou le comité directeur de l'établissement.

Il est recommandé que les élèves, étudiants ou enseignants infectés par le VIH/SIDA et l'un de leurs parents consultent un médecin pour évaluer si leur situation ou conduite présente un risque pour la santé des autres. Si ce risque est établi, le principal de l'école ou de l'institution doit être informé. Ils doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sûreté des autres élèves, des étudiants, des enseignants et de l'ensemble du personnel.

Les enseignants ont pour devoir particulier de veiller à ce que les droits et la dignité de tous les élèves, les étudiants et les éducateurs soient respectés et protégés.

Source : *Afrique du Sud : Politique de l'éducation concernant le VIH/SIDA*, 1998.

## **1.2. Les médias**

Les programmes spécialisés de télévision et de radio, surtout ceux diffusés au niveau national ou international, ont déterminé certains changements de comportements en matière de prévention du VIH/SIDA, chez les auditeurs et téléspectateurs les plus éduqués et actifs, par exemple en Thaïlande. Des programmes radio sont désormais largement accessibles aux populations, y compris dans les zones rurales, ce qui est loin d'être le cas pour la télévision. Au-delà des barrières politiques, pour différentes raisons, des populations importantes ne sont touchées par les messages de prévention des médias : groupes isolés, communautés de langue

minoritaire, etc. Dans de nombreuses zones, les messages sont inefficaces, puisque dans leur forme et leur contenu ils ne sont pas adaptés aux contextes culturels spécifiques.

En ce qui concerne **l'action des médias**, les faiblesses majeures sont dues à deux raisons principales

1. L'ignorance et l'indifférence des responsables des médias pour les problèmes du VIH/SIDA. Les producteurs et dirigeants agissent comme des "sélectionneurs" qui décident quelles nouvelles sont à publier ou à diffuser. La sélection des nouvelles dépend de leur choix.

2. L'incapacité des professionnels des médias à faire du travail d'enquête sur le VIH/SIDA.

De l'analyse de contenu effectuée en Namibie, il apparaît que les journalistes ne sont pas formés au travail d'enquête et la manière de présenter les questions scientifiques ou la recherche liées au VIH/SIDA en termes compréhensibles pour le public moyen. Le journalisme d'investigation peut éventuellement conduire à la découverte des tendances, phénomènes et facteurs qui contribuent à la propagation de la maladie et informer la population sur leurs constatations.

Source : Mc Lain, J., Chef du Bureau de l'UNESCO de Windhock, Atelier sous-régional de Zimbabwe, mai 1999.

### **1.3. Problèmes complexes**

Au-delà de ces limites, des problèmes plus complexes ont été rencontrés dans le travail d'IEC concernant, soit la compréhension du contenu médical et informatif des messages, soit les changements de comportements qu'ils doivent entraîner. Par exemple, les messages diffusés par les médias à l'intention des populations rurales et urbaines les moins éduquées et les plus pauvres des pays de l'Afrique australe, n'ont pas été compris. Ils ont donc véhiculé ou renforcé la peur irrationnelle et les attitudes de rejet à l'égard des personnes infectées ou malades et les attitudes fatalistes concernant la prévention et les mesures de protection.

En Asie du Sud-Est, les populations tribales ont été si effrayées par les images transmises par la télévision et montrant la dégradation physique des malades du SIDA, qu'elles ont refusé d'entendre parler davantage de la maladie. Le travail d'information sur les mesures de prévention et de traitement personnel et pour le milieu humain le plus proche est donc devenu beaucoup plus compliqué et, dans certains cas, impossible à réaliser.

## **2. Enseignements des activités actuelles d'IEC**

Le principe du développement participatif est reconnu par toutes les institutions de coopération, mais il semble que la mise en pratique effective de ces principes prend beaucoup de temps. La mise en œuvre des projets participatifs serait d'importance particulière pour les projets de prévention et de traitement. Les obstacles rencontrés à cet égard doivent être identifiés et des solutions alternatives doivent être proposées. Mais ce principe n'a pas été traduit jusqu'à présent dans les activités d'IEC. Deux raisons peuvent expliquer cette situation :

- a) Les institutions sous-estiment la culture en tant que fondement essentiel et force qui renforce le développement en général, et les activités d'IEC, en particulier.
- b) Les populations locales ne souscrivent pas complètement aux approches institutionnelles du VIH/SIDA et n'intègrent pas les messages d'IEC dans leurs propres modes de penser et comportements.

## **B. IEC CULTURELLEMENT APPROPRIÉES**

### **1. Education**

#### **1.1. L'interdépendance entre éducation et culture**

En termes conceptuels, l'éducation et la culture peuvent être comprises comme un champ homogène de l'activité humaine, défini comme la création, la transmission et la préservation des connaissances, du savoir-faire et des systèmes de valeurs d'une société donnée, en relation avec son évolution passée, présente et future.

C'est pourquoi la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation des politiques et de l'action éducatives constituent, dans leur sens le plus profond, un défi culturel et requièrent une approche culturelle, compte tenu des diversités des groupes humains concernés et de la nécessité de combiner l'action urgente avec une perspective à long terme, l'éducation visant surtout les enfants et les jeunes.

En outre, le rôle majeur de l'éducation scolaire ne doit pas être confondu avec le processus général d'éducation, qui se développe par d'autres canaux aussi importants : la famille, la communauté, et la société en général, dans ses configurations variées. Les médias sont et seront aussi importants que l'école, en tant que vecteur des modèles et instruments de la modernité qui pénètrent de plus en plus profondément les structures sociales, au niveau international, national et local. En outre, l'éducation est dans son sens le plus large, un processus permanent, qui englobe toutes les générations.

#### **1.2. Education des adultes**

De nombreux adultes jeunes hommes sexuellement actifs travaillent et ne peuvent pas bénéficier de l'IEC que transmet le système scolaire. Il peut être opportun de développer des programmes d'IEC à leur intention, sur leur lieu de travail ou dans des lieux appropriés, dans le cadre de l'éducation des adultes.

#### **Afrique du Sud: le lieu de travail, endroit stratégique pour la prévention du VIH/SIDA**

Deux exemples de programmes de prévention réussis sont donnés dans le Manuel élaboré par le Département de la Santé d'Afrique du Sud, pour développer pratiques et programmes destinés à analyser l'importance du lieu de prévention du VIH/SIDA et des MST sur le lieu de travail. Ces exemples sont les suivants :

##### David Whitehead - Textiles:

L'objectif de ce projet était de montrer aux ouvriers que "la société prend soin de leur santé". Les principaux points donnés dans cet exemple sont les suivants :



- n) publication d'une bande dessinée et présentation d'une pièce de théâtre en plusieurs langues dans des endroits variés (salles de théâtre, night clubs et cours d'écoles);
- o) information et conseil informels aux employés, individuellement ou par petits groupes, incluant des travailleurs sexuels, éventuellement en dehors des termes de travail), dans des bars, brasseries, fermes ou matchs locaux.

Grâce à une plus large distribution des préservatifs, à une réduction du vagabondage sexuel des hommes, à la collaboration entre la direction et les employés et à l'éducation du personnel, le taux des MST de la société a baissé d'environ 50 à 75% de 1989 à 1992.

#### Le projet "Mutare" de prévention du VIH :

Le Département de la Santé de la ville de Mutare, où 20.000 cas de MST ont été traités en 1990 (25% de la population adulte), réalise un programme de prévention centré sur les groupes à haut risque et sur les employés du secteur formel, qui sont contactés par des éducateurs du même milieu dans des espaces sociaux, y compris des brasseries et terrains de sport. Ces éducateurs ont été sélectionnés sur la base de l'âge (18-30 ans), en fonction de leur enthousiasme et capacité à communiquer et à donner des informations, à l'occasion de la distribution de préservatifs, par exemple. Le taux des MST a baissé de 48% avant la fin de la première année du programme.

Source : *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, Etude nationale de l'Afrique du Sud*, avril 1999.

L'éducation des femmes doit également être reconsidérée sous cet angle, de façon à les atteindre sur leurs lieux de vie : village, marchés, centres de consultation maternelle, lieux de travail, église, services publics, etc.

### **1.3. Ajuster l'éducation à la culture des populations**

Le problème de l'inadéquation entre ces deux facteurs peut se rencontrer dans l'éducation scolaire elle-même. Il peut être résolu de manière efficace si l'action est basée sur l'ajustement aux circonstances et aux besoins, non seulement des groupes facilement accessibles, mais des populations privées d'accès aux services publics : pauvres, enfants de la rue et mis au travail, populations rurales et isolées, réfugiés, personnes handicapées, populations vivant sous occupation étrangère.

De plus, grâce à l'éducation, les populations peuvent se développer à partir de leur propre héritage culturel, spirituel et linguistique. L'éducation doit aussi prendre en compte la diversité, la complexité et l'évolution psychologique des enfants, des jeunes et des adultes, dans le cadre scolaire ou non-scolaire. Ainsi, l'éducation doit s'adapter aux conditions et aux circonstances locales : langue, développement participatif, soutien familial et communautaire, système éducatif traditionnel, dimensions sociétale, culturelle et éthique du processus d'éducation. Plus spécifiquement, elle doit s'appuyer sur les conditions de vie, les ressources et les références culturelles des enfants et des jeunes et donc leurs systèmes de priorités et motivations au changement.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> *Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et Cadre d'action pour satisfaire les besoins de l'éducation de base*, Thaïlande, 1990.

## 2. L'éducation familiale : un potentiel sous-estimé

Dans toutes les traditions sociétales et culturelles, le rôle de la famille, des parents, des grands-parents, voire des parents plus éloignés, a été essentiel dans l'éducation des enfants. Le processus de modernisation que connaissent toutes les sociétés contemporaines a eu entre autres pour conséquence une crise des modèles familiaux, surtout en ce qui concerne l'éducation, et le remplacement du rôle joué par la famille à cet égard par l'école et le système social d'éducation. Néanmoins, dans la crise actuelle du VIH/SIDA, il semble que, comparée aux autres systèmes d'IEC, la famille reste une structure éducative irremplaçable. Son rôle doit donc réaffirmé, préservé et mis en interaction permanente avec le système scolaire, les mouvements de la société civile, les autorités culturelles et spirituelles, en tant que cadre et lieu critique, et avec les médias.

### **Angola: éducation sexuelle, valeurs traditionnelles, famille et VIH/SIDA**

L'éducation familiale en général, et celle concernant la sexualité en particulier, exerce une influence indispensable sur le comportement des jeunes. Néanmoins, les discussions à ce sujet entre parents et enfants sont très rares, les problèmes sexuels étant souvent considérés comme "tabous". Selon une étude effectuée à Luanda parmi des adolescents de 14 à 20 ans, la plupart d'entre eux n'aborderont pas ce sujet avec leurs parents, mais plutôt avec des amis, des connaissances de l'école ou leurs "petites amies". Selon certains auteurs, les parents évitent d'en parler, par peur d'inciter ainsi leurs enfants à la pratique précoce du sexe.

Une autre étude montre que l'éducation sexuelle à l'école peut changer les comportements sexuels des jeunes (retarder l'âge des premières relations sexuelles et accroître l'utilisation des préservatifs). Les programmes scolaires d'éducation sexuelle sont plus efficaces lorsque l'on met en valeur les normes et les responsabilités sociales. Néanmoins, ces programmes doivent être mis en place avant la première expérience sexuelle des jeunes.

S'agissant de l'organisation familiale, la notion de famille en Angola est très complexe, par suite de la diversité des modèles. L'idée de la famille importée des pays européens, n'est pas adaptée à la réalité locale, car elle est étroitement liée au contexte socio-culturel de chaque groupe, communauté ou société. L'idée traditionnelle de la famille en Angola englobe les critères du sang, du mariage et quelquefois de l'habitat. La famille est l'espace où les enfants vivent en harmonie avec leurs frères et sœurs, où les normes et les valeurs de la communauté sont transmises et le contrôle social est pris en charge. C'est donc la famille qui a le contrôle sur la sexualité.

De même, les relations de parenté peuvent influencer les comportements sexuels. Par exemple, dans les systèmes matrilineaires, la domination sexuelle de l'homme sur la femme est plus faible, du fait du contrôle de la femme sur la production domestique. Ce système contribue donc à l'autonomie et même à l'indépendance des femmes.

En ce qui concerne la structure du ménage, le contrôle sur la sexualité peut être plus sévère dans la famille étendue où, à la différence du modèle familial nucléaire, plusieurs générations vivent ensemble.

La perte des valeurs traditionnelles concernant la sexualité est un autre facteur crucial dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Dans le cadre du processus de "modernisation", les

sociétés traditionnelles angolaises ont subi des changements graves. Ces transformations ont conduit à la perte de certaines normes et valeurs culturelles traditionnelles qui influençaient auparavant les comportements sexuels individuels. L'urbanisation et l'éducation universitaire ont éloigné les individus de leurs communautés d'origine. Les décisions relatives à la sexualité sont devenues ainsi d'ordre personnel, en remplaçant le rôle de la famille et de la communauté.

De plus, la crise socio-économique a exacerbé ces transformations. De nos jours, les adultes (aussi bien les hommes que les femmes) ont progressivement perdu le contrôle sur les jeunes. Certains cas de détérioration de la famille ont forcé les enfants à quitter leurs maisons et à vivre dans la rue, où ils ont développé leurs propres stratégies de survie. La prostitution, le marché des drogues, la délinquance et les autres pratiques et comportements à grand risque ont ainsi facilité la dissémination du VIH/SIDA.

Source : *Approche sociale et culturelle du VIH/SIDA en Angola (Luanda, décembre, 1998).*

### **3. Education religieuse et traditionnelle**

Parmi les processus et les stratégies d'IEC les plus appropriés du point de vue culturel, le rôle des croyances et des communautés religieuses, de même que le prestige social et l'activité développée par les chefs traditionnels et les guérisseurs doivent être considérés comme des moyens fondamentaux d'éducation culturellement appropriée pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA.

#### **3.1. Guérisseurs traditionnels contre le VIH/SIDA**

##### **Guérisseurs traditionnels et santé publique : l'Association Nationale des Guérisseurs Traditionnels du Zimbabwe (ZINATHA)**

La ZINATHA est l'organisme des 45 000 guérisseurs traditionnels officiellement reconnus par le "Traditional Medical Practitioners' Act" de 1981. La médecine traditionnelle en Zimbabwe, largement pratiquée, surtout dans les zones rurales, où les installations médicales et les médecins de formation moderne sont rares. Les guérisseurs et les chefs traditionnels sont les gardiens de la culture indigène et représentent le premier recours médical pour environ 80% des populations rurales et urbaines.

Ils agissent en outre en tant que conseillers de la communauté et on leur accorde le plus grand respect. Les guérisseurs traditionnels traitent un large éventail de maladies, y compris les troubles de santé liés au SIDA. Le Ministère de la Santé, en coopération avec la ZINATHA, a lancé une série d'ateliers d'éducation sanitaire sur le VIH/SIDA pour les membres de l'Association. Cet exercice a marqué le commencement de l'implication de la ZINATHA dans le travail de prévention du SIDA.

La ZINATHA a trois domaines principaux d'activité : traitement et guérison, recherche sur les plantes médicinales et l'éducation sanitaire.

### Traitement et guérison

Les activités de ce programme sont surtout liées à la supervision, plutôt qu'à la pratique.

### Recherche

La plupart des guérisseurs traditionnels tirent leurs médicaments des plantes. Les activités du programme de recherche se concentrent sur la cueillette des plantes et sur l'expérimentation de leur efficacité. Elles se déroulent en coopération avec les laboratoires de contrôle des médicaments du Zimbabwe. En 1994, 200 types de plantes environ traditionnelles ont été sélectionnées de manière aléatoire, testées et déclarées efficaces dans le traitement de symptômes du SIDA. 11 guérisseurs traditionnels ont donné leur traitement à des malades reconnus du SIDA, tandis que des chercheurs ont contrôlé leur état de santé. La plupart des patients ont ressenti une amélioration et l'une des 400 plantes utilisées a été brevetée au Zimbabwe avec l'accord de l'UNESCO.

### Santé et éducation

Il s'agit d'un programme relativement nouveau issu de l'impact de l'épidémie du SIDA sur la population du Zimbabwe. Une série d'ateliers d'éducation sanitaire sur le VIH/SIDA ont été lancés auprès des membres de la ZINATHA (sensibilisation et prévention), en coopération avec le Ministère de la santé, afin d'accroître la prise de conscience concernant les pratiques médicales traditionnelles et le VIH/SIDA, et pour promouvoir la coopération entre les médecines occidentales et traditionnelles dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA. A présent, le programme a des objectifs plus larges orientés vers les activités d'IEC, en insistant sur les techniques culturellement appropriées, la stigmatisation culturelle et les problèmes culturellement controversés.

Un nombre total de 2150 membres de la ZINATHA ont fréquenté ces ateliers de formation. L'impact positif du programme a marqué un accroissement de la connaissance, non seulement en ce qui concerne les aspects fondamentaux du VIH/SIDA, mais surtout le besoin de traitement hygiénique des patients. Néanmoins, les programmes de prévention du VIH n'ont pas abouti à un changement radical des comportements. Même si des discussions sur les pratiques culturelles ont été incluses dans les programmes d'IEC, leur impact sur les programmes de prévention n'a pas été évalué. Tandis que davantage de guérisseurs abordent le problème du VIH/SIDA avec leurs clients, les effets de ces discussions n'ont pas été analysés. Des essais cliniques se poursuivent avec le Programme de contrôle des médicaments et des certificats d'efficacité ont été délivrés pour plus de 13 plantes utilisées dans le traitement des maladies liées au SIDA. Il faudra entreprendre une recherche et information adéquates sur les

facteurs culturels et sociaux et sur la manière de les inclure dans les programmes de prévention du VIH/SIDA : par exemple, l'information sur les valeurs et enseignements culturels pouvant être utilisés dans les processus éducatifs. La plupart de ces valeurs sont transmises oralement et par des exemples, mais, compte tenu du conflit actuel entre la culture traditionnelle et la modernité, et la disparition rapide des vieux sages, une grande partie de ces valeurs sera perdue. L'une des façons de les préserver est de la documenter et de les enseigner à l'école. La ZINATHA planifie actuellement la création d'une école de médecine traditionnelle, qui préservera et enrichira à long terme ce savoir. Elle servira également à travailler avec les communautés rurales et les mobiliser pour la recherche et la collecte des données authentiques et utiles.

Source: *Eude par pays, Zimbabwe*, avril 1999.

### 3.2. Communautés religieuses

Comme l'ont montré plusieurs évaluations nationales, les croyances religieuses sont en interaction étroite avec les représentations que se font les populations du VIH/SIDA, ses causes et ses effets et les attitudes spirituelles et morales que ces croyances doivent faire naître, concernant la responsabilité à l'égard de soi-même et des autres à propos de l'infection, ou l'exercice de la solidarité vis-à-vis des gens infectés et malades. Ce type de solidarité est plus spécialement développé dans certaines communautés religieuses et chez certains chefs spirituels, par exemple chez certains moines bouddhistes, missionnaires chrétiens et imams musulmans.

#### **Thaïlande: moines bouddhistes, femmes et malades du SIDA**

Parmi les aspects divers du VIH/SIDA en Thaïlande du Nord et du Nord-Est, l'implication de moines bouddhistes dans les soins aux malades du SIDA diffère en fonction de la situation générale de chaque région.

Dans le Nord-Est, les migrants qui contractent le SIDA ne rentrent pas dans leurs villages. Ils sont effrayés par la discrimination que cela pourrait causer pour leurs familles. Dans la même région, les moines des forêts soignent les malades du SIDA qui, pendant la période de plantation du riz, retournent dans leurs villages pour aider leurs parents, en cachant leur maladie. Une femme rentrée pour aider ses parents et ayant reconnu être malade du SIDA a été d'abord obligée d'habiter une hutte dans la rizière, à l'extérieur du village. Après un certain temps, les villageois en sont venus à penser qu'elle n'avait pas le SIDA, puisqu'elle n'était pas morte.

Souvent les filles ne veulent pas rentrer dans leur famille, car leurs parents et leurs enfants dépendent d'elles et elles ne veulent pas devenir un fardeau pour eux.

Dans le Nord-Est, certains moines des forêts, qui n'appartenaient pas à la structure sociale du village, ont soigné des malades du SIDA qu'ils ne connaissaient pas, alors que, dans le Nord, des moines de la région de Chiang Rai étaient liés par des relations de parenté aux gens et au village. Dans les régions rurales, les moines étant très respectés et acceptés par les familles.

Ces moines ont pris l'habitude de venir dans les villages pour visiter les malades, surtout les malades du SIDA et leurs familles, en leur donnant des instructions sur la façon de soigner les malades. Les moines ont également coopéré avec l'hôpital, où ils visitent les malades et tiennent un bureau de conseil aux malades.

La différence entre les cultures des régions urbaines et rurales a conduit les moines à approcher de manière différente les malades du SIDA. Dans les régions rurales, les gens ont le temps de prendre soin de leurs familles. Dans les régions urbaines, les gens ont peu de temps. Les moines accueillent souvent chez eux les malades du SIDA que personne ne veut soigner.

Dans certains cas, il a été difficile de garder les malades du SIDA dans le temple, parce que leur présence était associée à la sexualité et à une maladie "impure", qui était perçue comme atteignant la "pureté" du temple. C'est pourquoi dans le Nord-Est, les moines des forêts, qui n'étaient pas dans les temples, ont pu apporter des soins aux malades du SIDA.

Source: *Facteurs culturels dans la transmission, la prévention et le traitement du VIH/SIDA dans la Région du Haut Mekong* (Atelier Chiang Mai, juin 1999).

#### **4. Information culturellement appropriée par les médias**

Comme dans le cas des questions d'éducation concernant le VIH/SIDA, il apparaît que la radio et les chaînes de télévision diffusent surtout des informations générales sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Leur impact, même s'il est significatif, est limité par plusieurs difficultés d'ordre technique, entre autres. La plupart de ces informations ne sont pas assez ciblées pour être comprises et intégrées par les populations. En outre, selon les conditions locales, tandis que les récepteurs de radio sont disponibles presque partout, les téléviseurs ne sont pas assez répandus, pour des raisons économiques ou techniques. Enfin, les programmes spéciaux sur le VIH/SIDA sont quelquefois en contradiction avec le reste des programmes diffusés, qui peuvent vanter des comportements irresponsables et à risque d'infection par le virus. Ainsi, dans plusieurs régions du monde, en dépit de leur potentiel de mobilisation du public, les médias n'ont-ils pas optimisé leurs messages pour faciliter la cristallisation d'une stratégie massive, nationale ou régionale, dans le but de combattre la maladie.

Néanmoins, les programmes des radios rurales se développent de plus en plus dans une approche communautaire/participative. Leur simplicité technique et les coûts réduits de production en font des instruments bien adaptés à la diversité des populations, permettant la participation et l'échange d'information et d'expériences, par des discussions, explications et récits facilement accessibles.

Des projets sont en cours de développement dans les pays de l'Afrique australe, sous le titre générique : "Les femmes parlent aux femmes". Ils consistent à établir une station de radio possédée et gérée par des associations de femmes. L'idée générale de ces projets est de permettre aux femmes les plus éduquées et cultivées d'une communauté d'aider les autres femmes, moins favorisées, à s'informer et de les éduquer au sujet des problèmes de la vie quotidienne actuelle et de leurs conséquences. Ces programmes sont naturellement élaborés de manière à être les plus compréhensibles pour leurs auditrices, en matière de style, de vocabulaire et de langue.

#### **5. Renforcer la créativité et les activités sportives liées à la prévention du VIH/SIDA**

- Si les gens, en particulier les jeunes, ont tendance à n'accorder que peu d'attention aux moyens officiels ou traditionnels d'éducation et d'information, ils écouteront peut-être davantage leurs artistes et champions favoris.
- Dans certains cercles artistiques et culturels, les créateurs ont déjà traité le contexte et les conséquences du VIH/SIDA : ces créations méritent d'être mieux connues et diffusées.
- Il est nécessaire de prendre des initiatives de groupe impliquant des personnes séropositives et malades du SIDA, dans les hôpitaux ou dans leur environnement quotidien (suivant les enseignements du projet "L'art à l'hôpital", réalisé dans le cadre de la Décennie mondiale du développement culturel).

L'intérêt des jeunes pour les sports et leur signification culturelle a offert des occasions pour lancer des initiatives originales d'IEC à cet égard.

## **Afrique du Sud : la passion de sport contre le VIH/SIDA (projet LADUMA)**

Le Comité National du SIDA pour l'Afrique du Sud a pris l'initiative de publier une bande dessinée, en utilisant la passion des sports, surtout le football, chez les jeunes Sud-africains, pour les inciter à accorder plus d'attention au risque d'être infectés, et d'infecter leurs partenaires sexuels, par le VIH/SIDA. Le scénario suit l'aventure d'un jeune Africain de Khayalitsha, "qui a de grands rêves d'avenir et une belle "petite amie" avec qui les partager". En outre, il est un excellent joueur de football qui peut "pousser jusqu'à la ligue nationale". Malheureusement, il a une relation sexuelle d'un soir avec une fille déjà infecté par l'un de ses amis, sans utiliser de préservatif et il a devient donc infecté. Il infecte à son tour sa bien-aimée et cela conduit presque à la rupture de leur relation et à l'effondrement de ses rêves d'une carrière dans le football. Ils arrivent tout de même à se réconcilier, à se comprendre réciproquement et se promettent d'avoir dorénavant des relations sexuelles protégées.

L'histoire a été écrite à la suite d'ateliers organisés avec des jeunes de Khayalitsha et Gujalitu, deux villes de la région du Cap. Des groupes de travail ont été également organisés avec des jeunes en Kwanashu, Inando et Thornwood (Kwazalu-Natal).

Ce livre de bandes dessinées est suivi d'un ensemble de questions à discuter, soit à l'école, soit dans le cadre de rencontres entre les jeunes et des équipes sportives, à l'église, à l'occasion de réunions politiques et même de rencontres entre amis. Une mise en scène est également possible sur la base du scénario.

Il présente ensuite une démonstration pratique pour mettre un préservatif et une section informative, sous la forme de questions/réponses

La section finale fait le résumé du contenu pédagogique de l'histoire par sujets : traitement et cliniques, avis au partenaire, amour, confiance, assistance clinique, respect.

Source: *Etude nationale de l'Afrique du Sud*, avril 1999.

## **6. La communication : un processus interactif**

### **6.1. Solutions possibles**

Les institutions doivent essayer d'obtenir des informations plus nombreuses et plus pertinentes sur les besoins des communautés et l'impact du VIH/SIDA sur leurs cultures, ainsi que leur rôle possible dans la prévention et le traitement. Elles doivent s'efforcer d'élargir la participation et le partenariat avec les populations locales, concernant leurs responsabilités et leur mobilisation dans la prévention et la lutte contre l'épidémie.

Les opérateurs de terrain sont dans la meilleure position pour "gérer" les dysfonctionnements qui surviennent dans le développement du processus de communication bilatéral à cet égard. Leur rôle doit donc être réinterprété dans deux perspectives nouvelles :

- a. faciliter l'identification des problèmes et la mise en oeuvre des solutions par les populations elles-mêmes;
- b. transmettre aux institutions les informations sur les situations dans lesquelles elles sont conduites à intervenir et sur les besoins identifiés des populations cibles.

## 6.2. Informer/sensibiliser au niveau local

Ces activités sont au cœur des projets bien adaptés de prévention et de développement d'attitudes nouvelles envers les malades du SIDA. Les associations et groupes d'éducation non-scolaire peuvent travailler dans cette perspective, pourvu qu'ils adoptent une approche et des méthodes de communication adéquates, comme proposé ci-dessous :

- séances de discussion (en groupe ou individuelles) avec les chefs locaux, modernes ou traditionnels, politiques et sociaux (syndicats) ou spirituels, y compris les guérisseurs traditionnels ;
- formation médicale/sanitaire complémentaire pour les gens travaillant sur les projets de prévention/traitement et dans les centres d'assistance sociale ;
- stimuler l'éducation par les pairs (individuels/groupes) dans les familles, leurs groupe d'âge, le milieu de travail et de loisirs ;
- mobiliser les gens infectés ou malades pour parler de leur expérience ;
- occasions à utiliser : lieu de travail, événements publics, manifestations sportives, festivités culturelles, célébrations religieuses, funérailles, marchés, réunions scolaires ;
- occasions informelles : discussions dans les bars, les foyers, les discothèques, sur les terrains de sport, et autres lieux de divertissement.

### **Thaïlande: réseau des malades pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA**

En 1994, des malades du SIDA ont commencé à s'organiser en groupes de soutien, sous la forme d'organisations non gouvernementales (ONG) et à présenter au public d'autres attitudes vis-à-vis de la maladie. De même, le gouvernement a accordé aux malades du SIDA davantage d'espace social.

Néanmoins, l'espace public était encore dominé par le gouvernement et les bureaucrates. La technologie et la médecine dominaient les questions de santé. Les populations des régions rurales et les minorités ne faisaient pas partie du processus de décision. Les malades de ces groupes étaient doublement marginalisés.

Les ONG ont affirmé que le SIDA avait besoin de la médecine sociale et que cela pouvait se réaliser en mettant l'accent sur la culture de la communauté. Elles ont insisté sur le fait que les malades demandent de l'amour et des soins, ce qui signifiait l'implication de la communauté et de la famille dans le traitement. Ces dernières avaient besoin de prendre la responsabilité de leurs membres malades, certains d'entre eux s'étant sacrifiés pour leurs familles et leurs communautés, en travaillant dans des bordels ou dans des conditions si dures qu'elles provoquaient l'infection. Le VIH/SIDA a été donc regardé comme un problème communautaire et non pas comme un problème individuel.

Cette tentative pour mettre l'accent sur la culture de la communauté a eu du succès, en dépit du changement rapide dû au processus de modernisation et d'urbanisation.

Certaines ONG ont utilisé des approches intéressantes sur les personnes infectées ou malades. Les groupes paroissiaux par exemple, ont lancé le concept de visite à la maison. Etant faites



par des prêtres, des moines et des professionnels de la santé, ces visites montraient aux membres de la communauté qu'il ne devait y avoir aucune discrimination à l'égard des malades du SIDA. Ces visites montraient également aux familles comment soigner les malades et étaient l'instrument par lequel des informations plus nombreuses sur le VIH/SIDA ont été apportées à la communauté.

Le secteur de la santé publique et les ONGs ont ainsi aidé à élargir l'espace social. Le Ministère de la santé publique a cessé de considérer les malades du SIDA comme des êtres inutiles, sur le point de mourir, ce qui a aidé les malades à divulguer leur situation.

L'autorité de la santé publique a également établi des relations et des partenariats avec des malades du SIDA et avec des ONGs. Le gouvernement a reconnu que ces organisations étaient utiles pour les activités sur le terrain et a commencé à faire appel à elles pour des projets concernant le VIH/SIDA, comme, par exemple : diffuser auprès de la société civile des messages concernant l'évolution de la maladie, soutenir la recherche sur les pratiques médicales traditionnelles et encourager le recours aux guérisseurs traditionnels.

Les guérisseurs traditionnels travaillent à présent avec des ONG sur les modalités d'utilisation de la médecine traditionnelle et des plantes pour le traitement du VIH/SIDA.

Les ONGs ont encouragé les populations à échanger leurs points de vue et à bénéficier de leurs expériences respectives. Elles ont aidé les malades à gagner un espace social plus large. Dans le Nord, on met très peu l'accent sur le test des vaccins. Les ONGs se sont centrées sur l'assistance sociale et le traitement des malades qu'ils reçoivent dans les hôpitaux, surtout ceux pour qui les soins médicaux sont trop chers.

Grâce au travail des ONGs, les hôpitaux départementaux sont devenus plus ouverts aux malades du SIDA. Les ONGs n'assurent pas le traitement : elles contactent les hôpitaux et tentent par tous les moyens d'obtenir pour les malades l'attention médicale que, dans certains cas, les hôpitaux refusaient de leur offrir.

Certains hôpitaux sont devenus plus ouverts et encouragent les malades du SIDA à discuter leurs problèmes avec des moines. La lutte contre l'infection et le traitement du VIH/SIDA peuvent donc maintenant être envisagés ensemble avec les professionnels du secteur public de santé. La question concerne les modalités de soutien de niveau d'activité des malades et de les intégrer dans la culture commune et la société en général.

Source: *Facteurs culturels dans la prévention, la transmission et le traitement du VIH/SIDA dans la Région du Haut Mekong* (Chiang Mai, juin 1999).

### **6.3. De la participation au partenariat**

La participation est la méthode de base des programmes d'information/éducation/communication en matière de promotion de la prise de conscience et du sens de la responsabilité auprès des populations, surtout des jeunes, pour se protéger et pour protéger leurs partenaires de l'infection par le VIH/SIDA, pour les pratiques sexuelles, la consommation des drogues et les comportements violents.

**La participation** peut être mise en pratique de différentes manières :

- collaboration avec les autorités ou les ONG: il s'agit d'une pratique très courante qui n'implique pas le contact direct avec la population locale et par conséquent, est moins efficace;
- consultation continue limitée des populations locales (n'assurera pas la durabilité);
- mobilisation de la communauté pour préparer et réaliser les activités;
- éducation/information/communications mutuelles : c'est en principe le meilleur moyen, mais il peut déclencher des rivalités et des conflits s'il n'est pas bien contrôlé.

**Le partenariat** représente l'équilibre optimal dans les relations entre les agents extérieurs et la population, jusqu'à ce qu'une équipe locale soit prête à prendre la responsabilité complète.

Dans ces deux cas, deux conditions doivent être remplies:

- avoir suffisamment de temps (et de financement) pour réaliser la participation complète;
- la communication entre le terrain et les institutions ne doit pas être lente et formelle, afin d'éviter les distorsions dans la compréhension par les institutions des questions avec lesquelles la communauté est confrontée et des ressources disponibles.

### **Ouganda: Organisation pour le Soutien des Malades du SIDA (TASO)**

Créée en 1987 par des Ougandais pour soutenir psychologiquement les personnes malades du SIDA, la TASO se propose de contribuer à rendre l'espérance et à améliorer la vie des personnes et des communautés affectées par le VIH/SIDA. En 1994, la TASO était implantée dans sept départements de l'Ouganda et offrait conseil, assistance médicale et aide sociale à environ 22795 personnes malades du VIH/SIDA et à leurs familles. En dehors des soins

médicaux, la TASO offre toujours une formation en matière de conseil, fournit un soutien matériel aux "clients" et à leurs familles, et soutient les efforts de la communauté pour combattre l'épidémie du SIDA.

L'activité développée par la TASO est un bon exemple quant de l'utilisation d'une approche culturelle dans les problèmes relatifs au VIH/SIDA. Le soutien social et psychologique fourni par l'organisation a une forte composante participative. Tous les responsables, les "clients", la communauté et le personnel contribuent à la conception, à la planification et à la mise en oeuvre des activités du programme. L'approche participative encourage les coordinateurs à assumer leur responsabilité, à mettre en place les programmes de formation du personnel, à définir des concepts et des méthodes pour vivre avec le VIH/SIDA, et à impliquer les populations locales dans le processus d'évaluation.

Grâce au conseil, la TASO permet aux gens de faire face au problème. Néanmoins, les personnes infectées et malades doivent accepter l'idée d'être séropositives et adopter une attitude positive face à la perspective d'une vie réduite. Ainsi, le conseil aide-t-il les clients à affronter l'infection. Le résultat final est un haut degré d'acceptation des personnes infectées, de leurs familles et de leurs communautés.

En ce qui concerne le soutien médical à domicile, TASO fournit le traitement pour des infections opportunistes. Les soins comprennent le traitement médical, le conseil et les soins donnés par des infirmières. Entre 1993 et 1994, 12 des 14 Groupes de discussions se déclaraient satisfaits des services médicaux de la TASO. La plupart des clients cherchaient le traitement médical précoce, c'est-à-dire dans les deux semaines après le début des symptômes.

Les services d'aide sociale impliquent essentiellement les malades du SIDA et leurs familles pour recevoir de l'aide matérielle (aliments, vêtements, activités du centre de soin pour les malades, activités génératrices de revenus), et soutiennent les enfants pauvres par des programmes de parrainage à l'école. Ces services sont bien conçus, mais il leur manque souvent le financement nécessaire.

Source: *Facteurs culturels dans la prévention, la transmission et le traitement du VIH/SIDA en Ouganda*, juin 1999.

#### **6.4. Comment communiquer sur le VIH/SIDA dans une approche culturelle ?**

La communication entre les opérateurs de terrain et la population implique un système bilatéral d'échange d'information.

Dans la prévention comme dans le traitement, les opérateurs de terrain doivent être considérés comme des personnes-ressources, des catalyseurs et des "activistes" dans le processus d'identification des problèmes et des ressources (internes/externes), résolvant les problèmes et partageant la responsabilité.

En tant qu'agents extérieurs, ils doivent discuter à fond avec la communauté afin d'identifier ses priorités, ses buts, les résultats qu'elle attend de l'action entreprise, les coûts (sacrifices) et les bénéfices auxquels elle s'attend.

#### **Viêt Nam : culture, information, éducation et communication**

À Ho Chi Minh-ville, le Département de la culture et de l'information est très impliqué dans la production de matériel d'information sur le VIH/SIDA. Le Centre d'éducation sanitaire agit toujours comme conseiller pour éviter la production de films trop effrayants pour la population en général. À la radio, une femme écrivain s'inspire des séries TV populaires portant sur le VIH/SIDA en y ajoutant de l'humour, comme un moyen de transmettre l'information. Une grande attention a été accordée aux communautés tribales qui peuvent être déstabilisées par l'activité touristique incontrôlée.

Afin de promouvoir la transmission mutuelle de l'information parmi les malades, un groupe nommé "Les amis aident les amis" s'est constitué. Il s'agit d'une petite organisation qui possède une maison à Ho Chi Minh-ville. Les autorités sanitaires la soutiennent et lui accordent un rôle officiel de sorte qu'elle est arrivée à se faire connaître. Les malades du SIDA sont des agents très puissants dans le travail de prévention et de traitement, grâce à leur motivation évidente pour aider les autres malades et les personnes non-infectés. Le passage de l'approche moralisatrice, médicale à une approche plus motivante aidera les malades à révéler leur maladie.

En outre, les réseaux de malades bénéficient du soutien officiel, sur la base de l'acceptation du VIH/SIDA par la communauté. Les agents sociaux et les employés de la santé publique sont encouragés à être compréhensifs et à accepter les malades. Il serait nécessaire d'aider les communautés locales à faire l'auto-critique de leurs pratiques et attitudes. Cette action pourrait être plus facilement développée par des personnes familières à la communauté.

Source : Atelier organisé par l'UNESCO sur les facteurs culturels dans la transmission, la prévention et le traitement du VIH/SIDA dans la Région du Haut Mékong, Chiang Mai, Thaïlande, juin 1999.

## **6.5. Conditions culturelles d'une bonne communication**

### **a) Connaissance culturelle et prise de conscience:**

- avant d'arriver sur le terrain, les opérateurs doivent réunir les informations et la documentation sur la culture de la communauté avec laquelle ils travailleront.

### **b) Engagement culturel:**

- dès leur arrivée, ils doivent s'efforcer de se familiariser avec la communauté : langue, opinions, connaissances, jugements, savoir-faire, significations, mythes et légendes, religion, art populaire et traditions orales;
- ils doivent chercher à comprendre les relations à l'intérieur du groupe, les personnalités et les rôles des leaders d'opinions, afin de gagner la confiance et l'amitié de la population.

### **c) Coopération dans la systématisation du recueil et de l'utilisation sur le terrain des informations. Dans ce but, ils peuvent utiliser les instruments suivants :**

- échantillonnage;
- modélisation des interactions en vue de mobiliser la population pour concevoir et réaliser les activités nécessaires;
- calendrier des activités de la communauté;
- cartes et schémas de la zone d'action.

## **6.6. Communication culturelle pour le changement de comportement**

### **a) Informer la population**

- "traduire" la situation initiale, rassembler les ressources locales et extérieures, expliquer les contraintes liées au contexte institutionnel, mettre l'accent sur les aspects "invisibles" de l'expansion de l'épidémie ;
- s'assurer que la communauté saisit le problème dans les termes où il a été formulé, peut identifier des moyens pour le résoudre et pour obtenir l'amélioration attendue, et se trouve prête à s'impliquer complètement pour assurer le succès des activités entreprises.

**N.B.:** On doit prendre toujours soin d'éviter de transmettre unilatéralement un volume excessif d'information à la population locale

## **b) Se tenir informé**

- Quel sont les besoins réels (manifestés par les gens) ?
- Quel sont les conflits d'intérêts dans le groupe, les ressources locales disponibles, les moments critiques dans l'action à entreprendre ?
- Quel est l'image de l'opérateur de terrain pour la population?

## **c) Faciliter**

Les opérateurs de terrain doivent:

- soutenir les processus internes du changement ;
- stimuler les débats (y compris l'autocritique) ;
- donner une expression concrète aux intérêts et aux motivations des populations (politiques, économiques, symboliques, liés au pouvoir, les avantages acquis, les intérêts des sous-groupes sous-privilegiés) ;
- agir comme médiateurs en cas de conflit, avec discrétion et impartialité ;
- aider à la définition des activités et à la distribution des tâches ;
- maintenir l'implication de la population pendant toute la durée des activités planifiées ;
- mettre en oeuvre les ressources locales (connaissances, savoir-faire, contributions matérielles, méthodes locales de paiement, même symboliques) ;
- évaluer fréquemment, en coopération avec la population, l'effort fait et les changements obtenus.

## **6.7. Rôle et tâches des opérateurs de terrain dans l'action d'IEC culturellement appropriée ?**

### **a) Le rôle du travail des opérateurs de terrain en matière de prévention et de traitement du VIH/SIDA peut se définir comme suit :**

- développer la participation dans la préparation et la mise en oeuvre des projets au niveau local, pour et avec une population donnée ;
- aider les populations à mettre à jour leurs problèmes prioritaires relatifs à la maladie, afin d'identifier les solutions qu'elles peuvent mettre elles-mêmes en pratique et celles pour lesquelles elles ont besoin d'assistance extérieure (mobilisation initiale et déception éventuelle) ;
- fournir les informations actuelles et nécessaires pour effectuer des activités efficaces, à la demande des populations, y compris pour l'évaluation conjointe permanente du progrès réalisé et des problèmes rencontrés ;
- intégrer leur soutien dans les processus culturels endogènes de changement.

### **b) Types différents d'opérateurs de terrain**

Les antécédents éducatifs et professionnels des opérateurs de terrain sont très divers. Ils peuvent appartenir aux catégories suivantes:

- membres du personnel ou agents employés par une institution de santé ou médicale ;
- agents permanents d'une ONG ;
- agents volontaires de coopération.

Ils peuvent être membres d'une équipe ou travailler à titre personnel avec des agents locaux ou avec la communauté locale.

Il est très important qu'ils soient sélectionnés et nommés pour les activités de prévention et de traitement en fonction de leur profil personnel et professionnel, en liaison avec la réalisation des tâches ci-dessus, ou formés d'une manière adéquate (v. Chapitre I).

**N.B.** : Certains travailleurs de terrain préfèrent l'immersion dans la communauté locale, mobilisant uniquement des moyens locaux et limitant leur rôle au soutien des initiatives des populations.

### **6.8. Relations entre le travail sur le terrain et les institutions pour assurer l'approche culturelle dans les projets de prévention et traitement**

- a) Les critères de succès sont différents pour les institutions et pour le travail de terrain : les opérateurs de terrain doivent aider à la "traduction" pour chaque partenaire des préoccupations et de l'approbation/désapprobation de l'autre partie.
- b) Les opérateurs de terrain doivent améliorer et enrichir le travail des institutions en les aidant à comprendre les "obstacles" et les raisons pour lesquelles les propositions des institutions sont acceptées ou rejetées par la population visée (meilleure transmission de l'information sur le travail entrepris, rapports "informels", etc.).
- c) Ils doivent en retour avoir davantage de liberté pour prendre des initiatives et développer leurs relations avec les autres opérateurs de terrain travaillant pour d'autres institutions (OIG ou ONG).
- d) Il doivent également participer à l'élaboration des documents de projet, à leur planification, ainsi qu'à l'évaluation des projets en cours ou terminés, afin de transmettre et de renvoyer l'information et l'expérience de terrain aux centres de décision au plus haut niveau.



**CHAPITRE V :**

**AUTRES INSTRUMENTS METHODOLOGIQUES**





## **A. PROGRAMMES DE FORMATION/SENSIBILISATION**

### **1. Former/sensibiliser les décideurs des stratégies et politiques culturellement appropriées de prévention et de traitement du VIH/SIDA**

La formation doit inculquer non seulement les techniques, les compétences et le savoir-faire, mais également le changement des attitudes et la capacité de compréhension, ; elle doit aussi prévoir des séances d'auto-évaluation, des compatibilités et des désaccords entre les cultures institutionnelles et les habitudes culturelles, et modes de penser des populations locales et les modalités de définition des convergences entre la rationalité des institutions et celle des populations locales.

A cette fin, il est nécessaire d'élaborer des programmes de formation/sensibilisation qui aideront les décideurs, les planificateurs et les responsables des projets pour intégrer - ou permettre d'intégrer - les références culturelles dans la conception et la mise en oeuvre des stratégies, des programmes et des plans. En règle générale, cela doit se réaliser par un processus d'apprentissage mutuel et d'échange d'expérience entre praticiens.

### **2. Qui sont les personnels à former/sensibiliser ?**

#### **a. Les décideurs de niveau haut et moyen :**

Les planificateurs, spécialistes scientifiques et techniques, responsables des programmes médicaux et de santé dans des institutions nationales et internationales:

- groupes thématiques ;
- comités nationaux de planification et de gestion des projets de santé et de lutte contre le VIH/SIDA;
- spécialistes de l'éducation et des médias (v. ci-dessus).

#### **b. Les acteurs de terrain :**

- opérateurs de terrain ;
- responsables locaux: religieux, spirituels, politiques (chefs traditionnels).

### **3. Méthodes de formation/sensibilisation culturellement appropriées**

#### **a. Première catégorie : haut fonctionnaires**

##### ***(i) Formation initiale***

Ce type de formation doit inclure des éléments d'enseignement en sciences sociales et humaines, complétés par des sessions sur le terrain, par exemple dans les programmes d'enseignement des écoles supérieures et des universités de médecine, les institutions d'administration publique et les institutions de formation en gestion économique et sociale.

##### ***(ii) Formation courte***

La plupart des décideurs aux niveaux supérieurs et moyens ont une formation universitaire et post-universitaire poussée ; il est donc approprié d'envisager des sessions courtes de formation complémentaire. Elles peuvent être organisées comme des séminaires spécialisés et cours de brève durée et/ou intensifs.

## **b. Deuxième catégorie : professionnels de niveau moyen**

- enseignants, professeurs, travailleurs sociaux;
- personnel médical et infirmier, le cas échéant;
- journalistes de la presse écrite ou des médias.

## **c. Troisième catégorie: opérateurs de terrain**

### *(i) Formation initiale*

La formation initiale doit fournir des informations sur les traditions, coutumes, pratiques, codes sociaux et tabous spécifiques aux populations avec lesquelles ils doivent travailler, afin d'éviter des erreurs graves.

### *(ii) Formation sur le terrain*

La connaissance approfondie et responsable des attitudes à adopter ne sera acquise qu'en travaillant et en vivant longtemps au sein de la société ou de la communauté données (les transferts de personnel doivent tenir compte de ces aspects).

### *(iii) Formation continue*

Elle doit combiner les connaissances théoriques avec l'apprentissage par l'action. Ce but peut être atteint par :

- observation participative;
- exercices réels ou simulés de prise des responsabilités (jeux de rôle);
- conception et mise en oeuvre des projets en situations réelles (projets combinant la recherche, l'action et la formation).

## **B. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES CULTURELLES/BESOINS ULTERIEURS DE RECHERCHE**

### **1. Données culturelles**

Les évaluations nationales réalisées au cours de la première année du projet ont prouvé que le recueil et le traitement des données culturelles en corrélation avec les objectifs du développement et le VIH/SIDA, à quelques exceptions près, ont à peine commencé.

Jusqu'à ce que les déficiences existantes en la matière soient comblées, aucune vue approfondie sur les causes et les effets de l'épidémie ne sera possible et aucune indication significative concernant les changements de comportement ne sera disponible et incontestable.

a. Les **principaux sujets** liés au VIH/SIDA sur lesquels il faut concentrer les recherches sont les suivants :

- valeurs religieuses, spirituelles, éthiques;
- tabous, aspects concernant la décence et l'indécence et la confidentialité;
- structures familiales et de pouvoir;
- rôles respectifs et relations entre hommes et femmes;
- normes et pratiques sexuelles;

- monogamie / polygamie;
- attitudes envers la mort (danger, fatalité, indifférence);
- concepts et représentations du temps et de l'avenir (pour soi-même, le conjoint et les enfants).

b. Autres sujets à étudier :

- crise économique et sociale (pauvreté, chômage, désintégration de la société);
- autres composantes des politiques et des stratégies de développement humain durable.

c. Conséquences pratiques :

- meilleure connaissance des sources des données, chercheurs et centres de recherche;
- mise en réseau des résultats des recherches existants (au niveau local, national, régional, international).

d. Créer des bases et banques de données et des réseaux de chercheurs et des praticiens.

## 2. Autres besoins de recherche

- **Extension des études par pays** dans les différentes régions des Nations unies ;
- Investigation approfondie des conditions culturelles nécessaires pour consolider et mieux adapter la prévention et le traitement du VIH/SIDA ;
- **Développement de la recherche comparative et typologique** pour tester les conditions et les limites de reproduction d'un projet dans d'autres contextes et des exemples d'actions réussies, tenant compte des éléments suivants:
  - les diversités culturelles;
  - les changements culturels progressifs dus à l'impact national et international des effets émergents de la globalisation.
- Extension de l'utilisation des modèles et de l'analyse de système dans la recherche sur les **interactions entre culture, VIH/SIDA et développement** ;
- **Elaboration d'indicateurs culturels** pour:
  - tester l'acceptabilité des méthodes courantes de prévention et de traitement du VIH/SIDA (limites de la rationalité médicale et technique);
  - mobilisation culturelle des capacités des populations pour combattre l'épidémie;
  - leçons à tirer du travail déjà effectué sur les indicateurs du développement culturel, du développement qualitatif et du développement humain créé par le PNUD ;
  - en évaluant la faisabilité et l'utilisation possible des indicateurs culturels dans ce domaine, il faut effectuer une analyse plus approfondie des moyens de traduire en chiffres les phénomènes culturels;
  - la médecine moderne/traditionnelle, les habitudes alimentaires et de consommation peuvent être traduits en indicateurs culturels ;
  - une recherche plus approfondie, réalisée sur la base des caractères culturels non-matériels concernant les concepts suivants : communauté/ nation/people, identité culturelle, acceptation du changement, règles de la vie familiale, modalités de

règlement des conflits, utilisation conjointe des technologies et des savoir-faire traditionnels et modernes. Cette recherche peut être réalisée par l'analyse secondaire des données existantes, sondages d'opinion, études de cas et recherche participative sur le terrain.

Les indicateurs qualitatifs peuvent également porter sur la relation entre le VIH/SIDA et : le temps, l'environnement, le corps et la nutrition, l'individu et le groupe, la hiérarchie et le pouvoir, la tradition/innovation.

- La recherche méthodologique pour développer **l'analyse des coûts/bénéfices culturels** concernant la prévention et le traitement du VIH/SIDA ;
- Elaborer des **bibliographies** spécialisées sur "Culture, développement et VIH/SIDA" et **répertoires** des centres de recherche existants ou pouvant développer des activités dans ce domaine.

Afin d'aboutir à des conditions stables pour développer des activités de recherche cohérentes et à long terme, on peut envisager, à un stade plus avancé, d'établir des observatoires culturels pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA.

## **C. PROJETS-PILOTES**

### **1. Conditions générales**

Les projets-pilotes visent à mettre en pratique les découvertes de la recherche méthodologique sur l'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA.

L'objectif général de ces projets est de mieux informer et mobiliser les populations, afin de les convaincre à changer leurs comportements et pratiques sexuels et non sexuels concernant l'infection et la dissémination du virus, et de leur donner une haute priorité dans leur choix de vie. Un autre objectif est de développer des attitudes de soutien aux personnes infectées et malades, comme une expression de la solidarité de la famille, du groupe, de la communauté.

Un autre aspect important de ces projets sera la prise en compte des références culturelles des populations locales (traditions, croyances religieuses, représentations de la santé et de la maladie, de la vie et de la mort, normes sexuelles et comportements). Une attention spéciale sera accordée aux aspects culturels liés aux systèmes de valeurs, aux connaissances et au savoir-faire, qui sont - ou peuvent être - utilisés comme ressources pour motiver les populations à mettre en question leurs comportements sexuels et non sexuels, liés à la prévention et au traitement du VIH/SIDA, tout en évaluant le risque de contracter et de transmettre le virus, et donc la nécessité de changer leurs pratiques et donner une plus haute priorité au VIH/SIDA, par rapport à leurs priorités actuelles, liées à leurs systèmes culturels/sociétaux et à leurs conditions de vie.

### **2. Considérations méthodologiques**

Cette mise en question des pratiques courantes et des manières de penser et d'identification des normes du comportement et de représentation sera une partie du processus d'information/éducation/communication. Afin d'éviter les défauts de la transmission unilatérale des données médicales et sanitaires, exprimée dans un langage rationaliste, l'IEC culturellement appropriée doit consister en un processus interactif d'échange et de dialogue,

où informateurs et informés seront des deux côtés (recueil et interprétation collective des données, discussion par l'action, éducation mutuelle, information des responsables locaux).

Un autre aspect innovateur du projet porte sur les trois composantes majeures, combinant recherche, action et formation dans une perspective d'enrichissement mutuel.

La participation et l'implication collective seront à la base du projet et fourniront/réactiveront sa dynamique. Ainsi, les responsables institutionnels et professionnels, les représentants des institutions nationales, les enseignants, le personnel médical et sanitaire, les travailleurs sociaux des OIG et des ONG travailleront dans un processus commun interactif avec les autorités locales : personnes âgées, chefs traditionnels de la communauté, chefs spirituels et religieux, guérisseurs traditionnels, ou avec des représentants de la société civile : associations, mouvements sociaux, groupes sportifs, syndicats d'ouvriers, d'entrepreneurs et de commerçants, etc.

Le choix de l'approche participative vise à encourager la mobilisation générale contre la maladie ainsi que la coopération inter-institutionnelle (au niveau international, national et local) et celle du système institutionnel avec la population.

Les dysfonctionnements institutionnels majeurs concernent le manque de coopération, de superposition des actions et la rivalité entre diverses institutions, ainsi que le manque de communication entre les niveaux supérieurs de décision et le terrain. Plus grave, les intérêts spécifiques, les priorités et les capacités possibles des populations pour s'impliquer dans le combat contre l'épidémie sont mal connues et fréquemment sous-estimées. C'est pourquoi on doit mettre l'accent sur une meilleure compréhension de la culture des populations et sur l'extension de leur pouvoir d'initiatives.

Le contexte du projet est un autre aspect important : les systèmes des valeurs et les normes de comportement qui existent encore dans les régions rurales sont de plus en plus déstabilisées et désintégrées par les migrations vers les grandes villes, où les jeunes sont brutalement confrontés aux problèmes de survie dans un environnement apparemment permissif, mais hostile et économiquement destructeur. Les problèmes du VIH/SIDA doivent donc être compris dans le contexte du changement dramatique et rapide des systèmes sociétaux ruraux, traditionnels et relativement équilibrés vers les conditions déstabilisatrices de la nouvelle vie compétitive. Les statistiques sur les migrations montrent l'ampleur de la révolution brutale et fondamentale de l'organisation des sociétés non occidentales, entre autres.

C'est pourquoi l'approche culturelle est proposée comme un moyen de mieux comprendre les situations concrètes des populations, leurs modes de penser, styles de vie, normes de comportement et motivations à l'égard du changement économique et social profond et rapide. Sur cette base, la priorité donnée au VIH/SIDA, le contenu et les modalités de l'action préventive, ainsi que les soins médicaux et humains, seront mieux définis et les processus de changement auront plus de chance d'être initiés et consolidés sur la base de la confiance de la part des populations.

A cet égard, les projets pilote offrent une opportunité pour l'amélioration de la situation courante dans les pays sélectionnés et pour l'ouverture de nouvelles voies pour affronter ce défi, en mettant en oeuvre des solutions durables, bien adaptées à la dimension et à la diversité des situations locales.

## **ANNEXES**





## **ANNEXE 1 : Evaluations culturelles nationales** **(Nationales Cultural Assessments, NCA)**

Les évaluations culturelles nationales devraient être un préalable à toute stratégie visant à "mettre le développement au service de la culture, considérée comme l'esprit permanent d'une société, en renforçant cette interaction".

On peut aborder ce problème de deux façons :

- en s'assurant que l'école et les médias audiovisuels assumeront cette fonction ;
- en réalisant des évaluations culturelles nationales dans le but de :
  - établir un diagnostic de situation ;
  - dresser un bilan des principales valeurs culturelles, connaissances et pratiques, et réactualiser ces informations ;
  - promouvoir dans la société le processus interactif et consultatif nécessaire.

Les principales rubriques d'une évaluation culturelle nationale pourraient être les suivantes :

- bilan du corpus culturel, base et source d'information pour la construction de la nation et le développement économique, préalablement à toute action à venir ;
- fautes à éviter : donner de simples "coups de chapeau" à la culture en se contentant de changement de termes ("animation culturelle" au lieu de "danse"), établissement de codes, déclarations purement formelles de politique culturelle, résolutions sans suivi durable, etc.

Les évaluations culturelles doivent viser à élaborer un certain nombre de principes et de politiques solides, sur la base de l'approche culturelle du développement et des actions spécifiques orientées vers le développement culturel :

- identifier et mettre en valeur le corpus culturel de la société considérée ;
- traiter les problèmes culturels urgents ;
- identifier les valeurs culturelles génératrices de succès et d'échec des programmes et projets de développement ;
- lancer des processus consultatifs populaires générateur de consensus ;
- poursuivre ce processus interactif et consultatif sans exclusive, dans une perspective à long terme (transgénérationnelle), en assurant un suivi et une mise à jour continus de leurs résultats.

Les évaluations culturelles peuvent aboutir à :

- l'élaboration d'un cadre culturel de référence dans le but du développement national ;
- s'assurer que la culture reste un véhicule de la démocratie et le développement humain, et non un instrument de domination et de répression culturelle ;
- adapter l'action des institutions culturelles aux besoins et réalités locales.

Source : UNESCO: *Décennie mondiale pour le développement culturel*, Harare, Zimbabwe, 1994, Contribution de M. P. Damiba.



## **ANNEXE 2 : Analyse des coûts/avantages culturels et sociétaux**

Les coûts et avantages du développement dans le domaine socioculturels ont été peu examinés jusqu'ici, même si d'autres secteurs non économiques (santé, éducation, habitat, environnement, loisirs) ont déjà fait l'objet de telles analyses. Le domaine sociétal et culturel, bien qu'ayant parfois des frontières floues, correspond cependant à une réalité concrètement modifiée par le développement et donc analysable sous l'angle coût/avantages. L'analyse coût/avantages elle-même peut faciliter la mise au jour de certaines différences sociales, qui ont des implications socio-culturelles indirectes. Cette méthode a pour but de permettre aux populations locales impliquées dans un projet d'apprécier le prix économique, social et culturel d'une action d'amélioration de leur situation dans des domaines précis. Il est indispensable qu'elles fassent ce travail, mais elles seules peuvent le faire, avec l'appui technique éventuel des intervenants.

La recherche systématique des coûts et avantages socioculturels du développement requiert l'élaboration d'une méthode d'analyse spécifique dont tous les termes ne sont pas encore pleinement identifiés.

### **1. Travail à mener**

Les activités à mener dans ce but pourraient porter sur les points suivants :

- Identification précise et mesure des types d'effets observables, des domaines dans lesquels ils se manifestent, notamment dans le champ socioculturel (modes de pensée et action), dans le sens de la dynamisation ou du ralentissement des processus de changement ;
- Définition des types de population concernés par les effets positifs ou négatifs de ces projets (population-cible, autres catégories de population affectées par le projet, acteurs locaux ou extérieurs) ;
- Ressemblances et différences (catégories socio-professionnelles, sexe, âge, urbain/local, etc.) dans la perception de l'équilibre coûts/avantages (sacrifices à faire/réponse à des besoins, intérêts, préférences ressentis) ;
- Modes d'évaluation quantitative/qualitative des résultats des projets (par les responsables, par la population) ;
- Evolution dans le temps (à courte, moyenne, longue échéance) des termes et du contenu de ce type d'évaluation.

Une telle analyse devrait déboucher sur des propositions pratiques relatives à la formulation des objectifs, des modalités de réalisation et des résultats attendus des programmes, politiques et projets de développement. Cependant, on ne peut sous-estimer la complexité d'un tel travail.

### **2. Difficultés de l'analyse coûts-avantages culturels**

Ce type d'analyse ne doit pas être confondue avec celle des coûts-avantages du développement culturel. Dans cette hypothèse en effet, les coûts/avantages peuvent être mesurés par une quantification des conditions d'accès à certains biens, services et activités

considérés comme culturels. De façon analogue, dans l'analyse des coûts/avantages sociaux, l'identification des changements désirés – augmentation des taux d'alphabétisation, de l'espérance de vie, amélioration des conditions de logement – procure des données tangibles, biens connues, mesurables et généralement acceptées.

En revanche, l'analyse des coûts-avantages socioculturels du développement se rattache à des traits culturels fondamentaux : l'identité, les systèmes de signification, le sentiment d'appartenance à un lieu ou à une communauté, par exemple. Or, dans chacun de ces cas, il est difficile de décomposer en éléments tangibles ces caractéristiques d'une importance pourtant déterminante. De même, il est difficile de définir les aspirations, et davantage encore les besoins (ou la demande) en matière de changements culturels.

Doit-on, par exemple, classer le renforcement des codes de comportement traditionnels comme un avantage, puisqu'il est producteur d'identité et de sécurité ou comme un coût, puisqu'il crée une barrière à la mobilité sociale et au développement individuel ? Il faut donc en la matière faire des choix ou, au contraire, la préservation des continuités dans le champ culturel . On risque ainsi de se substituer à la population, qui vit sa propre culture et ne la relativise pas spontanément.

Il faut également affronter de nombreux problèmes de mesure et d'évaluation. En effet, les changements culturels sont souvent, par nature même, des transformations non tangibles de croyances, attitudes et normes sociales, même si certains aspects d'une culture, par exemple le vêtement, ou l'expression artistique locale, sont évidemment matériels.

Mais surtout, l'analyse socioculturelle exige qu'on identifie, de préférence sur des cas concrets et dans une perspective diachronique, les effets produits sur certains aspects de la culture d'une ou de plusieurs populations données par des innovations économiques et techniques, par exemple, dont les effets sont peut-être plus visibles et donc repérables. Ainsi, le passage à l'économie monétaire et plus encore à l'économie de marché a des effets sur les modes de production et d'échanges antérieurs. Il entraîne également des conséquences sur l'organisation des activités et le fonctionnement du pouvoir dans le groupe, y compris dans les structures familiales. Plus profondément encore, ces innovations économiques peuvent produire un affaiblissement rapide des repères culturels et éthiques antérieurs, pour y substituer un système de valeurs à dominante économique et une rupture des solidarités communautaires préexistantes. Enfin, elles auront certainement des effets très différents selon les groupes socio-économiques considérés dans une même communauté.

## **ANNEXE 3 : Elaboration d'une méthodologie participative**

### **1. Conditions générales**

- Prise de conscience par l'agence de développement de ses échecs et accord sur la nécessité de modifier ses procédures de programmation ;
- Etablissement d'un groupe multidisciplinaire (comprenant notamment spécialistes en sciences sociale) pour élaborer une nouvelle approche ;
- Soutien institutionnel au niveau le plus élevé
- Volonté d'expérimentation sur le terrain, de prise de risque, d'auto-évaluation des résultats de l'action menée ;
- Acceptation des délais nécessaires à l'élargissement de l'expérimentation sociale et des réformes institutionnelles qui en découlent.

### **2. Volonté et savoir-faire nécessaires**

- Intégration du savoir-faire des praticiens et des chercheurs spécialisés ;
- Observation prolongée par les chercheurs de l'expérimentation de leurs propositions méthodologiques, afin de repérer les défauts et de réviser ces propositions en conséquence ;
- Formation et recyclage en matière d'expérimentation sociale ;
- Engagement ferme des responsables politiques pour contrebalancer l'opposition administrative et les groupes d'intérêts ;
- Institutionnalisation rapide de la participation dès l'achèvement de la phase expérimentale ;
- Mise à disposition des moyens organisationnels et administratifs nécessaires à la mise en œuvre des nouvelles méthodes.

M. Cernea, *The Bulding Blocks of Participation : Testing Bottom-up Planning*, Washington D.C., Banque mondiale, 1992.



## **ANNEXE 4 :**

### **La grille de critères de la Convention de Lomé : quatre groupes de facteurs**

Dans le cadre de la Convention de Lomé (accord de coopération globale entre l'Union Européenne et 69 pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique), et à la lumière de la mise en œuvre de cette Convention, la Commission des Communautés européennes européenne a élaboré une grille détaillée de critères afin de mieux adapter l'assistance aux spécificités des différentes zones géographiques et culturelles des pays concernés (CCE, 1990). Les critères de cette grille sont regroupés sous quatre grands groupes de facteurs. Les aspects culturels figurent dans les sections 2, 3 et 4 ci-dessous :

#### **1. Organisation sociale**

- a. Structuration ethnique, par classes d'âge, religieuse, linguistique, etc.
- b. Statuts et rapport des groupes, hiérarchies (par âge, sexe, lignage, richesse, pauvreté).
- c. Processus et pouvoir de décision çà l'intérieur du groupe et vis-à-vis de l'extérieur.
- d. Démographie (fécondité, espérance de vie, évolution à prévoir) et mobilité (habitudes de déplacement, direction, durée).
- e. En cas de migration : importance, raisons, origine, destination, durée, sexe et âge des migrants, conséquences, modes de déplacement, coût.
- f. Situation des besoins fondamentaux (nutrition, eau, hygiène et santé, habitat).
- g. Emploi (type, niveau, conditions).
- h. Critères de valeurs et de prestige social.

#### **2. Organisation familiale**

- a. Taille et structure de la famille (pour différents groupes représentatifs).
- b. Rapports interpersonnels, liens d'autorité/ de subordination, répartition des pouvoirs dans la répartition des pouvoirs dans la famille (par exemple budget, décisions à prendre).
- c. Répartition des tâches dans la famille et place et rôle spécifique de la femme.

#### **3. Organisation économique**

- a. Forme de propriété, transmission et héritage pour les terres, le matériel...
- b. Rôle de l'argent, rapport entre richesse et valeur sociale.
- c. Activité (agriculture, élevage, artisanat, commerce, transports, soins des enfants et de la famille) et agents de production (spécifier : cultures vivrières, commercialisées et/ou autoconsommées, autres cultures, autres activités).
- d. Principaux produits et modes de production.
- e. Organisation du travail, calendrier avec charge de travail aux principales époques de l'année. Si salariat : préciser conditions de travail, de vie et de rémunération, préciser hommes/femmes/jeunes.
- f. Instruments et outils, matériel, technologies.
- g. Echanges, transport et transformation des produits, prix aux différents stades.
- h. Revenus (monétaires et non monétaires) endettement et épargne et s'il y a crédit : conditions d'accès et de remboursement.
- i. Propension à consommer, à investir, à innover, répartition et utilisation des revenus.

- j. Accès à la vulgarisation agricole et aux résultats de la recherche scientifique.

#### **4. Facteurs culturels**

- a. Connaissances professionnelles ou générales.
- b. Croyances, coutumes, systèmes de valeurs.
- c. Tabous (par rapport à la nourriture, ressources, relations interpersonnelles, etc.
- d. Attitudes face à la modernisation, attachement aux savoirs-faire traditionnels.
- e. Comportements caractéristiques.
- f. Rapports avec l'administration (centrale/régionale) et les institutions.
- g. Efforts d'autodéveloppement : organismes collégiaux (par exemple, comités de village), travaux collectifs.
- h. Intérêt de la population pour le projet (si elle a été consultée), pour les projets antérieurs (en assure-t-elle l'entretien/le fonctionnement ?)